



**CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA
MÉDICOS RECÉM-FORMADOS
OSLER EXPERIENCE**

**TEXTOS SELECIONADOS PARA
LEITURA DURANTE O PROGRAMA**

**TEXTOS SELECIONADOS PARA
LEITURA DURANTE O
PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO
PARA MÉDICOS RECÉM-
FORMADOS DA SOBRAMFA –
EDUCAÇÃO MÉDICA E
HUMANISMO**

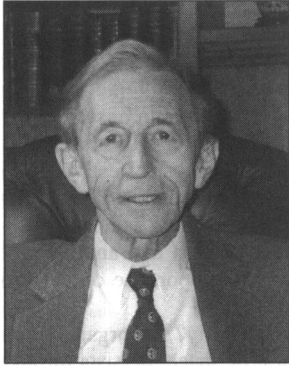
“OSLER EXPERIENCE”

PARTE I

**ARTIGOS DE AUTORES DIVERSOS,
OS QUAIS DESEMPENHARAM
PAPEL IMPORTANTE NA
CONSTRUÇÃO DA SOBRAMFA –
EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO**

The importance of being different

IAN R McWHINNEY



IT is an honour to give the William Pickles Lecture, and it is especially pleasing to give it in this part of Scotland, so near the birthplace of James Mackenzie. Mackenzie and Pickles were two of the most distinguished scientists general practice has produced. Mackenzie did his original research in Burnley on the western edge of the Pennines; Pickles did his in Aysgarth, on the eastern edge, only 35 miles away. Pickles must have known Burnley well, for he married a Burnley woman. There is no indication that the two men ever met. Even so, Pickles was profoundly influenced by Mackenzie's work. It was his reading in 1926 of Mackenzie's *Principles of Diagnosis and Treatment in Heart Conditions* that inspired Pickles to begin his research into the epidemiology of infectious diseases.

Both Mackenzie and Pickles used key features of general practice as foundations of their research method. Mackenzie's observations on the natural history of heart disease depended on his caring for the same patients over many years. Pickles' observations on the spread of infections used his knowledge of person-to-person contacts in his rural practice. Then, as now, our discipline's greatest contributions to medicine sprang from the things that made it different.

In an article based on interviews with all 12 academic general practitioners (GPs) and a sample of full-time GPs in Scotland in 1975, Reid¹ described the academic GPs' sense of alienation from the academic mainstream, and from their colleagues in full-time practice. They felt 'marginal' in the medical school. Academic general practice has made considerable progress since then, yet we still, I believe, do not fit comfortably into the academic milieu. To gain acceptance, it is said, general practice must become less pragmatic, more theoretical and more productive in quantitative research. My own view is that general practice is marginal because it differs in fundamental ways from the academic mainstream and that our value to medicine lies in the differences. Eventually, I think, the academic mainstream will become more like us than *vice versa*. I will describe four ways in which general practice is different, most of which are shared with other primary care disciplines.

I R McWhinney, MD, FRCGP, FCFP(C), FRCP, professor emeritus, Centre for Studies in Family Medicine, The University of Western Ontario, London, Ontario, Canada. The text is based on the 1996 William Pickles Lecture, which was delivered at the Spring Meeting of the Royal College of General Practitioners in Aberdeen on 14 April 1996. Submitted: 5 March 1996; accepted: 15 March 1996.

© *British Journal of General Practice*, 1996, 46, 433-436.

1. It is the only discipline to define itself in terms of relationships, especially the doctor-patient relationship

Other fields define themselves in terms of content: diseases, organ systems or technologies. Clinicians in other fields form relationships with patients, but in general practice, the relationship is usually *prior* to content. We know people before we know what their illnesses will be. It is, of course, possible to define a content of general practice, based on the common conditions presenting to GPs at a particular time and place. But, strictly speaking, the content for a particular doctor is whatever conditions her patients happen to have. Other relationships also define our work. By caring for members of a family, the family doctor may become part of the complex of family relationships, and many of us share with our patients the same community and habitat.

Defining our field in these terms has consequences, both positive and negative. Not to be tied to a particular technology or set of diseases is liberating. It gives general practice a quality of unexpectedness and a flexibility in adapting to change. On the other hand, it is poorly understood in a society that seems to place less and less value on relationships. One major consequence is that we cannot be comfortable with the mechanical metaphor which dominates medicine, or with the mind/body dualism derived from it. Another is that the value we place on relationships influences our valuation of knowledge. Those who value relationships tend to know the world by experience rather than by what Charles Taylor² calls 'instrumental' and 'disengaged' reason. Experience engages our feelings as well as our intellect. The emotions play a very significant part in general practice, and as I will maintain, are seriously neglected in medicine as a whole.

2. General practitioners tend to think in terms of individual patients rather than generalized abstractions

When the conversation is about a disease, we are likely to say: 'That reminds me of Mrs X.' We have difficulty thinking about diseases as separate from the people who 'have' them. Reid¹ observed of the full-time GPs she interviewed that some 'could not talk about general practice except in terms of their specific patients'. This trait, I believe, arises from the intimacy of the doctor-patient relationship in general practice. The closer we are to a person, the more we are aware of their individual particulars, and the more difficult it is to think of them as members of a class. 'We instinctively recoil,' wrote William James, 'from seeing an object to which our emotions and affections are committed, handled by the intellect as any other object is handled. The first thing the intellect does with an object is to class it along with something else. But any object that is infinitely important to us and awakens our devotion feels to us as if it must be *sui generis* and unique.'³

In classifying, we distance ourselves from experience. In Umberto Eco's novel *The Name of the Rose*,⁴ Brother William explains to Adso how he identified the abbot's horse as they climbed the hill to the monastery: 'If you see something from a distance, and you do not understand what it is, you will be content with defining it as an animal, even if you do not know whether it is a horse or an ass. And when it is still closer you will be able to say it is a horse, even if you do not yet know its name. Only when you are at the proper distance will you see that it is Brucellus, the abbot's horse, and that will be full knowledge, the learning of the singular.'^{*}

The closer we are, the fuller our knowledge of particulars. The greater the distance, the greater the degree of abstraction. Medicine has gained great predictive power by distancing itself enough from individual patients to see the abstraction (the disease) rather than the individual. This is now what we refer to as the diagnosis, although in former times physicians spoke of diagnosing a patient, not a disease. If we look closely, every patient is different in some way. It is in the care of patients that knowledge of particulars becomes crucial. Care is about attention to detail. 'Caring is not about categories,' wrote Arthur Frank,⁵ reflecting on his own illness. 'A large acquaintance with particulars,' said William James,³ 'often makes us wiser than the possession of abstract formulas, however deep.'

Of course, we need the abstractions too, especially for making causal inferences and applying powerful technologies. The ideal is an integration of the two kinds of knowledge: an ability to see the universal in the particular. There are penalties for dwelling too much in one or the other. For physicians who dwell too much in the particulars, there is a risk of missing the forest for the trees. For those who dwell too much in abstractions, the risk is detachment from the patient's experience and a lack of feeling for his or her suffering. Abstraction produces accounts of experience that, stripped of their affective colouring, are far removed from the realities of life.

These two kinds of knowledge are illuminated by Alfred Korzybski's⁶ vivid metaphor of the map and the territory. We can get to know a territory by studying the map, which is made by abstracting certain features and ignoring others. The map helps us to find our way, but knowing the territory from the map is not the same as knowing it by dwelling in it. A native knows his territory by feeling part of it. His knowledge is visceral, much of it tacit and difficult to articulate, as with the peasant farmer who knows that a new scheme will not work on his land, but cannot give his reasons to the expert. We cannot experience the beauty or the terror of a landscape by reading the map. Of course, one can get passionate about maps. There is a thrill in making a good diagnosis (finding our place on the map), and there can be beauty in a radiograph. But this is not the same as a feeling for the patient's experience of illness — and patients are very quick to sense the difference. If we are to be healers as well as technicians, we have at some point to set aside our maps and walk hand-in-hand with our patients through the territory.

In the modern university, abstraction and disengaged reason reign supreme. Knowledge has been separated from experience, thinking from feeling. The educational challenge we face is correcting, in Margaret Donaldson's⁷ words, 'the imbalance between intellectual and emotional development'. In medicine, the standard diagnostic method is an outstanding example of the imbalance. The physician is required to categorize the illness, but not to attend to the patient's feelings or understand his experience. Stephen Toulmin⁸ contrasts the modern paradigm of knowledge with the one which dominated the learned world of the Renaissance, when scholars were 'as concerned with circumstantial questions of practice in medicine, law or morals, as with any timeless, universal matters of philosophical theory.' With the coming of the Enlightenment, this was replaced by a paradigm which removed knowledge from its context: '*abstract axioms were in, concrete diversity was out, general principles were in, particular cases were out.*' I suspect that some of our discomfort in the medical school is due to our different valuation of knowledge.

*Excerpt from *The Name of the Rose* by Umberto Eco, © 1980 by Gruppo Editoriale Fabbri-Bonpiani, Sonzogno, Etas S.p.A., English translation ©1983 by Harcourt Brace & Company and Martin Secker & Warburg Ltd., reprinted by permission of Harcourt Brace & Company and Martin Secker & Warburg Ltd.

3. General practice is based on an organismic rather than a mechanistic metaphor of biology

The metaphors we use in medicine are often very revealing about the way we think. The metaphor of the human body as a machine speaks volumes about the modern idea of healing. Even though the body has some machine-like features, everything we do for the health of the body depends on the healing powers of nature. Living organisms have properties possessed by no machine: growth, regeneration, healing, learning, self-organization and self-transcendence. At its most successful, medicine works in supporting these natural processes. Surgeons drain abscesses, set fractures, repair wounds, relieve obstructions. Immunization strengthens the organism's defences. The most effective drugs are those which support natural defences and maintain balance in the *milieu interieur*. The traditional regimens of balanced nutrition, rest, sound sleep, exercise, relief of pain and anxiety, and personal support are all measures which support the organism's healing powers.

What does it mean to think organismically? An organism is a particular, that is 'it occupies a region of space, persists through time, has boundaries and has an environment.'⁹ The point about particulars is that their behaviour cannot be explained or predicted solely by applying the general laws of science. Whether or not the law will apply to a particular will depend on its history and its context or environment. There is an inherent uncertainty about all particular applications of general scientific principles. The more complex the particular, the greater the uncertainty, and a sick patient is a very complex organism. To think organismically is to 'think complexity' and to accept uncertainty. Generalizations must be framed in terms such as: 'given this context, the following will for the most part apply.' Of all the clinical disciplines, general practice operates at the highest level of complexity.

Organismic thinking is multilevel and non-linear. Organisms maintain themselves in a state of dynamic equilibrium by a reciprocal or circular flow of information at all levels, and between organism and environment. Through these multilevel channels, change in any part can reverberate through the whole organism and to its surroundings. The necessity of constant information flow can be seen in the destabilizing effects on humans of sensory deprivation. Information is carried in the form of symbols conveying messages that are decoded at the appropriate level of the organism. At lower levels, information is carried by hormones and neurotransmitters. At the level of the whole organism, it is carried by stimuli reaching the special senses, among which are the words and other symbols by which meaning is expressed in human relationships. This provides the background for our accumulating knowledge of the effect of relationships on health and disease.

The transition from mechanistic to organismic thinking requires a radical change in our notion of disease causation. Medicine has been dominated by a doctrine of specific aetiology: a cause for each disease. We have learned to think of a causal agent as a force acting in linear fashion on a passive object, as when a moving billiard ball hits a stationary one. In self-organizing systems such as organisms, causation is non-linear. The multiple feedback loops between organism and environment, and between all levels of the organism, require us to think in causal networks, not straight lines. Moreover, the organism is not a passive object. The 'specific cause' of an illness may only be the trigger which releases a process that is already a potential of the organism. The causes which maintain an illness and inhibit healing may be different from the causes which initiated it, and these may include the organism's own maladaptive behaviour. Therapeutic measures may act not on a causal agent, but on the

body's defences, as appears to be the case with the therapeutic benefits of human relationships. In a complex system, cause and effect are not usually close to each other in time and space, and since organic processes are maintained or changed by multiple influences, it is difficult to predict the consequences of an intervention.¹⁰ It is true that we can still isolate one link in the causal network as our point of intervention, as when we prescribe an antibiotic, but even in these instances we should be aware of the whole context in which we are operating, and of the reciprocal effects of our intervention. The complexity of the illnesses we encounter in general practice make it natural for us to think in this way. Does isolation from social supports cause depression, or does depression cause the isolation? Did this life event cause the depression or was it only the trigger, releasing a depression in a susceptible individual? In human science, we can establish relationships between events, but it is often difficult to establish cause. Does this imply therapeutic impotence? No, but it does require a change from simplistic causal thinking to thinking about how change can be facilitated in complex systems.

With the transition from mechanistic to organismic thinking, either/or questions become meaningless, especially those which take the form 'Is disease X psychogenic or organic?' A recent editorial in the *New England Journal of Medicine* said: 'Migraine is a neurobiologic, not a psychogenic disorder.'¹¹ Why can it not be both?

In their capacity for self-organization, learning and self-transcendence, organisms behave in a way that is 'mindful'. This is not simply a mind 'in the brain', but one which is immanent in the whole body. Every level of the organism — from the molecular upwards — has a capacity for autonomous activity and for integrating its activity with the whole. Each level can transmit and receive coded messages that convey meaning. The immune system, for long thought to be isolated, is connected reciprocally with the neuroendocrine systems through neural networks and circulating neurotransmitters. The immune system can learn from experience and can distinguish 'self' from 'not self'. A large body of evidence indicates that emotions can influence immune function, thus providing a physiological link between life experience and the course and outcome of illness.¹² As John Cassell¹³ predicted, relationships act at this intermediate level of host resistance, not as causal agents for specific diseases. Social isolation, for example, increases mortality from virtually all causes of death. The notion of a separate group of psychosomatic diseases is therefore obsolete. In any disease, social factors can be part of the causal web and human relationships can be part of the healing process.

The immanent mind knows the world through bodily feelings. The separation of thinking from feeling, and the relegation of emotion to a limited role, is being rendered untenable by cognitive science. Psychologists from Freud to Piaget have shown that thinking and feeling do not occur in isolation: emotion is necessary for cognition, especially for giving meaning to our experience. Neuroscience now tells us that the connection is embodied in the structure and function of the brain.¹⁴ Experiences that are significant to us are laid down as memory in our neural circuits, with the affective colouring which imbues them with meanings for us. The events of our lives are woven into a personal narrative which not only gives us our sense of self, but enables us to interpret and give personal meaning to each new experience.¹⁵ The 'body as machine' is replaced by a new metaphor — the embodied mind¹⁶ — and our new language speaks of the mind-body, not the mind *and* the body. Our understanding comes from bodily experience of the world interpreted always in terms of our personal story. This approach takes very seriously the knowledge derived from experience.

When applied to medicine, it makes patients' experiences of illness an important aspect of medical knowledge. This is the domain of qualitative research — a natural field of inquiry for general practice.

I believe we are living through the final breakdown of the dualistic world view — a situation with profound implications for us, as we turn to the fourth difference.

4. General practice is the only major field which transcends the dualistic division between mind and body

This division runs through medicine like a geological fault. Most clinical disciplines lie on one side or the other: internal medicine, surgery and paediatrics on one side; psychiatry, child psychiatry and psychogeriatrics on the other. Separate taxonomies of disease lie on either side: textbooks of medicine and surgery on one, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* on the other. We divide therapies into the physical and the psychological. In clinical practice, internists and surgeons do not normally explore the emotions, psychiatrists do not examine the body. Since general practice defines itself in terms of relationships, it cannot divide in this way.

Without this artificial barrier, the relationship between patient and doctor can develop through many encounters for all kinds of illness. In examining and attending to the body, we are also attending to the mind. Mental states are expressed in posture, movement and muscle tone, and examining the body can trigger the expression of feeling. Body therapies can heal the mind; mental therapies can heal the body. Psychotherapy need not be separate from therapy for the body: indeed, it is doubtful whether in general practice we should call it 'psychotherapy'. For most of us, I suspect, it is a question of listening, supporting, reassuring, encouraging the expression of feelings and the reinterpretation of perceptions we call cognitive therapy. This is something we do for all patients, not only for those with 'psychiatric' illness. The more we learn about the placebo effect, the more it appears to be the healing power of the doctor-patient relationship through symbolic acts and rituals.¹⁷ Since the effect is strengthened by each new experience of the relationship, it has a special importance for us in general practice. In the course of time, the relationship with the doctor can become part of the patient's own narrative. I began by saying that general practice has no technology to call its own. I will now modify this and say that our therapeutic tool is ourselves in the healing relationship — the drug 'doctor' as Balint called it.¹⁸

One of the legacies of dualism is the clinical method we have inherited from the nineteenth century, a method which leaves it to psychiatrists to attend to the emotions. It is not surprising, therefore, that moves to reform our clinical method have come from general practice. The essence of the patient-centred method¹⁹ is that the doctor attends to feelings, emotions and moods, as well as categorizing the patient's illness. What does it mean to attend to a patient's feelings, emotions and moods? Understanding the emotions is person to person, and we cannot attend to another person's emotions without attending to our own. The key skill is attentive listening. To listen to a person with total, undivided attention is one of the greatest gifts we can bestow.²⁰ It is listening not only with our ears, but with all our faculties, especially with an open heart. We cannot do this if our eyes are on our 'map' or if we are thinking what to say next, or if we are consumed by our own negative emotions. If we can achieve this state of openness, we find that our responses to the patient spring naturally from some inner source. Needleman²¹ describes this attentive state as 'non-egoistic, impersonal love', a love we call charity (to the Greeks *agape*). It is not an emotion in

the usual sense and does not depend on affection. The Good Samaritan did what was needful for the man he rescued, then went on his way. As physicians we can do likewise, whatever our discipline. But for general practitioners, there is an additional dimension — the long-term relationship with patients, in the course of which affections grow. Of the four loves — affection, friendship, eros and charity — C. S. Lewis²² called affection the humblest and most widely diffused. When combined with charity, the warmth of affection must surely be a healing force, but it comes with a price, for the relationship between doctor and patient is subject to the same stresses and weaknesses as other human relationships. So we see both love and hate, trust and mistrust, betrayal and forgiveness, irretrievable breakdown and survival of the relationship in spite of difficulties. Unacknowledged negative emotions, such as fear, helplessness, anxiety, anger and guilt, may be acted out by the doctor in avoidance, indifference, rejection and even cruelty. The doctor's own need for affection may be stronger than his ability to give it. It is the egoistic emotions, so destructive of human relationships, that prevent us from responding to suffering with our authentic feelings. The priest and the Levite 'passed by on the other side', no doubt giving themselves very good reasons.

We can only attend to a patient's feelings and emotions if we know our own, but self-knowledge is neglected in medical education, perhaps because the path to this knowledge is so long and hard. Egoistic emotions often come disguised as virtues and we all have a great capacity for self-deception. But there are pathways to this knowledge and medical education could find a place for them. Could medicine become a self-reflective discipline? The idea may seem preposterous. Yet I think it must, if we are to be healers as well as competent technologists. By living in a world of abstractions and neglecting our own emotional development, we have erected an invisible barrier between ourselves and our patients. We protect ourselves by growing a hard shell which makes openness difficult, and our patients interpret this as cold indifference or rejection. A contemporary novelist has referred to our profession's 'stunted emotions'.²³ Even psychiatry is not a model of self-reflectiveness. As Bettelheim²⁴ and Needleman²¹ have noted, psychiatry has directed its attention more to *other people's* emotions. Rather than turn our attention inwards, we are driven by our culture to put our faith in new abstractions such as systems theory, not seeing that, however useful they may be as 'maps', they can come between us and our patients.

The four differences I have described are all of a piece. Giving primacy to long-term relationships directs our attention to the particulars of illness; and the complexity of illness in the context of relationships makes it difficult for us to think in mechanistic and dualistic terms. But we have hardly begun to see the advantages of our position. Transcending the 'fault line' should make general practice the ideal therapeutic setting for the many disorders which, like chronic pain, do not fit neatly on one side or the other. The more we learn about the effect of supportive relationships on cancer and other chronic diseases, the more redundant the fault line becomes.^{25,26} To realize our potential, however, we have other work to do. Thinking in the way I have described may be natural for us, but it is still difficult, for we are all, to some extent, prisoners of an unreformed clinical method and the language of linear causation and mind/body dualism. The fault line runs through the affect-denying clinical method which dominates the modern medical school. Not until this is reformed will emotions and relationships have the place in medicine they deserve. Finally, to become self-reflective, medicine will have to go through a huge cultural change. In these changes, general practice is already some distance along the way. The importance of being different is that we can lead the way.

References

1. Reid M. Marginal man: the identity dilemma of the academic general practitioner. *Symbolic Interaction* 1982; 5: 325-342.
2. Taylor C. *The malaise of modernity*. Concord, Ontario: Anansi Press, 1991.
3. James W. *The varieties of religious experience: a study in human nature*. New York, NY: New American Library, 1958.
4. Eco U. *The name of the rose*. New York, NY: Warner Books, 1984.
5. Frank A. *At the will of the body: reflections on illness*. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1992.
6. Korzybski A. *Science and sanity: an introduction to non-Aristotelian systems and general semantics*, 4th edn. Lakeville, CT: International Non-Aristotelian Library Publishing Co., 1958.
7. Donaldson M. *Human minds: an exploration*. London: Penguin Books, 1992.
8. Toulmin S. *Cosmopolis: the hidden agenda of modernity*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1990.
9. Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philosophy* 1976; 1: 51-71.
10. Briggs J, Peat DF. *Turbulent mirror: an illustrated guide to chaos theory and the science of wholeness*. New York, NY: Harper & Row, 1989.
11. Olesen J. Understanding the biological basis of migraine. *N Engl J Med* 1994; 331: 1713-1714.
12. Ader R, Felten SC, Cohen N (eds). *Psychoneuroimmunology*. New York, NY: Academic Press, 1991.
13. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 107-123.
14. Damasio AR. *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York, NY: Putnam, 1994.
15. Bruner JS. *Acts of meaning*. Boston, MA: Harvard University Press, 1990.
16. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The embodied mind: cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT Press, 1993.
17. Peck C, Coleman G. Implications of placebo theory for clinical research and practice. *Theor Med* 1991; 12: 247-270.
18. Balint M. *The doctor, his patient, and the illness*. London: Pitman Medical, 1964.
19. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
20. Remen RN. Wholeness. In: Moyers B (ed.). *Healing and the mind*. New York, NY: Doubleday, 1993.
21. Needleman J. *The way of the physician*. London: Penguin Books, 1992.
22. Lewis CS. *The four loves*. Glasgow: Fount Paperbacks, 1982.
23. Price R. *A whole new life: an illness and a healing*. New York, NY: Atheneum, 1994.
24. Bettelheim B. *Freud and man's soul*. New York, NY: Random House, 1994.
25. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS. Short-term psychiatric intervention for patients with malignant melanoma: effects on psychological state, coping, and the immune system. In: Lewis CE, O'Sullivan C, Barraclough J (eds). *The psychoimmunology of cancer*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
26. Spiegel D, Bloom J, Yalom ID. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; ii: 888-891.

Acknowledgements

I thank Sudi Devanesen, Tom Freeman, Brian Hennen, Betty McWhinney, Paul Rainsberry, Walter Rosser and Wayne Weston for their helpful comments; also Bette Cunningham for preparing the manuscript.

Address for correspondence

Ian R McWhinney, Professor Emeritus, Department of Family Medicine, Kresge Building, The University of Western Ontario, London, Ontario, Canada N6A 5C1.

developed countries; or a class of interventions, eg, physical therapy. Chris Silagy, an Australian general practitioner, has convened and coordinated the CC's primary health care field.

Work still to be done

The efforts of the CC have produced a new resource for physicians that achieves a high score on the usefulness equation. The information is portrayed in a manner that allows physicians to find POEMs and assess their likely impact. Validity issues are addressed by the methods laid out by the CC and by the assistance and structures provided for reviewers. However, as would be expected with any new venture, some faults and flaws still exist. In fact, the CC has been described by one of its key members as "an airplane that took off before its construction was completed."

This unstructured "work in progress" character shows in many ways. The database is still incomplete. While the number of reviews grows rapidly every quarter, there are still

many interventions, including many that are supported by good evidence, that are not included. The software used to search for reviews and view their contents is under continual redevelopment, leading to periodic changes of "look and feel."

Family physicians throughout the world are increasing their involvement in the CC as members of individual review groups, producers of reviews, or members of the primary care field. Their involvement, in collaboration with physicians from all specialties and with members of other disciplines, is leading to the rapid expansion of the CDSR and to its increasing usefulness as each quarterly update arrives. Those interested in becoming involved or simply in obtaining additional information should contact The Canadian Cochrane Centre, Health Information Research Unit, McMaster University Medical Centre, 1200 Main St W, Hamilton, ON L8N 3Z5, or visit the Cochrane webpage at <http://hiru.mcmaster.ca/cochrane>. ♦

Dr Becker, a Fellow of the College, is Professor and Interim Chair of the

Department of Family Medicine at the State University of New York, College of Medicine, in Syracuse, NY.

Correspondence to: *Dr Lorne Becker, State University of New York, College of Medicine, Department of Family Medicine, 475 Irving Ave, Suite 200, Syracuse, NY 13210 USA*

References

1. Sackett DL, Oxman AD, editors. *Cochrane Collaboration handbook*. Oxford, Engl: The Cochrane Collaboration, 1995.
2. Smith R. Information in practice. *BMJ* 1996; 313(Oct 26):1062-8.
3. Slawson D, Shaughnessy A, Bennett J. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *J Fam Pract* 1994;35(5):505-13.
4. Oxman A, Cook D, Guyatt G. Users' guide to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA* 1994;272(17):1367-71.
5. Dickersin K, Scherer R, Lefebvre C. Identification of relevant studies for systematic reviews. *BMJ* 1994;309:1286-91.

...

The importance of being different

Part 2: Transcending the mind-body fault line

Ian R. McWhinney, MD, CCFP

Editor's note: This editorial is an abbreviated version of the Pickles Lecture delivered at the Spring meeting of the Royal College of General Practitioners in Aberdeen, Scotland, in April 1996. The full version has been published in the *British Journal of General Practice* (1996;46:433-6).

In part 1,¹ I argued that defining our discipline in terms of relationships has consequences for our valuation of knowledge and our mode of thought, which I termed "organismic." Organismic thinking transcends the dualistic division between mind and body, which dominates modern medicine.

In their capacity for self-organization, learning, and self-transcendence, organisms behave in a way that is "mindful." This is not simply a mind "in the brain," but one that is immanent in the whole body. Every level of the organism – from the molecular upward – has a capacity for autonomous activity and for integrating its activity with the whole. Each level can transmit and receive coded messages that convey meaning. The immune system, long thought to be isolated, is connected reciprocally with the neuroendocrine systems through neural networks and circulating neurotransmitters. The immune system can learn from experience and can distinguish "self" from "not self."

Evidence shows that emotions can influence immune function, thus providing a physiologic link between life experience and the course and

outcome of illness.² Relationships act at this intermediate level of host resistance, not as causal agents for specific diseases.³ Social isolation, for example, increases mortality from virtually all causes of death. The notion of a separate group of psychosomatic diseases is therefore obsolete. In any disease, social factors can be part of the causal web, and human relationships can be part of the healing process.

Cognition and emotion

The immanent mind knows the world through bodily feelings. The separation of thinking from feeling and the relegation of emotion to a limited role is being rendered untenable by cognitive science. Psychologists from Freud to Piaget have shown that thinking and feeling do not occur in isolation: emotion is necessary for cognition, especially for giving meaning to our experience. Neuroscience

now tells us that the connection is embodied in the structure and function of the brain.⁴ Experiences that are significant to us are laid down as memory in our neural circuits, with the affective colouring that imbues them with meanings for us. The events of our lives are woven into a personal narrative that not only gives us our sense of self but enables us to interpret and give personal meaning to each new experience.⁵

The "body as machine" is replaced by a new metaphor – the embodied mind⁶ – and our new language speaks of the mind-body or bi mind,⁷ not the mind *and* the body. Our understanding comes from bodily experience of the world interpreted always in terms of our personal story. This approach takes very seriously the knowledge derived from experience. When applied to medicine it makes patients' experiences of illness an important aspect of medical knowledge. This is the domain of qualitative research: a natural field of inquiry for family medicine.

I believe we are living through the final breakdown of the dualistic worldview – a situation with profound implications for us, as we turn to the fourth difference: *family medicine is the only major field that transcends the dualistic dissociation of mind and body.*

This dissociation runs through medicine like a geological fault. Most clinical disciplines lie on one side or the other: internal medicine, surgery, and pediatrics on one side; psychiatry, child psychiatry, and psychogeriatrics on the other. Separate taxonomies of disease lie on either side: textbooks of medicine and surgery on one, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* on the other. We divide therapies into the physical and the psychological. In clinical practice, internists and surgeons do not normally explore the emotions, and psychiatrists do not examine the body. Because family medicine defines itself in terms of relationships, it cannot divide in this way.

Treating the whole person

Without this artificial barrier, the relationship between patient and doctor can develop through many encounters for all kinds of illness. In examining and attending to the body, we are also attending to the mind. Mental states are expressed in posture, movement, and muscle tone, and examining the body can trigger the expression of feeling. Body therapies can heal the mind; mental therapies can heal the body. Psychotherapy need not be separate from therapy for the body: indeed it is doubtful whether in family medicine we should call it "psychotherapy."

For most of us, I suspect it is a question of listening, supporting, reassuring, encouraging the expression of feelings, and reinterpreting perceptions that we call cognitive therapy. This is something we do for all patients, not only for those with "psychiatric" illness. The more we learn about the placebo effect, the more it appears to be the healing power of the doctor-patient relationship through symbolic acts and rituals.⁸

Because the effect is strengthened by each new experience of the relationship, it has a special importance for us in family medicine. Over time, the relationship with the doctor can become part of the patient's own narrative. One of the legacies of dualism is the clinical method we have inherited from the 19th century, a method that leaves it to psychiatrists to attend to the emotions. It is not surprising, therefore, that moves to reform our clinical method have come from family medicine.

Patient-centred medicine

The essence of the patient-centred method⁹ is that the doctor attends to feelings, emotions, and moods, as well as categorizing the patient's illness. What does it mean to attend to a patient's feelings, emotions, and moods? Understanding the emotions is person-to-person, and we cannot attend to another person's emotions without attending to our own. The key

skill is attentive listening. To listen to a person with undivided attention is one of the greatest gifts we can bestow.¹⁰ It is listening not only with our ears, but with all our faculties, especially with an open heart. We cannot do this if our eyes are on our "map," if we are thinking what to say next, or if we are consumed by our own negative emotions. If we can achieve this state of openness, we find that our responses to patients spring naturally from some inner source. Needleman¹⁰ describes this attentive state as "nonegoistic, impersonal love," a love we call charity (to the Greeks *agapē*). It is not an emotion in the usual sense and does not depend on affection. The Good Samaritan did what was needed for the man he rescued, then went on his way. As physicians we can do likewise, whatever our discipline.

But for family physicians there is an additional dimension: the long-term relationship with patients, in the course of which affections grow. Of the four loves – affection, friendship, eros, and charity – C.S. Lewis¹¹ called affection the humblest and most widely diffused. When combined with charity, the warmth of affection must surely be a healing force, but it comes with a price, for the relationship between doctor and patient is subject to the same stresses and weaknesses as other human relationships. We see both love and hate, trust and mistrust, betrayal and forgiveness, irretrievable breakdown and survival of the relationship against all odds. Unacknowledged negative emotions, like fear, helplessness, anxiety, anger, and guilt, might be acted out by a doctor in avoidance, indifference, rejection, and even cruelty. Physicians' own needs for affection might be stronger than their ability to give it. It is the egoistic emotions, so destructive of human relationships, that prevent us from responding to suffering with our authentic feelings. The priest and the Levite "passed by on the other side," no doubt giving themselves very good reasons.

EDITORIALS

.....

We can attend to a patient's feelings and emotions only if we know our own, but self-knowledge is neglected in medical education, perhaps because the path to this knowledge is so long and hard. Egoistic emotions often come disguised as virtues, and we all have a great capacity for self-deception. But there are pathways to this knowledge, and medical education could find a place for them. Could medicine become a self-reflective discipline? The idea might seem preposterous. Yet, I think it must if we are to be healers as well as competent technologists.

By living in a world of abstractions and neglecting our own emotional development, we erect an invisible barrier between ourselves and our patients. We protect ourselves by growing a hard shell that makes openness difficult, and our patients interpret this as cold indifference or rejection. One writer has recently referred to our profession's "stunted emotions."¹² Even psychiatry is not a model of self-reflectiveness. As Bettelheim¹³ and Needleman¹⁰ have noted, psychiatry has directed its attention more to *other peoples'* emotions. Rather than turn our attention inward, we are driven by our culture to put our faith in new abstractions like systems theory, not seeing that, however useful they might be as maps, they can come between us and our patients.

Ideal therapeutic setting: family medicine

The four differences I have described are all of a piece. Giving primacy to long-term relationships directs our attention to the particulars of illness; the complexity of illness in the context of relationships makes it difficult for us to think in mechanistic and dualistic terms. But we have hardly begun to see the advantages of our position. Transcending the "fault line" should make family medicine the ideal therapeutic setting for the many disorders that, like chronic pain, do not fit neatly on one side or the other. The more we

learn about the effect of supportive relationships on cancer and other chronic diseases, the more redundant the fault line becomes.^{14,15}

To realize our potential, however, we have other work to do. Thinking in the way I have described might be natural for us, but it is still difficult, for we are all, to some extent, prisoners of an unreformed clinical method and the language of linear causation and mind-body dualism. The fault line runs through the affect-denying clinical method that dominates the modern medical school. Not until this is reformed will emotions and relationships have the place in medicine they deserve.

Finally, to become self-reflective, medicine will have to go through a huge cultural change. In these changes family medicine is already some distance along the path. The importance of being different is that we can lead the way. ♣

Dr McWhinney is Professor Emeritus at the Centre for Studies in Family Medicine at The University of Western Ontario in London.

Acknowledgment

I thank Sudi Devanesen, Tom Freeman, Brian Hennen, Betty McWhinney, Paul Rainsberry, Walter Rosser, and Wayne Weston for their helpful comments; also Bette Cunningham for preparing the manuscript.

Correspondence to: Dr Ian R. McWhinney, University of Western Ontario, Department of Family Medicine, London, ON N6A 5C1

References

1. McWhinney IR. The importance of being different. Part 1: Transcending the marginal status of family medicine [editorial]. *Can Fam Physician* 1997;43:193-5 (Eng), 203-5 (Fr).
2. Ader R, Felten SC, Cohen N, editors. *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press, 1991.
3. Cassel J. The contribution of the social envi-

ronment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976;104:107-23.

4. Damasio AR. *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam, 1994.
5. Bruner JS. *Acts of meaning*. Boston: Harvard University Press, 1990.
6. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The embodied mind: cognitive science and human experience*. Cambridge, Mass: MIT Press, 1993.
7. James TM. *Biomind and the art of uncancering*. Niagara-on-the-Lake, Ont: Paul Heron Publishing Limited, 1996.
8. Peck C, Coleman G. Implications of placebo theory for clinical research and practice. *Theoret Med* 1991;12:247-70.
9. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1995.
10. Needleman J. *The way of the physician*. London: Penguin Books, 1992.
11. Lewis CS. *The four loves*. Glasgow, Scotland: Collins: Fount Paperbacks, 1982.
12. Price R. *A whole new life: an illness and a healing*. New York: Atheneum, 1994.
13. Bettelheim B. *Freud and man's soul*. New York: Random House, 1994.
14. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS. Short-term psychiatric intervention for patients with malignant melanoma; effects on psychological state, coping, and the immune system. In: Lewis CE, O'Sullivan C, Barraclough J, editors. *The psychoimmunology of cancer*. Oxford, Engl: Oxford University Press, 1994:291-319.
15. Spiegel D, Bloom J, Yalom ID. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2(Oct 14):888-901.

...

comme producteurs d'articles de synthèse ou participants dans le domaine des soins de première ligne. Grâce à cette implication et à la collaboration de toutes les spécialités et des autres disciplines, la banque de données connaît une expansion rapide et chaque mise à jour trimestrielle accroît son utilité.

Si vous êtes intéressé à vous impliquer ou simplement à obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec le Canadian Cochrane Center, Health Information Research Unit, McMaster University Medical Center, 1200 Main St W, Hamilton, ON L8N 3Z5, ou visitez la page web Cochrane à l'adresse suivante : <http://hiru.mcmaster.ca/cochrane>. ♣

D^r Becker, fellow du Collège, est professeur titulaire et directeur intérimaire du Département de médecine familiale de la State University of New York, College of Medicine, à Syracuse, NY.

Correspondance à : D^r Lorne Becker, State University of New York, College of Medicine, Department of Family Medicine, 475 Irving Ave, Suite 200, Syracuse, NY 13210 USA

Références

1. Sackett DL, Oxman AD, éditeurs. *Cochrane Collaboration handbook*. Oxford, Engl: The Cochrane Collaboration 1995.
2. Smith R. Information in practice. *BMJ* 1996;313(26 octobre):1062-8.
3. Slawson D, Shaughnessy A, Bennett J. Becoming a medical information master : feeling good about not knowing everything. *J Fam Pract* 1994;35(5):505-13.
4. Oxman A, Cook D, Guyatt G. Users' guide to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA* 1994;272(17):1367-71.
5. Dickersin K, Scherer R, Lefebvre C. Identification of relevant studies for systematic reviews. *BMJ* 1994;309:1286-91.

...

L'importance d'être différent

2^e partie : Transcender la démarcation corps-esprit

Ian R. McWhinney, MD, CCMF

Note du rédacteur : Cet éditorial est une version abrégée de l'allocution prononcée dans le cadre de la Pickles Lecture lors de la rencontre printanière du Royal College of General Practitioners à Aberdeen, Écosse, tenue en avril 1996. La version intégrale a été publiée dans le *British Journal of General Practice* (1996;46:433-6).

Dans la première partie de cet article¹, j'ai soutenu que le fait de définir notre discipline en termes de relations avait des répercussions sur notre appréciation de la connaissance et de notre mode de pensée que j'ai qualifié « d'organiciste ». La pensée organiciste transcende la division dualiste entre le corps et l'esprit qui domine la médecine moderne.

Par leur capacité d'auto-organisation, d'apprentissage et d'autotranscendance, les organismes se comportent de façon « réfléchie ». La présence de la pensée n'est pas limitée au « cerveau », mais elle est immanente à la nature même de l'être, c'est-à-dire qu'on la retrouve dans chacune de ses composantes. À partir du stade moléculaire, toutes les composantes de l'organisme sont capables d'activité autonome et d'intégration de cette activité à l'ensemble de l'organisme. Chaque composante peut transmettre et recevoir des messages codés qui ont une signification. Le système immunitaire, longtemps considéré comme une entité séparée, est raccordé par des connexions bidirectionnelles aux divers systèmes neuroendocriniens grâce aux réseaux de neurones et de neurotransmetteurs circulants. Le système immunitaire possède la capacité d'apprendre par expérience et peut faire la distinction entre le « moi » et le « non-moi ».

La science nous apprend que les émotions influencent la fonction immunitaire, établissant ainsi un lien physiologique entre le vécu et l'évolution et le pronostic de la maladie². Les relations agissent à ce niveau intermédiaire de la résistance de l'hôte et non pas comme agents étiologiques de certaines maladies spécifiques³. L'isolement social, par exemple, est un facteur qui augmente les taux de mortalité de presque toutes les causes de décès. La notion d'un groupe distinct de maladies psychosomatiques est donc désuète. Quelle que soit la maladie, les facteurs sociaux peuvent faire partie de la multiplicité des causes, tout comme les relations humaines peuvent faire partie du processus de guérison.

La cognition et l'émotion

La pensée immanente (intégrée à la nature de l'être) apprend à connaître le monde en utilisant les sensations corporelles. Séparer la pensée des sentiments et reléguer l'émotion à un rôle limité deviennent des arguments insoutenables devant la science de la cognition. Depuis Freud jusqu'à Piaget, les psychologues ont prouvé que la pensée et les sentiments ne sont pas des événements isolés ; l'émotion est un élément essentiel de la cognition surtout lorsqu'il faut donner un sens à notre expérience. Les sciences neurologiques nous apprennent que cette connexion fait partie intégrante de la structure et de la physiologie du cerveau⁴. Les expériences considérées significatives par chacun de nous sont classées dans la mémoire de nos circuits neuronaux, y compris la coloration affective individuelle qui leur donne un sens. Les événements vécus contribuent à tisser notre histoire personnelle qui définit non seulement notre sens du moi mais qui nous rend capable d'interpréter et de donner une signification personnelle à chacune de nos expériences nouvelles⁵.

La notion voulant que le « corps est une machine » est remplacée par une nouvelle métaphore : « la pensée

incarnée»⁶. Ce nouveau langage parle de corps-esprit ou de biopensée⁷, et non pas de pensée *et* de corps. Notre compréhension provient de l'expérience corporelle du monde que nous interprétons toujours à la lumière de notre histoire personnelle. Cette approche prend en très sérieuse considération les connaissances acquises par l'expérience. Transposée à la médecine, l'expérience personnelle de la maladie vécue par les patients constitue un élément important des connaissances médicales. Nous voici dans le domaine de la recherche qualitative, un domaine naturel de recherche pour la médecine familiale.

Je suis d'avis que nous vivons présentement l'étape finale de l'effondrement de la vision dualiste du monde, situation qui aura des implications marquantes sur la médecine familiale et qui nous ouvre la porte de la quatrième différence : *la médecine familiale est le seul domaine important qui transcende la dissociation dualiste du corps et de l'esprit.*

Cette dissociation traverse la médecine comme une faille géologique. La plupart des disciplines cliniques se retrouvent d'un côté ou de l'autre : la médecine interne, la chirurgie et la pédiatrie d'un côté ; la psychiatrie, la psychiatrie infantile et la psychogériatrie de l'autre. Chaque côté dispose de sa propre taxonomie ; d'une part, les volumes de référence de la médecine et de la chirurgie ; d'autre part le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Cette division touche également les thérapies : d'un côté, les thérapies physiques et, de l'autre, les thérapies psychologiques. En pratique clinique, il est normal que les internistes et les chirurgiens n'explorent pas les émotions et que les psychiatres n'examinent pas le corps. On ne peut diviser de cette façon la médecine familiale puisqu'elle se définit en termes de relations.

Traiter la globalité de la personne

Lorsqu'on enlève cette barrière artificielle, la relation entre le médecin et le

patient peut se développer lors des multiples rencontres, quelle que soit la raison de consultation. Tout en examinant et en prenant soin du corps, nous nous préoccupons également de l'esprit. Les états d'esprit s'expriment par la posture, le mouvement et le tonus musculaire ; l'examen du corps peut déclencher l'expression d'un sentiment. Les traitements physiques peuvent guérir l'esprit et les thérapies mentales peuvent guérir le corps. Il n'est pas nécessaire d'établir une démarcation entre la psychothérapie et les thérapies corporelles. De fait, pourquoi parlons-nous de « psychothérapie » en médecine familiale ?

Pour la plupart d'entre nous, je soupçonne que c'est une question d'écouter, de soutenir, de rassurer, d'encourager l'expression des sentiments et d'établir une nouvelle interprétation des perceptions à laquelle nous avons donné le nom de thérapie cognitive. Nous appliquons cette façon de faire à tous nos patients et non pas seulement aux problèmes « psychiatriques ». Plus nous en apprenons sur la notion de l'effet placebo, plus il semble que cet effet soit rattaché au pouvoir de guérison de la relation patient-médecin par des gestes et des rituels symboliques⁸.

À cause de l'effet de renforcement que procure chaque nouvelle expérience vécue dans la relation, elle revêt une importance spéciale pour nous, médecins de famille. Avec le temps, la relation avec le médecin peut faire partie de l'histoire personnelle du patient. L'un des héritages de ce dualisme, c'est la méthode clinique que nous avons héritée du 19^e siècle, une méthode qui laisse aux psychiatres le champ des émotions. Il ne faut donc pas se surprendre que la médecine familiale soit à l'origine des mouvements visant à réformer notre méthode clinique.

Médecine centrée sur le patient

Dans son essence, la méthode centrée sur le patient⁹ implique que le médecin s'occupe des sentiments, des émotions

et des humeurs en même temps qu'il précise le diagnostic qui sous-tend les problèmes du patient. Que signifie s'occuper des sentiments, des émotions et des humeurs d'un patient ? La compréhension des émotions relève de la relation interpersonnelle et il est impossible de s'occuper des émotions d'une autre personne sans s'occuper des nôtres. L'écoute attentive en est la qualité principale. Être capable d'écouter une personne sans se laisser distraire constitue l'un des plus grands dons qui soient donnés à quelqu'un¹⁰. C'est une écoute qui implique non seulement nos oreilles mais toutes nos facultés et, surtout, une ouverture du cœur. Nous ne pouvons pas y parvenir si nous sommes trop centrés sur nous-mêmes, si nous réfléchissons à la prochaine question ou si nous sommes envahis par nos propres émotions négatives. Lorsqu'on peut atteindre cette qualité d'ouverture, nous constatons que nos réponses aux patients surgissent naturellement d'une source interne. Needleman¹⁰ décrit cet état d'attention comme un type « d'amour dépourvu d'égoïsme et impersonnel », un amour que nous appelons charité (du grec *agapè*). Ce n'est pas une émotion dans son sens habituel et elle ne repose pas sur l'affection. Le bon Samaritain a répondu aux besoins de l'homme qu'il a secouru, puis il a poursuivi son chemin. Comme médecins, nous pouvons faire la même chose, quelle que soit notre discipline.

Dans le cas des médecins de famille, nous ajoutons une autre dimension : la relation à long terme avec nos patients, et c'est dans ce contexte que l'affection grandit. Selon C. S. Lewis¹¹, parmi les quatre types d'amour (affection, amitié, *eros* et charité), c'est l'affection qui est la plus modeste et la plus répandue. Combinée à la charité, la chaleur que dégage l'affection doit sûrement contribuer aux pouvoirs de la guérison. Mais il y a un prix à payer puisque la relation entre un médecin et son patient est soumise aux mêmes tensions et aux mêmes faiblesses auxquelles sont confrontées toutes les

autres relations humaines. Nous constatons, contre toute attente, la présence d'amour et de haine, de confiance et de non-confiance, de pardon et de trahison, de rupture irrécyclable et de survie. Des émotions négatives non reconnues comme la crainte, le sentiment d'impuissance, l'anxiété, la colère et la culpabilité peuvent être exprimées par le médecin sous forme de réaction d'évitement, d'indifférence, de rejet et même de cruauté. Il se peut que les besoins personnels du médecin en termes d'affection soient plus importants que sa capacité d'en donner. Ce sont les émotions égoïstes, tellement destructrices pour les relations humaines, qui nous empêchent de réagir à la souffrance par des sentiments véritables. Le prêtre et le lévite « ont traversé de l'autre côté du chemin » en se donnant sûrement d'excellentes raisons.

Nous ne pouvons être à l'écoute des sentiments et des émotions que si nous connaissons nos propres sentiments et émotions. La formation médicale néglige la connaissance de soi, peut-être parce que l'apprentissage de cette connaissance est long et difficile. Les émotions égoïstes revêtent souvent la forme de vertus et nous avons tous une grande capacité à nous décevoir nous-mêmes. Mais il existe des chemins qui mènent à cette connaissance, et l'éducation médicale devrait leur définir une place. Se pourrait-il que la médecine devienne une discipline capable de réfléchir sur elle-même ? L'idée peut sembler absurde. À mon avis, il faudra y parvenir si nous voulons être à la fois des guérisseurs et des techniciens compétents.

En vivant dans un monde d'abstractions et en négligeant notre propre développement émotif, nous érigeons une barrière invisible entre nous et nos patients. Nous nous protégeons en durcissant une carapace qui ne présente pas d'ouverture, ce que nos patients interprètent comme une indifférence froide ou un rejet. Un auteur a récemment fait référence

à la « fausse émotivité » de notre profession¹². La psychiatrie non plus n'est pas un modèle de réflexion sur elle-même. Comme le soulignent Bettelheim¹³ et Needleman¹⁰, l'attention de la psychiatrie s'est portée sur les émotions *des autres*. Plutôt que de s'attarder à l'introspection, notre culture nous entraîne à croire en de nouvelles abstractions comme la théorie des systèmes, en oubliant que malgré leur utilité possible comme repères, elles peuvent s'interposer entre nos patients et nous.

La médecine familiale : un contexte thérapeutique idéal

Les quatre différences que j'ai décrites font toutes partie du même ensemble. Le fait d'accorder la primauté aux relations à long terme concentre notre attention sur les particularités de la maladie. Dans un contexte relationnel, la complexité de la maladie nous incite à ne pas penser en termes dualiste et mécaniste. Nous commençons à peine à percevoir les avantages de notre position. Le fait de transcender la ligne de démarcation de la « faille » devrait permettre à la médecine familiale de devenir le contexte idéal pour les nombreux troubles qui, à l'instar de la douleur chronique, n'ont pas de place définie, ni d'un côté ni de l'autre. Plus nos connaissances progressent concernant les effets de la relation de soutien sur le cancer et les autres maladies chroniques, plus cette ligne de démarcation devient redondante^{14,15}.

Il nous reste encore du travail à accomplir avant d'actualiser notre potentiel. Cette façon de penser pourrait être dans la nature de la médecine familiale mais nous éprouvons encore des difficultés parce que nous sommes, jusqu'à un certain point, prisonniers d'une méthode clinique non réformée et d'un langage qui s'exprime en termes de causalité linéaire et de dualisme corps-esprit. Cette ligne de démarcation de la faille se retrouve à tous les niveaux de la méthode clinique dépourvue d'affect

qui domine la formation médicale moderne. Tant que cette réforme n'aura pas lieu, les émotions et les relations n'auront pas la place qu'elles méritent en médecine.

Finalement, si elle veut réfléchir sur elle-même, la médecine doit passer par une transformation culturelle profonde. La médecine familiale a déjà parcouru un bout de chemin dans cette voie de changement. L'importance d'être différent, c'est que nous pouvons tracer la voie. ♣

D^r McWhinney, fellow du Collège, est professeur émérite au Centre for Studies in Family Medicine de l'Université de Western Ontario à London.

Remerciements

Je tiens à remercier Sudi Devanesen, Tom Freeman, Brian Hennen, Betty McWhinney, Paul Rainsberry, Walter Rosser et Wayne Weston pour leurs commentaires éclairés ; je remercie également Bette Cunningham pour la préparation du manuscrit.

Correspondance à : D^r Ian R. McWhinney, University of Western Ontario, Department of Family Medicine, London, ON N6A 5C1

Références

1. L'importance d'être différent. 1^{re} partie : Transcender le statut marginal de la médecine familiale [éditorial]. *Can Fam Physician* 1997;43:193-5 (Eng), 203-5 (Fr).
2. Ader R, Felten SC, Cohen N, éditeurs. *Psychoneuroimmunology*. New York : Academic Press, 1991.
3. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976;104:107-23.
4. Damasio AR. *Descartes' error : emotion, reason, and the human brain*. New York : Putnam, 1994.
5. Bruner JS. *Acts of meaning*. Boston : Harvard University Press, 1990.
6. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The embodied mind : cognitive science and human experience*. Cambridge, Mass : MIT Press, 1993.
7. James TM. *Biomind and the art of uncancering*. Niagara-on-the-Lake, Ont : Paul Heron Publishing Limited, 1996.

2.5 mg, 5 mg and 10 mg

Antihypertensive Agent/Dihydropyridine Calcium Channel Blocker

INDICATIONS AND CLINICAL USE PLENDIL (felodipine) is indicated in the treatment of mild to moderate essential hypertension. PLENDIL should normally be used in those patients in whom treatment with a diuretic or a beta-blocker was found ineffective or has been associated with unacceptable adverse effects. PLENDIL can be tried as an initial agent in those patients in whom the use of diuretics and/or beta-blockers is contraindicated or in patients with medical conditions in which these drugs frequently cause serious adverse effects. Combination of PLENDIL with a thiazide diuretic or a beta-blocker has been found to be compatible and showed an additive antihypertensive effect. Safety and efficacy of concurrent use of PLENDIL with other antihypertensive agents has not been established.

CONTRAINDICATIONS PLENDIL (felodipine) is contraindicated in:

- 1) Patients with a known hypersensitivity to felodipine or other dihydropyridines.
- 2) In women of childbearing potential, in pregnancy, and during lactation. Fetal malformations and adverse effects on pregnancy have been reported in animals. **Teratogenic Effects:** Studies in pregnant rabbits administered doses of 0.46, 1.2, 2.3 and 4.6 mg/kg/day (from 0.4 to 4 times the maximum recommended human dose on a mg/m² basis) showed digital anomalies consisting of reduction in size and degree of ossification of the terminal phalanges in the fetuses. The frequency and severity of the changes appeared dose-related and were noted even at the lowest dose. These changes have been shown to occur with other members of the dihydropyridine class. Similar fetal anomalies were not observed in rats given felodipine. In a teratology study in cynomolgus monkeys, no reduction in the size of the terminal phalanges was observed but an abnormal position of the distal phalanges was noted in about 40 percent of the fetuses. **Non-teratogenic Effects:** In a study on fertility and general reproductive performance in rats, prolongation of parturition with difficult labour and an increased frequency of fetal and early postnatal deaths were observed in the groups treated with doses of 9.6 mg/kg/day and above. Significant enlargement of the mammary glands in excess of the normal enlargement for pregnant rabbits was found with doses greater than or equal to 1.2 mg/kg/day. This effect occurred only in pregnant rabbits and regressed during lactation. Similar changes in the mammary glands were not observed in rats or monkeys.

WARNINGS **Congestive Heart Failure.** The safety and efficacy of PLENDIL (felodipine) in patients with heart failure has not been established. Caution should, therefore, be exercised when using PLENDIL in hypertensive patients with compromised ventricular function, particularly in combination with a beta-blocker. Acute hemodynamic studies in a small number of patients with New York Heart Association Class II or III heart failure treated with felodipine have not demonstrated negative inotropic effects. **Hypotension, Myocardial Ischemia.** PLENDIL may, occasionally, precipitate symptomatic hypotension and rarely syncope. It may lead to reflex tachycardia which, particularly in patients with severe obstructive coronary artery disease, may result in myocardial ischaemia. Careful monitoring of blood pressure during the initial administration and titration of felodipine is recommended. Care should be taken to avoid hypotension especially in patients with a history of cerebrovascular insufficiency, and in those taking medications known to lower blood pressure. **Beta-Blocker Withdrawal.** PLENDIL gives no protection against the dangers of abrupt beta-blocker withdrawal; any such withdrawal should be a gradual reduction of the dose of beta-blockers. **Outflow Obstruction.** PLENDIL should be used with caution in the presence of fixed left ventricular outflow obstruction.

PRECAUTIONS **Peripheral Edema.** Mild to moderate peripheral edema was the most common adverse event in the clinical trials. The incidence of peripheral edema was dose-dependent. Frequency of peripheral edema ranged from about 10 percent in patients under 50 years of age taking 5 mg daily to about 30 percent in those over 60 years of age taking 20 mg daily. This adverse effect generally occurs within 2-3 weeks of the initiation of treatment. Care should be taken to differentiate this peripheral edema from the effects of increasing left ventricular dysfunction. **Use in Elderly Patients or in Patients with Impaired Liver Function.** Patients over 65 years of age as well as patients with impaired liver function may have elevated plasma concentrations of felodipine and, therefore, may require lower doses of PLENDIL. These patients should have their blood pressure monitored closely during the initial administration and dosage adjustment of PLENDIL, and should rarely require doses above 10 mg per day. (See PHARMACOKINETICS and DOSAGE AND ADMINISTRATION.) **Gingival Hyperplasia.** PLENDIL can induce gingival enlargement in patients with pronounced gingivitis and parodontitis. However, such changes may be reversed by measures of good oral hygiene and mechanical debridement of the teeth. **Pregnancy and Lactation.** See CONTRAINDICATIONS. **Use in Children.** PLENDIL is not recommended in children since the safety and efficacy in children have not been established.

Drug Interactions. **Beta-Adrenoceptor Blocking Agents:** A pharmacokinetic study of felodipine in conjunction with metoprolol demonstrated no significant effects on the pharmacokinetics of felodipine. The AUC and C_{max} of metoprolol, however, were increased approximately 31 and 36 percent, respectively. In controlled clinical trials, however, beta-blockers including metoprolol were concurrently administered with felodipine and were well tolerated. **Digoxin:** When given concomitantly with felodipine as conventional tablets the peak plasma concentration of digoxin was significantly increased. With the extended release formulation of felodipine there was no significant change in peak plasma levels or AUC of digoxin. **Enzyme Inhibitors.** **Cimetidine:** In healthy volunteers pharmacokinetic studies showed an approximately 50 percent increase in the area under the plasma concentration time curve (AUC) as well as the C_{max} of felodipine when given concomitantly with cimetidine. It is anticipated that a clinically significant interaction may occur in some hypertensive patients. Therefore, it is recommended that low doses of PLENDIL be used when given concomitantly with cimetidine. **Erythromycin:** Concomitant treatment with erythromycin has been shown to cause an increase in felodipine plasma levels. **Enzyme Inducers.** **Phenytoin,**

Carbamazepine and Phenobarbital: In a pharmacokinetic study maximum plasma concentrations of felodipine were considerably lower in epileptic patients on long-term anticonvulsant therapy (phenytoin, carbamazepine, phenobarbital) than in healthy volunteers. The mean area under the felodipine plasma concentration-time curve was also reduced in epileptic patients to approximately 6% of that observed in healthy volunteers. Since a clinically significant interaction may be anticipated, alternative antihypertensive therapy should be considered in these patients. **Other Concomitant Therapy:** In healthy subjects there were no clinically significant interactions when felodipine was given concomitantly with indomethacin or spironolactone. **Interaction with Grapefruit Juice:** Published data show that through inhibition of cytochrome P-450, flavonoids present in grapefruit juice increase the plasma levels of felodipine, and thus can augment its pharmacodynamic effects (see ACTION AND CLINICAL PHARMACOLOGY). Therefore, the administration of felodipine with grapefruit juice should be avoided.




ADVERSE REACTIONS In 1,102 patients treated with felodipine, either alone or in combination with other antihypertensive agents, adverse events were reported in 52% of patients and caused discontinuation of therapy in 9%. The most common adverse events (incidence of at least 1% were: peripheral edema (21.3%), headache (14.9%), feeling of warmth/flush (13.2%), dizziness/vertigo (4.6%), fatigue (2.4%), palpitation (1.6%), extrasystoles (1.5%), nausea (1.5%), pain (1.5%), paresthesia (1.2%), chest pain (1.1%). Most of the adverse events were of mild to moderate severity, and, with the exception of peripheral edema, transient. Incidence (%) of peripheral edema, headache and feeling of warmth/flush reported in clinical trials (some patients were randomized to dose, others were dose titrated).

	5 mg (n=342)	10 mg (n=638)	20 mg (n=425)	TOTAL (n=1102)
Peripheral edema	8.2	15.5	25.2	21.4
Headache	8.8	14.6	9.6	14.9
Feeling of warmth/flush	7.0	12.4	10.11	13.2

In addition, the following events were reported with an incidence of less than 1 percent (Adverse Events that were Judged Serious are in Bold Face): **Cardiovascular:** angina pectoris, myocardial infarction, atrial fibrillation, arrhythmia, abnormal ECG, AV block, bundle branch block, postural hypotension, syncope, tachycardia, bradycardia. **Central & Peripheral Nervous System:** brain stem disorder, tremor, abnormal gait, anxiety, depression, insomnia, nervousness, somnolence, agitation, apathy, increased appetite, impaired concentration, confusion, emotional lability, hallucination, sleep disorder, malaise. **Gastrointestinal:** abnormal hepatic function, cholestatic hepatitis, abdominal pain, vomiting, constipation, diarrhea, dyspepsia, dysphagia, flatulence, gingivitis, gum hyperplasia, gingival bleeding, dry mouth, salivary gland enlargement. **Dermatologic:** photosensitivity reaction, erythema nodosum, eczema, pruritus, rash, increased sweating. **Musculoskeletal:** arthralgia, myalgia. **Respiratory:** cough, dyspnea. **Genitourinary:** impotence, dysuria, frequent urination. **Others:** abnormal vision, anemia, substernal chest pain, asthenia, generalized edema, periorbital edema, facial edema, change in weight, chills, hypersensitivity reactions (e.g. urticaria, angioedema). **Laboratory tests:** For the following laboratory values statistically significant decreases were observed: bilirubin, red blood count, hemoglobin, and urate. Statistically significant increases were found in erythrocyte sedimentation rate and thrombocyte count. None of these changes were considered to be of clinical significance.

DOSAGE AND ADMINISTRATION PLENDIL should be swallowed whole and not crushed or chewed. The dose should be adjusted individually according to patient response. The recommended initial dose is 5 mg once daily. The 2.5 mg tablet is available for dose titration purposes. The usual maintenance dosage range is 5-10 mg once daily. Dose adjustment, if necessary, should be done at intervals of not less than two weeks. The maximum recommended daily dose is 20 mg once a day. In clinical trials 20 mg once daily showed an increased blood pressure response but also a large increase in the rate of peripheral edema and other vasodilatory adverse events (see ADVERSE REACTIONS). Modification of the recommended dosage is usually not required in patients with renal impairment. **Use in the Elderly or in Patients with Impaired Liver Function.** Patients over 65 years of age or patients with impaired liver function, may have elevated plasma concentrations of felodipine (see PRECAUTIONS). In these patients an initial treatment of 2.5 mg daily should be considered. In general, doses above 10 mg should not be considered in these patients.

AVAILABILITY PLENDIL tablets are extended release, film-coated tablets, containing felodipine in strengths of 2.5 mg, 5 mg and 10 mg.

PLENDIL 2.5 mg Tablet: A yellow, circular, biconvex film-coated tablet, engraved  on one side and 2.5 on the other. PLENDIL 5 mg Tablet: A pink, circular, biconvex film-coated tablet, engraved  on one side. PLENDIL 10 mg Tablet: A red-brown, circular, biconvex film-coated tablet, engraved  on one side.

Each tablet strength is available in blister packages (30's) and in 10 x 10 unit dose blister packages.

NOTE: These extended release tablets must not be divided, crushed or chewed.

Full Product Monograph available on request.

PLENDIL® is a registered trademark of Astra Pharma Inc., Mississauga, Ontario L4Y 1M4.

- References: 1. Butler C, et al. *Can Med Assoc J* 1996;154(9):1357-1362. 2. Rudd P *Am Heart J* 1995;130(3):572-579. 3. Hansson L and Zanchetti A for the HOT Study Group. *Blood Pressure* 1995;4:313-319. 4. Plendil Product Monograph, Astra Pharma Inc. 5. Ljung B, J. *J Cardiovascular Pharmacol* 1990;15(Suppl 4):S11-16. 6. Gradman AH. *Am Heart J* 1992;123(1):273-278. 7. ODBF, May 1996. 8. Data on File, Astra Pharma Inc.

8. Peck C, Coleman G. Implications of placebo theory for clinical research and practice. *Theoret Med* 1991;12:247-70.
9. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine : transforming the clinical method.* Thousand Oaks, Calif : Sage Publications, 1995.
10. Needleman J. *The way of the physician.* London : Penguin Books, 1992.
11. Lewis CS. *The four loves.* Glasgow, Scotland : Collins : Fount Paperbacks, 1982.
12. Price R. *A whole new life : an illness and a healing.* New York : Atheneum, 1994.
13. Bettelheim B. *Freud and man's soul.* New York : Random House, 1994.
14. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS. Short-term psychiatric intervention for patients with malignant melanoma ; effects on psychological state, coping, and the immune system. Dans : Lewis CE, O'Sullivan C, Barraclough J, éditeurs. *The psychoimmunology of cancer.* Oxford, Engl : Oxford University Press, 1994: 291-319.
15. Spiegel D, Bloom J, Yalom ID. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989 ; 2(14 octobre):888-901.



ASTRA

Astra Pharma Inc., Mississauga, Ontario L4Y 1M4

Being a general practitioner: what it means¹

Ian R. McWhinney

Was bedeutet es, ein Hausarzt zu sein? Die Frage nach unserem spezifischen Berufsbild sollte jede und jeder von uns möglichst klar und plastisch beantworten können. Wir sollten begründen können, warum die noch immer weit verbreitete Ansicht, die Hausarztmedizin sei nichts mehr als die Summe von (einfacher) Innerer Medizin, etwas Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie usw., der Realität in keiner Weise gerecht wird. Wir tun uns aber schwer damit und haben entsprechend Mühe, die spezifische Qualität unserer Arbeit unseren Spezialisten-Kollegen und den Politikern zu vermitteln. Dabei ist das Bewusstsein für die spezifische Qualität und das Besondere der Hausarztmedizin von zentraler Bedeutung für unser Selbstbewusstsein, für die adäquate Beurteilung unserer Tätigkeit und unserer Entscheide durch Spezialisten und Spitalärzte, für die Aus- und Weiterbildung der jungen Fachkollegen und nicht zuletzt für die Einstufung unserer «Dignität» in Tariffragen.

Der Artikel von Ian McWhinney, welcher auf einem ausgezeichneten Referat am WONCA-Kongress in Wien vom Sommer 2000 basiert und den wir freundlicherweise nachdrucken dürfen, bietet hier eine wesentliche Hilfe und gibt verständliche Antworten auf die Titelfrage. Ich rufe deshalb alle Kolleginnen und Kollegen, insbesondere die standespolitisch tätigen, und natürlich auch die Politiker und Krankenkassen-Mitarbeiter unter unseren Lesern auf, diesen Artikel aufmerksam zu studieren.

Interessiert warten wir auf Ihre Meinungsäußerung dazu. Diejenigen, welche ungenügend Englisch verstehen, finden eine deutsche Zusammenfassung auf unserer Homepage www.sgam.ch.

Bernhard Rindlisbacher

Que signifie aujourd'hui être un médecin général? Chacun de nous devrait pouvoir répondre clairement et de façon plastique à cette question sur notre image professionnelle spécifique. Nous devrions pouvoir expli-

quer pourquoi l'idée encore si répandue que la médecine générale est tout simplement la somme d'un peu de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie, de pédiatrie, etc., est loin d'exprimer la réalité. Mais nous n'en avons ni l'envie ni le temps, et c'est bien pour cela que nous avons peine à faire passer les spécificités de notre travail auprès de nos collègues spécialistes et auprès des politiciens. Et pourtant la conscience de la qualité et de la particularité de la médecine générale est d'une importance centrale pour notre propre estime, pour une appréciation adéquate de notre activité et de nos décisions par les spécialistes et les médecins hospitaliers, pour la formation continue de nos jeunes collègues et enfin pour l'évaluation tarifaire de notre «dignité». L'article de Ian McWhinney, qui repose sur un remarquable exposé au Congrès WONCA à Vienne au cours de l'été 2000, et que nous sommes amicalement autorisés à reproduire, fournit ici une aide essentielle et des réponses compréhensibles à cette question. J'invite donc toutes et tous les collègues – en particulier ceux qui s'engagent pour la corporation – à lire attentivement cet article, j'y invite aussi bien sûr les politiciens et les employés des caisses maladie qui se trouvent parmi nos lecteurs.

Nous attendons avec intérêt vos opinions sur ce sujet. Ceux qui craignent de comprendre insuffisamment l'anglais trouveront un résumé de l'article en français sur notre homepage sous www.ssmg.ch.

Bernhard Rindlisbacher

(Traduction: Christiane Hoffmann)

I will base my remarks mainly on my own experience and my own observations. I entered general practice in 1954 after a conventional training in internal medicine. I was well trained in some ways, but in other ways I was totally unprepared for the world that I encountered – so different from the medical world I had known. My whole career has been devoted to trying to make sense of this different world. Over the years I have found myself changing. The things I valued most then are not the same as the things I value most now. I have learned some painful lessons from my mistakes. My attitudes to illness and suffering changed, as also did my relationships with patients. I think it was a

¹ Reproduced from the European Journal of General Practice, with kind permission (Eur J Gen Pract 2000;6:135–9).

process of becoming a general practitioner. My work in academic medicine has put me in touch with general practitioners from many different parts of the world and I have often been moved by discovering how many of them have shared this experience. It gives me some confidence in talking about the meaning of being a general practitioner. The traits I will describe are mainly positive, but also have a negative side. We need to be aware of these.

When I started in practice, the thing that gave me joy was the solving of clinical puzzles, the making of good diagnoses, thus impressing my colleagues. As time went on I found myself preoccupied more and more with the patients I had come to know. It was their joys and sorrows, their suffering and healing, that moved me. Of course, clinical diagnosis and management did not cease to be crucial: simply that a patient's illness or disability became interwoven with a life story. I came to see medicine as more complex, more context-dependent, more poignant, more a reflection of the human condition.

What is it about this relationship? To me the essential thing is that it is unconditional. All clinicians have relationships with patients. With most fields of medicine, the relationship is with a patient who has a certain disease: diabetes for the diabetologist, heart disease for the cardiologist, and so on. Other disciplines define themselves in terms of clinical content, not in terms of relationships. The relationship is conditional on the patient having a disease covered by the clinician's specialty.

In general practice, we form relationships with patients often before we know what illnesses the patient will have. The commitment, therefore, is to a person whatever may befall them. Our discipline depends on this unconditional commitment. If we allow it to break down, general practice could break into a hundred fragments. We must not say: I will care for you as long as you don't get too complicated, or as long as you don't get Aids, or become an alcoholic, or become housebound, or as long as you are not dying. Nor should we say I will care for you, but I only do psychotherapy, or palliative care, or addiction medicine. These are all splendid vocations, but they are not general practice. A patient we make a commitment

to should feel assured that they will not be abandoned whatever may befall them. This commitment means that the relationship is open-ended: it is ended only by death, by geographical separation, or by mutual consent.

But suppose that we make conditions that are in the interests of health. Suppose we say: I will care for you only if you are a non-smoker, or if you give up smoking. What could be wrong with that? Is this not justifiable? I suggest not. For patients with schizophrenia, smoking is often one of their few comforts. To reject smokers would be to reject many sufferers from mental illness. In our crusade for better health would we not be failing to show compassion for the weak and the vulnerable? If we are to help sufferers from addiction, we have to be prepared to stay with them through relapses and recoveries. This is not the same as feeding in to and supporting a self-destructive life.

A number of things flow from this relationship. If successful, it allows intimacy and friendship to grow – not a social friendship, but a friendship based on a mutual interest in the patient's health and wellbeing. It will tend to be a long term relationship, since many of the ordeals our patients have to endure last for many years. At its best, the relationship will be one of trust; though trust has to be earned and it is fragile as well as precious. The relationship deepens our knowledge of our patients lives, though we must always be prepared for surprises. We may not know our patients as well as we think we do. Cumulative knowledge in a long term relationship gives us great advantages. It means that every new event can be understood in the context of a life story.

Of course, real life is not so neat as I have suggested. There never was a golden age when everything was perfect. In a mobile society, relationships end for geographic reasons. Relationships do not always work out. The rapport may not be there and it is then better for the relationship to end. Trust may fail – we all fail patients in this way at times. Sometimes we are forgiven, sometimes not. Some patients do not want a relationship let alone an intimate one. Others come to value the relationship only when they feel the need of one. Some relationships become distant when patients gravitate to secondary care with cancer or Aids or mental illness, and so become strangers to us. Because of our own

limitations, there are times when we have to transfer care to a specialist colleague, sometimes for a long period, but we never know when they may need us again.

The relationship with patients based on an unconditional commitment distinguishes us from physicians in other types of primary care, such as emergency medicine, and walk in clinics where episodic medicine followed by discharge is built into the role and where there are boundaries that cannot be crossed. The relationship deepens our knowledge, enhances our potential as healers, and opens us to a rich experience of life and medicine. But it means that we have to be very good at relationships and that requires emotional intelligence [1]. More about this later.

I believe the intimacy of our relationships is responsible for a trait I have noted in myself and my colleagues: a tendency to concrete rather than abstract thinking. In her interviews with Scottish G.P.'s, Reid [2] observed that some of them "could not talk about general practice except in terms of their specific patients". When the conversation is about a disease, we are likely to say: "that reminds me of Mrs. X". This trait is at variance with the abstractive thought which dominates most fields of medicine, especially in the medical school.

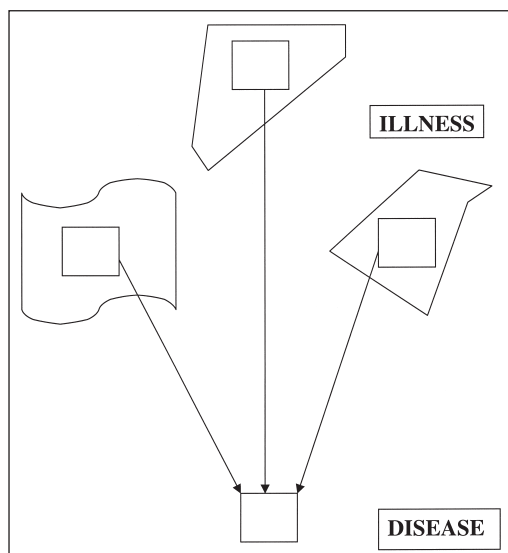
Figure 1 illustrates the process of abstraction. The three irregular shapes represent patients with similar illnesses. They are all different because no two illnesses are exactly the same. The three squares represent

what the patients have in common. In the process of abstraction we take the common factors and form a disease category: multiple sclerosis, carcinoma of the lung, and so on. Abstraction gives us great predictive power and provides us with our taxonomic language. It enables us to apply our therapeutic technologies with precision. So the effectiveness of our technology depends on it. But it comes at a price. The power of generalization is gained by distancing ourselves from individual patients and all the particulars of their illness. If we look closely, as general practitioners do, every patient is different in some way. It is in the care of patients that the particulars become crucial. If we are to be healers, we need to know our patients as individuals: they may have their diseases in common, but in their responses to disease, they are unique.

No abstraction is ever a complete picture of what it represents: it becomes less and less complete as levels of abstraction and power of generalization increase. Table 1 illustrates degrees of abstraction in a patient with multiple, fluctuating neurological symptoms. The first and lowest level is the patient's experience before it has been verbalized: his raw experience that something is not right. Level two is the patient's expressed sensations, feelings and interpretations, and their understanding by the doctor. Level three is the doctor's clinical assessment and analysis of the illness: the clinical diagnosis of multiple sclerosis. Level four is the definitive diagnosis after an MRI scan. As we increase the levels of abstraction, individual differences are ironed out in the interest of generalization. The lower levels of abstraction are closest to the patient's life world. As general practitioners we have to be prepared to work at all levels of abstraction, according to need. But the nature of the illnesses we encounter does require us often to work at the lower levels, where the power of generalization is less and closeness to the experience of the patient is maximal. As we increase the level of abstraction, the danger is that we forget that our abstraction is not the real world. The diagnosis M.S. and the MRI scan are not the patient's experience. To forget this is, in Alfred Korzybski's [3] aphorism, mistaking the map for the territory.

Our experience as general practitioners makes us somewhat skeptical of abstraction.

Figure 1
Abstraction.



So many of the illnesses we encounter are such complex results of individual factors that they defy abstraction. We know that people can be seriously ill with little physical evidence of illness. Chronic pain in its many forms is typical of this type of illness. The relentless search for precision can become self-defeating. In the early stages of an illness, the evidence for a precise diagnosis may not be present. Only observation over time will reveal it. We pride ourselves on our ability to live with uncertainty. But there is a trap here. Our pride may lead us into intellectual laziness, which makes us accept levels of uncertainty which are unnecessary and harmful. A diagnosis may be missed or delayed for want of a simple, harmless, and inexpensive test, such as an E.S.R., a chest X-ray, or a blood or urine culture. Concrete thinking about individuals, carried to an extreme, may also make us blind to our practice as a population at risk, and to the health hazards in the neighborhood in which our patients live.

The concrete and the abstract are not separate dualities. They are complementary polarities. So are the polarities between uncertainty and precision. Although we can think of them independently, they are different aspects of the same reality. Each is incomplete without the other. We need to be aware of the tension between these polarities, of the need to find a balance between them, and of the pitfalls of failing to do so. What I will call organismic thinking at its best is the observation of particulars, combined with the power to see their significance as an organized whole.

I now want to turn to another complementary polarity: that between organismic and

mechanistic world views. In my Pickles lecture of 1996 [4] I proposed that G.P.'s are distinguished by their organismic view of nature as contrasted with the mechanistic view which dominates modern biology and medicine. Some of those who commented maintained that this was too complicated a notion for the average physician to understand. But they misunderstood my meaning. It is not that G.P.'s *should* be organismic in their thinking: it is that we become organismic thinkers even if we do not know it. We can be organismic thinkers without knowing it, just as the man in Molières' play *Le Bourgeois Gentilhomme* discovered that he had been speaking prose all his life, without being aware of the fact.

What does it mean to have an organismic view of the world? Living organisms have properties possessed by no machine: growth, regeneration, healing, learning, self-organization, self-transcendence. At its most successful, medicine works by supporting these natural processes. Our therapy often consists of removing the obstacles to healing whether they are psychological or physical. The traditional regimens of balanced nutrition, rest, sound sleep, exercise, relief of pain, personal support, and peace of mind are all measures which support the organism's natural healing powers. Immunization, the most effective of all scientific advances, strengthens the body's own powers of resistance. There is now convincing evidence that personal support works in the same way, justifying our belief in the power of the doctor-patient relationship.

An organism reacts to the traumas of life as a whole. All significant illness affects the organism at every level, from the molecular

Table 1
Levels of abstraction in a patient with multiple, fluctuating, neurological symptoms and signs.

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
Patient's sensations and emotions	patient's expressed complaints, feelings, interpretations	doctor's analysis of illness: clinical assessment	MRI scan
Preverbal	second-order abstraction	third-order abstraction	fourth-order abstraction
Illness	"illness" (doctor's understanding)	"disease" (clinical diagnosis: multiple sclerosis)	"disease" (definitive diagnosis: MS)

Source: McWhinney IR. Textbook of Family Medicine. Oxford University Press 1997. Reproduced with permission.

to the cognitive and affective. One cannot receive a diagnosis of cancer without a profound affective response, and the type of response affects the progress of the disease. Grief can have profound effects on the body. It is possible to die from a broken heart. The holistic nature of the organism's response has been ignored by modern medicine as it has divided itself between internal medicine and psychiatry, between body and mind. The clinical method of internal medicine does not include the examination of the emotions, the clinical method of psychiatry does not include the examination of the body. The essence of our clinical method in general practice is that the body, the emotions, and the patient's experience of illness are attended to in every case, the degree of attention obviously depending on the individual circumstances. General practice is at the same time a clinical and an existential medicine. The patient-centred clinical method requires us to make a clinical diagnosis and to attend to the patient's experience. Take the apparently simple case of a patient who feels he has a "lump in the throat". I examine the throat and find it to be normal. I ask myself why he has come. I sense some anxiety, and find that he is afraid it is cancer. I assess our relationship: does he trust me enough to accept my reassurance? Is this the time to explore other sources of anxiety in his life? And so, even in a relatively minor condition, the illness is assessed as a whole, including an assessment of the doctor-patient relationship. This is organismic thinking.

The transition from mechanistic to organismic thinking requires a radical change in our notion of disease causation. Medicine has been dominated by a doctrine of specific aetiology: a cause for each disease. We have learned to think of a causal agent as a force acting in linear fashion on a passive object, as when a moving billiard ball hits a stationary one. In self-organizing systems such as organisms, causation is non-linear. The multiple feedback loops between patient and environment, and between all levels of the patient organism, require us to think in causal networks, not straight lines. Moreover, the patient as organism is not a passive object. The "specific cause" of an illness may only be the trigger which releases a process that is already a potential of the organism. The causes which maintain an illness and inhibit healing

may be different from the causes which initiated it, and these may include the patient's own maladaptive behaviour, as may be the case in disability following industrial injury. Therapeutic measures may act not on a causal agent, but on strengthening the body's defences, as appears to be the case with the therapeutic benefits of human relationships.

It is true that an organism has some machine like features. That is why the organismic/mechanistic relationship is complementary. We can replace worn out joints, remove obstructions, and so on. We can reduce a patient's problem to a simple linear causal chain, as when we prescribe an antibiotic. But always, in the background is our knowledge that our intervention depends on the organism's own healing powers. One aspect of the mechanistic view is reductionism: the reduction of all etiology and therapeutics to the molecular level, regarded by many as the ultimate aim of medical science. This is the polar opposite of holism. Here again we have a complementarity between reduction and holism: two different perspectives on the same reality, each with its value, but not complete without the other.

Organismic thinking is thinking in terms of complementarity rather than duality. It is not either/or thinking, but both/and thinking. As organismic thinkers, either/or questions become meaningless to us. A leading authority on migraine wrote in the *New England Journal of Medicine*: [5]: "It is now time for physicians to acknowledge that migraine is a neurobiologic, not a psychogenic disorder." Our response – as organismic thinkers – should be: this statement is meaningless: diseases are not psychogenic or neurobiologic: they are both.

There is nothing new about organismic thinking. It has a pedigree in Western philosophy from Leibnitz to Alfred North Whitehead, and also in Western science: in Gestalt psychology, neurology, neuroscience, and in ethology and ecology. One of the classics of the organismic view of the body is a book called "*The Organism*" by the German neurologist Kurt Goldstein [6], published in the 1930's. The English version has just been reissued with an introduction by another organismic thinker: the neurologist Oliver Sacks. In his masterpiece "*Science and Civilization in China*", Joseph Needham [7] described the traditional Chinese world view as

organismic. He also described traditional Chinese thought as a major influence on Liebnitz. Long regarded by Western scientists as mere superstition, organismic thinking is now entering more and more into the new sciences of complexity.

I now want to turn to two other organismic/holistic concepts: Health and Healing.

Health is an organismic concept. The English words health, heal, and whole have the same linguistic roots, and I believe the same is true in other languages. We think of health as an attribute of a whole person in relation to his or her environment. When we try to promote a person's health, we look at their constitution and its strengths, their life story, their outlook on life, the factors in their daily life and work that are favourable to health. We look at how they function in their environment. Function is a wholistic concept. We also look at factors that pose threats to their health: messages from their body that things are not in balance, dietary deficiencies or excesses, addictions, mood disorders, environmental hazards, and so on. On the other hand, we think of disease prevention as targeted on specific diseases: immunizing, case finding, early diagnosis, and rehabilitation. At one end of the continuum, health promotion at the individual level borders on public and population health: at the other end it merges with clinical diagnosis and management.

That brings me to the question of healing. An organism is an individual and will have an individual response to an illness. No two people will respond in exactly the same way to a stroke, myocardial infarct or an injury. This is why prognosis is a much less precise science than diagnosis. In order to be healers for our patients, we have to know them. Organisms have astonishing powers to readjust, even to devastating losses. Healing is the restoration of wholeness, but it is often a different kind of wholeness. Serious illness or misfortune turns your life upside down: relationships, work, sense of self. A serious illness brings the sick person face to face with brute facts of existences. If we are to be healed a sense of wholeness must be restored, but this means becoming whole again as a different person: life can never be quite the same again, especially when there is chronic illness or disability. However much medicine changes, there will always be people who are

yearning for healing and for a healer who can walk with them through their ordeal.

Let me tell you one story of healing. It is about a man, John Hull, a professor at Birmingham University, who gradually became blind in his forties. As a sighted person and as an Australian immigrant, he had a passionate interest in the great medieval cathedrals of Britain. When he lost his sight he despaired of ever being able to find joy in their beauty again. Then he learned to experience them in a new way, through his senses of touch and hearing. This was his path to healing, and having attained healing himself, he gave it to others. Now a blind person visiting these cathedrals will find a "Cathedral Guide for the Blind" prepared by John Hull and his friends: a scale model to be explored with the hand and an audio tape inviting him to feel the shape and texture of stone and wood, and listen to the different qualities of sound. Of course, only one in a million will find healing in this way. The path is different for each person. And healing has to come from within. It cannot be imposed, but it can be evoked: the stimulus, the spark, the catalyst can come from a healer. For Hull, it came from a friend who said "surely there are ways for you people to enjoy these places". Who better to provide that spark than a physician who has journeyed with a patient through his illness, recognized his suffering, and witnessed his struggle for wholeness. We can be healers for our patients in two ways. By practicing good clinical medicine, and by helping them to find wholeness. For this we are empowered by knowing their story, and perhaps, over the years, having been part of their story. A healer is one who walks with us, not judging us, but revealing what is most valuable in us and pointing towards the meaning of our inner pain [8].

How can we train ourselves to be healers in this sense? The essential quality is compassion, the essential skill is active, attentive listening, and the greatest danger is hardening of the heart with its companion: cynicism. The most difficult thing is to look suffering in the face without flinching. It is so easy to run away: to avoid seeing a patient, to abandon them physically, or to abandon them emotionally, busying ourselves with the chart, the tests, the computer screen, and the X-rays, hoping they won't make it too difficult for us. A colleague of mine was asked to see a young

woman with a devastating stroke: he visited her regularly, sat by her bedside and listened as she poured out her grief. She said: “You are the only one who is not afraid of me”.

A great temptation is not to believe in a patient’s suffering, or not believe in *them*: in the reality of their suffering or in their ability and determination to heal themselves. Why are we tempted to shy away from suffering? We are tempted because we are driven by our unexamined egocentric emotions: our fears, our helplessness, our self-interest, our likes and dislikes. And it is so easy to turn away when we are protected by those defenses by which we justify ourselves.

It is this lack of openness in the face of suffering which closes off compassion and stops us from being healers. To be healers, we have to be involved, person to person. That means setting aside our abstractions, our theories, our systems and models, and simply becoming a person responding to another person. But there are right ways and wrong ways of being involved: the wrong way is to be involved at the level of our egocentric emotions. The right way is to be both involved and detached: a seeming paradox. Our involvement must be free from self-centred attachments. To achieve this detached involvement we need self-knowledge: emotional intelligence, peace of mind. This is not science as we usually understand it. We could pass examinations in psychology and sociology and be a master of interviewing techniques and still not be a healer. Yet it is trustworthy knowledge and can be validated. It can be learned and it can be taught.

This is the central message of Michael Balint’s teaching, and the key skill he describes is the ability to listen. This is not listening as we usually understand it. Balint [9] called it “a new skill, necessitating a considerable, though limited, change in the doctor’s personality. While discovering in himself an ability to listen to things in his patient that are barely spoken because the patient himself is only dimly aware of them, the doctor will start listening to the same kind of language in himself.” The personal change Balint spoke of was the dawning of self-knowledge in the physician, and it was this self-knowledge that made the doctor’s teaching – what Balint called the ‘apostolic function’ – a therapeutic influence tailored to the patient’s needs,

rather than an automatic expression of the doctor’s own unexamined beliefs.

Far be it for me to claim that self-knowledge is a common or exclusive attribute of G.P.’s. In any event, it is always more of a process and aspiration than a final state of being. Yet I am impressed by the reflectiveness of many G.P.’s that I meet. Perhaps in general practice we have the beginnings of a search for self-knowledge that could transform medicine. It is self-knowledge that enables us to know where we are on the scale of these complementary polarities I have discussed, between involvement and detachment, between the organismic and mechanistic, between health promotion and disease prevention, between concrete and abstract, between the particular and the general, between uncertainty and precision. We must not underestimate the difficulty. Self-knowledge is painful. It is painful because it requires us to face the truth about ourselves. We are all very good at deceiving ourselves. It is so very difficult to see ourselves as others see us. Yet we can take active steps to attain this knowledge. We can, for example, seek out a mentor who will watch us at work and convey to us as a friend our strengths and our weaknesses. That is what a good teacher should do.

General practice is at one with the world’s wisdom traditions in its emphasis on listening. Listening is at the same time a skill, a state of mind, and a way of being a physician. Attentive listening does not mean that we are unresponsive. Without the intrusion of distracting thoughts and emotions we can respond with empathy and compassion. As clinicians too, we heighten our awareness of the patient’s symptoms. Learning to listen is not so much adding a skill as becoming a different kind of physician. It is a transformative rather than an additive process, a peeling away of all those resistances that make it difficult for us to be open to the life-world of others.

Of course, in the modern world there are many things that can distract our attention: time constraints, pressure of demand, pace of change. There are many things beyond our control. But our inner lives are our own responsibility. Of all that general practice can contribute to medicine, I believe self-reflectiveness is the greatest: it is the greatest because it has the power to transform every

thing we do, both as scientists and as practitioners. It can save us from those terrible things that can happen when medicine becomes captive to ideology and to its own hubris.

Presented at WONCA-Europe / ESGP-FM, July 2000.

Acknowledgements

I thank Bette Cunningham for preparing the manuscript.

References

- 1 Goleman D. Emotional intelligence. Bantam Books: N.Y. 1995.
- 2 Reid M. Marginal Man: the identity dilemma of the academic general practitioner. *Symbolic Interaction* 1982;5:325-42.
- 3 Korzybski A. Science and sanity: an introduction to non-Aristotelian systems and general semantics. 4th ed. Lake Bille: International Non-Aristotelian Library Publishing Co., 1958.
- 4 McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996;46:433-6.
- 5 Olesen J. Understanding the biological basis of migraine. *N Engl J Med* 1994;331:1713-4.
- 6 Goldstein K. The organism: a holistic approach to biology derived from pathological data. New York: zone books, 1995.
- 7 Needham J. Science and civilization in china volume 2: History of scientific thought. Cambridge U, 1956.
- 8 Vanier J. Becoming human. Anansi: Toronto, 1998.
- 9 Balint M. The doctor, his patient, and the illness. London: Pitman Medical, 1964.

PrimaryScare

La dérégulation des usages sur la publicité médicale va nous permettre enfin de manifester toutes nos compétences de praticiens de premier recours.

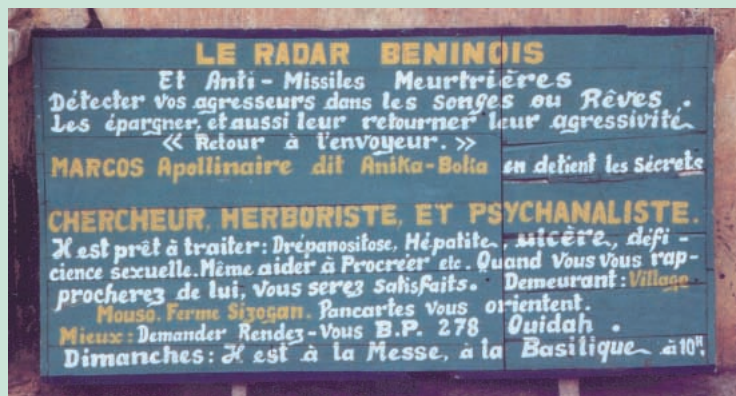


Photo prise au Bénin par Patrick Ouvrard

Le journal du Bénin du Dr Daniel Widmer est lisible sur le site de la STFG: www.unimedia.fr/homepage/stfg

The Fishmongers' Secret

Stephen P. Bogdewic, PhD

For many who have visited the popular Pike Place Market in Seattle, a memorable part of the experience was a visit to the World Famous Pike Place Fish Company. What makes this outdoor fish market so unforgettable? For most, it is the fun atmosphere that seems to surround everything that occurs. A customer walks up and is immediately greeted by one of the smiling, jovial fishmongers. Once a selection is made, the fishmonger scoops up the fish and tosses it across the expansive display of fresh fish to a fellow fishmonger who is positioned near a scale in the elevated center of the market. The person doing the tossing yells out the order as the toss is made. "A pound and three quarters of halibut steaks." "Five crabs flying away." All employees of the fish market then repeat the order in unison. The "fish catcher" has prepared for the catch by placing a large sheet of wrapping paper into his or her hands to ease the challenge of catching a slippery, flying fish—a fish that might range from a 2-pound trout to a 15-pound tuna.

At face value, it might appear to the unsuspecting tourist that a few good-natured employees of this fish market have simply elected to do a

little goofing off to entertain the passersby. But looks, in this case, are definitely deceiving. Yes, the fishmongers are having fun. But having fun is more than an accident of circumstance; it is a passion for those who choose to work at the World Famous Pike Place Fish Company. Each member of this unique organization is perfectly clear on the ingredients that have created and sustained such a highly enjoyable and successful organizational culture. Each of them is guided by what they fondly refer to as the FISH! philosophy.

The FISH! philosophy is responsible for the fun that permeates the environment of this one-of-a-kind fish market, and it is comprised of four main themes: Play, Make Their Day, Be There, and Choose Your Attitude.¹ There is nothing mystical about any of these themes. *Playing* refers to letting loose the creativity and spontaneity within us that enables us to enjoy others and ourselves. *Making Their Day* means engaging a person, such as a customer or coworker, in a way that makes them feel that you have given them a special gift. To *Be There* means to be present—totally focused on the person or task with which you are engaged. *Choosing Your Attitude* is about accepting personal responsibility for the fact that we make choices about everything we do, including the attitudes we adopt. The fishmongers of the World Famous Pike Place Fish Company have learned how to integrate these four themes into their

daily lives. As a result, what seems like good-natured fun is just that—good-natured fun. But it is neither sporadic nor accidental. It is central to the everyday lives of the men and women who work there. And it also happens to be terrific for business.

We do not toss fish for a living in academic family medicine. We render care to other human beings, and we educate the next generation of physicians. So the FISH! philosophy may not be relevant to us, or is it? What lessons might we learn from these fishmongers? There seem to be at least two. The first lesson stems from the FISH! philosophy itself. What if we actually tried to incorporate the four core values of the FISH! philosophy into our organizations? Are these values related solely to tossing fish, or might they be relevant to patient care and education?

The nursing staff of the Fairview-University Hospital Neuroscience Unit believe that these principles make perfect sense for their organization.² The nature of the work on the Neuroscience Unit is considered quite stressful. This stress was compounded when the hospital went through a recent merger. Morale was suffering, and the recruitment of new staff was difficult. To remedy the situation, the staff attempted to adopt the values of the FISH! philosophy. In time, morale and camaraderie were significantly improved, attrition was reduced, recruitment became much easier, and the patient's length of stay

(Fam Med 2000;32(8):521-2.)

decreased. By encouraging fun while doing serious work, they turned their situation around. They learned that there were many ways to find new pleasure in their work.

A second lesson awaits us when we move beyond the four themes of the FISH! philosophy and ask the larger question of just what these fishmongers were trying to accomplish. What was their overall goal, their vision? In their case, it was not simply to sell fish; they actually wanted to become world famous. With that goal in mind, the fishmongers had to ask themselves every day, "Who am I being today?" "Am I just selling fish, or am I trying to create a world-famous fish market?" Since the latter was their goal, they then had to ask what behaviors and attitudes would enable them to become world famous. The answer to that question produced the FISH! philosophy. Do we, in each of our residencies and departments, know *collectively* who we want to be? Do we know what behaviors and attitudes will enable us to accomplish that shared vision?

It is a challenge to develop a vision and framework or set of guiding principles that will ensure the quality and success of an organization. This challenge is particularly

difficult for organizations comprised of professionals. Professionals are socialized to function in an autonomous manner. They see themselves as an embodiment of the profession and tend to orient to their own internalized values and beliefs.³ But, *individual* efforts to improve both patient care and family medicine education may not have the impact we need in today's changing world. Instead, our understanding of what makes our *organizations* tick, and how we as individuals contribute to organizational health, may well be the factors that enable our discipline to assume its rightful leadership role in this health care maze.

Understanding your organization is more than an interesting idea. There is evidence that an organization's culture and structure clearly influence the outcomes and effectiveness of that organization. When residency faculty are satisfied with their work environment, the perception of their teaching quality improves.⁴ There is also evidence that when physicians have higher professional satisfaction, their patients are more satisfied with the care they receive.⁵ These findings suggest that we owe it to ourselves, our learners, and our patients to de-

velop a sound understanding of the culture of the organization to which we belong. One way to develop such an understanding is to experiment with new approaches for shaping the culture. The FISH! philosophy of Play, Make Their Day, Be There, and Choose Your Attitude is one possibility. Why not try it . . . just for the halibut!

Correspondence: Address correspondence to Dr Bogdewic, Indiana University, 1110 West Michigan Street, Room C-264, Indianapolis, IN 46202. 317-278-0300. Fax: 317-274-4444. E-mail: bogdewic@iupui.edu.

REFERENCES

1. Lundin SC, Parke K. FISH!: Catch the energy. Release the potential. Burnsville, Minn: Charthouse International Learning Corporation, 1998.
2. FISH! tales: Fairview. Burnsville, Minn: Charthouse International Learning Corporation, 1999.
3. Weisbord MR. Why organization development hasn't worked (so far) in medical centers. *Health Care Management Review* 1976;spring.
4. Probst JC, Baxley EG, Schell BJ, Cleghorn GD, Bogdewic SP. Organizational environment and perceptions of teaching quality in seven South Carolina family medicine residency programs. *Acad Med* 1998;73(8):887-93.
5. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000;15:122-7.

Essays

A Preceptor's Story

Joel H. Merenstein, MD

It's been more than 20 years, but I still keep replaying the event, looking for another outcome. We all have these cases floating through our conscious minds, reminding us of our errors, the failures we couldn't prevent, or the worst ones—those we still don't know what we could have done differently. This is one of those, but it's not about a patient of mine. It's about one I precepted.

I had just started precepting residents on a regular basis. Most of my teaching experience until then had been with medical students. I had had my own practice for more than 15 years, and I certainly wasn't a novice, but I wondered how my depth of knowledge compared to these residents. I knew I didn't compare to the rest of the faculty, who all seemed Oslerian in their knowledge. But, I had done well so far, and I had always been comfortable with patients.

Ted was a particularly bright third-year resident who clearly wanted to learn more. When he asked a question, it wasn't to test the preceptor's knowledge or meet some requirement. He really wanted to know. Maybe I was the only preceptor available. Maybe he knew I was also leading Balint

seminars since I had come to the program. Whatever the reason, he made it clear he needed help with this patient as he began presenting her to me. He had been seeing Gloria for several months now. Her complaint always remained the same. She had lower abdominal cramping pain that was severe at many times but was unpredictable in its appearance. She had no other symptoms. No nausea, vomiting, diarrhea, fever, or weight loss. He tried diet changes and symptomatic medications. Each time she came back with the same story, unchanged. She didn't seem depressed, and she wasn't demanding or complaining. She only wanted him to make the pain go away.

He knew they would be normal, but he ordered a variety of diagnostic tests anyway. They were indeed normal, but the pain persisted despite his reassuring her that everything was fine. He referred her to a gynecologist who found nothing and said it was functional. Now the patient was back to discuss the consultants' reports and see what could be done. Could I see her and make some suggestions?

She was sitting on the exam table with a gown on as we entered. Ted introduced me and then stood aside with the medical student who was working with him. I sat down in front but below her on the exam stool. I noted that I had heard about her story and that it must be frustrating and upsetting as well as painful. I asked if she could repeat briefly for me what had been going

on these past few months. I followed her leads, which led me to ask about the relation of the pain to intercourse, which then led to questions about her marriage.

She was an attractive young woman, about 25, and well composed until we treaded on this path. She began to cry after a few isolated tears slid down her cheek. She didn't interrupt her story, though, as she spoke of his demands and her disappointments. I handed her some tissues, patted her hand, and suggested that we had hit on something important that needed more exploration. I said that Ted and I would talk and that she should feel comfortable coming back so that he could continue to help her, and I left. Ted said she was fine when she left, thanked him, and said she would return.

Ted and I, with the medical student mostly just listening, talked about his patient and what had just happened. Why had she never spoken about these personal problems before, and were they truly related to her disabling symptom? How do you convey to a patient that you are really ready to listen and that all topics are open for discussion? Why had she opened up to me and not him? He was a competent, knowledgeable doctor. He obviously cared for her and showed it. These were not advanced skills involving some complex procedure. We then talked about how to teach and learn these skills. Should we start a special course? Was role modeling as I had done the best way? We didn't come

(Fam Med 2001;33(5):388-9.)

From UPMC St Margaret Family Practice Residency, Lawrenceville Family Health Center, Pittsburgh.

to any specific conclusions, but I felt good that I had been able to demonstrate for this excellent resident a way to deal with patients and address their real needs.

She never came back! I asked Ted about her for several weeks. He had called her several times. She never made an appointment. She never even called back. He was mildly disappointed. I was devastated. It was like, as a clinician, a patient dies after you were convinced you

had made a brilliant diagnosis and implemented the perfect management plan. I wondered what had I done wrong? Did I expose her or embarrass her? Did I take away her relationship with Ted? Why did I think I was so smart and so good a role model? Why does this experience stick with me with the same feelings as the death of one of my own patients?

Ted is now a residency director and an excellent teacher. I am con-

fidant that I'm a good preceptor and teach precepting skills to fellows, but I still wonder what happened to this patient, what I could have done differently, and what other preceptor stories like this are out there waiting to be told.

Correspondence: Address correspondence to Dr Merenstein, UPMC St Margaret Family Practice Residency, Lawrenceville Family Health Center, 3937 Butler Street, Pittsburgh, PA 15201. 412-622-7343. Fax: 412-621-8235. joelm@pitt.edu.

¿Existiría la medicina sin los médicos «especiales»?

«El mejor servicio que un médico puede prestar a un enfermo es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible»

(Elisabeth Klübler Ross)

Conocí a un niño que, como otros muchos, de mayor quería ser como su padre. Era un niño al que no hubo necesidad de explicarle la diferencia existente entre una profesión y una ocupación. La profesión era un trabajo complejo que, una vez lo tenías, nunca podías abandonarlo. Sin embargo, la ocupación estaba sujeta a unos horarios y unas tareas definidas. Se podía decir que, mientras la ocupación era un modo de empleo, la profesión era un estilo de vida. Tener una ocupación solía traer mucha certeza acompañada. En cambio, ser profesional suponía vivir con una cierta incertidumbre y asumir muchas obligaciones. Vaya de antemano que el papá del niño era médico de cabecera. A pesar de la incertidumbre y la complejidad, la profesión atraía al niño, tanto como para encontrar mucho más interesante el trabajo de su padre que lo que le enseñaban en la escuela. Sentado en un rincón de la sala de espera de una consulta médica –en aquellos tiempos los niños sabían estarse quietos– oía los comentarios que los pacientes hacían sobre su padre. Ahí obtuvo su primer conocimiento sobre las expectativas, necesidades y satisfacción de los pacientes. Y es que para muchos pacientes el padre tenía «mano de santo», aunque quizá sería más preciso decir «voz de ángel». A aquella consulta entraban familias enteras con cara de angustia y salían con otra de alivio.

No había ninguna duda de que el niño iba al colegio porque le habían dicho que para ser médico se tenía que estudiar mucho. ¿Debería haber otro motivo para ir al colegio? De todas formas, era un niño raro. Para él, de mayor sólo se podían tener dos elecciones: ser médico o ser otra cosa. En lugar de soñar con ser futbolista, soñaba con ser médico de cabecera. En lugar de hacer dibujos en un papel, escribía recetas con nombres de medicamentos imaginarios. Y cuando jugaba al escondite, se escondía detrás del aparato de rayos X. La profesión le seducía, a pesar de que las jornadas de trabajo eran agotadoras y en su casa no había horarios. Todo eso tenía un importante coste familiar, ya que cualquier movimiento del padre pasaba por encontrar un médico sustituto que cubriera su ausencia. Era una época en la que no había médicos de urgencia y el acceso a los hospitales era dificultoso. Todos estos inconvenientes, si es

que lo eran, no se percibían como tales. Lo que el niño percibía era un enorme agradecimiento y respeto por parte de los pacientes, así como una encomiable dedicación por parte de su padre y sus compañeros de profesión. Había altruismo, compromiso y confianza. Y esa aura de bondad era muy atractiva.

Con los años, y algún que otro suspenso, el niño se hizo mayor y fue admitido en la facultad de medicina. Eso le permitió acompañar a su padre en la consulta médica. Las cosas habían cambiado. Ya había una estructura de servicios sanitarios de apoyo. A pesar de eso, le impactó la capacidad sanadora que tenía la visita médica. Y esta cualidad era excepcionalmente sorprendente si se tenía en cuenta el elevado número de personas que se visitaba en dos horas, la diversidad de situaciones clínicas y sociales que se atendían, el escaso nivel de alfabetización de los pacientes y las condiciones de precariedad tecnológica y de recursos en que se realizaba la visita médica. El simple contacto físico con el médico llevaba asociado un importante efecto de mejora en los pacientes. Muchas visitas se hacían a «pie de consulta», en la calle y en los pasillos. Al estudiante de medicina –ya no era un niño– le llamaba la atención que en la facultad no se hiciera especial énfasis en el «toque humano» que existía en la relación entre un médico y un paciente o en la importancia de la medicina de familia. Esta disociación entre la experiencia vivida en la consulta y la enseñada en la universidad y entre la medicina del ambulatorio y la del hospital convirtió al estudiante con los años en un médico «sin bata», como consecuencia de un episodio de decepción juvenil que quebró su sueño de convertirse en un médico de cabecera. Aún a día de hoy sigue soñando con poderlo ser algún día. Y es que, como dice su hijo mayor, o sea, el mío: «Papá, tú no eres un médico especial».

La medicina de familia y comunitaria constituye el «alma» de la medicina moderna. Se puede aceptar el término de atención primaria, si primaria es sinónimo de esencial, básica y necesaria. O sea, especial. Como persona que vive a ambos lados de la bata blanca, siendo médico y paciente, he descubierto los beneficios de la atención primaria. Me tranquilizan mucho las visitas médicas. Aprendo mucho en ellas. Son ocasiones únicas y excepcionales de compartir preocupaciones y aclarar dudas. Obviamente, he tenido la suerte de poder elegir un profesional de confianza y me acojo a las ventajas de la amistad en la relación médico-paciente. Para mí, y para la mayoría de los pacientes

que conozco, es muy importante tener uno o varios médicos de referencia en quien confiar. Dada la vulnerabilidad que uno siente y la pérdida de seguridad y confianza en uno mismo que implica la enfermedad, la presencia cercana de un médico de cabecera tiene un efecto reconfortante y, si se me permite la expresión, ansiolítico. En eso, los tiempos no han cambiado. La medicina actual sería inconcebible sin los médicos de cabecera o de atención primaria. Sin «los médicos especiales» ser paciente sería aún más complejo y complicado: una verdadera experiencia solitaria.

Pienso que mi padre se sentiría muy orgulloso de sus herederos profesionales. No sólo tienen más medios, sino que tienen más conocimiento. Saben mucho más. Además, rinden honores a esta herencia y es la especialidad que más sensible se muestra a las necesidades de los pacientes, muchas de ellas descritas en la Declaración de Barcelona (www.webpacientes.org). Fueron los primeros que integraron la formación en habilidades de comunicación y relación con los pacientes. Es la especialidad que reclama mayor tiempo de visita médica y la que define y evalúa sus competencias. Es muy importante que los médicos de cabecera sean conscientes de su rol actual y futuro en los sistemas sanitarios modernos. La calidad de estos últimos cada vez irá más asociada a mejoras en la equidad, la eficiencia y la efectividad de la atención primaria. La mejora de los indicadores de salud de la población depende de esa calidad y de la capacidad de resolución de la atención primaria. Esta última depende de la autoestima de sus profesionales. Y ésta es una cuestión que todos deberíamos cuidar un poco más. Ellos también necesitan «jefes especiales».

Para dejar una buena herencia a los futuros especialistas de atención primaria, los médicos «especiales» deberían huir en la actualidad de estas cuatro condiciones patológicas: la desconfianza, la ambigüedad, el victimismo y la ignorancia

deliberada. La confianza en uno mismo, en los compañeros y en los pacientes es esencial para un buen ejercicio de la profesión. La ambigüedad implica la ausencia de un método y un trabajo de equipo orientado a la resolución de los problemas cotidianos, optando por la respuesta voluntaria e individual ante necesidades inmediatas. Un ejemplo de ambigüedad de la práctica cotidiana sería la ausencia de una estrategia común y coordinada de detección de la hipertensión arterial y de seguimiento del cumplimiento terapéutico para todos los pacientes ya diagnosticados. El victimismo consiste en pensar que la solución de los problemas y las estrategias de mejora de la práctica profesional dependen de los demás, dimitiendo de las obligaciones y responsabilidades profesionales. Finalmente, la ignorancia deliberada o voluntaria supone la desvirtuación de la profesión, privándola de valores y de valor, obviando aquello que la hace «especial» y convirtiéndola en una mera ocupación, optando por ignorar aquello que uno no está dispuesto a resolver. Para los pacientes es muy importante evitar estas cuatro condiciones citadas y promover el reconocimiento social de los médicos de atención primaria como profesionales comprometidos, leales, virtuosos, excepcionales y especiales. De ellos depende la buena salud de nuestro sistema sanitario. ¡Y yo aún espero algún día ser uno de ellos!

Agradecimientos

A Salvador Jovell Baró (epd), a Esther Jovell y a mi familia por su apoyo.

A Maria Dolors Navarro por la revisión del manuscrito.

A mis médicos de cabecera (AC, MG, JT y JE) por velar de cerca por mi salud.

A.J. Jovell

Presidente del Foro Español de Pacientes. Director General de la Fundació Biblioteca Josep Laporte. Profesor asociado. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Practical Idealism: A Blueprint for Caring

Stephen P. Bogdewic, PhD

On August 5, 1949, a crew of 15 smoke jumpers stepped into the sky above a remote forest fire in the Montana wilderness, an area called Mann Gulch. Less than 2 hours after their jump, all but three of them had perished. For 14 years, Norman Maclean, author of *A River Runs Through It*, studied what happened that day, and eventually his work was published in 1992 in the book *Young Men and Fire*.¹ What happened that day at Mann Gulch has captured the interest of many people over the past 50 years.² The lessons that have been learned are highly relevant to academic family medicine.

On August 4, lightning set a small fire in a dead tree. A lookout 30 miles away spotted the fire the next day, and 15 smoke jumpers were sent from Missoula, Mont, in a C-47 transport plane to fight what they believed was a "10 o'clock fire," which in firefighter parlance meant that the crew would have it under control by 10 am the next morning. A forest ranger, Jim Harrison, was on the scene fighting the fire on his own. Due to windy conditions that day, the smoke jumpers were dropped from 2,000 feet instead of their normal 1,200 feet. The parachute containing their radio failed to open, and the radio was destroyed

on impact. While the crew stopped to eat, their foreman, Wagner Dodge, left to meet with Ranger Harrison to scout the fire. Concerned that the thick forest they were in could become a death trap, Wagner Dodge ordered his second in command, William Hellman, to take the men across to the north side of the gulch and head toward the river.

Meanwhile, Dodge and Harrison ate a quick bite, then caught up with the other men. Dodge took his position at the head of the line heading toward the river. Soon Dodge saw that the fire had crossed the gulch and was heading toward them. He ordered his men to turn and run from the fire. They began angling up a steep hill toward a ridge of bare rock. The steep hill was covered with grass more than 2 feet high, and they were losing ground to the flames. At that point, Dodge ordered the men to drop the heavy packs and shovels they carried. Minutes later, to the amazement of everyone, Dodge lit a fire in front of the men and motioned to them to lie down in the area that had burned. None of them did. They kept running for the ridge. Two men made it over the ridge, Dodge survived in the escape fire he lit, and the other 13 men perished.³

At face value, one might conclude that maybe this was just bad luck for these smoke jumpers. But on closer examination, what happened at Mann Gulch was not your typical forest fire. A host of variables conspired to create a wholly

new phenomenon for these firefighters. Consider the following variables:

Mindset

They thought they were encountering a far less serious situation—a 10 o'clock fire.

Entry

Because of wind conditions, they had to jump at a higher altitude than normal.

Communications

The radio, their primary form of communication, was destroyed.

Leadership

The foreman left to scout fire and left them in the hands of someone more used to following orders than giving them.

Invisible Threat

Due to thick smoke, probably no one but Dodge actually saw the fire jump the canyon.

Loss of Meaning

When Dodge ordered the men to drop their tools, the moment became very existential. After all, their tools defined what they were there to do.

The Unknown

The foreman lights a fire in the middle of the only escape route people can see.

(Fam Med 2000;32(6):372-5.)

The Unexpected

Later examination showed that the wind conditions that day created a “blow up,” an explosive acceleration that provided an enormous fanning effect on the fire. This condition had rarely been encountered and little understood at the time and was certainly not a condition with which these smoke jumpers had any prior experience.

The phenomenon these firefighters experienced can accurately be labeled discontinuous change. To understand discontinuous change, contrast it with the type of change with which most people are familiar, incremental change. In incremental change, there is continuity to the ongoing pattern of change. Each initiative attempts to build on the work that has already been accomplished. Incremental change can be thought of as changes “within the frame.”

By contrast, in discontinuous change, the ongoing pattern of change is disrupted by a major set of new variables that occur simultaneously. The challenge in discontinuous change is not to improve fit within a given frame but to change the frame itself—to build a whole new configuration with a new strategy for dealing with a radically changing environment.⁴

The precursors that led to discontinuous change at Mann Gulch have already been described. These included such things as a belief that they were facing a 10 o'clock fire, a breakdown in communications, and the loss of meaning brought about by the order to drop their tools. These variables create a significant destabilization of the status quo and set the stage for discontinuous or transformational change.

It does not appear that we are jumping into a 10 o'clock fire in medicine today. I think we have landed in the midst of a discontinuous or transformational change. Just like the Mann Gulch fire, we are experiencing a radical departure

from anything we have ever known. This has created a feeling of discontinuity in many of us. Some of the main categories of precursors for the discontinuous change we are encountering include:⁴

- Shifts in industry structure (Managed care, shift to ambulatory-based procedures)
- Technological innovation (Electronic medical records, electronic prescribing, hand-held computers)
- Macroeconomic trends and crises (health care as percentage of GDP, growth in pharmaceutical costs)
- Regulatory or legal changes (HEDIS, Medicare reimbursement changes)
- Market and competitive forces (Mergers, acquisition of practices, expanded use of mid-level providers)
- Growth (Complementary and alternative medicine, gene therapy, explosion in medical knowledge)

How Should We Respond?

Given this transformation, medicine will not ever be the same—which means that we will need to put down some of the tools that have served us well in previous times. So, how do we respond to such change?

Contrary to popular wisdom, the first proper response to a changing world is not to ask, “How should we change?” but rather to ask, “What do we stand for and why do we exist?”⁵

I believe we do know what we stand for. We know the principles that lie at the heart of family medicine, and we share a core value of teaching these principles to the next generation of physicians. So, does that mean that our job is to clarify and reaffirm the values that lie at the heart of family medicine? Yes and no.

Ludmerer recently published a remarkable book that traces the history of US medical education—*Time to Heal: American Medical Education From the Turn of the Century to the Era of Managed Care*.⁶ In discussing his research with faculty and medical students around the country, Dr Ludmerer asks the purpose of an academic medical center. In various forms, the answer comes out something like “to cure disease and ease suffering.” He then asks those same faculty and students for a show of hands indicating whether they have heard their dean articulate these values. No hands go up. Then he asks whether the dean has emphasized the importance of the medical center capturing its share of the marketplace. All hands go up. This illustrates a confusion that is central to the challenge we each face today—a confusion between core values and strategic actions. Going back to my question, does this mean all that we need to do is articulate our core values?

Combining Core Values and Strategic Actions

Let's return to Wagner Dodge for a moment to answer that question. He knew what he stood for and why he existed. He was a firefighter, an experienced woodsman, and he understood well the basic principles of fire and firefighting. He had some basic core values that he trusted would enable him to find a way to survive. But, that is only half of what enabled him to survive.

What ultimately enabled him to survive was that he invented, or improvised if you will, something that was called for, given the unique and complex set of changes he was facing. The escape fire that he lit was, as far as can be determined, something about which neither he nor any of his crew had any knowledge. What Dodge did was not react, or panic, or run away, but, rather, he got creative—real fast.

While Dodge's core values were his foundation, it was the strategic action he took that saved his life. This challenges the belief that by simply articulating our core values we can make a difference, regardless of what strategic actions we take to deal with discontinuous change. Just how important is this combination of core values and innovative, progressive strategic actions? Extremely important!

In 1997, Collins and Porras published a remarkable piece of research in their book *Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies*.⁵ In a 6-year research project, they set out to examine how a set of exemplary organizations differed from a carefully selected set of high-quality comparison companies (gold medal organizations versus silver or bronze). Their quest was to discover the underlying factors that accounted for the exemplary organizations' extraordinary long-term success. They found that what separated the truly outstanding organizations from the comparison set was the extent to which the visionary companies had defined and believed in a core set of values—values that exist for a purpose beyond just making money.

That, however, was only half of what they found. They also found institutions that stand the test of time by virtue of their ability to continually renew themselves from within, to continually respond to the needs of their customers without ever straying from their core values. What Collins and Porras emphasize is that the most successful organizations distinguish their timeless core values, which should never change, from their strategic actions, which should change constantly in response to a changing world.

Practical Idealism

For STFM, this means that beyond espousing our core values, we will also need to take new and appropriate action on behalf of those we serve to demonstrate our core values. It is this combination of core

values and strategic intent, this coupling of our idealism with practical ways of meeting the evolving needs of patients and learners, that can serve as our blueprint for tomorrow. Or, if you will, "*practical idealism*."

Is there an opportunity here for STFM? Absolutely! There will be few times in any of our lives when a major institution, such as medicine, will be in such a state of disarray. Such a situation presents a golden opportunity for someone, some group, to step forward and lead the way. Our future is not foreordained. The challenge we face is not one of choosing the right path but, rather, designing the right path. I think there are three elements to guide us down the right path: perspective, courage, and a collective focus.

Perspective

First, we need perspective. Does anyone smell smoke? If we look at what is happening as if we are victims of a system gone awry, then we are no different from the smoke jumpers who thought they were heading into a 10 o'clock fire. Is there any question that after 6 years of steady increase, we have now experienced a 3-year trend in decline in the number of students electing a career in family practice? Is there any question that the regulatory impact on our clinical work and teaching has created more distance between us and our patients and learners? Is there any question that the remarkably higher demand for revenue generation that faculty now experience has resulted in less time for scholarship—not only in terms of research productivity but also in the scholarship of our teaching.

We cannot let our past success block our view of seeing the possibilities for the future. Nor can we let our frustration with the present keep us wedded to the past. It takes gaining perspective—being able to actually see the challenge and to envision the future—that will enable us to avoid feelings of discour-

agement or fear. Gaining perspective can help strengthen our resolve and give us courage.

Courage

For us, courage is needed so we will declare that the core values we represent cannot be compromised. We must make clear to ourselves, our learners, our patients, our leaders, and our corporate partners just what those core values are, and we must know how to, and be willing to, see that they are not compromised. Rationality will not return to US health care—our values will not be honored—unless we are willing to repeatedly make perfectly clear what quality care means.

From where do we find courage? From each other, from our learners, from our patients, and from the noble aspirations that laid the groundwork for our discipline. I have spent more than 20 years of my life working with family medicine faculty. I was drawn here because of the character of the men and women who comprise it. But, the daily grind in many settings can take the shine off of our noble aspirations. That is why STFM is so important. Both courage and perspective can be attained through gathering with like-minded people. Gatherings such as our Society meetings allow values to be reaffirmed and new opportunities for doing the right thing to emerge. These meetings can also permit us to develop a collective focus.

Collective Focus

There is a myth that permeates much of academic life—that organizational excellence is a product of individual excellence. It is not. Therefore, our challenge is not one of having everyone—every residency or every department—develop their own strategic action plan to navigate this period of transformational change. Instead, we must adopt a collective focus. That's not easy. It is much easier to get people to agree on core values. But, imagine where we would be if 30 years

ago, each of us took the core values of family medicine and developed our own idiosyncratic curriculum for training residents. The discipline would not have survived.

We are at a turning point in US medicine, and if we do not develop a collective focus, we run the risk of placing the discipline in jeopardy. STFM can play the key role in our ability to develop a collective focus—a *shared strategic action* that is appropriate and called for given the times in which we live.

I think that an appropriate collective focus is out there begging for us to embrace it! Many of our systems have allowed themselves to become preoccupied with the agenda of insurance payers, hospital CEOs, and corporate benefits officers. As a result, the public has begun to lose faith in all of medicine. On top of this, the Institute of Medicine has shown that errors abound in medicine in numbers greater than anyone imagined.

How can we recapture the trust that has been lost? More importantly, what strategic action can STFM take now to ensure that the core values of family medicine will be around forever? I suggest to you that the best action we can take is to demonstrate our commitment to measurably improving the quality of the care we provide. I envision a day when every resident, student, and faculty member takes for granted that the ability to measure

the care they provide, and use that knowledge to continually improve what they do, is as much of a core act in family medicine as is continuity or comprehensive care. This would allow us to achieve true *practical idealism* by both declaring and demonstrating the value of what we do.

There is a body of knowledge out there—knowledge about how to examine and continually improve care—that we must master. I am not talking about quality assurance, or even continuous quality improvement for that matter. I am talking about the science of improvement. I am talking about critical thinking, reflection in action, and scholarship.

STFM, meaning the collective membership of the Society, can take the lead for the entire discipline in ensuring that family medicine's expertise in this area is second to none. If we combine our deeply held values with a focus on meeting or exceeding the needs of our patients in measurable fashion, we won't be writing just the next chapter in family medicine but the next chapter for all of medicine.

Doing so will no doubt be good for the business of medicine. It will allow us to establish ourselves as quite different from all those who claim to do primary care or who even claim to have the same core values we do. But, it will be even better for those we serve. Who bet-

ter to do this than the "heirs of general practice"⁷—the discipline that brought the citizens of this country health care that was grounded in personal relationships and committed to providing people with comprehensive care throughout their entire lives.

I smell smoke. With your help, we can light a fire that can lead our discipline into its brightest place ever within all of medicine.

Correspondence: Address correspondence to Dr Bogdewic, Indiana University, 1110 West Michigan Street, Room C-264, Indianapolis, IN 46202. 317-278-0300. Fax: 317-274-4444. E-mail: bogdewic@iupui.edu.

REFERENCES

1. Maclean N. Young men and fire. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
2. Weick KE. The collapse of the sensemaking in organizations: the Mann Gulch disaster. *Adm Sci Q* 1993;Dec:628-52.
3. Weick K. Prepare your organization to fight fires. *Harvard Business Review* 1996;May-June:143-8.
4. Nadler DA, Shaw RB, Walton AE. Discontinuous change: leading organizational transformation. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
5. Collins JC, Porras JI. Built to last: successful habits of visionary companies. New York: Harper Business, 1994.
6. Ludmerer KM. Time to heal: American medical education from the turn of the century to the era of managed care. New York: Oxford University Press, 1999.
7. McPhee J. Heirs of general practice. New York: Farrar Straus Giroux, 1984.

The Questioning Machine

Stephen P. Bogdewic, PhD

I recently heard a story about a certain British philosopher. If he is not available when you call, you get his answering machine. The recording says, "This is not an answering machine; it's a questioning machine. Who are you, and what do you want?" The recording then continues, "In case you think these are trivial questions, most people come to this earth and leave it again without answering either one."

These questions, in one form or another, are quite familiar to me. For many years, it was my pleasure to teach with my colleague and friend John Frey, MD, in a faculty development fellowship program in North Carolina. I vividly recall a few basic questions that he always asked young fellows: "What drew you to academic medicine?" "What is it you feel that you have to teach?" As simple as these questions seemed, they required a great deal of thought, since, in essence, they provided the anchor to one's career. Also, as a family therapist, I always ask my patients a simple question that forms the primary basis of our therapeutic relationship: "What is it that you want?" It is probably no surprise to learn that the most common response I hear to this question is, "I don't know."

For each of us, these two basic questions, "Who are you, and what do you want?" are at the core of both professional and personal satisfaction. But, as important as these same questions are to us as individuals, they are also of central importance to each of our organizations. This can be easily illustrated by describing a simple questionnaire I have used in working with family medicine organizations over the years. The questionnaire is comprised of 2 questions: (1) List the 2 most important things that you feel contribute to the effective functioning of your organization (however you choose to define "effective functioning"). (2) List the 2 things that you feel significantly inhibit effective functioning within your organization. Once completed, members of the organization are placed in separate groups, and the task for each group is to distill their collective list down to the fewest possible categories that represent the majority of items on their list. I often suggest that the group with the fewest categories wins. This forces faculty and fellows to think critically about how the various issues on their list are related. Following this, we compare the lists to see if the categories are similar. In every instance in which I have conducted this exercise, the results are the same: 2 categories end up accounting for everything on each of the lists. Those categories are (1) the people and how they relate to each other, and (2) the mission/goals of the organization.

By asking these basic questions, which are really just variations of "Who are you, and what do you want?" we discover that at the core of every organization are 2 variables that influence the character or culture of the organization. The 2 words that describe these categories are sociability and solidarity.¹ Sociability can be defined as a measure of sincere friendliness among members of a community. In essence, it refers to a no-strings-attached way of relating to the other members of your organizational community. Sociability is enhanced when people share similar values, histories, and attitudes. High levels of sociability are evident in the evaluations of the various Society of Teachers of Family Medicine (STFM) conferences and programs in which participants describe networking as 1 of the most important reasons they attend.

By contrast, solidarity is based more in the mind than in the heart. Solidarity is characterized by a focus on common purposes, tasks, and shared goals that will benefit all parties regardless of whether the members like each other or not. Organizations with a high level of solidarity are able to pursue shared objectives in a timely, effective manner regardless of personal connections.

Both sociability and solidarity have their strengths and their drawbacks. A high degree of sociability could make for a supportive and enjoyable workplace. It could also contribute to the formation of

(Fam Med 2000;32(10):670-2.)

cliques or an acceptance of below-par performance. An organization with a high degree of solidarity can move in a purposeful, strategic direction, able to make clear decisions about how to respond to the future. However, a high degree of solidarity could also contribute to an almost ruthless adherence to a given direction, even if it happens to be the wrong direction. Of course, solidarity and sociability are intimately related, and it is only when we plot these 2 dimensions against each other that we see how they work to shape the foundational culture of an organization.

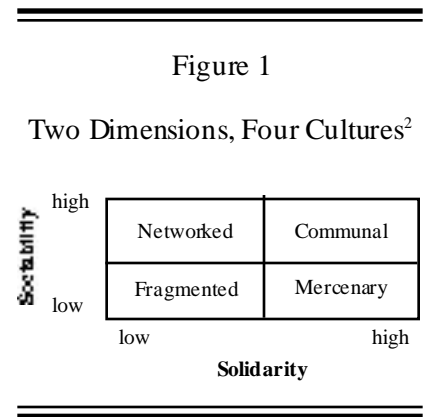
Figure 1 illustrates how varying degrees of sociability and solidarity combine to form 4 base profiles of organizational culture—fragmented, networked, communal, and mercenary. Each of the four cultures has its strengths and weaknesses, and, over time, most organizations move among the 4 possibilities. No one culture is the “right” one to which we should aspire. What is right depends on what is most appropriate for any organization at a given time. A primary determinant for which culture is best for any given organization is the larger environment in which the organization resides. The tendency might be to view the communal culture as having the best of both worlds—high sociability and high solidarity. However, the following story illustrates why the external environment is such an important factor in determining which culture is best for the organization.

A large, successful, and highly respected community-based residency program invited me to participate in an organizational planning retreat. Prior to the retreat, members were asked to complete a brief questionnaire that determined in which quadrant they viewed the organization. Their responses were all plotted, and the consistency was amazing. There was almost unanimous agreement among this faculty that the culture of their program was

communal. In fact, many of them saw their communal nature as a primary factor in the success they had achieved over the years. However, the purpose of the retreat was to deal with a looming threat. This residency program exists in a highly competitive marketplace, and unless they were capable of making a series of swift business decisions, their future was in financial jeopardy. After reviewing in detail the threat they were facing, each participant was asked to place a mark on the 4-quadrant grid indicating where they felt they now needed to be, given the circumstances in their environment. They collectively agreed that they needed to move to a higher degree of solidarity. But, to my surprise, they also indicated that they needed to move equally as far in the direction of higher sociability. This would place them in the far-upper-right corner of the communal quadrant. Since they believed that a high degree of sociability got them to where they were, it was hard for them to imagine that a different organizational culture could take them where they needed to go.

As we discussed this phenomenon further, it was apparent that they realized the seriousness of the threats they were facing in their environment. They came to realize that the communal notion of assembling all of their partners every time a crucial business decision needed to be made was highly unlikely. My greatest surprise came when I asked them why they had not opted for moving more into the mercenary culture. The reason they gave was that they were family physicians, and, as such, the term *mercenary* was repugnant to them. They agreed that had the quadrant been called *entrepreneurial*, they would have considered moving more in that direction.

We can see that answering 2 simple questions—Who are you, and what do you want?—has implications for both the individual



and her/his respective organization. Yet, these same questions are just as applicable to an entire discipline or, in our case, to the academic arm of our discipline—STFM. Who are we, and what do we want? Such an important question deserves a thoughtful and meaningful dialogue. To initiate such a dialogue, the STFM Board of Directors used time during its most recent meeting to develop a draft of a strategic plan. In attempting to answer the first question, the most concise statement of who we are was, “We grow faculty.” This phrase lies at the heart of our organization’s identity. But grow faculty for what? Given the enormous changes we are witnessing in health care and academic medicine, are there certain strategic foci that STFM needs to pursue over the next few years? In response to that question, the Board generated 4 possible strategic goals for STFM: (1) Provide (gold standard/premier) leadership for the academic development of faculty along the continuum of experience for individual roles. (2) Continually explore and incorporate advances in information technology appropriate for family medicine. (3) Improve the quality of care provided by family physicians through education and research. (4) Lead the process to create the roles and responsibilities of family physicians in the evolving health care system.

This draft of strategic goals needs your input. STFM is *your* organization. For the Board to serve the

needs of its members, we need to hear from you. Feel free to contact any Board member, or me personally, to discuss your thoughts regarding where our organization needs to commit its energy and creativity over the next few years.

I have previously discussed the importance of distinguishing between core values and strategic actions.³ Both are important. The most successful organizations distinguish their timeless core values, which should never change, from their strategic actions, which should change constantly in response to a changing world.⁴ To both reaffirm our core values and also determine

which strategic actions are necessary, we must periodically return to the basic questions posed by the "Questioning Machine." We each have an obligation to answer these questions, not in a vacuum, but rather within a series of larger contexts, starting with self and then moving to our organization, our discipline, and the larger picture of the US health care system. The place to begin, however, is with, "Who are you, and what do you want?"

Correspondence: Address correspondence to Dr Bogdewic, Indiana University, 1110 West Michigan Street, Room C-264, Indianapolis, IN 46202. 317-278-0300. Fax: 317-274-4444. E-mail: bogdewic@iupui.edu.

REFERENCES

1. Goffee R, Jones G. The character of a corporation: how your company's culture can make or break your business. New York: Harper-Collins Publishers, Inc, 1998.
2. Goffee R, Jones G. What holds the modern company together? *Harvard Business Review* 1996 Nov-Dec:133-48.
3. Bogdewic SP. Practical idealism: a blueprint for caring. *Fam Med* 2000;32(6):372-5.
4. Collins JC, Porras JI. Built to last: successful habits of visionary companies. New York: Harper Business, 1994.

For the Office-based Teacher of Family Medicine

Paul M. Paulman, MD
Feature Editor

Editor's Note: In this month's column, John Langlois, MD, and Sarah Thach, MPH, of the Mountain Area Health Education Center in Asheville, NC, examine teaching and learning styles and provide a practical style assessment tool.

I welcome your comments about this feature, which is also published on the STFM Web site at www.stfm.org. I also encourage all predoctoral directors to make copies of this feature and distribute it to their preceptors (with the appropriate *Family Medicine* citation). Send your submissions to Paul Paulman, MD, University of Nebraska Medical Center, Department of Family Medicine, 983075 Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-3075. 402-559-6818. Fax: 402-559-6501. ppaulman@unmc.edu. Submissions should be no longer than 3–4 double-spaced pages. References can be used but are not required. Count each table or figure as one page of text.

Teaching and Learning Styles in the Clinical Setting

John Langlois, MD; Sarah Thach, MPH

Just as every clinician has a unique style of interacting with patients, every clinical teacher has a unique teaching style. In teaching, as in clinical medicine, there is no one right way; clinical teachers can adapt their styles to reflect the situations that arise. This article provides a simple assessment tool to help you recognize your preferred style(s) of interacting with learners and assess learners' preferences so you may more easily match teaching and learning styles.

Self-assessment

Before continuing, please complete the Teaching and Learning Styles Self-assessment Tool in

(Fam Med 2001;33(5):344-6.)

Table 1. As you read each statement, consider how likely you would be to use this style in your teaching. Focus less on the content and more on the manner in which the question or statement is given. There are no right or wrong answers, only preferences.

Andragogy Versus Pedagogy

One way to look at teaching and learning styles is to consider differences between learning and teaching in adults (andragogy) and children (pedagogy). Essentially all of the learners that we teach are adults; however, not all are adult learners, nor is an adult teaching style appropriate in all situations.

In the pedagogical style, the teacher decides what is taught and how it is taught, and the learner depends on the teacher for direction as well as the content itself. Motivation and rewards for learning are

external (grades and awards), and the focus of learning is to build a foundation of knowledge that may be used later. In andragogy, learners take responsibility for their education and have a more active role in directing what they need. The teacher is more of a facilitator of learning and a resource for the learner. Learners' motivation and the focus of the learning is on application of knowledge and the development of competency in skills needed at that moment.

Both styles of teaching are effective in certain situations. At times, the teacher needs to take control of the learning situation and work to ensure that the learner has a solid base of knowledge for future use. At other times, learners must be encouraged to assess their own needs and direct their learning.

Items 1–6 in your Teaching and Learning Styles Self-assessment

Table 1
Teaching and Learning Styles Self-assessment Tool

Items 1–18 are questions or statements from a preceptor to a learner. Items 19–20 are statements made by a learner. How comfortable are you with each question or statement?

Scale: 5=very uncomfortable, 1=very comfortable

1. "We've got a few minutes now . . . I'll give you my 10-minute talk on ____."	5 4 3 2 1	11. "What if the X ray was normal? Would that change your diagnosis?"	5 4 3 2 1
2. "What are the seven causes of ____?"	5 4 3 2 1	12. "Mr Clayton shared some difficult information about his illness with you. How did that make you feel?"	5 4 3 2 1
3. "____ is an important and common problem. Read this chapter so that you will know more about it."	5 4 3 2 1	13. "There is a wide variety of opinions on how to approach that ethical situation. What do you think you would do?"	5 4 3 2 1
4. "We've got a few minutes now . . . what would you like to discuss?"	5 4 3 2 1	14. "You seem to be having difficulty in dealing with this patient. What 'buttons' do you think this situation might be pushing for you?"	5 4 3 2 1
5. "We saw two patients with ____ today. What useful things did you learn, and what questions remain?"	5 4 3 2 1	15. "I'm going to watch you interview this next patient."	5 4 3 2 1
6. "Look carefully at your knowledge base and your clinical skills, and let me know tomorrow what needs improvement and how we can work on that over the remaining 3 weeks."	5 4 3 2 1	16. "Watch my technique on this patient, and I'll supervise you for the next."	5 4 3 2 1
7. "What is the drug of choice for ____?"	5 4 3 2 1	17. "I know you haven't done this before, but I'll be right there to help you."	5 4 3 2 1
8. "Amoxicillin is an option for that purpose, but in my experience, increasing resistance patterns have made trimethoprim/sulfamethoxazole a better choice."	5 4 3 2 1	18. "You've done it before? OK. I'll watch you do it."	5 4 3 2 1
9. "How did you arrive at that diagnosis and why?"	5 4 3 2 1	19. "I feel comfortable and at home very quickly in new environments."	5 4 3 2 1
10. "OK. So your working diagnosis for this patient is _____. What would you recommend for treatment and why?"	5 4 3 2 1	20. "I enjoy being asked questions on the spur of the moment."	5 4 3 2 1

Tool reflect variations on a pedagogic or andragogic teaching style. Items 1–3, where the teacher selects both the topic and the mode of learning or demonstrating knowledge, are teacher-centered approaches. In Item 4, the preceptor allows the learner to determine the content of teaching and implies discussion rather than a lecture—a more andragogic approach. Items 5 and 6 go one step further, asking the learner to assess what he or she has already learned about a clinical problem and determine what additional learning he or she needs.

You may notice that your answers do not fall neatly into one category. Your preferred answers may be a mixture of both styles. As

we have discussed, there is no right or wrong teaching (or learning) style, and a variety of responses can indicate flexibility and comfort in a variety of areas.

Assessing Knowledge

As a clinical preceptor, it is your task to assess and teach knowledge, attitudes, and skills.¹ Questioning is a primary mechanism for assessing a learner's knowledge. Quirk² defines four distinct styles of questioning and sharing information. The assertive style is teacher centered; preceptors ask direct questions and provide answers. In the suggestive style, preceptors share opinions and practical experience and suggest options to learners. The collabora-

tive style is even more learner centered; preceptors accept and explore learners' ideas and share their experiences. In the facilitative style, the exchange extends beyond the clinical content to the feelings of learner and preceptor.

Items 7–12 of the assessment tool explore comfort with these teaching styles. Item 7 reflects the assertive style, asking for specific information. Item 8, which provides an opinion and offers experience to back it up, is a suggestive-style statement. Items 9–11 are collaborative; they explore the learner's clinical reasoning. This is a useful assessment technique in helping the teacher assess not only the learner's answer but the process by which he

or she arrived at that answer. Item 12 reflects the facilitative style, discussing the feelings elicited in a patient encounter.

Assessing Attitudes

Items 12–13 of the assessment tool examine attitudes of the learner. Learners' attitudes are most accurately reflected by their behavior,¹ but questions can prompt a discussion of attitudes. Item 12 was discussed in the preceding section; exploration of feelings and attitudes is a part of the facilitative style. Item 13 addresses an ethical issue; these arise from time to time in practice. Item 14 assesses a high-level skill, being able to self-assess an unexpected emotional reaction to a patient. Whitman and Schwenk¹ describe strategies for role-modeling attitudes to inculcate in learners, including the highest quality of patient care, sensitivity to both patients and learners, enthusiasm for teaching and patient care, and dealing with the uncertainties and challenges that all practitioners face.

Assessing Clinical Skills

History taking and physical exam skills are vital tools of the well-trained clinician, yet providing appropriate supervision and feedback can be challenging in the busy clinical setting. Item 15 indicates your comfort with direct observation, a highly valuable means of assessing skills.

Teaching clinical skills and procedures is a challenge. It is difficult to know how much latitude to give the learner while ensuring the quality of patient care provided. Whitman and Schwenk³ provide a useful modification to the old standard "See one, do one, teach one" model: (1) *Demonstrate* the skill while the learner observes. (2) *Closely supervise* the learner practicing the skill. (3) *Monitor* the learner performing the skill, with as little interference from you as possible—taking into account the need to do no harm to the patient. (4) *Assist* the learner; let him or her perform the skill without you by

discussing the procedure in advance, being available (but not necessarily present) during the procedure, and debriefing afterward. Advancing from one step to another is not contingent on a specific number of times performed but on demonstration of competence and skill at a given level.

Responses to items 16–18 indicate your comfort in allowing learners to do procedures and in accepting learners' self-reports of skill or competence. Note that learners who indicate a high level of comfort may be highly skilled in clinical procedures, or they may have an unrealistic assessment of their skills. On the other hand, some learners may underestimate their clinical skills and may need coaching to build confidence. In general, learners' skills should be directly assessed whenever possible, but the assessment tool questions can help point out strategies to build appropriate self-assessment.

Personality Preferences

Volumes have been written on personality types and preferences, too much to go into great detail here. Comfort in adapting to new environments and in responding to challenges versus needing time to research and present a topic are two variables that can be helpful to assess in your learner (see items 19–20). Assessing your own preferences in these areas and recognizing that your learners may feel differently can help you promote learner comfort in your practice.

Using the Assessment Tool With Learners

Having learners complete this same assessment tool helps you and learners get to know each other and adjust to one another's styles, particularly when they assess themselves early in the rotation before their reporting is influenced by observations of your style. Once the learner completes his or her self-assessment, compare the answers to your own. (You might keep your completed assessment in your ori-

entation folder for this purpose.) Where are the similarities and differences? It is neither expected nor wise for you to adjust your style to completely match that of the learner. The learner with a strong preference for teacher-centered learning needs encouragement, guidance, and the opportunity to develop a more learner-centered style. The learner reporting comfort with performing new techniques and procedures still needs close monitoring to assure that his or her confidence is backed up by appropriate skill. Consider showing your self-assessment to the learner. This promotes a collaborative approach to addressing style differences.

Summary

We all have natural preferences and styles that suit our personalities and experiences. One of the challenges of teaching health professions learners is being placed in a close working relationship with learners with different styles. Thoughtful self-assessment of your own style and identification of the preferences of learners will allow both you and the learner to stretch and expand your abilities, resulting in improved clinical and professional skills.

Acknowledgments: The content of this article is based on materials developed as a part of the Preceptor Development Program, a comprehensive program of preceptor development materials supported by HRSA Grant 1D15PE50119-01. Detailed information on this project, as well as a copy of the self-assessment tool described in this article, can be obtained from our Web site at www.mtn.ncahec.org/pdp.

Correspondence: Address correspondence to Dr Langlois, MAHEC Division of Family Medicine and MAHEC Office of Regional Primary Care Education, 118 W.T. Weaver Boulevard, Asheville, NC 28804. 828-258-0670. Fax: 828-257-4738. johnl@mt.ncahec.org.

REFERENCES

1. Whitman N, Schwenk TL. Preceptors as teachers: a guide to clinical teaching. Salt Lake City: University of Utah School of Medicine, 1984.
2. Quirk ME. How to learn and teach in medical school. Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1994.
3. Whitman N, Schwenk TL. The physician as teacher, second edition. Salt Lake City: Whitman Associates, 1997.

President's Column

The Call for Moral Leadership

Stephen P. Bogdewic, PhD

In a recent column, I stressed two questions of value to both individuals and organizations: "Who are you?" and "What do you want?"¹ For the most part, these are essentially the same questions that guided the recent Keystone III conference. Keystone III was billed as a dialogue. Participants were encouraged to listen to each other and to engage with colleagues over nine topics deemed important to our discipline.

The following questions were used to frame that dialogue: (1) Is where we are where we were going? (2) What is the domain of family practice—scope, role, and function? (3) How will family physicians care for patients in the context of family and community? (4) How does a changing country change family practice? (5) What can technology do to and for family practice? (6) What is the science base of family practice, and how will it be developed? (7) How are family physicians agents of political and social change? (8) What opportunities have we missed, and what bad deals have we made? (9) What does family practice need to do next?

For each of these topics, two colleagues collaborated on a paper that

was intended to provoke discussion. These papers were then circulated to all Keystone III participants prior to the conference. The April 2001 issue of *Family Medicine* will contain each of these discussion papers.

Throughout the 5 days of the conference, I found myself repeatedly wondering what this dialogue was telling me about who we are as a discipline and what it is that we want. I cannot speak for anyone else nor would I suggest that my experience is representative of others. However, I would simply like to share some thoughts and impressions that I came away with after my participation in this unique event.

As both a participant and observer, I was particularly interested in learning the answer to the question, "Who are we?" One response, more than any other, seemed to emerge—the concept that family medicine serves as a critical human and social bridge between the health care system and the life of an individual human being. We, therefore, believe that the personal relationship between a family physician and his/her patient is the preeminent core value of our discipline—a relationship in which a physician views a patient within a broad range of contexts, such as family, social support, work, and community. This theme repeatedly surfaced in various forms and in various discussions, and no one seemed to challenge its veracity. I found myself having two different reactions to this thought.

First, I agree. I will never forget my first few weeks on the job as a junior faculty member in a department of family medicine. Until that point in my life, I had no idea what family medicine was. I was invited to observe resident-patient interactions through a videotaping system. My initial reaction was utter disbelief. I wondered if the encounters I was observing were staged. No physician had ever personally related to me in the manner I was witnessing. Since that time, more than 20 years ago, I have had countless opportunities to both witness and experience the healing relationship that is central to family medicine.

My second reaction to the core value of the doctor-patient relationship is that it is just that—a core value. Core values refer to those timeless dimensions of an organization's or discipline's identity that should never change. Core values are to be distinguished from strategic actions that should change routinely in response to a changing world.² At Keystone III, I witnessed confusion between the two. New strategies for delivering services, such as the use of the Internet, struck some as an attack on the core value of the doctor-patient relationship. What Keystone III reinforced for me is our need to let go of any belief that core values can only be acted on in the ways they have in the past. I believe I know just the group who can help our discipline envision new ways of strategically acting on our core values.

(Fam Med 2001;33(2):86-8.)

From the Department of Family Medicine,
Indiana University.

One of the most pleasant surprises for me from this conference was the cohort of participants who were dubbed "Gen III." Each of the participants was identified as belonging to one of three generations within the discipline. Generation I were the most-senior members, those who have been in family medicine longer than 25 years. Generation II participants have been in the discipline from 10 to 25 years, and Generation III have been in the ranks of family medicine less than 10 years. Much like discussions I have witnessed in my own institution, there was some talk about this younger generation of physicians and whether they embrace the same degree of commitment to serving the profession as did their elders. If the Gen III participants at Keystone III were in any way representative of their peers, I believe that they may actually possess a greater commitment than any previous generation.

These young people are not entering family medicine during its golden years. Family medicine organizations around the country are struggling to stay afloat in a sea of uncertainty and seemingly random changes in the health care industry. Yet, the enthusiasm and creativity of the Gen III participants was second only to their deep belief in, and commitment to, the ideals of family medicine. The days at Keystone III were quite long, and the discussions were thought provoking. By the end of each day, I found myself needing some time to unwind. For the Gen III people, that meant scratching out an additional 7 to 8 hours to meet among themselves for some collective reflection. Based on my observations, I am more than confident that this generation has the capacity and the heart to take our discipline to new heights.

Beyond my curiosity regarding how Keystone III would address the question, "Who are we?" I was also quite interested in seeing what the response would be to the question, "What do we want?" One thing that was apparent that we don't want is

a broken health care system. There seemed to be widespread acceptance that the US health care system has serious problems, not the least of which is an inability to care for a large number of the people in this country, which means that what we want, as a discipline, is to be a part of a healthy, effective system for delivering care to all people. This thought has haunted me since returning from Keystone III.

For me, Keystone III was spiritually uplifting. While opinions differed, at times sharply, there was not one person in the room who did not care deeply about the discipline of family medicine. Just to be immersed in such energy for 5 days was a powerful experience. I left that conference with a renewed sense of how important it is for each of us to do more than just provide quality care and quality education. I felt more strongly than ever that we must each advocate for changes in the larger health care system—changes that will ensure care for all people and changes that will ensure that all people have access to a personal physician. I walked away from the conference with a pledge to act on these renewed beliefs.

After just a few weeks, the daily reality began to creep back into my life. I found myself wrestling with such things as getting faculty to understand and accept a new RVU system, determining how to best promote the residency program during a competitive recruiting season, finding time to obtain authorization to see my patients, and deciding how to package my own dossier for promotion. It appeared that I did not have enough time to manage the complexities of helping run a department, providing quality care and good teaching, attending to my own career needs, and still being able to advocate for needed change. Keystone III was fading rapidly for me.

Yet, I was not willing to let go of the feelings and convictions that were forged at Keystone III. I began to review my notes from the

conference and tried to give thought to what I might be able to do. My own desire to take some action on behalf of the discipline was in essence a personal leadership challenge. Leadership is about crafting a vision of what needs to be accomplished and then determining ways of moving self and others towards that vision. As I pondered what leadership actions I might take, I started to get tangled in my limited knowledge of the intricacies of the US health care and medical education systems. I saw my vision, as well as my momentum, begin to slow once again.

As fate would have it, I chanced upon Robert Coles' newest book, *Lives of Moral Leadership*.³ In this book, Coles attributes his wife Jane as being the first person he heard use the term *moral leadership*. She used it to describe what she witnessed firsthand in the South during the civil rights era. Coles uses the concept of moral leadership to present the stories of certain individuals he has known, people whose acts of courage have enabled others to see their own dreams brought to life. As I read these stories, I found myself reflecting on the people I have known who helped me appreciate that family medicine is about much, much more than the delivery of services. I thought about those people who helped me see that the covenant between a family physician and her/his patient is a social contract that places health care into an expanded context.

Health care represents a core societal value. Health care is at the core of our civic understanding of ourselves.⁴ Therefore, with regard to family medicine, what is at stake is not something as simple as the potential deterioration or loss of a certain type of primary care. Rather, what we as a nation are placing in peril is a connection with ancient human values that define who we as a nation are. We are allowing economics and politics to shape our character as a country, and there seems to be no better or more im-

portant place to stem this tide than with the discipline of family medicine.

For us, as a discipline, to take a united stand will not be easy. The main obstacle that we must overcome is our belief that goodness always triumphs over evil. Too often, we think that as long as we continue to provide quality care and quality education, our future is preordained. I wish this were the case, but I don't believe that virtue just happens. Justice happens only when we reach beyond goodness and fight for it. One participant at Keystone III offered an anecdote from his childhood that captures this point in humorous fashion. He told the story of watching Friday night boxing matches on television with his father when he was just a boy. He noticed that many of the boxers would bless themselves (make a sign of the cross) right before the start of the match. He finally asked his father one evening if that actually helped the boxers. His father replied, "It does if they know how to box."

There is no exact formula for moral leadership. Perhaps the best advice comes from an elementary school teacher who taught Ruby Bridges, the 6-year old African-American girl who pioneered school desegregation in the South:

You have a real honest talk with yourself and find out who you are and what you really believe is

right, the correct choice, and why that's it and then, with your values figured out, the reasons you have why you are ready to do something. That means you have to act, act on your beliefs, and you have to behave right, not just talk right, and you have to convince others to go in the direction you're going, where you're headed, convince them that they should join with you, take your hands in theirs, a go-along party of folks, that's how I'd say it: a leader is someone who knows how to persuade others to keep others company, to stand for what she believes in, the good, the 100% right thing to do—and so they're all walking like a strong family does: all on a walk together, and keeping tune with each other, and getting strong on account of each other.^{3(p.xv)}

Since Keystone III, a call has come forth for all of the national family medicine organizations to develop and then unite behind a common strategic plan for the future of the discipline. If this happens, and if such a plan is to make any real difference, we must first of all be clear about what we believe is "the good, the 100% right thing to do." With or without a national plan, we can each immediately begin exercising moral leadership by inviting into our company those who believe we have a civic responsibility to protect the fundamental

human values that are embodied in the work that we do. Unquestionably, these are very busy times for all of us. But if we do not find the will to take action on behalf of our moral beliefs, there will be much more at stake than the future of a given residency program or department. Health care is the core of our own human and social understanding of who we are. And, at the center of health care itself is the primary interaction between a patient and a physician. To ensure for all times the sanctity of this relationship is to preserve the compassion and dignity that defines who we are as a nation. Perhaps as we each reflect on the need to take action, we would do well to heed the motto used by Child Protective Services, "If not you, who?"

Correspondence: Address correspondence to Dr Bogdewic, Indiana University, 1110 West Michigan Street, Room C-264, Indianapolis, IN 46202. 317-278-0300. Fax: 317-274-4444. bogdewic@iupui.edu.

REFERENCES

1. Bogdewic SP. The questioning machine. *Fam Med* 2000;32(10):670-2.
2. Collins JC, Porras JI. *Built to last: successful habits of visionary companies*. New York: Harper Business, 1994.
3. Coles R. *Lives of moral leadership*. New York: Random House, 2000.
4. Murphy R. Keynote. Presented at the Family Medicine Forum 2000, Canadian Doctors Network; October 20, 2000; Ottawa, Ontario, Canada.

Essays and Commentaries

On “Being There” in a Virtual World

Richard G. Roberts, MD, JD

Three months ago, Bob was dying as I was about to leave town. Through 70 challenging years as a farmer and father of five, Bob never gave up. Weakened by his aggressive bladder cancer, he'd struggle to hike his favorite hills, but he never gave up. The last month was misery; he had blood clots and was confined to a hospital bed. Anticoagulants triggered bleeding and bladder spasms. A tumor choked his failing kidneys. Consultants stopped by less often.

He asked me, just before I left town, “What's next?” We could try a stent to relieve the obstruction or another experimental drug in an attempt to shrink the tumor. As we discussed options and probable outcomes, I could see the usual fire in his eyes flicker and fade. What did he want? He didn't know. I wrote my hotel and pager numbers on my card and gave it to his wife,

Judy. I expected she'd call with the final news. Then I left for my out-of-town meeting.

Early the next morning, I logged on to check e-mail and found a message from Judy: “Saw your e-mail address on the card. Hope you don't mind communicating this way. We both like your partner, but she just doesn't know Bob like you do. This works best for us.” I replied that while e-mail could not promise privacy or punctuality, I'd try anything she and Bob asked and would be as helpful as I could.

Over the next week, we corresponded up to several times a day. Can Bob go home from the hospital? Of course. What about hospice? Already arranged. How could Bob explain to the children that he doesn't want to give up but doesn't want any more treatments? That one was tougher. I wrote: “Tell them Bob's been climbing a difficult path up a very steep hill. There's no evidence that this path will lead him to the summit. It's time to try a new path.”

Bob died at home the day I returned but before I could see him. Two nights later, I left halfway through a residency graduation dinner and hurried to Bob's small

town. Arriving at the funeral home with minutes to spare, my entry was blocked by their grandson. With the directness of a 5-year old, he challenged me, “Why are you here?” “To say goodbye to your grandpa,” I said. “You're late,” was the grandson's response.

Inside, Judy walked me past easels covered with photographs of Bob's life and introduced me to the several dozen relatives who remained at the funeral home. I apologized for the past week: for not being there, for not being able to help more. Judy said, “You were there. You helped more than you know.” She pointed to the last easel, on which was taped a printout of my last e-mail on trying a new path.

When I saw Judy in the office a month later, she was doing well. I told her that she and Bob had taught me about courage and about trying new ways to stay connected. She gave me permission to share their story to illustrate what it means to me to be a family physician today.

Correspondence: Address correspondence to Dr Roberts, University of Wisconsin Medical School, 777 South Mills Street, Madison, WI 53715. 608-263-3598. Fax: 608-263-5813. rroberts@fammed.wisc.edu.

(Fam Med 2001;33(3):210.)

From the Department of Family Medicine, University of Wisconsin.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED 1812 • ISSN 0028-4793 • WWW.NEJM.ORG

Owned, published, and © copyrighted, 1998, by the MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY

Attributes of Excellent Attending-Physician Role Models
[Special Article]

Wright, Scott M.; Kern, David E.; Kolodner, Ken; Howard, Donna M.; Brancati, Frederick L.

From the Division of General Internal Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center (S.M.W., D.E.K., D.M.H.), Johns Hopkins University School of Medicine (S.M.W., D.E.K., K.K., D.M.H., F.L.B.), and the Welch Center for Prevention, Epidemiology, and Clinical Research, Johns Hopkins Medical Institutions (F.L.B.) -- all in Baltimore. Address reprint requests to Dr. Wright at the Division of General Internal Medicine, B2N, Johns Hopkins Bayview Medical Center, 4940 Eastern Ave., Baltimore, MD 21224-2780.

Outline

- [Abstract](#)
- [Methods](#)
 - [Setting](#)
 - [Identification of Physicians as Role Models](#)
 - [Selection of Controls](#)
 - [Design of the Questionnaire](#)
 - [Administration of the Questionnaire](#)
 - [Statistical Analysis](#)
- [Results](#)
 - [Identification of Excellent Role Models](#)
 - [Demographic and Career-Related Characteristics of the Respondents](#)
 - [Assigned Teaching Responsibilities](#)
 - [Additional Time Spent with House Staff](#)
 - [Training in Teaching](#)
 - [Teaching Style and Methods](#)
 - [Attitudes toward Teaching](#)
 - [Building Relationships with House Officers](#)
 - [Career-Related Characteristics and Achievements](#)
 - [Multivariate Analyses](#)
 - [Subsidiary Analysis](#)
- [Discussion](#)
- [REFERENCES](#)

Graphics

- [Figure 1](#)
- [Table 1](#)
- [Table 2](#)
- [Table 3](#)
- [Table 4](#)

Abstract[^]

Background: Although effective role models are important in medical education, little is known about the characteristics of physicians who serve as excellent clinical role models. We therefore conducted a case-control study to identify attributes that distinguish such physicians from their colleagues.

Methods: We asked members of the internal-medicine house staff at four teaching hospitals to name physicians whom they considered to be excellent role models. A total of 165 physicians named by one or more house-staff members were classified as excellent role models (these served as the case physicians in our study). A questionnaire was sent to them as well as to 246 physicians who had residency-level teaching responsibilities but who were not named (controls). Of these 411 physicians, 341 (83 percent) completed questionnaires while unaware of their case-control status.

Results: Of the 341 attending physicians who responded, 144 (42 percent) had been identified as excellent role models. Having greater assigned teaching responsibilities was strongly associated with being identified as an excellent role model. In the multivariate analysis, five attributes were independently associated with being named as an excellent role model: spending more than 25 percent of one's time teaching (odds ratio, 5.12; 95 percent confidence interval, 1.81 to 14.47), spending 25 or more hours per week teaching and conducting rounds when serving as an attending physician (odds ratio, 2.48; 95 percent confidence interval, 1.15 to 5.37), stressing the importance of the doctor-patient relationship in one's teaching (odds ratio, 2.58; 95 percent confidence interval, 1.03 to 6.43), teaching the psychosocial aspects of medicine (odds ratio, 2.31; 95 percent confidence interval, 1.23 to 4.35), and having served as a chief resident (odds ratio, 2.07; 95 percent confidence interval, 1.07 to 3.98).

Conclusions: These data suggest that many of the attributes associated with being an excellent role model are related to skills that can be acquired and to modifiable behavior. (N Engl J Med 1998;339:1986-93.)

A century ago, William Osler helped create a new approach to medical education based largely on teaching by example. Osler himself is venerated as a paragon of clinical and pedagogic excellence, serving as an example for academic

physicians to emulate. Today, role modeling is thought to be an integral component of medical education [1-8] and an important factor in shaping the values, attitudes, behavior, and ethics of medical trainees. [7-10] Role models have a strong influence on the career choices of medical students. [1,3-6,10-23] Since 1966, 25 articles have reported on various aspects of role modeling in medical education. [1-25] Only two of these studies, however, have examined the actual attributes of excellent role models, one from the perspective of residents, [1] and the other from the perspective of medical students. [5] We designed this multicenter case-control study of attending physicians in order to identify attributes that distinguish attending physicians who are excellent role models from their colleagues.

Methods[^]

Setting[^]

The study was conducted at four teaching hospitals, two in Montreal (Montreal General Hospital and Royal Victoria Hospital) and two in Baltimore (Johns Hopkins Hospital and Johns Hopkins Bayview Medical Center) from November 1995 to June 1996.

Identification of Physicians as Role Models[^]

All 188 house-staff members in internal medicine at the four hospitals were asked to complete a written, anonymous survey identifying attending physicians in their own departments of medicine whom they considered excellent role models. A role model was defined as "a person considered as a standard of excellence to be imitated." [26] House-staff members were allowed to name as many excellent role models as they desired. Overall, 151 (80 percent) of the house staff completed the survey, and the response rates in all four hospitals exceeded 75 percent. An attending physician who was named by at least one house officer was classified as an excellent role model. On the basis of this classification, we identified 165 excellent role models (who served as case physicians in our study). We also performed a subsidiary analysis in which the 46 physicians who were named as excellent role models five or more times were compared with the controls.

Selection of Controls[^]

From the departments of medicine at the four hospitals, we acquired the

names of all attending physicians who had had residency-level teaching responsibilities during the previous 12 months (1994-1995), including those who served as attending physicians on the wards, in the medical intensive care unit, in the coronary care unit, or on a consultation service, or who acted as preceptors for house officers in an outpatient setting. Both full-time and part-time faculty members were included, but research faculty members who had had no contact with house officers in the past 12 months were excluded. A total of 411 physicians at the four hospitals had taught house officers in the past year; 246 of this group, who were not named as excellent role models by any house officer, were classified as controls.

Design of the Questionnaire[^]

A 55-item questionnaire was developed for the study. In addition to collecting demographic information and data about assigned teaching responsibilities from each physician, the questionnaire covered the following six areas: additional time spent with the house staff beyond that which was assigned; previous training in teaching; teaching style and methods; attitudes toward teaching; activities aimed at building relationships with house officers; and career-related characteristics and achievements. We distinguished between the extent of assigned teaching responsibilities, which reflects choices made by department and division chiefs, and additional time spent with the house staff, which reflects choices made by individual attending physicians both within and beyond their assigned teaching responsibilities. Responses were in the form of answers to yes-or-no questions, seven-point Likert scales, rank orders, and percentages of effort.

Administration of the Questionnaire[^]

Of the total sample of 411 attending physicians with residency-level teaching responsibilities, 341 (83 percent) completed the questionnaire; all were unaware of their case-control status. As compared with the nonrespondents, the respondents were more likely to be women ($P=0.04$) and somewhat more likely to have been named as excellent role models ($P=0.07$). Otherwise, they were similar in terms of age, academic rank, full-time versus part-time status, and specialty. There were no significant differences in either the response rate or the ratio of case physicians to controls among the four participating teaching hospitals.

Statistical Analysis[^]

Attributes of case and control physicians were compared with use of chi-square tests and t-tests. Odds ratios, with 95 percent confidence intervals, were determined. Responses to questionnaire items with seven-point Likert scales (e.g., "stresses importance of the doctor-patient relationship") were initially analyzed after division into three categories -- low, medium, and high. In almost every instance, the greatest contrast between case and control physicians was apparent in the comparison between the group that rated the importance of an item as "high" and the other two groups. Therefore, we combined the low and medium categories into a single comparison group throughout.

Subsequent analyses were based on logistic-regression models in which case-control status was the dependent variable. In each analysis, odds ratios with 95 percent confidence intervals were used to characterize the association of individual attributes with the likelihood of being identified as an excellent role model (i.e., case vs. control status). First, we determined the association of various assigned teaching responsibilities with case-control status, without adjustment for other variables. Second, because we hypothesized that attending physicians who were assigned greater teaching responsibilities were more likely to be named as excellent role models, we determined the association of each individual attribute with case-control status after adjustment for the variable representing assigned teaching responsibilities; this variable was represented by two covariates entered in tandem: the sum of the number of months during which a respondent served as attending physician on the wards or in the intensive care or coronary care unit and the number of half-days the physician spent as a preceptor in an outpatient clinic each week. Analyses with adjustment for the variable representing the percentage of total effort spent in teaching yielded practically identical results.

Third, we conducted a two-stage analysis to identify the attributes with the strongest independent associations with case-control status after multivariate adjustment. In the first stage, we constructed six area-specific multivariate models corresponding to the six areas of potentially modifiable behavior or attitudes in the questionnaire. These models consisted only of variables that were significantly associated with case-control status after we controlled for assigned teaching responsibilities ($P < 0.05$ by Wald test). In the second stage, we entered variables that were significantly associated with case-control status in the first-

stage area-specific models (typically, one to three variables per area) into a studywide multivariate model. To assess the goodness of fit of this final model, the Hosmer-Lemeshow method based on deciles of risk was applied. [27] The SAS statistical package (SAS Institute, Cary, N.C.) was used for all analyses. All tests of statistical significance were two-tailed.

Because demographic characteristics were thought not to be modifiable and because the potential implications of findings involving these factors would be limited, they were treated differently from modifiable factors in our analyses. Findings regarding personal attributes such as age and sex are presented without adjustment for assigned teaching responsibilities.

Results[^]

Identification of Excellent Role Models[^]

Sixty-seven (41 percent) of the 165 attending physicians who were identified as excellent role models were named only once or twice (Figure 1). On average, each house officer named three attending physicians. Every house officer was able to identify at least one excellent role model.

Figure 1. Frequency with Which the 341 Attending Physicians Who Participated in the Study Were Named as Excellent Role Models by the 151 House Officers in Internal Medicine at Four Teaching Hospitals.

Demographic and Career-Related Characteristics of the Respondents[^]

Among the 341 respondents, there were no statistically significant differences between the 144 physicians identified as excellent role models and the 197 controls with respect to age, sex, additional advanced degrees (master's or Ph.D.), academic rank, or full-time versus part-time status (Table 1). Generalists were, however, more likely to be named as excellent role models than subspecialists ($P=0.004$); this was true even after we adjusted for assigned teaching responsibilities (adjusted odds ratio for the likelihood that a generalist, as compared with a subspecialist, would be named as an excellent role model, 3.37; 95 percent confidence interval, 1.79 to 6.35). The fact that teaching awards were far more common among the case physicians than the controls ($P=0.001$)

validates the study's method of identifying excellent role models (construct validity).

Table 1. Selected Demographic and Career-Related Characteristics of 341 Attending Physicians, According to Case-Control Status.

Assigned Teaching Responsibilities[^]

As expected, attending physicians with greater assigned teaching responsibilities were more likely to be named excellent role models (Table 2). Physicians who served as attending physicians on medical wards or in the intensive care or coronary care unit for more months per year and those who served as preceptors in outpatient clinics for a half-day or more per week were more likely to be identified as excellent role models than those who had less extensive assigned teaching responsibilities. In contrast, physicians who spent more time on a consulting service were no more likely to be named as excellent role models than those who spent less time.

Table 2. Association of Assigned Teaching Responsibilities with Identification as an Excellent Role Model.

Additional Time Spent with House Staff[^]

Attending physicians who reported spending additional time with house staff beyond their assigned teaching responsibilities were more likely to be named as excellent role models (Table 3). Specifically, physicians who spent more time with the house staff when they were not acting as attending physicians, such as at morning reports or teaching conferences for house staff, were about twice as likely to be named as excellent role models as those who spent less time in such activities. Similarly, physicians who spent 25 or more hours per week teaching and conducting rounds with their teams when they were serving as attending physicians were also approximately twice as likely to be named as those who spent less than 10 hours per week.

Table 3.-Association of Selected Characteristics of Attending Physicians with Identification as an Excellent Role Model, after Adjustment for Assigned Teaching Responsibilities.

Training in Teaching[^]

Attending physicians who had served as chief residents or had participated in any formal training in teaching (including faculty-development programs or teaching workshops) were more likely than those who had not done so to be named as excellent role models (Table 3). In contrast, excellent role models were no more likely to have received feedback from colleagues regarding their teaching performance than were controls.

Teaching Style and Methods[^]

Attending physicians identified as being excellent role models reported stressing the importance of the doctor-patient relationship more in their teaching, placing more emphasis on the psychosocial aspects of patient care, and giving more in-depth, specific feedback to learners than did controls (Table 3). Neither the amount of time spent preparing for teaching sessions nor gearing teaching to the needs and goals of learners differed significantly between the excellent role models and the controls.

Attitudes toward Teaching[^]

Excellent role models enjoyed teaching both medical students and house officers more than did controls (Table 3). In addition, excellent role models rated themselves higher as positive role models for the house staff than did controls. There was no significant difference between the case physicians and the controls in their beliefs about the importance of role modeling in the process of medical education, their perceptions of the influence that role models have on career choice, or the reported influence of role models in their own career development.

Building Relationships with House Officers[^]

Engaging in more activities that build relationships with house officers was

associated with an increased likelihood of being recognized as an excellent role model (Table 3). Attending physicians who were identified as excellent role models were more likely than controls to organize a dinner at the end of their month as attending physician, share professional experiences, talk about their personal lives, and try to learn about the lives of the house staff than were controls. In contrast, bringing doughnuts to rounds was not associated with identification as an excellent role model.

Career-Related Characteristics and Achievements[^]

Attending physicians who were identified as excellent role models committed a greater percentage of their efforts to teaching, administration, and curriculum development than did controls (Table 3). In contrast, a greater proportion of time spent on research or clinical work was not associated with being identified as an excellent role model. Physicians named as excellent role models perceived more support (defined broadly to include both financial and emotional support) for their work than did the controls, and they also reported being more satisfied with medicine as a career. In crude analyses, career achievements related to research -- including total publications and time spent on research -- were inversely associated with identification as an excellent role model (data not shown). However, these inverse associations were no longer significant after adjustment for assigned teaching responsibilities (Table 3).

Multivariate Analyses[^]

After simultaneous adjustment for assigned teaching responsibilities and all variables in the model, the five independent predictors of identification as an excellent role model were having served as a chief resident, stressing the importance of the doctor-patient relationship in one's teaching, teaching the psychosocial aspects of medicine, spending more than 25 percent of one's time teaching, and spending 25 or more hours per week teaching and conducting rounds when attending on the wards (Table 4). The P value for the model was <0.001 by the chi-square test, and according to the Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit method, [27] based on deciles of risk, the model fit the data well (P=0.69).

Table 4.-Independent Associations of Selected Characteristics of Attending Physicians with Identification as an Excellent Role Model.

Subsidiary Analysis[^]

Analyses comparing the physicians who were named most frequently (five or more times) as excellent role models with the controls had results similar to those of analyses comparing the physicians named at least once (this study's definition of a case physician) with the controls. Three attributes that were significantly associated with identification as an excellent role model only in this reanalysis were directing one's teaching to the learners' needs, perceiving role modeling as important to the process of medical education, and satisfaction with one's current position. In addition, the adjusted odds ratios of two attributes -- enjoying teaching house staff and committing a higher percent of effort to teaching -- were substantially higher in this reanalysis.

Discussion[^]

Our study suggests that attending physicians who are considered excellent role models differ from their colleagues in a variety of ways. All six areas explored in the study -- training in teaching, teaching style and methods, attitudes toward teaching, building relationships with house officers, additional time spent with house staff, and career-related characteristics and achievements -- included attributes associated with excellence as a role model. Many of the attributes represent skills that can be acquired or modifiable behavior that is under the control of individual faculty members. Some, such as the extent of assigned teaching responsibilities and faculty development, can be influenced by departmental or institutional actions.

The strengths of our study include the multicenter sample, the use of a control group, the blinding of the attending physicians to their independently assessed case-control status, the inclusion of a sufficient number of subjects to permit adjustment for the extent of assigned teaching responsibilities and the use of multivariate analysis, and the high response rates. Previous studies identified attributes that residents [1] and medical students [5] felt were important in selecting role models. Our study adds to knowledge about role models in medical education by examining factors such as assigned teaching responsibilities, time

devoted to teaching, training in teaching, and attitudes of teachers toward teaching, which could not be assessed by surveys of learners.

Several limitations of our study should be considered in interpreting the results. First, we relied exclusively on self-reporting to characterize the attending physicians. Second, some potentially important attributes of role models -- such as clinical proficiency and teaching ability -- could not be assessed with the methods used in this study. Third, although the study involved attending physicians and house staff from four different institutions, all the institutions were university-affiliated teaching hospitals in eastern North America, and the findings may therefore not be generalizable to other types of institutions or other locations. Finally, as is the case with observational studies, the associations found in our study suggest, but cannot prove, causal relations. In any observational study, other factors, such as temporal sequence, dose-response gradients, logical plausibility, and corroborating evidence from other studies, need to be considered in deciding whether or not the associations between variables are likely to be causal. [28]

For the most part, previous studies of role modeling in medical education have consisted of focus-group discussions and surveys of students, house officers, and practicing physicians. [1,3,5,6,11,14,16,19-22,24] They provide evidence that role models are an important influence on the career choices of medical trainees. [1,3-6,10-23] Role modeling is also felt to be an important method for helping trainees acquire the values, attitudes, and behavior associated with professionalism, humanism, and ethical practice. [7-10] This study, in combination with our two previous studies, [1,5] provides a detailed description of the physicians who have been identified as excellent role models by medical students and house officers. The characteristics of attending-physician role models highlighted in the previous studies [1,5] included personal qualities (such as compassion, a sense of humor, and integrity), clinical skills (such as proficiency as a diagnostician and effective interaction with patients and their families), and teaching skills (such as the ability to explain difficult subjects and a nonthreatening style).

An important, although not unexpected, finding of this study is the strong, graded association between the extent of assigned teaching responsibilities and the likelihood of being identified as an excellent role model. It is difficult to know whether physicians who are excellent role models are encouraged to spend more

time teaching or whether attending physicians who spend more time with house officers are more likely to be named as excellent role models. In general, however, differences in assigned teaching responsibilities did not appear to confound the relations between other attributes and identification as an excellent role model. An interesting exception was that assigned teaching responsibilities seemed to explain the inverse relation between research activities (as measured by number of publications and amount of time spent on research) and the probability of being identified as an excellent role model; this relation ceased to be significant after adjustment for assigned teaching responsibilities. This finding suggests that the most important factor preventing attending physicians who concentrate on research from being identified as excellent role models may be their lack of contact with the house staff and that such exposure is a prerequisite to becoming an effective role model.

Age, sex, academic rank, and full-time versus part-time status were not associated in crude analyses with identification as an excellent role model, suggesting that all subgroups defined by these factors are equally capable in this respect. The fact that generalists were more likely than subspecialists to be named as excellent role models may be related to the different skills and interests of these two groups of academic internists.

The five attributes with the strongest independent association with being named as an excellent role model were spending more than 25 percent of one's time teaching, spending 25 or more hours per week teaching and conducting rounds when attending on the wards, having served as a chief resident, stressing the importance of the doctor-patient relationship in one's teaching, and teaching the psychosocial aspects of medicine. Other attributes (e.g., having formal training in teaching) were associated with identification as an excellent role model in preliminary analyses after adjustment for assigned teaching responsibilities, but they did not have an independent association with being named as an excellent role model in the multivariate analysis. One possible interpretation is that such attributes do not contribute to excellence as a role model. Another possibility, however, is that these attributes do, in fact, contribute but are highly correlated with other factors.

It is difficult to elaborate on the implications of this study's results with respect to faculty responsibilities and rewards at a time when faculty members are under increasing pressure to generate more revenue. How can excellent role

models be supported so that they are free to spend adequate amounts of time with learners? How can the costs of faculty development -- in time and money -- be supported so as to help physicians acquire skills required for excellent role modeling? There are many such questions, with few answers at present. With respect to rewards for the excellent role models, mentoring and role modeling have been found to be the third most important factor in decisions about the promotion of clinician-educators (after teaching skills and clinical skills). [29]

In conclusion, our findings suggest that attending physicians who spend substantial amounts of time with trainees, those who have had training in teaching, and those who build positive relationships with patients and demonstrate to trainees the importance of a comprehensive approach to patient care are most likely to be recognized as excellent role models. Because most attending physicians identified as excellent role models were named by only a few house officers, numerous role models will be required if most house-staff members are to benefit from such a relationship. Since many of the attributes associated with excellence in role modeling represent behavior that can be modified and skills that can be acquired, our data suggest that, with the right advice, training, and environment, more attending physicians could become excellent role models.

Dr. Wright's work was supported by the Frank McGill Travel Fellowship and the Montreal General Hospital Research Institute.

We are indebted to the house staff and faculty members in the departments of medicine at Montreal General Hospital, Royal Victoria Hospital, Johns Hopkins Hospital, and Johns Hopkins Bayview Medical Center for their participation; and to Dr. Tim Meagher, Dr. David Goltzman, Dr. Edward Benz, Jr., and Dr. Phil Zieve for their support.

REFERENCES[^]

1. Wright S. Examining what residents look for in their role models. *Acad Med* 1996;71:290-2. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
2. Linzer M, Slavin T, Mutha S, et al. Admission, recruitment, and retention: finding and keeping the generalist-oriented student. *J Gen Intern Med* 1994;9:Suppl 1:S14-S23. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
3. Ficklin FL, Browne VL, Powell RC, Carter JE. Faculty and house staff members as role

- models. *J Med Educ* 1988;63:392-6. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
4. Shuval JT, Adler I. The role of models in professional socialization. *Soc Sci Med* 1980;14A:5-14. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
5. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. *J Gen Intern Med* 1997;12:53-6. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
6. Neumayer L, Konishi G, L'Archeveque D, et al. Female surgeons in the 1990s: academic role models. *Arch Surg* 1993;128:669-72. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
7. Barondess J. The GPEP report. III. Faculty involvement. *Ann Intern Med* 1985;103:454-5. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
8. Branch W, Kroenke K, Levinson W. The clinician-educator -- present and future roles. *J Gen Intern Med* 1997;12:Suppl 2:S1-S4. [\[Context Link\]](#)
9. Guide to evaluation of residents in internal medicine. 2nd ed. Philadelphia: American Board of Internal Medicine, 1992:4-5. [\[Context Link\]](#)
10. Mufson MA. Professionalism in medicine: the department chair's perspective on medical students and residents. *Am J Med* 1997;103:253-5. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
11. Mutha S, Takayama JI, O'Neil EH. Insights into medical students' career choices based on third-and fourth-year students' focus-group discussions. *Acad Med* 1997;72:635-40. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
12. McMurray JE, Schwartz MD, Genero NP, Linzer M. The attractiveness of internal medicine: a qualitative analysis of the experiences of female and male medical students. *Ann Intern Med* 1993;119:812-8. [Ovid Full Text](#) | [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
13. Lieu TA, Schroeder SA, Altman DF. Specialty choices at one medical school: recent trends and analysis of predictive factors. *Acad Med* 1989;64:622-9. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
14. Babbott D, Levey GS, Weaver SO, Killian CD. Medical student attitudes about internal medicine: a study of U.S. medical school seniors in 1988. *Ann Intern Med* 1991;114:16-22. [\[Context Link\]](#)
15. Hunt DK, Badgett RG, Woodling AE, Pugh JA. Medical student career choice: do physical diagnosis preceptors influence decisions? *Am J Med Sci* 1995;310:19-23. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
16. Rubeck RF, Donnelly MB, Jarecky RM, Murphy-Spencer AE, Harrell PL, Schwartz RW. Demographic, educational, and psychosocial factors influencing the choices of primary care and academic medical careers. *Acad Med* 1995;70:318-20. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
17. Rakatansky H. The role of the role model. *R I Med* 1994;77:339-40. [Bibliographic](#)

[Links](#) | [\[Context Link\]](#)

18. Reuler JB, Nardone DA. Role modeling in medical education. West J Med 1994;160:335-7. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
19. Lublin JR. Role modelling: a case study in general practice. Med Educ 1992;26:116-22. [\[Context Link\]](#)
20. Vance RP, Prichard RW, Smith RD. Recruitment of pathology trainees: recent trends from the 1989 Association of Pathology Chairmen's survey of first-year pathology residents. Arch Pathol Lab Med 1991;115:1097-106. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
21. Levinson W, Kaufman K, Clark B, Tolle SW. Mentors and role models for women in academic medicine. West J Med 1991;154:423-6. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
22. Siegler M, Reaven N, Lipinski R, Stocking C. Effect of role-model clinicians on students' attitudes in a second-year course on introduction to the patient. J Med Educ 1987;62:935-7. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
23. Ambrozy DM, Irby DM, Bowen JL, Burack JH, Carline JD, Stritter FT. Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. Acad Med 1997;72:1119-21. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
24. Roeske NA, Lake K. Role models for women medical students. J Med Educ 1977;52:459-66. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
25. Quill TE. Medical resident education: a cross-sectional study of the influence of the ambulatory preceptor as a role model. Arch Intern Med 1987;147:971-3. [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)
26. Webster's new world dictionary of the American language. College ed. Cleveland: World Publishing, 1958. [\[Context Link\]](#)
27. Hosmer DW Jr, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley, 1989. [\[Context Link\]](#)
28. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine. 2nd ed. Boston: Little, Brown, 1991:285. [\[Context Link\]](#)
29. Beasley BW, Wright SM, Cofrancesco J Jr, Babbott SF, Thomas PA, Bass EB. Promotion criteria for clinician-educators in the United States and Canada: a survey of promotion committee chairpersons. JAMA 1997;278:723-8. [Ovid Full Text](#) | [Bibliographic Links](#) | [\[Context Link\]](#)

Accession Number: 00006024-199812310-00006

Copyright (c) 2000-2007 [Ovid Technologies, Inc.](#)

Version: rel10.5.8, SourceID 1.13281.2.32.1.0.2.197.1.4.1.5

Criteria for Selection of Future Physicians

ROBERT M. SADE, M.D.,* MARTHA R. STROUD, M.S.,† JON H. LEVINE, M.D.,‡ GLENN A. FLEMING, PH.D.§

Academic achievement correlates poorly with clinical performance of physicians, so it is probably more important to select college students for medical school admission who will be superior physicians than to select those who will be excellent medical students. Before such selection criteria can be developed, a valid description of a superior physician must be determined. The relative importance of 87 characteristics of a superior physician, based on a previously published list, was determined by asking medical school faculty members to rate them. The resulting description of a superior physician is valid, because it correlated very highly ($r = 0.87$, $p < 0.001$) with the published ratings of the same characteristics from decades earlier in another part of the country, and because it was constant across many subgroups. The faculty was also asked to rate how easily each characteristic could be taught, and those ratings were validated by high correlations across several subgroups. The importance and the teachability ratings were combined into a nonteachable–important index (NTII) that provides a rank order of traits that are important but cannot be taught easily. These are the characteristics that should be used in selecting future physicians.

PHILLIP B. PRICE, M.D. was a surgeon and member of the American Surgical Association, Professor of Surgery, and Dean of the College of Medicine at the University of Utah. He and his colleagues spent more than 20 years investigating the qualities that constitute a superior physician.¹ Their studies were fruitful in generating a list of 87 positive and 29 negative clusters of traits that define a superior physician. The work of Price and his colleagues provided the foundation of an investigation that we recently undertook to define more clearly the admission criteria for our medical school.

The admission process in most medical schools is heavily influenced by academic measures: grades and test scores. Past performance is the best predictor of future performance; that is, college grades predict medical school grades, and Medical College Admission Test scores predict National Board examination scores.² By focusing on these measures, admissions committees

From the Office of the Dean, College of Medicine, and the Department of Surgery, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

select undergraduates who will become the best possible medical students. Do the best medical students become the best physicians? There is strongly suggestive though not definitive evidence that performance in medical school correlates poorly or not at all with performance in clinical practice.^{1,3-9} Academic performance in college correlates better with basic science performance than with clinical science performance in medical school, and certain preadmission noncognitive variables correlate better with clinical performance than with basic science performance, but these correlations are weak.^{1,3-9} When the quality of actual practice of working physicians has been evaluated, no correlation with indices of academic performance has been found.¹

Many attempts have been made to develop nonacademic predictors of clinical performance. In general, standardized test instruments have been used to correlate the qualities of traits they measure with clinical performance. An important weakness of this approach is that the variables measured are poorly targeted on traits that are likely to correlate well with actual performance of a superior physician.

A different approach to finding nonacademic predictors of clinical performance may be preferable. The first step would be to identify specific characteristics that are important in a superior practicing physician, but that are difficult to teach during medical education. To select students for medical school admission who will be good clinicians, it is required first that the qualities of a superior physician be defined in a manner that is valid and reproducible. Since the purpose of medical school is to teach medical knowledge and skills, students should be selected for medical school on the basis of qualities that cannot be taught; this requires a method of determining the teachability of each quality.

For a complete and reliable system of selection for medical school, two additional steps would be needed. Once it is known which characteristics of a superior physician are important but not easily teachable, means

* Professor of Surgery and Assistant Dean.

† Instructor, Department of Biometry.

‡ Professor of Medicine and Chairman of Curriculum Committee.

§ Professor and Director of Educational Services.

Address for correspondence: Robert M. Sade, M.D., Division of Cardiothoracic Surgery, 171 Ashley Avenue, Charleston, SC 29425.

Submitted for publication: June 14, 1984.

of measuring those characteristics would have to be developed. Finally, their persistence into the years of practice and their power as predictors of excellence would have to be determined. The study described here is the first of the three steps: determination of important qualities of a superior physician that cannot easily be taught in medical school or later training.

Materials and Methods

The list of 87 clusters of positive traits of a superior physician generated by Price and his colleagues was used as the substrate for our study.^{4,10,11} The list was placed in random order and distributed to the faculty of our College of Medicine ($n = 433$). The faculty was asked to rate each cluster of qualities for the degree to which it can be taught (by lecture, example, role modeling, etc.), using a scale of 1–10 (1 = nonteachable; 10 = easily teachable). They were also asked to rate each cluster of qualities for its importance in a superior physician, on a scale of 1–5 (1 = unimportant; 5 = extremely important), the same scale Price and co-workers used.

Seven members of the faculty were selected for their expertise in medical education: two educational psychologists and one senior member each from the Departments of Surgery, Medicine, Pediatrics, Family Practice, and Psychiatry. Each was asked to rate for teachability each of the clusters of qualities on a scale of 1–10 (the same as the general faculty). After they returned their ratings, we listed the seven ratings of each quality, without identifying the origin of each rating, and obtained a second iteration: each of the seven faculty members again rated each of the 87 qualities with knowledge of the previous ratings.

The data were analyzed statistically with Spearman rank correlation of the faculty's ratings of importance compared with Price's ratings of importance. The same correlation was calculated for the faculty's ratings of teachability compared with the panel of experts' ratings of teachability. Within the faculty sample, the basic science subgroup was compared (Pearson's product-moment correlation) with the clinical subgroup for their ratings of teachability and importance.

To determine which characteristics are important but cannot be taught easily during medical education, we converted the faculty's teachability ratings and importance ratings to Z-scores. The teachability Z-score was subtracted from the importance Z-score, and the combined Z-scores were multiplied by 10 and added to 50. This produced a single number (T-score) that represented the degree to which each cluster of qualities was both nonteachable and important: the nonteachable–important index (NTII).

Results

Eighty-four members of the faculty (19.4%) responded with ratings of teachability and importance. Their ratings and the derived NTII are listed, in rank order of NTII (Table 1).

The correlations measured were high: the faculty importance rating with Price's ($r = 0.87$, $p < 0.001$), the faculty's teachability ratings with the expert panel's ratings ($r = 0.89$, $p < 0.001$), and, within the faculty, the basic science faculty's ratings with the clinical faculty's ratings of importance ($r = 0.87$, $p < 0.001$), of teachability ($r = 0.93$, $p < 0.001$), and NTII ($r = 0.90$, $p < 0.001$).

Discussion

The rankings of the importance of qualities of a superior physician resulting from Price and co-worker's investigations^{1,10,11} have been validated by this study over both time and distance. Although his list was generated from a general population during the decades of the 1950s and 1960s in Salt Lake City, Utah, the ratings he obtained correlated very highly with those obtained from a medical school faculty in 1983 in Charleston, South Carolina. This is particularly interesting, because it supports Price's observation that rankings of qualities were similar across nine subgroups in his large sample, including physicians, hippies, college students, and blacks. Thus, the relative importance of those qualities is valid across subgroups of the general population as well as of medical school faculty, across substantially different cultural areas of the United States, Salt Lake City and Charleston, and across decades in the late 20th century.

It may be argued that only *perceptions* of important traits have been validated by this study, and characteristics that are *actually* important in a superior physician have not been defined. While this objection is true to some degree, two observations suggest that our study has produced a valid description of a superior physician. First, if a superior physician is one who delivers good patient care, defining the physician's characteristics requires objectively defining good patient care, but such an objective definition does not exist. This is one of the situations for which the Delphi method of analysis was designed.¹² A true Delphi method (comprising two iterations) was used in this study in polling the panel of experts, and a modified Delphi (comprising one iteration) was used in polling the faculty. Second, much of the effectiveness of a physician lies in artfulness in dealing with patients, and this major component of a physician's practice can be evaluated only through personal perception. For example, a physician's forthrightness, enthusiasm, and concern cannot fail to have an effect on the patient's emotional response to illness and treatment,

TABLE 1. *Qualities of a Superior Physician*

	Importance		Teachability		NTII	
	Rating	Rank	Rating	Rank	Rating	Rank
Is emotionally stable himself	4.6	4	2.0	7	77.9	1
Is a person of unquestionable integrity, is highly principled	4.5	11	2.4	9	74.5	2
Is forthright, intellectually honest	4.5	10	2.8	16	71.9	3
Is naturally energetic and enthusiastic	3.8	50	1.5	2	68.8	4
Is unusually intelligent, mentally quick; is bright, keen	3.7	57	1.3	1	67.9	5
Has sustained genuine concern for patients during their illness and convalescence	4.3	23	3.0	18	67.4	6
Has an orderly, logical mind; is mentally efficient	4.1	33	2.9	17	66.0	7
Is an understanding sort of person	4.1	39	2.7	15	65.5	8
Is motivated primarily by idealism, compassion, and service; is oriented more toward helping people than making income.	3.9	46	2.3	8	65.1	9
Inspires confidence in his patients	4.3	18	3.7	24	64.5	10
Is a stable calming influence in critical or stormy situations	4.2	26	3.5	19	63.5	11
Is motivated primarily by love and enthusiasm for medicine; is dedicated to his work	3.8	51	2.5	11	62.9	12
Has foresight, the ability to anticipate problems	4.2	25	3.8	27	62.5	13
Is able and willing to learn from others (colleagues, nurses, students, etc.)	4.4	14	4.4	39	62.2	14
Is conscientious; strives for perfection in his work	4.2	30	3.6	21	62.1	15
Is wise, thoughtful, able to get at the heart of a problem; able to separate important points from details	4.3	20	4.1	35	61.8	16
Is alert, observant	4.2	27	3.8	31	61.7	17
Is adaptable; is able to adjust to new knowledge and changing conditions	4.1	34	3.8	29	60.6	18
Is available when needed, even at the cost of personal convenience	4.1	35	3.8	26	60.4	19
Is imaginative, creative; has originality	3.3	70	1.6	3	59.9	20
Finds medicine and its still unsolved problems an intellectual challenge	4.1	32	4.0	38	59.4	21
Is considerate of others; is alert to patients convenience and comfort; is courteous and tactful	4.3	19	4.5	41	59.4	22
Has a warm, outgoing, friendly personality	3.3	74	1.6	4	59.2	23
Is strict about honoring confidences; avoids and discourages gossip	4.3	21	4.5	42	59.0	24
Is decisive, is able without undue delay to reach conclusions and act on them	4.1	38	3.9	34	58.7	25
Is highly rated as a physician by peers and colleagues	4.0	42	3.7	23	58.4	26
Keeps completely honest records	4.5	7	5.2	50	58.4	27
Is cheerful, optimistic; and has a nice sense of humor	3.3	69	1.9	6	58.3	28
Has stamina; has capacity for long days of hard work	3.5	64	2.5	10	58.2	29
Is willing to take needed time to listen to patients problems sympathetically and helpfully	4.4	15	5.1	48	57.9	30
Is generally liked and respected by patients; patients tend to stay with him and to refer their relatives and friends to him	3.9	47	3.6	20	57.9	31
Is an "intellectual" sort of person endowed with intellectual curiosity and interest	3.6	60	2.7	14	57.8	32
Is a modest, essentially humble person, aware of his own limitations and tolerant of the opinion of others	3.6	61	2.7	13	57.7	33

TABLE 1. (Continued)

	Importance		Teachability		NTII	
	Rating	Rank	Rating	Rank	Rating	Rank
Has irreproachable behavior in regard to his handling patients	4.4	17	5.0	46	57.6	34
Is able to be his own teacher, adding continually to own education	4.5	12	5.3	52	57.5	35
Is capable of independent thinking; is able to reach his own conclusions (even unconventional ones)	4.1	37	4.2	36	57.2	36
Has good doctor-patient relationships	4.5	5	5.6	58	56.9	37
Has good clinical judgment (the ability to reach appropriate decisions regarding the care of patients)	4.7	1	6.2	68	56.1	38
Is able to convert acquired information into working knowledge	4.4	16	5.4	55	55.3	39
Has the attitude of a responsible citizen, is concerned for the welfare of his community	3.8	52	3.8	30	54.7	40
Is adaptable to all sorts of people, is acceptable to them and at ease with and respectful of their economic status, social standing, race, amount of education and so forth	3.7	56	3.7	25	54.1	41
Is motivated primarily by sheer liking for people	3.0	80	1.7	5	53.8	42
Is highly rated by interns and residents as a person	3.3	72	2.6	12	53.6	43
Is highly rated by interns and residents as a physician	3.7	58	3.8	32	52.7	44
Is able to communicate well in everyday work relationships	4.0	40	4.9	44	52.4	45
Readily refers patients when it is to their advantage to do so	4.5	13	6.1	67	52.2	46
Patients and relatives are generally satisfied by the care provided by the physician	3.9	45	4.6	43	52.1	47
Gets along well with assistants and employees	3.6	62	3.8	28	51.3	48
Has good working relations with colleagues	3.9	44	5.0	45	50.2	49
Has a good standing and reputation as a citizen in his community	3.5	65	3.7	22	50.2	50
Habitually makes as thorough an examination of each patient as may be required for accurate diagnosis and proper treatment	4.7	2	7.3	83	49.5	51
Keeps abreast of progress in medical knowledge and practice, especially in his own field	4.5	6	6.8	75	49.5	52
Has a reputation of being a good diagnostician; is in demand as a consultant	4.0	41	5.3	53	49.1	53
Is charitable toward mistakes and failures of others; does not unjustly criticize others or their work	3.6	63	4.2	37	48.7	54
Is frank and open, takes patients into confidence	3.6	59	4.4	40	48.7	55
Is skillful in handling disgruntled, antagonistic, or emotionally upset people	3.9	49	5.1	49	48.3	56
Possesses qualities of leadership (organizing ability, administrative skills, diplomacy, and the like)	3.4	66	3.9	33	48.0	57
Has thorough up-to-date knowledge of own field of medicine	4.6	3	7.3	84	48.0	58
Has knowledge and ability to study patients thoroughly	4.5	9	7.1	78	47.2	59
Works effectively with patient's family in giving complete medical care	4.3	22	6.5	70	47.0	60
Works effectively with patients in a doctor-patient team approach to combat illness and to promote better health	4.3	24	6.5	69	47.0	61

TABLE 1. (Continued)

	Importance		Teachability		NTII	
	Rating	Rank	Rating	Rank	Rating	Rank
Provides treatment appropriate to the condition of each of his patients, with generally satisfactory immediate and long-term results	4.5	8	7.2	81	46.6	62
Sees his staff (nurses, technicians and clerical people) as teammates in giving the best health services to the public	4.0	43	5.7	59	46.3	63
Strives to educate and inform patients about treatment and good health practices; follows through by checking with patients later about the effectiveness of the information he offered	4.2	29	6.7	73	44.3	64
In charging specific fees, he is sensitive to possible economic difficulties of his patients	3.7	54	5.5	56	43.9	65
Encourages his staff to acquire new talents and to develop new patient care capabilities in order to meet the health needs of the public	3.9	48	5.9	62	43.8	66
Has the ability to seek out, evaluate, analyze, and interpret research, published or clinical data	4.1	36	6.7	74	42.9	67
Is aware of emotional psychosomatic factors in dealing with patients and their diseases	4.2	31	7.1	80	41.5	68
Employs a friendly, kindly office staff	3.8	53	6.1	66	40.7	69
Keeps full and accurate clinical records	4.2	28	7.4	86	40.4	70
Is professional in manner, dignified, business-like	3.7	55	6.5	71	38.0	71
Supports expanding of educational programs for nurses, technicians, and other staff when these expansions seem indicated by medical advances in technological growth	3.4	67	5.7	60	37.0	72
Is willing to encourage nurses and technicians to use their fullest ability, even in some areas of patient treatment not previously open to them	3.2	76	5.4	54	36.3	73
Had an excellent academic record in medical school	3.0	81	5.1	47	33.9	74
Is able to train and/or instruct others effectively	3.2	75	5.8	61	33.7	75
Runs a well-organized, efficient office	3.3	71	7.1	77	27.6	76
Has a record of professional advancement (has attained advanced degrees, has received promotions with medical organization, etc.)	2.9	82	6.0	64	27.3	77
Has a well-equipped office, with needed diagnostic facilities present or available	3.3	73	7.2	82	26.6	78
Has prolonged high-grade hospital or equivalent postgraduate training	3.4	68	7.5	87	26.3	79
Charges, in general, are in line with prevailing fee schedules	3.0	79	6.6	72	25.1	80
Holds specialty board certification	3.2	77	7.1	79	25.1	81
Has good business methods (frank discussion of fees with patients, systematic billing procedures, etc.)	3.1	78	7.4	85	23.0	82
Is a faithful member of appropriate medical organizations, participating in their meetings	2.1	86	5.2	51	18.2	83
Is an effective public speaker and/or lucid writer	2.3	84	6.0	63	17.7	84
Is an active contributor to medical literature	2.3	85	6.1	65	16.4	85
Is productive in research	2.1	87	5.6	57	16.3	86
Consults regularly with drug representatives to stay abreast of new drugs and medications	2.5	83	6.9	76	14.9	87

but the effects of these characteristics on the patient and the course of his illness can scarcely be objectively quantified. The importance of these traits of a superior physician may best be rated by a Delphi technique, as this study has done. For these reasons, it does not seem fruitful any longer for medical educators to expend their energies debating the question of which qualities are important in a superior physician. For practical purposes, the description in Table 1 is valid.

Teachability is difficult or impossible to measure directly; therefore, the Delphi methods used in this study to determine teachability are reasonable. The validity of the faculty's ratings is supported by the very high correlation of their ratings with those of the panel of experts and the high correlation of the ratings of the basic science and clinical faculties.

To be considered for admission to medical school, an applicant must be capable of doing the academic work of medical school. This can be accurately assessed by evaluation of college grades and scores on the Medical College Admission Test.² If the student can complete medical school successfully, academic performance is likely to bear almost no relation to the quality of clinical practice. This is contrary to the intuition of most physicians, but has been validated in several different settings.^{1,3-9} After academic competence is assured, it therefore seems wise to select undergraduates wishing to become physicians on the basis of qualities that are important but that cannot be taught easily after they enter medical school. The NTII generated by this study gives equal weight to importance and to nonteachability. The top of the list comprises qualities one might seek in a candidate for nearly any profession. Because the major mission of our medical school is to educate physicians who will be practitioners in South Carolina, the NTII was generated with a practicing physician in mind; clearly, however, most items near the top of the list apply equally well to future physicians more interested in teaching or in research than in provision of patient care. Our Admissions Committee is now using the first 20 clusters of traits on this list, slightly modified to describe college students rather than physicians, for evaluation of medical school applicants by interviewers and premedical advisors. These evaluations play a critical role in the ranking of candidates for final selection after an initial screening based on academic performance.

The goal of this study was achieved: to determine which qualities of a superior physician are important but cannot be taught in medical school. This is only the first of three steps, however, required before the list can be used confidently in the selection of future physicians. The next step will be to attempt to measure these

qualities in undergrate applicants. Some of them can be evaluated by psychologic tests and by observation by trained observers. We are now studying other techniques that may be useful, such as the critical incident situational interview, which has been validated in the industrial setting for predicting future performance.¹³ Our early experiments show promise for this type of interview as a means for evaluating noncognitive characteristics of students. After ways are found to measure accurately the defined qualities, the final step remains: showing that the traits persist through medical education into the practice of medicine.

If these remaining two steps can be achieved, it will be possible to select college students for medical school not only on the basis of academic achievement, but also on the the basis of characteristics identifiable in the college student that predict excellence in the physician who many years later will emerge from our educational system.

Acknowledgments

In the formative stages of this study, substantial help was provided by Drs. Hiram Curry, Robert Malcolm, Robert Ross, and Milton Westphal, all at the Medical University of South Carolina.

References

1. Price PB, Taylor CW, Nelson DE, et al. Measurement and predictors of physician performance: two decades of intermittently sustained research. Salt Lake City: Aaron Press, 1971; 121-149.
2. Golmon ME, Berry CA. Comparative predictive validity of the new MCAT using different admissions criteria. *J Med Educ* 1981; 56:981-986.
3. Gough HG, Hall WB, Harris RE. Evaluation of performance in medical training. *J Med Educ* 1964; 39:679-692.
4. Bartlett JW. Medical school and career performances of medical students with low medical college admission test scores. *J Med Educ* 1967; 42:231-237.
5. Wingard JR, Williamson JW. Grades as predictors of physicians' career performance: an evaluative literature review. *J Med Educ* 1973; 48:311-322.
6. Sütker PB, Newberry WM, Bradham GB. Prediction of success in medical school. *J SC Med Assoc* 1978; 74:255-259.
7. Murden R, Galloway GM, Reid JC, et al. Academic and personal predictors of clinical success in medical school. *J Med Educ* 1978; 53:711-719.
8. Keck JW, Arnold L, Willoughby L, et al. Efficacy of cognitive/noncognitive measures in predicting resident-physician performance. *J Med Educ* 1979; 54:759-765.
9. Herman MW, Veloski JJ. Premedical training, personal characteristics, and performance in medical school. *J Med Educ* 1981; 15:363-367.
10. Price PB. A search for excellence. *Am J Surg* 1969; 118:815-821.
11. Price PB, Lewis EG, Loughmiller GC, et al. Attributes of a good practicing physician. *J Med Educ* 1971; 46:229-237.
12. Fischer RG. The delphi method: a description, review and criticism. *J Acad Librar* 1978; 4:64-70.
13. Latham GP, Saari LM, Pursell ED, et al. The situational interview. *J Appl Psychol* 1980; 65:422-427.

Narrative Medicine

A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust

Rita Charon, MD, PhD

MS LAMBERT (NOT HER REAL name) is a 33-year-old woman with Charcot-Marie-Tooth disease. Her grandmother, mother, 2 aunts, and 3 of her 4 siblings have the disabling disease as well. Her 2 nieces showed signs of the disease by the age of 2 years. Despite being wheelchair bound with declining use of her arms and hands, the patient lives a life filled with passion and responsibility.

"How's Phillip?" the physician asks on a routine medical follow-up visit. At the age of 7 years, Ms Lambert's son is vivacious, smart, and the center—and source of meaning—of the patient's world. The patient answers. Phillip has developed weakness in both feet and legs, causing his feet to flop when he runs. The patient knows what this signifies, even before neurologic tests confirm the diagnosis. Her vigil tinged with fear, she had been watching her son every day for 7 years, daring to believe that her child had escaped her family's fate. Now she is engulfed by sadness for her little boy. "It's harder having been healthy for 7 years," she says. "How's he going to take it?"

The physician, too, is engulfed by sadness as she listens to her patient, measuring the magnitude of her loss. She, too, had dared to hope for health for Phillip. The physician grieves along with the patient, aware anew of how disease changes everything, what it means, what it claims, how random is its unfairness, and how much courage it takes to look it full in the face.

Sick people need physicians who can understand their diseases, treat their

The effective practice of medicine requires narrative competence, that is, the ability to acknowledge, absorb, interpret, and act on the stories and plights of others. Medicine practiced with narrative competence, called *narrative medicine*, is proposed as a model for humane and effective medical practice. Adopting methods such as close reading of literature and reflective writing allows narrative medicine to examine and illuminate 4 of medicine's central narrative situations: physician and patient, physician and self, physician and colleagues, and physicians and society. With narrative competence, physicians can reach and join their patients in illness, recognize their own personal journeys through medicine, acknowledge kinship with and duties toward other health care professionals, and inaugurate consequential discourse with the public about health care. By bridging the divides that separate physicians from patients, themselves, colleagues, and society, narrative medicine offers fresh opportunities for respectful, empathic, and nourishing medical care.

JAMA. 2001;286:1897-1902

www.jama.com

medical problems, and accompany them through their illnesses. Despite medicine's recent dazzling technological progress in diagnosing and treating illnesses, physicians sometimes lack the capacities to recognize the plights of their patients, to extend empathy toward those who suffer, and to join honestly and courageously with patients in their illnesses.^{1,2} A scientifically competent medicine alone cannot help a patient grapple with the loss of health or find meaning in suffering. Along with scientific ability, physicians need the ability to listen to the narratives of the patient, grasp and honor their meanings, and be moved to act on the patient's behalf. This is narrative competence, that is, the competence that human beings use to absorb, interpret, and respond to stories. This essay describes narrative competence and suggests that it enables the physician to practice medicine with empathy, re-

lection, professionalism, and trustworthiness.³ Such a medicine can be called *narrative medicine*.⁴

As a model for medical practice, narrative medicine proposes an ideal of care and provides the conceptual and practical means to strive toward that ideal. Informed by such models as biopsychosocial medicine and patient-centered medicine to look broadly at the patient and the illness, narrative medicine provides the means to understand the personal connections between patient and physician, the meaning of medical practice for the individual physician, physicians' collective profession of their

Author Affiliation: Division of General Medicine, College of Physicians and Surgeons of Columbia University, New York, NY.

Corresponding Author and Reprints: Rita Charon, MD, PhD, Division of General Medicine, College of Physicians and Surgeons of Columbia University, PH 9-East, Room 105, 630 W 168th St, New York, NY 10032 (e-mail: rac5@columbia.edu).

The Patient-Physician Relationship Section Editor: Richard M. Glass, MD, Deputy Editor.

ideals, and medicine's discourse with the society it serves.^{5,6} Narrative medicine simultaneously offers physicians the means to improve the effectiveness of their work with patients, themselves, their colleagues, and the public.

To adopt the model of narrative medicine provides access to a large body of theory and practice that examines and illuminates narrative acts.⁷ From the humanities, and especially literary studies, physicians can learn how to perform the narrative aspects of their practice with new effectiveness. Not so much a new specialty as a new frame for clinical work, narrative medicine can give physicians and surgeons the skills, methods, and texts to learn how to imbue the facts and objects of health and illness with their consequences and meanings for individual patients and physicians.^{8,9}

THE TURN TOWARD NARRATIVE KNOWLEDGE

Not only medicine but also nursing, law, history, philosophy, anthropology, sociology, religious studies, and government have recently realized the importance of narrative knowledge.¹⁰⁻¹³ Narrative knowledge is what one uses to understand the meaning and significance of stories through cognitive, symbolic, and affective means. This kind of knowledge provides a rich, resonant comprehension of a singular person's situation as it unfolds in time, whether in such texts as novels, newspaper stories, movies, and scripture or in such life settings as courtrooms, battlefields, marriages, and illnesses.¹⁴⁻¹⁶ As literary critic R. W. B. Lewis¹⁷ writes, "Narrative deals with experiences, not with propositions." Unlike its complement, logicoscientific knowledge, through which a detached and replaceable observer generates or comprehends replicable and generalizable notices, narrative knowledge leads to local and particular understandings about one situation by one participant or observer.^{18,19} Logicoscientific knowledge attempts to illuminate the universally true by transcending the particular; narrative knowledge attempts to

illuminate the universally true by revealing the particular.

Narrative considerations probe the intersubjective domains of human knowledge and activity, that is to say, those aspects of life that are enacted in the relation between 2 persons. Literary scholar Barbara Herrnstein Smith²⁰ defines narrative discourse as "someone telling someone else that something happened," emphasizing narrative's requirement for a teller and a listener, a writer and a reader, a communion of some sort.

The narratively competent reader or listener realizes that the meaning of any narrative—a novel, a textbook, a joke—must be judged in the light of its narrative situation: Who tells it? Who hears it? Why and how is it told?²¹⁻²³ The narratively skilled reader further understands that the meaning of a text arises from the ground between the writer and the reader,^{24,25} and that "the reader," as Henry James writes in an essay on George Eliot, "does quite half the labour."²⁶ With narrative competence, multiple sources of local—and possibly contradicting—authority replace master authorities; instead of being monolithic and hierarchically given, meaning is apprehended collaboratively, by the reader and the writer, the observer and the observed, the physician and the patient.

NARRATIVE COMPETENCE IN MEDICINE

Medicine has never been without narrative concerns, because, as an enterprise in which one human being extends help to another, it has always been grounded in life's intersubjective domain.^{27,28} Like narrative, medical practice requires the engagement of one person with another and realizes that authentic engagement is transformative for all participants.

As a legacy of the developments in primary care in the 1960s and 1970s, patient-physician communication, and medical humanities, medicine has become increasingly schooled in narrative knowledge in general and the narratives of patients and physicians in particular.²⁹⁻³¹ This growing narrative so-

phistication has provided medicine with new and useful ways in which to consider patient-physician relationships, diagnostic reasoning, medical ethics, and professional training.³²⁻³⁵ Medicine can, as a result, better understand the experiences of sick people, the journeys of individual physicians, and the duties incurred by physicians toward individual patients and by the profession of medicine toward its wider culture.³⁶⁻³⁸

Medical practice unfolds in a series of complex narrative situations, including the situations between the physician and the patient, the physician and himself or herself, the physician and colleagues, and physicians and society. The following sections will summarize the contributions of narrative medicine to each of these 4 situations. Other important narrative situations exist in medicine as well, although they will not be discussed in this essay, such as between the physician and his or her family, between patients and their family members, and among patients.

PATIENT-PHYSICIAN: EMPATHIC ENGAGEMENT

As patient meets physician, a conversation ensues. A story—a state of affairs or a set of events—is recounted by the patient in his or her acts of narrating, resulting in a complicated narrative of illness told in words, gestures, physical findings, and silences and burdened not only with the objective information about the illness but also with the fears, hopes, and implications associated with it.³⁹ As in psychoanalysis, in all of medical practice the narrating of the patient's story is a therapeutically central act, because to find the words to contain the disorder and its attendant worries gives shape to and control over the chaos of illness.⁴⁰⁻⁴³

As the physician listens to the patient, he or she follows the narrative thread of the story, imagines the situation of the teller (the biological, familial, cultural, and existential situation), recognizes the multiple and often contradictory meanings of the words used and the events described, and in some way enters into and is moved by the nar-

rative world of the patient.^{44,45} Not unlike acts of reading literature, acts of diagnostic listening enlist the listener's interior resources—memories, associations, curiosities, creativity, interpretive powers, allusions to other stories told by this teller and others—to identify meaning.⁴⁶ Only then can the physician hear—and then attempt to face, if not to answer fully—the patient's narrative questions: “What is wrong with me?” “Why did this happen to me?” and “What will become of me?”

Listening to stories of illness and recognizing that there are often no clear answers to patients' narrative questions demand the courage and generosity to tolerate and to bear witness to unfair losses and random tragedies.⁴⁷ Accomplishing such acts of witnessing allows the physician to proceed to his or her more recognizably clinical narrative tasks: to establish a therapeutic alliance, to generate and proceed through a differential diagnosis,⁴⁸ to interpret physical findings and laboratory reports correctly, to experience and convey empathy for the patient's experience,⁴⁹ and, as a result of all these, to engage the patient in obtaining effective care.

If the physician cannot perform these narrative tasks, the patient might not tell the whole story, might not ask the most frightening questions, and might not feel heard.⁵⁰ The resultant diagnostic workup might be unfocused and therefore more expensive than need be, the correct diagnosis might be missed, the clinical care might be marked by noncompliance and the search for another opinion, and the therapeutic relationship might be shallow and ineffective.

Despite—or, more radically, because of—economic forces that shrink the time available for conversation and that limit the continuity of clinical relationships, medicine has begun to affirm the importance of telling and listening to the stories of illness. As practice speeds up, physicians need all the more powerful methods for achieving empathic and effective therapeutic relationships. Narrative skills can

provide such methods to help physicians join with their patients, honoring all they tell them.

PHYSICIAN-SELF: REFLECTION IN PRACTICE

Altruism, compassion, respectfulness, loyalty, humility, courage, and trustworthiness become etched into the physician's skeleton by the authentic care of the sick. Physicians absorb and display the inevitable results of being submerged in pain, unfairness, and suffering while being buoyed by the extraordinary courage, resourcefulness, faith, and love they behold every day in practice.

Through authentic engagement with their patients, physicians can cultivate affirmation of human strength, acceptance of human weakness, familiarity with suffering, and a capacity to forgive and be forgiven. Diagnosis and treatment of disease require schooled and practiced use of these narrative capacities of the physician. Indeed, it may be that the physician's most potent therapeutic instrument is the self, which is attuned to the patient through engagement, on the side of the patient through compassion, and available to the patient through reflection.⁵¹

Reflective practitioners can identify and interpret their own emotional responses to patients, can make sense of their own life journeys, and so can grant what is called for—and called forth—in facing sick and dying patients.^{52,53} When sociologists studied medicine in the 1960s, they observed physicians to practice medicine with “detached concern.”⁵⁴ Somehow, this field observation became a normative prescription, and physicians for decades seemed to consider detachment a goal. Today, relying on newly emerging knowledge from narrative disciplines, physicians are learning to practice medicine with not detached but engaged concern, an approach that requires disciplined and steady reflection on one's practice.⁵⁵⁻⁵⁷

As reflective practitioners, physicians have turned to a study of the humanities, especially literature, to grow in their personal understanding of ill-

ness.⁵⁸ Literature seminars and reading groups have become commonplace in medical schools and hospitals, both for physicians to read well-written stories about illness and to deepen their skills as readers, interpreters, and conjurers of the worlds of others.⁵⁹⁻⁶¹ Having learned that acts of reflective narrating illuminate aspects of the patient's story—and of their own—that are unavailable without the telling, physicians are writing about their patients in special columns in professional journals and in books and essays published in the lay press.⁶²⁻⁶⁵ Increasingly, physicians allow patients to read what they have written about them, adding a therapeutic dimension to a practice born of the need for reflection.⁶⁶ Through the narrative processes of reflection and self-examination, both physicians and patients can achieve more accurate understandings of all the sequelae of illness, equipping them to better weather its tides.

PHYSICIAN-COLLEAGUES: PROFESSION

The ordinary, day-to-day professional actions of physicians in research, teaching, and collegial life are saturated with narrative work and can be made more effective once recognized as such. It is only with narrative competence that research proceeds, teaching succeeds, clinical collegiality achieves its goals, and the profession of medicine remains grounded in its timeless, selfless commitment to health.

Scientific research results from the muscular narrative thrust of first imagining and then testing scientific hypotheses, and it relies on narrative inventiveness and imagination as well as scientific training.⁶⁷ Like medicine's theoretical knowledge, its practical knowledge is issued in narrative and mastered through time. The student becomes the physician by functioning as a medium for medicine's continuity of knowledge, learning about diseases in the process of living through their passages.⁶⁸ No physician mobilizes his or her practical knowledge about a disease without having mastered the se-

quential stories imagined, over time, to explain its symptoms, from dropsy to the downward limb of the Starling curve to diastolic dysfunction.

In professional life, physicians rely on one another—as audience, witness, reader—for honesty, criticism, forgiveness, and the gutsy blend of uncertainty and authority contained in the phrase, “We see this.”⁶⁹ From interns up all night together to the surgeon and the internist moving through the dark of a patient’s illness, physicians grow to know one another with the intimacy and the contention of siblings, affirming one another’s triumphs, hearing one another’s errors, and comforting one another’s grief.⁷⁰

Medicine is considered a profession because of, in part, the strength of these bonds among physicians. Certified to educate and to police one another, physicians accrue responsibility for one another’s competence and conscience. Recent urgent calls for professionalism signal physicians’ widening failures to accept and enact their commitment to individually and collectively uphold their profession’s ideals.^{71,72} Instead, physicians seem isolated from one another and from their colleagues in nursing, social work, and other health professions and divided from their ideals and disconnected from their broad professional goals in the face of narrow, competitive drives toward individual distinction or reward.⁷³

To profess is a narrative act. Perhaps the most effective methods to strengthen professionalism in medicine are to endow physicians with the competence required to fulfill their narrative duties toward one another: to envision the stories of science, to teach individual students responsibly, to give and accept collegial oversight, and to kindle and enforce the intersubjective kinship bonds among health care professionals. Only when physicians have the narrative skills to recognize medicine’s ideals, swear to one another to be governed by them, and hold one another accountable to them can they live up to the profession to serve as physicians.

PHYSICIAN-SOCIETY: THE PUBLIC TRUST

Physicians are conspicuous members of their cultures, anointed as agents of social control who deploy special powers to rescue, heal, and take command. Granting tonic authority to its physicians while regarding them with chronic suspicion, the public commands physicians to understand and treat disease while doing no harm. While holding physicians accountable to these public expectations, patients also yearn for such private benevolence from their physicians as tenderness in the face of pain, courage in the face of danger, and comfort in the face of death.

Of late, medicine in the United States has experienced highly publicized reversals in public trust with accusations of overbilling for services, withholding from patients the potential risks of research, and deriving financial benefit from professional knowledge.^{74,75} Medicine’s—if not individual physicians’—trustworthiness has been called into question.^{76,77} Yet, patients realize that they cannot explicitly tell physicians how to practice medicine. They must have implicit trust in the virtue and wisdom of those who care for the sick.

The contradictions between a medical system that must be governed from outside and a medical system that has earned the public trust have achieved great urgency. The US culture is now actively and contentiously restructuring its health care system. Having experienced the early phases of a marketplace-driven health care system and having failed in its first attempt at health care system reform, the nation is attempting to open collective discourse in politics and the media about the value to be placed on health and health care.^{78,79}

Only sophisticated narrative powers will lead to the conversations that society needs to have about its medical system. Physicians have to find ways to talk simply, honestly, and deeply with patients, families, other health care professionals, and citizens. Together, they must make responsible choices about pain, suffering, justice, and

mercy. Not scientific or rational debates, these are grave and daring conversations about meaning, values, and courage. They require sophisticated narrative understanding on all conversationalists’ parts of the multiple sources of meaning and the collaborative nature of authority called on to resolve issues of health and illness. With the narrative competence necessary for serious and consequential discourse, patients and physicians together can describe and work toward a medical system undivided in effectiveness, compassion, and care.

RESEARCH AND PROGRAMMATIC IMPLICATIONS

Narrative medicine suggests that many dimensions of medical research, teaching, and practice are imbued with narrative considerations and can be made more effective with narrative competence. Already, a spontaneous interest in narrative medicine has germinated from many centers in the United States and abroad, confirming the usefulness and fit of these frameworks and practices for medicine and other health care professions.⁸⁰⁻⁸² As the conceptual vision of narrative medicine becomes coherent, research agendas and action plans unfold.

The hypotheses to be tested are provocative and wide ranging. It may be that the physician equipped with the narrative capacities to recognize the plight of the patient fully and to respond with reflective engagement can achieve more effective treatment than can the physician unequipped to do so. Medical educators may find that applicants already gifted with narrative skills are better able to develop into effective physicians than are students deficient in them.

Programs have been under way for some time in incorporating narrative work into many aspects of medical education and practice. The teaching of literature in medical schools has become widely accepted as a primary means to teach about the patient’s experience and the physician’s interior development.⁸³

Narrative writing by students and physicians has become a staple in many medical schools and hospitals to strengthen reflection, self-awareness, and the adoption of patients' perspectives.⁸⁴⁻⁸⁷ The practice of bioethics has adopted narrative theory and methods to reach beyond a rule-based, legalistic enterprise toward an individualized and meaning-based practice.^{88,89} Certainly, more and more patients have insisted on achieving a narrative mastery over the events of illness, not only to unburden themselves of painful thoughts and feelings but, more fundamentally, to claim such events as parts, however unwelcome, of their lives.^{90,91}

Adding to early evidence of the usefulness of narrative practices, rigorous ethnographic and outcomes studies using samples of adequate size and control have been undertaken to ascertain the influences on students, physicians, and patients of narrative practices.^{92,93} Along with such outcomes research are scholarly efforts to uncover the basic mechanisms, pathways, intermediaries, and consequences of narrative practices, supplying the "basic science" of theoretical foundations and conceptual frameworks for these new undertakings.

CONCLUSION

The description of Ms Lambert at the beginning of this article was written by her physician (the author) after a recent office visit and shown to her on the subsequent visit. As Ms Lambert read the words, she realized more clearly the anguish she had been enduring. Her sisters had dismissed her concerns, saying she was imagining things about Phillip, and that had added to her own suffering. She felt relieved that her physician seemed to understand her pain, and she told the physician what her sisters had said.

"Can I show this to my sisters?" Ms Lambert asked her physician. "Then maybe they can help me."

This essay has outlined the emergence of narrative medicine, a medicine infused with respect for the narrative di-

mensions of illness and caregiving. Through systematic and rigorous training in such narrative skills as close reading, reflective writing, and authentic discourse with patients, physicians and medical students can improve their care of individual patients, commitment to their own health and fulfillment, care of their colleagues, and continued fidelity to medicine's ideals. By bridging the divides that separate the physician from the patient, the self, colleagues, and society, narrative medicine can help physicians offer accurate, engaged, authentic, and effective care of the sick.

Funding/Support: This work was funded in part by grant support from the Fan Fox and Leslie R. Samuels Foundation, New York, NY; "The Parallel Chart: Developing Empathy, Reflection, and Clinical Courage in Physicians" (October 1999-December 2000, Columbia University Project CU51440001); and "The Parallel Chart: Method for Teaching Narrative Medicine" (March 2001-June 2003, Columbia University Project 51594901).

Acknowledgment: I am indebted to Ronald Drusin, MD, and Julia Connelly, MD, for reviewing and commenting on earlier drafts of the manuscript. I am grateful to my patient, here called Ms Lambert, for her permission to publish her story.

REFERENCES

- Morris DM. *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley: University of California Press; 1998.
- Konner M. *Medicine at the Crossroads: The Crisis in Health Care*. New York, NY: Pantheon Books; 1993.
- Charon R. The narrative road to empathy. In: Spiro H, Curnen MGM, Peschel E, St. James D, eds. *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1993:147-159.
- Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Ann Intern Med*. 2001;134:83-87.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-136.
- Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*. 1996;275:152-156.
- Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London, England: BMJ Books; 1998.
- Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York, NY: Basic Books; 1988.
- Brody H. *Stories of Sickness*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1987.
- Swenson MM, Sims SL. Toward a narrative-centered curriculum for nurse practitioners. *J Nurs Educ*. 2000;39:109-115.
- Polkinghorne DE. *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany: State University of New York Press; 1988.
- Krieswirth M. Trusting the tale: the narrativist turn in the human sciences. *New Literary History*. 1992; 23:629-657.
- Mishler EG. *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1986.
- Martin W. *Recent Theories of Narrative*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1986.
- Brooks P. *Reading for the Plot: Design and Intention in Narrative*. New York, NY: Vintage; 1985.
- Booth WC. *The Rhetoric of Fiction*. 2nd ed. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1983.
- Lewis RWB. *The American Adam: Innocence, Tragedy and Tradition in the Nineteenth Century*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1955:3.
- Bruner J. *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1986.
- Paulos JA. *Once Upon a Number: The Hidden Mathematical Logic of Stories*. New York, NY: Basic Books; 1998.
- Smith BH. Narrative versions, narrative theories. In: Mitchell WJT, ed. *On Narrative*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1981:228.
- James H. *The Art of the Novel: Critical Prefaces*. New York, NY: Charles Scribner's Sons; 1934.
- Barthes R. *S/Z: An Essay*. Miller R, trans. New York, NY: Hill & Wang; 1974.
- Kermode F. *The Art of Telling: Essays on Fiction*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1983.
- Iser W. *The Act of Reading: A Theory of Aesthetic Response*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1978.
- Tompkins JP, ed. *Reader-Response Criticism: From Formalism to Post-Structuralism*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1980.
- James H. The novels of George Eliot. [First printed in *Atlantic Monthly*, 1866.] Reprinted in: Stang R, ed. *Discussions of George Eliot*. Boston, Mass: DC Heath & Co; 1960:5.
- Charon R. Literature and medicine: origins and destinies. *Acad Med*. 2000;75:23-27.
- Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G. *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1987.
- Lipkin M, Putnam S, Lazare A, eds. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995.
- Society for Health and Human Values. Special issue in humanities and medical education. *Acad Med*. 1995;70:755-813, 822-823.
- Cassell E. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306:639-645.
- Hunter KM. *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1993.
- Nelson HL. *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*. New York, NY: Routledge; 1997.
- Jones AH. Literature and medicine: narrative ethics. *Lancet*. 1997;349:1243-1246.
- Anderson C. "Forty acres of cotton waiting to be picked": medical students, storytelling, and the rhetoric of healing. *Lit Med*. 1998;17:280-297.
- Hawkins AH. *Reconstructing Illness: Studies in Pathography*. 2nd ed. West Lafayette, Ind: Purdue University Press; 1999.
- Selzer R. *Letters to a Young Doctor*. New York, NY: Simon & Schuster; 1982.
- Zabarenko RN. *The Doctor Tree: Developmental Stages in the Growth of Physicians*. Pittsburgh, Pa: University of Pittsburgh Press; 1978.
- Genette G. *Narrative Discourse: An Essay in Method*. Lewin J, trans. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1980.
- DeSalvo L. *Writing as a Way of Healing: How Telling Our Stories Transforms Our Lives*. San Francisco, Calif: Harper; 1999.
- Anderson CM, ed. Writing and healing [special issue]. *Lit Med*. 2000;19:1-132.
- Bolton G. *The Therapeutic Potential of Creative Writing: Writing Myself*. London, England: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
- Anderson CM, MacCurdy MM, eds. *Writing and Healing: Toward an Informed Practice*. Urbana, Ill: National Council of Teachers of English; 2000.
- Groopman J. *The Measure of Our Days: A Spiritual Exploration of Illness*. New York, NY: Penguin; 1998.
- Verghese A. *My Own Country: A Doctor's Story*. New York, NY: Vintage/Random House; 1995.

46. Charon R. Medical interpretation: implications of literary theory of narrative for clinical work. *J Narrative Life History*. 1993;3:79-97.
47. Weine SM. The witnessing imagination: social trauma, creative artists, and witnessing professionals. *Lit Med*. 1996;15:167-182.
48. Feinstein A. *Clinical Judgment*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1967.
49. Spiro HM, Curnen MGM, Peschel E, St. James D, eds. *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1993.
50. Toombs SK. *The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer; 1993.
51. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA*. 1997;278:502-509.
52. Miller SZ, Schmidt HJ. The habit of humanism: a framework for making humanistic care a reflexive clinical skill. *Acad Med*. 1999;74:800-803.
53. Berger J, Mohr J. *A Fortunate Man*. New York, NY: Pantheon Books; 1967.
54. Fox R, Lief H. Training for "detached concern." In: Lief H, ed. *The Psychological Basis of Medical Practice*. New York, NY: Harper & Row; 1963:12-35.
55. Connelly J. Being in the present moment: developing the capacity for mindfulness in medicine. *Acad Med*. 1999;74:420-424.
56. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
57. Risdon C, Edey L. Human doctoring: bringing authenticity to our care. *Acad Med*. 1999;74:896-899.
58. Hawkins AH, MacEntyre MC. *Teaching Literature and Medicine*. New York, NY: Modern Language Association; 2000.
59. Charon R, Banks JT, Connelly JE, et al. Literature and medicine: contributions to clinical practice. *Ann Intern Med*. 1995;122:599-606.
60. Coles R. *The Call of Stories: Teaching and the Moral Imagination*. Boston, Mass: Houghton Mifflin; 1989.
61. Skelton JR, Macleod JAA, Thomas CP. Teaching literature and medicine to medical students, part II: why literature and medicine? *Lancet*. 2001;356:2001-2003.
62. Charon R. Reading, writing, and doctoring: literature and medicine. *Am J Med Sci*. 2000;319:285-291.
63. Sacks O. *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales*. New York, NY: Summit Books; 1985.
64. Mates S. *The Good Doctor*. Iowa City: University of Iowa Press; 1994.
65. Williams WC. *The Doctor Stories*. New York, NY: WW Norton & Co; 1985.
66. Charon R. Medicine, the novel, and the passage of time. *Ann Intern Med*. 2000;132:63-68.
67. Toulmin S. The construal of reality: criticism in modern and postmodern science. In: Mitchell WTJ, ed. *The Politics of Interpretation*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1983:99-117.
68. Ludmerer K. *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York, NY: Oxford University Press; 1999.
69. Bosk C. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1979.
70. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. London, England: Tavistock Publications; 1957.
71. Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med*. 1997;72:941-952.
72. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. *N Engl J Med*. 1999;341:612-616.
73. Reynolds PP. Reaffirming professionalism through the education community. *Ann Intern Med*. 1994;120:609-614.
74. Rodwin MA. *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*. New York, NY: Oxford University Press; 1993.
75. Spece R, Shumm D, Buchanan A, eds. *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research*. New York, NY: Oxford University Press; 1996.
76. Rothman D. Medical professionalism: focusing on the real issues. *N Engl J Med*. 2000;342:1284-1286.
77. Anders G. *Health Against Wealth: HMOs and the Breakdown of Medical Trust*. New York, NY: Houghton Mifflin; 1996.
78. Feldman DS, Novack DH, Gracely E. Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine. *Arch Intern Med*. 1998;158:1626-1632.
79. Morreim EH. *Balancing Act: The New Medical Ethics of Medicine's New Economics*. Washington, DC: Georgetown University Press; 1995.
80. Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. *Lancet*. 2000;356:2086-2089.
81. Harden J. Language, discourse and the chronotope: applying literary theory to the narratives in health care. *J Adv Nurs*. 2000;31:506-512.
82. Heliker D. Transformation of story to practice: an innovative approach to long-term care. *Issues Mental Health Nurs*. 1999;20:513-515.
83. Hunter KM, Charon R, Coulehan JL. The study of literature in medical education. *Acad Med*. 1995;70:787-794.
84. Charon R. To render the lives of patients. *Lit Med*. 1986;5:58-74.
85. Branch W, Pels RJ, Lawrence RS, et al. Critical incident reports from third-year medical students. *N Engl J Med*. 1993;329:1130-1132.
86. Reifler DR. "I actually don't mind the bone saw": narratives of gross anatomy. *Lit Med*. 1996;15:183-199.
87. Winckler M. *The Case of Dr. Sachs*. Asher L, trans. New York, NY: Seven Stories Press; 2000.
88. Charon R, Montello M, eds. *The Practice of Narrative Ethics*. New York, NY: Routledge. In press.
89. Chambers T. *The Fiction of Bioethics: Cases as Literary Texts*. New York, NY: Routledge; 1999.
90. Bauby JD. *The Diving Bell and the Butterfly*. Leggatt J, trans. New York, NY: Vintage/Random; 1998.
91. Mairs N. *Waist-High in the World: A Life Among the Nondisabled*. Boston, Mass: Beacon Press; 1996.
92. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaeel A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. *JAMA*. 1999;281:1304-1309.
93. Pennebaker JW. Telling stories: the health benefits of narrative. *Lit Med*. 2000;19:3-18.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/232469291>

Just Listening: Narrative and Deep Illness

Article in *Families Systems & Health* · September 1998

DOI: 10.1037/h0089849

CITATIONS

279

READS

7,150

1 author:



Arthur W Frank

The University of Calgary

194 PUBLICATIONS 17,215 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Vulnerable Reading [View project](#)

CHAPTER TWO

Just Listening: Narrative and Deep Illness

Arthur W. Frank

*For seven days and seven nights [Job's friends] ...
sat beside him on the ground, and none of them
spoke a word to him, for they saw that his suffering
was very great.*

Job 2:13

This essay is about the stories told by those whom I have come to call the “deeply” ill. Deep illness may be critical or chronic, immediately life-threatening or long-term. Levels of functional impairment vary: some of the deeply ill are seriously disabled, in pain, and require intense and constant medical treatment. Others are in stable remission, with their illnesses effectively invisible to strangers and even to work associates. What counts is the person’s own perception of illness: Illness is “deep” when perceived as lasting, as affecting virtually all life choices and decisions, and as altering identity. The essence of deep illness is to be *always there* for the ill person, and the person believes it always will be there. If illness moves temporarily to the background of awareness, that shift is only provisional.

For as long as one is deeply ill, there is no end in sight. Deep illness is lived in the certainty that it will be permanent and with the fear of this permanence. Some of the deeply ill have every assurance that they will be ill for the rest of their lives. Others have some chance of recovery, possibly a good chance, but illness is deep as long as any light *they* can see at the end of the tunnel is, at best, flickering. Whether someone remains deeply ill while in remission from cancer or while enjoying a good prognosis following successful heart surgery is a matter of that person’s subjective interpretation of her or his situation. Between two and three years after my own treatment for cancer ended, I realized I was referring to myself as someone who had *had* cancer, rather than someone living *with* cancer. I had imperceptibly moved out of deep illness, and the shift bore little relation to a medical definition of remission.

The Need for Stories

Several recent studies have described the ill as storytellers (Frank, 1995; Good, Brodwin, Good, & Kleinman, 1992; Hawkins, 1993; Kleinman, 1988). The clinical importance of ill people's stories can be framed between two quotations. The first is from psychiatrist and medical anthropologist Arthur Kleinman. After noting that "physicians do not routinely inquire into the meanings of illness," Kleinman (1988) argues that "a powerful therapeutic alternative is at hand":

There is evidence to indicate that through examining the particular significances of a person's illness it is possible to break the vicious cycles that amplify distress. The interpretation of illness meanings can also contribute to the provision of more effective care. ... This key clinical task may even liberate sufferers and practitioners from the oppressive iron cage imposed by a too intensely morbid preoccupation with painful bodily processes and a too technically narrow and therefore dehumanizing vision of treatment, respectively. (p. 91)

Kleinman emphasizes "empathic witnessing ... of the patient's and family's stories of the illness" as central to clinical work (p. 10).

Kleinman's emphasis is strategically placed on clinical efficacy. As a professor of medicine, he seeks to convince his colleagues and his students to allocate time, first in the curriculum and then in practice, to attending to the stories in which patients reveal the meanings they attach to their suffering. My own concern is less with the *patient* — the object of medical attention and intervention — and more with the *ill person* — the one who is struggling to negotiate a life lived in deep illness. Thus I balance Kleinman's statement with a different voice, that of the physician Rachel Naomi Remen.

Remen works with persons who have cancer, offering them not medical treatment but empathic attention. Kleinman advocates attending to stories as a functional part of clinical work. Remen moves outside her physician role self-consciously placing herself as another who is wounded (see Remen, 1994, 1996). She makes attention an end in itself:

Being here [in the Commonwealth retreat program] opens up opportunities for people to be listened to, and heard, and validated. They're not stuck anymore. If you ask, "How does that happen?" I have to say I'm not sure — but it does, and I trust that. I think the greatest thing you can ever give someone else is your attention — not with judgment, but just listening. (Quoted in Moyers, 1993, p. 345)

No great distance divides these two quotations. Both Kleinman and Remen clearly emphasize that stories count not just for the ill person but also for the healthcare professional who, as Kleinman states so powerfully, also suffers within an “iron cage” of reductive concerns.¹ Those who care for the ill also have their own stories (Hunter, 1991; Kleinman, 1988, pp. 209–226; Williams, 1984). In the most interesting and recent of these narratives (Campo, 1997; Hilfiker, 1994), physicians suggest that their capacity to know their own stories depends on the extent that they can hear the ill. For professional care-givers to be persons to themselves, they must first see and attend to the persons who are their patients.²

On the benefits of attending to the voices of the deeply ill, let me add a third voice — my own. I study the stories of the ill because when I was in the midst of my own period of deep illness — first heart attack, then cancer (Frank, 1991) — I longed for healthcare professionals who would “audit empathically” (Kleinman, 1988, p. 17) the story that *I could not tell unless they listened*. A story needs a listener. I needed their gift of listening in order to make my suffering a relationship between *us*, instead of an iron cage around *me*. Thus I first came to the concerns expressed in this essay by seeking to express what I needed when I was ill.

Professional Use of Narratives

The importance of listening to ill people’s stories should be qualified by a reservation about professionals taking up listening as a routine task. When listening becomes a task, instead of what Remen calls a gift, then I believe much of its therapeutic efficacy is lost. When “narrative” becomes another professional technique for assessment, diagnosis, and intervention, then what Kleinman and Remen value in listening becomes part of a routine and is experienced as such. Narrative reduced to *clinical technique* leaves both clinician and patient inside Kleinman’s iron cage of reductionism.

What Kleinman and Remen point toward, and what I wanted when I was ill, is a mutual relationship of persons who are also clinician and patient. Stories that are shared among persons can open mutual relationships; narrative reduced

-
1. Non-social scientist readers may miss Kleinman’s allusion to the German historian Max Weber who, in 1905, concluded *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism* with the condemnation that capitalist acquisition had become an “iron cage” in an age of “specialists without spirit.” This allusion broadens Kleinman’s critique to how society has created an institution of medicine that mirrors its own values.
 2. On physicians’ narratives, see Frank, 1997b.

to clinical technique may or may not be an improvement over biomedical reductionism.

When I as an ill person offer someone my story, I reach out as one human being to another. Stories certainly have content: they reveal the meanings that the ill have constructed around their illnesses. But telling the story also implies a *relationship* that I desire with those who care for me. For others to respond as if my story has not touched their personal core separates the content of my story from my desire for a relationship. Content then becomes “clinical material,” and the gesture toward relationship is implicitly refused. Clinicians who attend to the meanings that stories reveal while rejecting the relationships that telling offers adopt a contradictory stance that will affect any future therapeutic relation.

The potential of narrative is to reorient our understanding of therapeutic relationships, but until this reorientation is effected, “therapy” can be a misleading word when coupled with narrative. Exchanging stories fractures the asymmetrical, dualistic assumptions of most doctor/patient or therapist/client relationships. Clinical relationships are too often between subjects-who-know and objects-who-are-to-be-known. The story, to be worth that name, is a ground on which subjectivities meet in *mutual* knowing. This fundamental human need is to know and to be known. Parker Palmer (1993) adapts a line from *1 Corinthians 13* as the title of his book on educational relationships: *To Know As We Are Known*. This title could serve equally well as an ideal of clinical practice and a basis for revising clinical training.

Physicians and other professionals — I include myself as a university teacher — do not routinely take seriously our own *need to be known* as part of the clinical relationship. Yet unless the professional acknowledges this need, the client remains the object of the professional’s privileged subjectivity; there is no relationship in the sense of reciprocated feeling for the other, only an interaction.³ The pressure of being the one who is supposed to know is, of course, as enormous as it is isolating. By contrast, knowing and being known each supports the other.

The rest of this essay will describe the stories told by the deeply ill, with the understanding that these stories are *not* being attended to as objects for chart notation or as justifications for interventions. Instead, professionals hear stories to know as they are known. An inextricable relation exists between knowing the other, being known by the other, and knowing oneself. When this relation is

3. In a period of “managed care,” professionals’ motivation to know the other in a way that excludes being known by that other may have less to do with professional socialization or with personal desires for control and distance, and more to do with institutional demands for “productivity.” Clinical encounters are overdetermined by institutional, professional, and personal factors.

forgotten, attention ceases to be a gift and becomes reduced to instrumental necessity; both parties find themselves back inside the iron cage.

One last loop needs to be thrown into the argument. Having argued for the necessary mutuality of storytelling — that it is a gift relation, not a professional technique — I need to add that, within the clinical relationship, a *hierarchy of needs* exists. The deeply ill person is the immediately needy one, and this person's story deserves primary attention. Clinicians may share parts of their own stories, but they do so in response to the ill person's story. Reciprocity is sustained in the appreciation with which the clinician receives the patient's stories. To give the gift of listening is to appreciate receiving the gift of a story. Not just understanding this reciprocity but *embracing* it seems to me to be the beginning of clinical work.

What stories, then, do the ill tell? I propose three basic *narrative types* of illness stories. These are not specific stories but types of stories. Folklorists throughout this century have pointed out the basic narrative structures that underlie many particular tales. Children learn these narrative forms without knowing they know them, and they then use them both to make sense of new stories and to improvise stories of their own. Folk tales require a hero, or more accurately, a protagonist, who will become a hero in the course of the story. The hero then seeks something, and the seeking is blocked by some antagonist. The eventual defeat of the antagonist is often made possible by a helper who at first appears minor and ineffectual but eventually provides the hero with an essential resource. On the bare bones of such narrative skeletons, many different stories are fleshed out. Oral storytelling in particular requires some recognizable narrative structure if listeners are to find their way through the story.

What I present below are three recognizable narrative structures — the skeletons on which many stories of illness are fleshed out. To grasp the uniqueness of stories as they are told, it helps to be able to place a story in relation to others: how does the immediate story build on the skeleton(s) it shares with other stories? These three narrative structures also help to hear what is not being told in any particular story. I propose these three narratives not as privileged professional categories for decoding and classifying stories. Again, stories are not material to be analyzed; they are relationships to be entered. But staying with a story can be like finding a usable pathway through a thicket. I intend these three narratives to be such usable pathways. As others leave my pathways and find their own, they and those they listen to will be served all the better. But these pathways can at least be ways of entering.

The Restitution Story

The narrative of illness that is culturally preferred in North America tells of getting sick, suffering, being treated, and through treatment being restored to health.⁴ When the ill person's answer to "How are you?" is to repeat everything that treatment has already done, is doing, and will be able to do if the present efforts fail, then a restitution story is being told. On closer listening, it is possible to hear an absence: the subjectivity of the ill person who is telling the story has been displaced by others. The clinicians — physicians, nurses, and therapists of all sorts — are the heroes, the active players in the story; their subjectivities determine the course of the action. Restitution stories are told by ill people who narrate from the sidelines.

Restitution stories predominate in the talk of the recently diagnosed, and the ideal of restitution recedes farthest into the background of stories of chronically ill persons. Few published illness stories follow the restitution narrative: in the logic of restitution, illness is nothing in particular to talk about once one is cured. The conventional pejorative label for such talk is "dwelling on it." Restitution stories are better told by physicians themselves, in their own journals.⁵

Restitution stories are expected and encouraged by the most scientific (and "heroic") versions of medical practice. Because disease is an enemy and cure is a version of conquering that enemy, the notion of talking about illness as *meaningful* experience seems superfluous — even vaguely subversive — to biomedicine. In the biomedical model, patients' talk *should be* second-hand medical talk: close enough to the physician's version to insure compliance with medical orders, but not so close as to suggest patients might make their own treatment decisions.

Because most illness conditions will end in the restoration of health, for most ill people the restitution narrative is adequate. Problems arise as soon as restitution is no longer perceived as forthcoming: when the persistent cough turns out to be lung cancer or the problem of balance is diagnosed as multiple sclerosis. My own testicular cancer was first diagnosed as a urinary tract infection and

4. The three types of narrative — restitution, chaos, and quest — are described with extensive examples in Frank, 1995, chapters 4–6. In this essay, I have minimized examples in favor of a more programmatic exposition.

5. I retain this paragraph even though the Internet seems to be providing a venue for the proliferation of written, if not published, stories that are strongly oriented toward cure and medical intervention. When ill people use their own web sites to marshal medical information and resources, they become the protagonists of their own restitution stories. Physician dislike of patients' posting their medical progress — and bringing the responses they get back to the clinic with demands for treatment — remains anecdotal (see McLellan, 1997).

treated with antibiotics; for the weeks until my symptoms intensified, restitution stories made good sense. But when those drugs failed to have any effect, I had no narrative I could use to tell the story of my deterioration.

My lack of a narrative that could make sense of my decline into deep illness was not a personal shortcoming of mine nor of my physician. North Americans are culturally deficient in narratives to tell after the restitution narrative no longer applies. What Kleinman calls the “vicious cycles that amplify distress” are cycles of *narrative lack*: when people have no story to tell, they are isolated in their suffering; they can achieve no critical distance from their pain. Other narratives — those described below — are available, but too many healthy people — and too many clinicians — do not attend to them. These other narratives are disregarded until we need them, which for those who are ill means needing them yesterday.

I hardly want to deprecate restitution stories. The restitution narrative represents the triumphant optimism of medical science — a science that has saved my own life — and commitment to the idea of cure deserves to be honored. The problem occurs when we love the idea of restitution to the point of demonizing illness. When we believe that no other narratives are legitimate, we then pathologize other stories as depressing (a lay epithet) or as symptoms of depression (the professional analog). The deeply ill, whose immediate reality does not include restitution, are further marginalized. Those who have no story that society judges worth telling feel they have no place in society.

The Chaos Story

Diametrically opposed to the restitution narrative is the chaos narrative. Here is deepest illness: disability can only increase, pain will never remit, physicians are either unable to understand what is wrong or unable to treat it successfully. Medical problems proliferate into social problems: persistent ill health means job problems, which mean loss of income, which leads to inadequate medical care. The ill person is shuffled between bureaucracies, each claiming that they need something from somewhere else before they can provide any benefits. Stress exacerbates medical problems. Family responsibilities cannot be fulfilled: social ties are lost, and the ties that remain are often more demanding of the ill person than they are supportive.

Chaos stories can be heard most clearly in the responses they elicit in listeners: when the listener feels sucked into a whirlpool and only wants to get away from the story, then a chaos story is being told. If the dominant verbal style of restitution stories is quotation from the clinician, the dominant style of chaos stories is a series of incomplete sentences. Actions end with a shrug, not an object of the verb. To complete a sentence is to imply a world in which subjects can act on objects and have some effect. The world of the chaos story is devoid of effective action. The passive voice reigns: “it” affects the teller. Events take place

in a perpetual present tense punctuated by “and then” constructions: “and then” the physical problem, “and then” the family problem, “and then” the bureaucratic hassle, and then how each of these makes the others all the more unresolvable.

Chaos stories reflect life lived at the bottom of the funnel of these problems. People live chaos, but chaos cannot in its purest form be *told*. To talk from the position of chaos is to be unable to render one’s life as a story with any narrative ordering of beginning, middle, and (anticipated) end: the story perpetually trails off in a formless sequence of “and then” contingencies. To tell enables achieving a coherent stance as to what took place and why. The coherence that stories give to lived reality, along with the effect of sharing the story with a listener, offers the teller some distance from his or her life. The chaos talk that cannot become a story induces claustrophobia in the listener because of its lack of any distance from immediate events. Chaos talk is submerged, gasping for air, and it soon leaves the listener gasping.

To turn a life lived in chaos into a story *about* that chaos would effect a transitory escape: at least a crack of light shines into a room that was entirely dark. Paradoxically then, the chaos story that can be told is no longer total chaos, and in that paradox lies a therapeutic opening. The clinical problem is not to push toward this opening prematurely. The chaos narrative is already populated with others telling the ill person that “it can’t be that bad,” “there’s always someone worse off,” “don’t give up hope,” and other statements that ill people often hear as allowing those who have nothing to offer to feel as if they have offered something.

If our culture loves the restitution narrative that any illness can be cured, it fears the chaos narrative that, with illness, troubles multiply. The chaos narrative (that cannot be told) is about how thin the ice is upon which we skate, and how cold and deep is the water into which we can suddenly sink. In my undergraduate medical sociology course I show a film about a young man who discovers he has a rare adrenal cancer. In response to the film a student wrote that he had never before realized how suddenly he himself — anyone — might have a life-threatening illness. By keeping the recognition of serious illness out of his conscious awareness, my student had enjoyed what might be called *deep health*. The chaos narrative — with its vision of how awful life can get — threatens deep health.

To deny the living truth of the chaos narrative is to intensify the suffering of those who live this narrative. The problem is how to honor the telling of chaos while leaving open a possibility of change; to accept the reality of what is told without accepting its fatalism. Sustaining this delicate balance requires, at minimum, not being overwhelmed by the need to *do* something for the ill person. If it were easy to change that person’s situation, others probably would have done so. Any change will take time; thus, with the deeply ill, change is a problematic goal. What kind of change may be appropriate is a difficult issue on which the professional must be constantly guided by the ill person and his or her family. The first thing a person in chaos needs is someone who will just listen, without

attempting any change. Too quick offers of help may show the listener's own dis-ease with what is being told; compassion means, literally, to suffer *with* the other.

Job's three friends first sat with him in silence for seven days and nights. They became less useful when they began asserting their own answers to his question of why he suffered. When Job eventually finds an answer to his suffering, it is not one that admits articulation. The measure of his wisdom is his new capacity for silence.⁶

As a society, our problem is how to honor the suffering that the chaos narrative implies without accepting the remediable conditions — the lack of care — that perpetuate this suffering. Primary among these remediable conditions is the professional and lay tendency to pathologize chaos: to label the ill person as “depressed” rather than to accept depression as a legitimate response to an awful life. Everyone prefers to treat the symptom as labeled rather than attend to the life. Compassion means just listening.

The Quest Story

When restitution can no longer be imagined, a life can be fashioned in which illness is neither “accepted,” a word that is too passive, nor is it “welcomed,” a word that romanticizes illness. Illness is lived as a quest: as a condition from which something can be learned (although not in a didactic sense), and this learning can be passed on to others. The line I hear and read most often from people who have had cancer is that they are certainly not glad they had it, but they are grateful for how it changed them and their lives.

Quest stories are being told when the teller claims new qualities of self and believes illness has been responsible for these changes. Quest stories are about illness leading to new insights. They are based on a claim that the ill person now sees *in* to a depth that illness has made visible. As I read the title of William Styron's (1990) memoir of suicidal depression, *Darkness Visible*, Styron's text not only makes the darkness of mental illness visible to readers; Styron also acknowledges that illness has made an aspect of his own life's darkness visible to him. Perhaps the key phrase in quest stories is some version of “I can now . . .” — although the expression of this phrase is usually muted. If, by the time the quest story can be told, illness is no longer chaos, if suffering now has some meaning and even value, the reality of chaos is still recognized and respected. The quest

6. Professional education emphasizes articulate answers, which is another reason why professionals have trouble hearing the wisdom of the ill. Professionals gain their status through their capacity to articulate what others cannot say; articulation becomes a standard of wisdom.

story fears being heard as a triumph over chaos; part of the lesson of deep illness is that victories are always provisional.

A subtle and therefore powerful example of the quest narrative is found in the life and work of Kay Toombs.⁷ Toombs suffers from a progressive, degenerative multiple sclerosis. At first she seems to repudiate the idea of illness as quest. She writes of giving a speech about her illness experience and being asked by audience members “to state explicitly those things that I find ‘good’ about my situation. Is it ‘enabling’ rather than ‘disabling?’ Has the experience caused me to ‘grow’ in certain ways?” To these questions Toombs answers, “Harsh though the reality may be, there is nothing intrinsically good about chronic, progressive multiple sclerosis. Nothing” (Toombs, 1995, pp. 19–20).

Yet Toombs also writes of how she found, without noticing exactly when, that she had begun “to reclaim my life” (p. 21). This reclaiming is not a sudden epiphany but a slow, gradual process. Toombs writes of what she has gained through illness — empathy for others’ suffering, friendships, and “a clearer view of what is really important in my life” — but she is equally clear that these “do not, however, make me glad that I have M. S.” (p. 20).

Gladness, at least about illness, has little place in the quest narratives; “reclaiming” figures largely. What Toombs does not state explicitly, but what her writing and speaking enact, is what illness has given her to teach. Summarizing someone else’s quest is a precarious matter, but I would presume to say that Toombs’ quest is to tell others about a world that illness has made her uniquely prepared to articulate. Illness has not given her a voice, but she has given a voice to illness. Another harsh truth is that I cannot imagine her writings having the force they have if she were not ill; the quality of witness could not be present. Toombs’ quest is to testify, and ultimately the quest narrative is testimony.⁸

The audience members who press Toombs to put a more positive spin on her experience of illness do not want her testimony. They want her reassurance that, if they become ill, they can find something “good” and “enabling” themselves. In my interpretation, they want not a quest story but a restitution story. They realize Toombs will not have her physical health restored, short of a miracle. Thus she embodies every healthy person’s fear of illness without restitution. But the audience members’ commitment to their own deep health can still be preserved by imagining a restitution in like measure. The audience wants to believe that what Toombs has lost in one aspect of her life, she has gained elsewhere. The quest story refuses this fantasy, even as it acknowledges what has

7. Toombs’ writing was not available to me when I wrote *The Wounded Storyteller* (1995). See also Toombs, 1992.

8. See Frank, 1995, Chapter 7, “Testimony.”

been gained. Toombs calls her response of “nothing intrinsically good” harsh, but I read her whole story as imbued with a wisdom that can only come from such harshness.

This wisdom is a matter of being exactly where one is, yet grateful for that. Reynolds Price (1994) expresses this gratitude at the end of his story of being rendered paraplegic by a malignant tumor inside his spine:

I write six days a week, long days that often run till bedtime; and the books are different from what came before in more ways than age. I sleep long nights with few hard dreams, and now I've outlived both my parents. Even my handwriting looks very little like the script of the man I was in June of '84. Cranky as it is, it's taller, more legible, with more air and stride. It comes down the arm of a grateful man. (p. 193)

I have heard Price say, in a radio interview, that at least once a day he wishes he could stand up for just a moment and stretch, but then he realizes his life will be spent in his wheelchair. The quest story is cranky but grateful. If Price is more explicit about his gratitude than Toombs, in part this may be because his disability is not deteriorating while hers is. Or perhaps Toombs is even more wary — Price is wary enough — of how much a healthy audience wants to dilute the harsh realities of the illness. She knows how easily the quest story can be read or heard as a restitution story, and she fears betraying (to use another harsh word) the suffering that illness is.

Quest stories express an unflinching view of the reality of illness. In the face of this reality, they look not to restitution but rather to what can be reclaimed of life: what can be learned, and how this lesson can be passed on to those who have not made their journey. Those who tell the quest story are ancient mariners, returned to tell a tale that others need to hear but may resist hearing. If the teller of the quest story is rarely pathologized in the way that the exemplar of the chaos narrative often is — even society honors the quest storyteller — people will rarely embrace quest stories. Why?

Listeners resist the quest narrative because they still need to believe in a restitution that the teller has had to work to give up; much of the quest concerns renunciation as a preface to reconstruction. Nancy Mairs (1996) writes of how living with advanced multiple sclerosis requires her to give up comparison to “The ‘her’ I never was and am not now and never will become,” lest she “make myself mad with self-loathing” (p. 47). No one living in even moderately good health, much less living in deep health, wants to imagine ceasing to be the person they enjoy being; it is far preferable to imagine that breakdowns can be fixed. Physicians and patients reinforce each other's commitment to restitution as the only speakable eventuality. But quest stories carry the unavoidable message that the restitution narrative will, one day, prove inadequate to what experience has in store for many of us. Because, as Kleinman notes in the quotation above,

physicians prefer to concentrate on cure and do not routinely find meaning in illness, they are not often disposed to listen to patients' attempts to reconstruct selves beyond restitution. I myself want a physician who concentrates on trying to cure me; but because that cure may be unavailable, I also want a person with whom I can share my story.

Thus listeners resist quest stories because of these stories' assertion, sometimes implicit and sometimes explicit, that the ill person has become what Price calls a new self. Deep illness requires giving up the old self, "the person you used to be" (Price, 1994, p. 182). Price's advice is to "find your way to be somebody else, the next viable you" (p. 183). He is clear that this quest will meet with the best intentioned resistance:

Your mate, your children, your friends at work — anyone who knew or loved you in your old life — will be hard at work in the fierce endeavor to revive your old self, the self they recall with love or respect. ... At the crucial juncture, when you turn toward the future, they'll likely have little help to offer; and it's no fault of theirs (they were trained like you, in inertia). (p. 183)

Price hints at the subversive quality of quest stories — a subversion that complements the chaos story's subversive display of how bottomless despair can be. Those living in "deep health" value objects, including themselves and those they love, in ways that are often far more instrumental and conditional than they are willing to acknowledge. Quest stories are about being forced to accept life unconditionally; or, in the stories of Price, Mairs, or Toombs, finding a grateful life in conditions that the previously healthy self would have considered unacceptable.

Not all ill people are oriented to these authors' level of introspection, nor do all have the physical capacities that allow such articulate tellings of their stories; rather, their stories have to be heard in how they live their lives. Physician and journalist Lonny Shavelson tells the story of Pierre Nadeau, a trapeze artist, dying of AIDS. Pierre's illness was marked by a series of "lines in the sand" that he is certain he would rather die than cross: getting AIDS, being plugged into oxygen, having chemotherapy and losing his hair, wearing diapers. Yet he does cross each of these lines (Shavelson, 1995, p. 55). As Shavelson describes him, Pierre does not tell many stories, yet Shavelson quotes a hospice nurse who speaks of his "amazing spiritual change" (p. 56). She seems to have heard, somewhere, a quest story.⁹ Perhaps this story is told most eloquently in Pierre's willingness to cross those lines he had said he would not cross.

9. Of course, we do not know what is interpreted as Pierre's "spiritual transformation." We know Pierre chose to continue to live, but was this choice motivated by a dread of dying,

The Pierre who draws his lines in the sand is closer to the values of healthy society than the Pierre who crosses those lines and in the process undergoes spiritual change. It seems a cliché to conclude that the skeleton underneath quest stories is the unconditional acceptance of life, yet perhaps the notion of unconditional acceptance has become a cliché because of its profound and unattainable value. Although quest stories are the narrative structure that is most eloquently told in prose, perhaps the most moving quest stories are those, like Pierre's, that are lived (see Frank, 1997a). In finding terms to live with illness — not grateful for illness, but grateful for a life that includes illness — those telling quest stories show the healthy how they too could be living.

Just Listening

The three types of stories I have described are not intended to classify tellers of particular stories. If they are diagnostic of anything, it is the culture and relationships within which people create their stories. But these types are not designed to diagnose. Rather they are listening devices: tools to help those who attend the ill to understand — not to decode — what they hear. For those who use these narrative types in their clinical work, three additional caveats are worth making explicit.

First, all three narratives *intertwine* in most stories told by any deeply ill person; few individual stories have only one skeleton. Often in a particular story, at a particular time, one narrative type is foreground and the others are background. Shifts in foreground and background map changes in illness experience. When listeners attend to which type of story seems more important than others, they can hear where the ill person is. Knowing *where* someone is, is important, but equally important is recognizing why they have to be where they are. I want to arouse clinicians' suspicions of assumptions that the ill person as teller ought to be in some other narrative space than where he or she is.

Second, although strong cultural and personal preferences exist for one type of story over another, all three types have their necessary places in all trajectories of illness experience. Each deserves to be *honored* in its time of telling; I will

or did Pierre find some value in life that he had not anticipated? The hospice worker's observation, as much as I would like to credit it, could be more a projection of her own need to find value in her work than it is an observation of Pierre's reality. But matters become more complex still: even if the quest story began as her projection, her story may still have become his reality and given him a resource to continue living. What counts is not who told which story first, but that, in a relationship with such intensity and duration of care, each person's story becomes the other's. Unfortunately, within contemporary medicine, hospice care is singular for its intensity and duration of personal care relationships.

discuss why and how in the following section. Because of this importance of honoring the immediate story being told, my narrative types are the opposite of a developmental theory that predicts ill people “moving through” stages of narrative, pathologizing the failure to keep moving. The quest story is not a goal toward which ill people ought to move, nor does the chaos story represent personal or social failure.

Third, listeners will certainly have distinct *preferences* for one type of story over another. I believe the proper initial use of the narrative preferences that we all have is to pose questions about oneself as a listener. If listeners find themselves wanting the ill person to move from one narrative type to another, that desire may say more about the culture (professional and social) of the listeners, their own anxieties and narrative commitments, than it says about the ill person.

My strong assumption is that *people tell the stories they need to tell in order to work through the situation in which they find themselves*. As long as a story continues to be told, the work of that situation continues to need doing. This assumption hardly obviates the desirability of change. It does suggest that, for the deeply ill, change cannot be hurried by external intervention; if anything, the processes that nurture change may become confused and set back. The corollary for clinical practice is that, when time is limited by “managed care” and other constraints, it is generally preferable to accept less change than to seek to hurry change by pressing a patient toward a new story. Better yet, rather than the pejorative implication of accepting less change, clinicians might think of change occurring after, perhaps long after, their work of listening has finished. In Tim Brookes’ story of his mother’s hospice care, he recounts a hospice physician telling him that often the value of their work is not apparent for twenty years (Brookes, 1997, p. 276). I believe the truth of that statement, and I find very moving the clinical conviction that allows this physician to conceptualize his work in that time span.

Change happens. Telling one’s own story can help move a person through a particularly difficult situation by providing some *critical distance*. When a story is well heard, it becomes something that teller and listener can talk about and reflect on. When experience becomes an object for what is now a mutual involvement, the teller gains some distance between what is being lived and what is being told. Only at this distance can actions — including interpretations — be perceived as possibly having alternatives, thus making change imaginable. This critical distance is the key to any “movement” that may occur.

Clinicians, especially those who trade most in the therapeutic value of clients reinterpreting their reality, may find it frustrating to remember how many restrictions illness imposes, and how difficult change is within these. Impositions are both external (by jobs, families, and “helping” systems themselves) and internal (originating in the body’s pains and disruptions, moving to the mind’s fears of these). These impositions may have to be told over and over before the ill person begins to sort out what can be reinterpreted, what can be endured, and perhaps what can be materially changed (quitting the job, getting improved

pain-medication). Out of retellings some critical distance *may* emerge, and *perhaps* some aspect of suffering can be assimilated to some “higher” scheme of meaning. But, as I will emphasize in my concluding comments on intervening in people’s stories, any higher assimilation of the meaning of present troubles can only be discovered by ill people themselves in their own storytelling.

More than Just Listening

Richard Zaner’s (1993) work presents the hospital ethicist as one who primarily listens to patients and helps them to sort out the ethical issues that are already inherent in their stories, if not yet reflected upon. He wonders whether, in doing this work, is he “any different from any good friend?” (p. 21). Clinicians reading this essay may have the same question. How is the role of “just listening” a *professional* role, making use of extensive training and — in a time of cost-cutting — justifying financial remuneration?

I have argued throughout that one listens to ill people’s stories not in order to fix them by doing something “therapeutic,” but rather to honor them. Again, people tell the stories they need to tell in order to work through the situation they are in. Efforts to change the person’s story, however well-intentioned, are so easily mistimed or misguided. Toombs, quoted above, exemplifies resistance to narrative intervention when she reacts against the questions posed by her audience; questions that presuppose what sort of narrative (“enabling”) she ought to be telling and coerce her to get it right.

The point of listening to Toombs is coming to realize that she *already* has it right. But does every ill person have it right in every story they tell? The paradoxical response is that every teller does have his or her own story right just as that story is: not fair, not necessarily accurate in a medical or sociological sense, but right as an expression of who and where they are. But — here’s the paradox — what’s right can still change, and that change may also be right and welcome. The resulting clinical problem could be called the nonelicitation of change. How to do this nonelicitation returns us to Zaner’s question: What does the clinician do that the good friend may not be able to do?

My first response to this question is to want to rescue clinicians, as professional listeners, from imagining their role as dichotomously opposed to that of the friend. Instead, I understand the clinician as one who may enact certain “friendship” roles using different resources. A common experience for the deeply ill is to have many of their former friends disappear. In the world of deep illness, friends die or become physically unable to visit with greater than average frequency. Healthy friends defect from the tensions and demands of being with the ill. Friends who do not disappear outright may be uncomfortable with talk about deep illness: their own fears of illness admit only restitution stories. Thus, friends may be the least willing to sustain the ill person through struggles over decisions that admit no “good” resolution: for example, whether to opt for

debilitating therapies that offer a small chance of remission, or whether to choose palliative care with a better quality of life in the short term but no chance of remission.¹⁰ Friends may be too threatened by the suffering involved in either “option” to be useful in talking through this “choice.” The first requirement for professionals is to have control of their own sense of threat. This control should not preclude empathic sharing of the sorrow involved in having to make such a choice, but such empathy cannot be weighed down with the clinician’s own fears and regrets.¹¹

Long-standing, personal friends may also be poor listeners to stories of personal change because, as Price predicts in the quotation above, they want to steer the ill person back to being the self who was. Friends are often least willing to watch an ill person’s painful groping toward the self who may yet be; they cannot hear the stories in which that new self assumes an increasingly real identity. The clinician has the advantage of having no stake in the ill person continuing to be who she or he was before illness. The clinician should neither be threatened by changes that illness can precipitate, nor be overly invested in seeing the ill person change. Anything beyond just listening is not directed at fixing the story, but rather is about *nurturing* it.

Let me be honest about having my own preferences and ideals. When I encounter ill people, I have to question whether I am nurturing *their* story or fostering my own preference. Perhaps I have too many exemplars of illness in my head — too many quest stories — and I have to work to separate what I might hope for the person who is with me from that person’s own trajectory of meanings of illness. Most therapies agree that people must *discover for themselves* that change is possible; therapies begin to differ over how to instigate or facilitate that discovery, and how fixed an idea the therapist should have of what change ought to occur. In both respects, the instigation of change and the content of change, therapeutic work that attends to people’s stories is far at the nondirective end of the spectrum. As I suggested earlier, stories are not told as “clinical material” in order to keep a “therapeutic process” moving.

Stories are told to cultivate relationships. In a relationship, we come to know ourselves as we are known, and we may change with that knowledge. For either person in a relationship, change is something that is allowed to happen. If I as a listener welcome certain stories more than others because they fit my ideal of self-knowledge, I limit my relationship with the person telling the story; I render his or her story instrumental to some “higher” goal that is mine, not necessarily

10. I draw this example specifically from Timothy Quill’s famous “Diane” case (Quill, 1993), although the scenario is a common one.

11. On empathy in medical relationships, see Spiro, Curnen, Peschel, and St. James, 1993, especially the papers by Rita Charon, Jodi Halpern, and Stanley Joel Reiser.

the other's. Relationships, and friendships, seem to require that the story be an end in itself, although stories do change, and friends change with them.

Personal discoveries of meaning take place at unpredictable moments when — tautologically — people are prepared to make that discovery. I can advance the theoretical propositions that change occurs when the restitution narrative is no longer viable and when the chaos narrative is no longer necessary, yet these propositions have the unhappy effect of setting up the quest story as the kind of narrative *telos* that I have been working to avoid. In practice, no one can say when these moments of change will occur for any ill person, only that they do happen as both ill people themselves and their caregivers attest. How then can change be nurtured, without being directed?

My first suggestion for nurturing change is to hold the utterly sincere belief that the story you are hearing *needs no change*. The ill person's whole life has brought him or her to this story, and deep illness is no time for anyone to repudiate how that life was lived. The ill person himself probably has sufficient regrets and self-reproaches. The best opening to change may be the recognition that the story the person is now telling is a perfectly adequate representation of his or her experience, *which it is*.

Again, this message has to be entirely sincere. Sincerity depends on the listener's willingness to accept both regret and suffering as part of life, both inevitable *and* remediable. I believe that clinical work becomes uncertain at best, and evasive at worst, when clinicians lack their own beliefs — philosophical or spiritual — about suffering. My own belief is that humans do have to suffer; call it our existential destiny. But there are better ways to suffer; call those ways grace. Whatever the clinician's own beliefs, as a listener, she or he should assume an attitude diametrically opposite to that of Toombs' questioners, who want to see only the remediable side of suffering.¹² The clinical attitude I recommend may reject the chaos narrative's supposition that suffering is *only* inevitable, but it honors chaos as a necessary part of life.

To work with the deeply ill, I believe a clinician must be able to honor suffering. Honoring suffering shapes the spirit of helping. The helper who honors suffering can accept the "dark night of the soul" but also offers the immediate, practical help others need. Part of this help is recognizing that people are telling the story they need to tell, for a while, before they can move on.

A second aspect of nurturing is to help the ill person *hear exactly what story* she or he is telling. Everyone is a storyteller, but few of us are sufficiently reflective

12. Even worse is the attitude of Job's friends, who want to believe that suffering must be deserved. Believing that suffering is an inevitable part of human life seems to free us from believing that any individual's suffering is deserved, while allowing us to see how individuals continue to make choices that affect how they suffer.

about what stories we tell, in our lives and words. Only through reflection can storytelling, and life, become truly ethical. To hear the story being told, my three types may be useful. Does the hope of restitution leave open other possibilities? Can the chaos story be told until the teller can feel its claustrophobia as part of the tale, outside of how life is being lived? And how is the present story turning illness into a quest? Any actual story should include elements of *all three* narratives, because each of these questions deserves reflection. Sorting out the three narrative skeletons in any actual story does not direct the story away from one story and toward another. The point is to show the ill person that the story *already* contains different, immanent narrative directions: a direction that is now mostly in the background could become foreground.

The third aspect of nurturing is that listening carries the message, which is not self-evident for the deeply ill, that they are living *a story that is theirs to tell*. Everyone else seems to have a story *about* the ill person, but few people have an interest in that person's own story. Very soon the ill person begins to doubt the interest of his own perceptions. Nurturing begins and ends in the message that no one knows their stories better than the ill themselves, that their stories matter not just for themselves but for others, and that their stories can be told, and lived, differently. Noting a change between what is said one day and the next, without interpreting that change, affirms to the ill person that it's *his or her* story, to tell as he or she will.

The situation of the ill changes rapidly: the body's condition changes; the conditions of treatment and care change; professionals move to new jobs; friends and family members get sick themselves, or defect, or reengage with the ill in strengthened relationships. These changes require new stories, and every type of story has its day.

But what if the ill person's story seems to be overstaying its day? It is seductively easy to observe that ill people get stuck in one narrative when they would do better to have greater narrative flexibility. Flexibility is a popular value.¹³ Less popular is the idea that people may need time and repetition to work through all the possibilities of a narrative they have relied on throughout their lives. Before flexibility comes the importance of learning what one's own inflexible narrative has meant for all these years: how this narrative was shaped by one's circumstances even as it shaped those circumstances, how it was once the person's best possible response to what life offered, and how much the person owes to this narrative. Words like "stuck" fail to honor the stories that have been a person's life. If some stories now seem to limit their tellers, let us not forget that the ability to tell these stories may have once been hard-won.

13. For a brilliant analysis of the increasing status of flexibility as a cultural value, see Martin, 1994.

Many stories do need to change. Letting people tell their story repeatedly, gently noting changes in that story, can help. Most significant to the process of change, the person who is so attended is no longer alone.

Anatole Broyard (1992), when he was dying of prostate cancer, wrote that his “first instinct was to try to bring [cancer] under control by turning it into a narrative.” He describes stories as “antibodies against illness and pain” (p. 20). Broyard’s ideal relationship to a physician was based in narrative: “I want to be a good story for him, to give him some of my art in exchange for his” (p. 45).

Fortunately, most ill people have some art to exchange for their care. The greatest clinical gift to the ill is to appreciate them as the “good stories” they are. In these stories there is nothing to fix, only a great deal to listen to.

References

- Brookes, T. (1997). *Signs of life: A memoir of dying and discovery*. New York: Times Books.
- Broyard, A. (1992). *Intoxicated by my illness: And other writings on life and death*. New York: C. Potter.
- Campo, R. (1997). *The poetry of healing: A doctor's education in empathy, identity, and desire*. New York: W. W. Norton.
- Frank, A. W. (1991). *At the will of the body: Reflections on illness*. Boston: Houghton Mifflin.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frank, A. W. (1997a). Enacting illness stories: When, what, and why. In H. L. Nelson (Ed.), *Stories and their limits: Narrative approaches to bioethics* (pp. 31–49). New York: Routledge.
- Frank, A. W. (1997b). The virtuous professional: Doctors healing themselves. *Christian Century*, 114, 1158–1165.
- Good, M. D., Brodwin, P. E., Good, B. J., & Kleinman A. (Eds.). (1992). *Pain as human experience: An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Hand, S. (Ed.) (1989). *The Levinas reader*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Hawkins, A. H. (1993). *Reconstructing illness: Studies in pathography*. West Lafayette, IN: Purdue University Press.
- Hilfiker, D. (1994). *Not all of us are saints: A doctor's journey with the poor*. New York: Hill & Wang.
- Hunter, K. M. (1991). *Doctors' stories: The narrative structure of medical knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Mairs, N. (1996). *Waist-high in the world: A life among the nondisabled*. Thorndike, ME: G. K. Hall.
- Martin, E. (1994). *Flexible bodies: Tracking immunity in American culture from the days of polio to the age of AIDs*. Boston: Beacon Press.
- McLellan, M. F. (1997). *The electronic narrative of illness: Computer mediated communication, Internet, World Wide Web*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Graduate School of Biomedical Sciences, Galveston, Texas, USA.
- Moyers, B. (1993). *Healing and the mind*. New York: Doubleday.

- Palmer, P. J. (1993). *To know as we are known: Education as a spiritual journey*. (2nd ed.) San Francisco: Harper San Francisco.
- Price, R. (1994). *A whole new life*. New York: Atheneum.
- Quill, T. E. (1993). *Death and dignity: Making choices and taking charge*. New York: W. W. Norton.
- Remen, R. N. (Ed.). (1994). *Wounded healers*. Mill Valley: Wounded Healer Press.
- Remen, R. N. (1996). *Kitchen table wisdom: Stories that heal*. New York: Riverhead Books.
- Shavelson, L. (1995). *A chosen death: The dying confront assisted suicide*. New York: Simon & Schuster.
- Spiro, H., Curnen, M. G. M., Peschel, E., & St. James, D. (Eds.). (1993). *Empathy and the practice of medicine: Beyond pills and scalpel*. New Haven: Yale University Press.
- Styron, W. (1990). *Darkness visible: A memoir of madness*. New York: Random House.
- Toombs, S. Y. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer.
- Toombs, S. Y. (1995). Sufficient unto the day: A life with multiple sclerosis. In S. K. Toombs, D. Barnard, & R. A. Carson (Eds.), *Chronic illness: From experience to policy* (pp. 3–23). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Williams, W. C. (1984). *The doctor stories*. New York: New Directions.
- Zaner, R. A. (1993). *Troubled voices: Stories of ethics and illness*. Cleveland: Pilgrim Press.

References

- Bateson, G. (1979) *Mind and Nature: a Necessary Unity*. New York: E.P. Dutton.
- Becker, E. (1968) *The Structure of Evil: an Essay on the Unification of the Science of Man*. New York: The Free Press.
- Bochner, A. (2001) Narrative's virtues, *Qualitative Inquiry*, 7, 131–57.
- Denzin, N. (2009) *Qualitative Inquiry Under Fire: Toward a New Paradigm Dialogue*. Walnut Creek, Ca.: Left Coast Press.
- Foucault, M. (1979) *Discipline and Punish*. New York: Vintage.
- Frank, A. (2000) The standpoint of storyteller, *Qualitative Health Research*, 10, 354–65.
- Geertz, C. (1980) Blurred genres: the refiguration of social thought, *The American Scholar*, 49, 165–79.
- Laing, R. (1965) Mystification, confusion, and conflict. In Boszormenyi-Nagy, I. and Famo, J.L. (eds) *Intensive Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects*. Hagerstown, Maryland: Harper and Row.

In defence of narrative exceptionalism

Arthur W. Frank

University of Calgary

Thanks to Carol Thomas for transforming a sporadic couple of articles into something worth calling a debate. Thomas correctly observes the difference between Paul Atkinson's 'methodology first insistence' and my understanding that 'ethics comes first'. What I mean by ethics is expanded in my most recent book (Frank 2004). I would now argue that an ethics-first position is better understood as narrative-first, because anyone's sense of what counts as ethical is derived, first and often most pervasively, from the stories that a person knows (Frank forthcoming). Thus I am, without apology, a *narrative exceptionalist*, gratefully taking up the term in which Atkinson crystallises his objections in his response to Thomas (and thanks to Atkinson for advance sharing of his response—his commitment to enriched discussion always being generous).

I believe that narrative is distinctive among human capacities and distinctively necessary for human flourishing. To say as Atkinson does that narrative should be treated 'like any and every form of social action' makes no sense to me. Not only is narrative distinctive, but so is any 'social action'. Narrative, or as I prefer, storytelling, is just exceptionally exceptional. Why? Atkinson is correct that the case for narrative exceptionalism has not been made as well as it should have been, and here I can be nothing more than suggestive. My forthcoming work focuses on the *capacities* of stories: what stories are uniquely able to do, both *for* people but also *with* people. The latter raises the dangers of stories, to which my earlier work was insufficiently attentive (Frank 2009).

Stories enjoy an exceptional place in human lives, first, because stories are the means and medium through which humans learn who they are, what their relation is to those around them (who counts as family, as community, and as enemies), and what sort of actions they are expected to perform under which circumstances. Stories teach which actions are good and which are bad; without stories, there would be no sense of action as ethical.

What storytelling enacts is not individual authenticity; rather it is membership: close to what sociologists once called socialisation, but better described as becoming a *subject*, that

shift emphasising location (Linde 2009: 115 ff.). Stories locate people with respect to others; location is the core of *narrative identity*. The classic statement is by Alasdair MacIntyre (1984: 216), in a long passage saying that through stories, 'children learn both what a child is and what a parent is, what the cast of characters may be in the drama into which they have been born'.

Secondly, narrative is exceptional because how else can people come so close to lives lived thousands of years ago, or to contemporary lives that are worlds apart from the listener. Brian Boyd (2009), whose carefully researched case for the exceptionalism of stories in human evolution exceeds even my case for stories' importance, writes how humans listening to stories become 'saturated with the knowledge of other perspectives' (2009: 270). Stories have a unique capacity to connect people (Frank 2006 and forthcoming). Subjectivity comes to be through connection, and also through disconnection.

Thirdly, stories *work on* people, because people become *caught up* in stories to a degree that is exceptional. Anthropologist Keith Basso (1996: 38) quotes an informant, Benson Lewis as saying: 'Stories go work on you like arrows... Stories make you replace yourself'. Humans are constantly replacing themselves, as their stock of stories shifts. Subjectivity depends on *narrative resources*, which have always been my focus: 'People tell their own unique stories, but they compose stories by adapting and combining narrative types that cultures make available' (Frank 1995: 75). People do things, often creative things, with those resources; that is agency, exemplified in storytelling. But however creative storytelling is, no one ever makes up a story; people combine and play off resources.

I agree with Atkinson that stories are 'social facts', in Durkheim's sense of being external to humans but felt as coming from within, as one's own sentiments. But for me any interpretation of others' stories proceeds only from within a habitus affected by stories acquired early in life that have taught the interpreter which later stories to attend to in what ways. Thus, stories seem better described as *practices*, neither objective nor subjective (Bourdieu 1990). I also agree with Thomas's materialist emphasis. In my forthcoming work, I borrow from Donna Haraway and John Law to describe stories as being 'material semiotic'. I demur only from Thomas's usage of 'medical despotism'. I have written about medicine's narrative imperialism, which is different. Today, as I work on medical stories (Frank 2004, 2008 and 2010), I am deeply concerned with turning the private narrative troubles of healthcare workers into public issues. If there is despotism in medicine, healthcare workers are also subject to it.

My significant disagreements with Atkinson are, first, his distinction between reproducing stories 'appreciatively' versus analysing them 'formally'. For me, analysis that is not grounded in appreciation of a story risks missing the point of that story. Appreciation involves recognising how storytellers are *holding their own* in the stories they tell, although this need not imply the analyst's sympathy or agreement with the story. Appreciation entails recognising why the story matters deeply to the person telling it, and why the storyteller tells the story as she or he does. And appreciation sets the terms for analysis remaining answerable to the storyteller (Frank 2005), although specifying what counts as answerable must, as Atkinson says, continue elsewhere.

Atkinson and I probably also disagree over what counts as being 'methodical' and how far being methodical can carry analysis (Flyvbjerg 2001). Too much social science is methodical to a fault, that fault being lack of appreciation for why a story like *that* would matter so deeply to a person located *there*. Being methodical matters, but methodical by itself is what I call reductionism: it reduces stories to inert material, devoid of spirit. When the story, the storyteller, and the narrative analyst are in relations of mutual appreciation, then narrative analysis becomes a living dialogue (Bakhtin 1984).

References

- Bakhtin, M. (1984) *Problems of Dostoevsky's Poetics*. Minneapolis MN: University of Minnesota Press.
- Basso, K. (1996) *Wisdom Sits in Places: Landscape and Language among the Western Apache*. Albuquerque NM: University of New Mexico Press.
- Bourdieu, P. (1990) *The Logic of Practice*. Stanford CA: Stanford University Press.
- Boyd, B. (2009) *On the Origin of Stories: Evolution, Cognition, and Fiction*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Flyvbjerg, B. (2001) *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Frank, A.W. (1995) *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago IL: University of Chicago Press.
- Frank, A.W. (2004) *The Renewal of Generosity: Illness, Medicine, and How to Live*. Chicago IL: University of Chicago Press.
- Frank, A.W. (2005) What is dialogical research, and why should we do it? *Qualitative Health Research*, 15, 7, 964–74.
- Frank, A.W. (2006) Health stories as connectors and subjectifiers, *health: an interdisciplinary journal*, 10, 4, 421–40.
- Frank, A.W. (2008) Generous medicine: complexity, responsibility, and the simplest questions, *Families, Systems, and Health*, 26, 3, 317–27.
- Frank, A.W. (2009) The necessity and dangers of illness narratives, especially at the end of life. In Gunaratnam, Y. and Oliviere, D. (eds) *Narrative and Stories in Health Care: Illness, Dying, and Bereavement*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Frank, A.W. (forthcoming) *Letting Stories Breathe: a Socio-Narratology*. Chicago IL: University of Chicago Press.
- Frank, A.W. (2010) Why doctors' stories matter, *Canadian Family Physician*, 56, January, 51–54.
- Linde, C. (2009) *Working the Past: Narrative and Institutional Memory*. New York: Oxford University Press.
- MacIntyre, A. (1984) *After Virtue*. Notre Dame IN: Notre Dame University Press.

PARTE II

**ARTIGOS DE AUTORIA DE
PROFESSORES E DE EX-ALUNOS
DOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO
CONTINUADA DA SOBRAMFA –
EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO**

Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados

Pablo González Blasco^a, Marco Aurélio Janaudis^b y Marcelo Rozenfeld Levites^c

La reunión clínico-científica semanal* trae a discusión los casos interesantes o, con mayor frecuencia, los casos de pacientes cuyo abordaje y tratamiento suscitan dudas en el médico responsable de sus cuidados. La discusión permite que todos colaboren para una mayor comprensión del caso, se hace posible revisar la literatura médica pertinente y aplicar las mejores evidencias para proporcionar al enfermo el tratamiento más adecuado. Ese modo de proceder no tiene, en sí, nada de novedoso: debe ser el modo normal de funcionamiento de cualquier servicio de atención médica que se preocupe por la calidad en la atención a los pacientes y por el crecimiento científico y la formación de excelencia de sus integrantes.

Esta semana se discute un caso que suscita dudas, más dudas que las habituales, llama la atención, hace pensar. Se trata de un pa-

ciente de 40 años que tuvo 2 episodios de accidente cerebrovascular y al que le ha quedado una hemiplejía como secuela y permanece postrado en la cama. Quien le cuida es su hermana, con quien discute con frecuencia, la maltrata y no se deja cuidar; también es poco delicado con la fisioterapeuta que le atiende en su casa. Está muy delgado, no quiere comer y, por lo que su hermana cuenta, era un alcohólico que tiene «problemas de hígado». Parece que la última semana tuvo episodios de un empeoramiento franco, como si fuera a desfallecer y, tras solicitar la atención del servicio de urgencias, el médico que se desplazó para visitarlo recomendó que fuera hospitalizado, por la gravedad del caso; «No le doy ni 20 días de vida en esta situación en la que se encuentra. Hay que ingresarlo». Semejante afirmación dejó los nervios a flor de piel a la hermana, principal cuidadora, que llamó al médico responsable de nuestro equipo.

Volvemos a nuestra discusión. Las preguntas lógicas se suceden: «¿tuvo de hecho un accidente cerebrovascular?», ¿se comprobó mediante tomografía computarizada cerebral? Y la función hepática ¿cómo está? ¿Y las enzimas, la coagulación y las proteínas? ¿Tiene o no cirrosis? Por último, ¿por qué el enfermo permanece en la cama si tiene una hemiplejía que le permite moverse? Son, todas, preguntas lógicas, que proceden... pero está faltando algo en la discusión.

Surge la pregunta «disonante», algo que no estaba previsto. «¡Un momento! ¿Quién es este enfermo? ¿Qué hace un varón de 40 años, hemipléjico, en la cama? ¿Por qué lo cuida su hermana? ¿No está casado? ¿Por qué no quiere comer? ¿Por qué maltrata a su hermana y recusa sus cuidados, y los de la fisioterapeuta, y la alimentación? ¿Quién es este hombre? ¿Cuál es su sufrimiento? ¿Qué es lo que busca?

*Reunión Científica semanal en SOBRAMFA-Sociedad Brasileña de Medicina de Familia. www.sobramfa.com.br

^aSociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). São Paulo, Brasil.

^bMedicina de Família. Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). São Paulo, Brasil.

^cMedicina de Família. Programa Fitness de Residência Médica em Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). São Paulo, Brasil.

Correspondencia:
P. González Blasco.
SOBRAMFA, Sociedade Brasileira de Medicina de Família
Rua das Camélias, 637. 04048-061 São Paulo SP, Brasil.
Correo electrónico: pgblasco@uol.com.br
pblogb@sobramfa.com.br

Manuscrito recibido el 7-4-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 3-5-2006.

Palabras clave: Humanismo. Medicina de familia. Educación médica. Cuidados globales de la salud. Atención primaria.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Esta semana se discute un caso que suscita dudas, más dudas que las habituales.

▼
Se trata de un paciente de 40 años que tuvo 2 episodios de accidente cerebrovascular y al que le ha quedado una hemiplejía como secuela y permanece postrado en la cama. Quien le cuida es su hermana, con quien discute con frecuencia, la maltrata y no se deja cuidar.

▼
Surge la pregunta «disonante», algo que no estaba previsto.

▼
¿Qué hace un varón de 40 años, hemipléjico, en la cama? ¿Por qué lo cuida su hermana? ¿No está casado? ¿Por qué no quiere comer?

▶▶ LECTURA RÁPIDA

- ▼ Hay que buscar de un modo diferente, con mirada diferente.
- ▼ «La hermana lo cuida porque su madre, momentos antes de morir, la hizo prometer que le cuidaría, porque *tu hermano tiene problemas desde la adolescencia.*»
- ▼ La madre del paciente, que le cuidó y conocía todos sus problemas –esos a los que los médicos permanecen ajenos, ocupadísimos en ver la presión arterial y la función hepática–, esa mujer, que con sabiduría pasó el testigo de cuidadora a la hija y hermana, nos da las orientaciones para cuidar del enfermo.
- ▼ La ciencia médica, la medicina de punta, exige un nuevo humanismo. Una postura que sepa colocar en el mismo razonamiento la función hepática y las secuelas neurológicas con el sentido de la vida; las transaminasas y la albúmina combinada con la humillación, el sufrimiento y la pérdida.
- ▼ Es verdad que las narraciones son una preocupación educacional en el contexto de la medicina de familia.

Silencio. Reflexión. Las respuestas no van a aparecer en forma de exámenes de laboratorio ni de resultados de diagnóstico por imagen. Hay que buscar de un modo diferente, con mirada diferente. Es necesario oír al enfermo; puede ser que no lo hayamos hecho hasta ahora, muy preocupados con los parámetros de la enfermedad, con el sustrato anatomopatológico, y distraídos de quién es el enfermo, la persona que padece todo esto.

Alguien, tímidamente, colabora con una nueva información. «El paciente está casado, pero la mujer le dejó porque bebía. Eso lo contó su hermana». Le sigue otra pregunta: «¿Y por qué lo cuida la hermana? ¿No está casada y con hijos? ¿No vive el paciente en su casa? ¿Y el cuñado –marido de la hermana– qué piensa de todo este asunto? ¿Qué le parece tener un enfermo en su casa, que se pelea con quien quiere cuidarle y les da trabajo extra?» Nuevas informaciones llegan, lentamente, como con cuentagotas. «La hermana lo cuida porque su madre, momentos antes de morir, la hizo prometer que le cuidaría, porque *tu hermano tiene problemas desde la adolescencia.*»

Poco a poco se hace la luz sobre el caso. La madre del paciente, que le cuidó y conocía todos sus problemas –esos a los que los médicos permanecen ajenos, ocupadísimos en ver la presión arterial y la función hepática–, esa mujer, que con sabiduría pasó el testigo de cuidadora a la hija y hermana, nos da las orientaciones para cuidar del enfermo. No para resolver el caso, porque no parece que tenga solución fácil, por lo menos de inmediato; pero sí para que le cuidemos, como ella hizo en vida, como ahora hace su hermana. Se debe esperar que nosotros sepamos cuidar del enfermo, de un modo más profesional, con ciencia médica, iluminados por la actitud de estas 2 mujeres.

¿Qué es lo que postra permanentemente en el lecho de dolor a un hombre de 40 años, que se presenta sin ningunas ganas de mejorar, que recusa la ayuda que le brindan con sacrificio y con tiempo que se roba a la propia familia? ¿Cómo está su autoestima, y por qué adelgaza a cada día? ¿Quiere vivir? Son, todas, preguntas complejas. Pero son preguntas que el médico tiene que hacerse si quiere, de verdad, cuidar al enfermo. Cuestiones que preparan el espíritu del médico para que sepa sentarse –en una si-

lla, que es, en el decir de D. Gregorio Marañón, el mejor instrumento del médico– sin prisas. Y para aprender a oír, escuchar con disposición de acogimiento y conocer de labios de un casi guiñapo humano la historia de vida que tiene a contar.

La ciencia médica, la medicina de punta, exige un nuevo humanismo. Una postura que sepa colocar en el mismo razonamiento la función hepática y las secuelas neurológicas con el sentido de la vida; las transaminasas y la albúmina combinada con la humillación, el sufrimiento y la pérdida. Una ciencia que es arte y por eso consigue colocar en la misma ecuación dimensiones tan dispares que aparentemente no se mezclan. En verdad, están completamente mezcladas en la vida: la protrombina y el desánimo, los neurotransmisores y el cansancio de vivir, los hepatocitos y la indignación.

Al final de una reunión que se presentó llena de sorpresas, alguien se atreve a preguntar si los artículos que escribimos los que estamos a vueltas con la medicina de familia, donde proponemos crear un nuevo humanismo, moderno, capaz de asimilar los progresos técnicos con un abordaje antropológico también moderno y actualizado, se entienden, llegan al lector. Probablemente, la respuesta es negativa. Porque la teoría, cuando es enunciada, puede ser comprendida y hasta digerida. Pero sólo se percibe su alcance, todo lo que se encierra en ella, cuando se hace transparente en una historia como la que hoy ilustró nuestra reunión clínica, monopolizándola por completo.

Es verdad que las narraciones son una preocupación educacional en el contexto de la medicina de familia. Narraciones, historias de vida, que permiten contemplar el mundo del paciente, conocerlo como persona, para poder cuidarlo de modo competente. Aun así, existe la tendencia de pensar que las narraciones son «la otra cara de la moneda», un complemento de la ciencia positiva, lo que no es posible medir con resultados de laboratorio. Como si fuera solamente una metodología que amplía nuestro modo de mirar para intentar conocer a la persona y centrar en ella los cuidados, sin detenerse en la molestia que le acomete. Un abordaje necesario e imprescindible, pero que corre el riesgo de ser

«complementario», sólo eso, la otra cara de la moneda. La disociación ciencia y arte permanece, como dos fuerzas que actúan sinérgicamente, pero en paralelo, y por tanto no se encuentran nunca. No es posible, con esa perspectiva, colocar en la misma ecuación la albúmina sérica y el rencor de la soledad, que en la vida, en el paciente en cuestión, se dan en sorprendente simultaneidad. La actuación médica quedaría así condenada a sencillas posturas complementarias, aun siendo competentes y saturadas de compasión.

El pensador francés Gustave Thibon¹ reúne en un volumen un conjunto de ensayos, a los que da el título de «El equilibrio y la armonía». El equilibrio es composición de fuerzas contrarias, solución de compromiso, resultante de vectores que se anulan entre sí. La armonía es el perfecto encajarse de las partes en un todo, de modo que colaboren para una misma finalidad. Y, citando a Victor Hugo, comenta: «Por encima del equilibrio está la armonía, por encima de la balanza está el arpa».

Los estudiosos del tema², preocupados con la falta de humanismo de los médicos, mucho comentan del equilibrio que siempre hubo en medicina, entre las dos facetas inseparables que la componen: la medicina como ciencia y la medicina como arte. Los avances científicos vertiginosos requerirían, para mantener ese equilibrio, una ampliación del ámbito del humanismo, esto es, un humanismo a la altura del avance científico. Y sería esta ampliación del humanismo, adaptada a los días actuales, en versión moderna, de la que carecería el proceso de educación médica. De no realizarse esta actualización humanista, se caería en una desproporción que se reflejaría en profesionales formados técnicamente, pero con serias deficiencias humanas. Profesionales deformes, con hipertrofias, sin equilibrio, que naturalmente no conquistan la confianza del paciente que espera un médico equilibrado. Sería, pues, función de la Universidad, de las instituciones formadoras, ampliar el concepto humanista en moldes modernos, abriendo horizontes y nuevas perspectivas. Y, para conseguirlo, se hace necesaria la metodología, la sistemática y el reaprender a hacer las cosas, cuando estas cosas son muchas y están envueltas en alta tecnología, y comandadas por el

progreso científico que avanza por segundos.

Sin quitarle el mérito a los esfuerzos de estos pensadores, y observando la realidad de las acciones así denominadas humanizantes, el error está, tal vez, en buscar el equilibrio y no la armonía. El equilibrio da por supuesto que las fuerzas son antagónicas, que la ciencia moderna apoyada en evidencias tiene que ser sazónada con actitudes humanitarias como, por ejemplo, oír con cariño la historia del paciente y sentir compasión. Reconocemos que eso es ya un enorme progreso y un avance sobre lo que, infelizmente, contemplamos diariamente, donde el paciente es un mero coadyuvante, muchas veces molesto, y el médico no hace el menor caso de los sentimientos del enfermo. Pero ese equilibrio es insuficiente, le falta consistencia. Continúan siendo dos actitudes que no se mezclan, como agua y aceite. El agua clara de las evidencias, y el aceite que conforta. Pero cada uno con su densidad propia, y aplicadas cada una a su tiempo y en su momento. Esa «esquizofrenia de actuación médica» es insostenible de por sí, dura poco, y cuando el médico se cansa, prestará atención a una en perjuicio de la otra.

Quién sabe si es éste el momento de invocar la construcción de armonía, y saber tocar, con cuerdas diferentes para conseguir el acorde perfecto. Equilibrio es asumir una composición monotónica, o ciencia, o arte, un poco de albúmina y medidas dosis de afecto. Armonía es colocar cada competencia en su lugar y tener alma de artista para saber tocar en el arpa de la vida –de aquella persona que es única– las cuerdas de tonalidades diferentes. Y de esta manera, incorporar este modo polifónico –con variedad de instrumento, con silencios y compases de espera, con *stacatos* y *pianisimos*– en la sinfonía de la vida humana, que la medicina tiene que acompañar si quiere ser de verdad eficaz. Así tienen que ser las discusiones clínicas y así tienen que ser formados los médicos competentes del siglo XXI.

Estas reflexiones sobre armonía y sobre la habilidad impar de juntar, en un solo golpe, ciencia y arte, enzimas y compasión, entendimiento fisiopatológico y cuidados de atención, traen a la memoria una novela contemporánea que habla del arte y de la

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Existe la tendencia de pensar que las narraciones son «la otra cara de la moneda», un complemento de la ciencia positiva, lo que no es posible medir con resultados de laboratorio.

▼
Los estudiosos del tema, preocupados con la falta de humanismo de los médicos, mucho comentan del equilibrio que siempre hubo en medicina, entre las dos facetas inseparables que la componen: la medicina como ciencia y la medicina como arte.

▼
El error está, tal vez, en buscar el equilibrio y no la armonía. El equilibrio da por supuesto que las fuerzas son antagónicas, que la ciencia moderna apoyada en evidencias tiene que ser sazónada con actitudes humanitarias como, por ejemplo, oír con cariño la historia del paciente y sentir compasión.

▼
Continúan siendo dos actitudes que no se mezclan, como agua y aceite. El agua clara de las evidencias, y el aceite que conforta.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Armonía es colocar cada competencia en su lugar y tener alma de artista para saber tocar en el arpa de la vida –de aquella persona que es única– las cuerdas de tonalidades diferentes.

▼ Humanismo como armonía, como virtuosismo musical es, para el médico, verdadera herramienta de trabajo, no un apéndice cultural; es actitud científica, ponderación, resultado de un esfuerzo consciente de aprendizaje y de metodología.

▼ Gregorio Marañón, médico humanista y profundo conocedor de esta simbiosis armónica, advierte: «El médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y aunque esté lleno de entusiasmo por la ciencia, debe estar dispuesto a adoptar la postura paradójica de defender al individuo, cuya salud le es confiada, contra el propio progreso científico»⁸. En otras palabras: es preferible abdicar de una ciencia que es falsa que capitular en la conquista de la armonía en beneficio del paciente.

ciencia del esgrima³. El maestro Jaime de Astarloa, caballero a la vieja usanza, pasó toda su vida buscando el golpe perfecto y lo encontró, finalmente, en momentos que eran mortales de necesidad. El golpe perfecto, que une todo en la armonía de los cuidados: un buen ejemplo, un desafío de espadachines, para el médico moderno.

Éstos son los acordes que permiten al médico recorrer el camino entre la persona enferma y el significado que la enfermedad tiene para el paciente, ya que la enfermedad es para él, paciente, *una manera de estar en la vida*. Una forma de vida que tiene su propio lenguaje y que debe encontrar, en el médico sensible, el receptor necesario para descodificar adecuadamente los significados. Esta actitud, de virtuosismo musical –para dar continuidad a la metáfora de la armonía– es verdadera antropología activa, pues el médico no se limita a la especulación teórica de conceptos; tiene que vivirlas en la práctica. «Para el profesional de la medicina, humanismo y antropología son posibilidad de su autoexigencia, desafíos a su pensamiento racional, niveles de conocimiento en estilo y aspiración ascendiente de inconformismo»⁴.

Humanismo es, pues, fuente de conocimientos que el médico utiliza para su profesión. Conocimientos tan importantes –ni más, ni menos– como los adquiridos por otros caminos que le auxilian en el deseo de cuidar del ser humano que está enfermo⁵. Son recorridos diferentes que encuentran en la persona –terreno propio del actuar médico– su meta común y permiten, con la mutua convivencia presidida por el respeto, la unión de fuerzas, la sinergia en la voluntad activa de curar. El humanismo en medicina no es una cuestión temperamental, un gusto individual, ni siquiera un complemento interesante. Todo eso sería colocar «actitudes humanistas» en la balanza, para compensar los excesos de la ciencia. Humanismo como armonía, como virtuosismo musical es, para el médico, verdadera herramienta de trabajo, no un apéndice cultural; es actitud científica, ponderación, resultado de un esfuerzo consciente de aprendizaje y de metodología^{6,7}.

Cuentan que Beethoven, en un momento de inspiración, interrumpió la clase de piano que estaba dando y, sin mayores expli-

caciones, salió a pasear por el campo, entrada ya la noche. Al regresar compuso, de un golpe, su «Claro de Luna», nombre popular de la «Sonata quase fantasia», que parece nunca le agradó. Un buen día, en un sarao, interpretó la composición. Al acabar se le aproximó una dama y le preguntó: «Maestro, ¿qué significa esta maravillosa pieza?». El músico la miró con cierto desprecio y respondió secamente: «Señora, el significado es éste». Y acto seguido, se sentó al piano, interpretó «Claro de Luna» con sus 3 movimientos, se levantó y se fue sin una palabra. Algo de equilibrio racional buscaba la buena señora y encontró por respuesta la armonía genial del compositor.

La inspiración del médico procederá muchas veces de la cuerda de la compasión que vibra con facilidad en un corazón dispuesto a ayudar. Ésa será la nota que dará la tonalidad para el desarrollo posterior de su actuación, para los acordes armónicos del razonamiento clínico. Gregorio Marañón, médico humanista y profundo conocedor de esta simbiosis armónica, advierte: «El médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y aunque esté lleno de entusiasmo por la ciencia, debe estar dispuesto a adoptar la postura paradójica de defender al individuo, cuya salud le es confiada, contra el propio progreso científico»⁸. En otras palabras: es preferible abdicar de una ciencia que es falsa que capitular en la conquista de la armonía en beneficio del paciente.

La reunión llega al final. Las reflexiones aquí anotadas son una pequeña muestra de las otras, de las que cada uno lleva por dentro, y que nos construyen como médicos armónicos, en verdadero ejercicio filosófico de la profesión. En este contexto, las narrativas e historias de vida, ahora completas y armónicas –transaminasas y angustias, albúmina y desamor– tienen su verdadero espacio y función: aproximarnos del ser humano que sufre y espera nuestros cuidados. Nuevamente las palabras de Marañón nos brindan la reflexión final en acorde perfecto: «En varias ocasiones hice notar a los que trabajan a mi lado que un sistema diagnóstico puro, deducido exclusivamente de datos analíticos, deshumanizado, indepen-

diente de la observación directa y entrañable del enfermo, lleva implícito el error fundamental de olvidar la personalidad, que tanta importancia tiene en las etiologías y para estipular el pronóstico del enfermo y enseñarnos a nosotros, médicos, lo que podemos hacer para aliviar sus sufrimientos»⁸. Sólo nos resta añadir, delante de esta armonía: ¡bravo, bravísimo, Don Gregorio!

Bibliografía

1. Thibon G. El equilibrio y la armonía. Barcelona: Belacqua; 2005.
2. Robb D. Ciência, Humanismo e Medicina. Rasegna. 1988;3:21-32.
3. Pérez-Reverte A. El maestro de Esgrima. Madrid: Narrativa Mondadori; 1988.
4. Monastério F. Planteamiento del humanismo médico. Humanismo y medicina I. I Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Murcia, 1982.
5. Blasco PG. Medicina de Família: um caminho para humanizar a Medicina. Revista Notandum. 2002;9:51-60. Disponible en: <http://www.hottopos.com/notand9/pablo.htm>
6. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Jaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Principios da medicina de família. São Paulo: Sobramfa; 2003.
7. González Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia. Aten Primaria. 2004; 34:313-7.
8. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Nuevamente las palabras de Marañón nos brindan la reflexión final en acorde perfecto: «En varias ocasiones hice notar a los que trabajan a mi lado que un sistema diagnóstico puro, deducido exclusivamente de datos analíticos, deshumanizado, independiente de la observación directa y entrañable del enfermo, lleva implícito el error fundamental de olvidar la personalidad, que tanta importancia tiene en las etiologías y para estipular el pronóstico del enfermo y enseñarnos a nosotros, médicos, lo que podemos hacer para aliviar sus sufrimientos».



ARTÍCULO ESPECIAL

A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos



Pablo G. Blasco

SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo, São Paulo, SP, Brazil

Recebido a 16 de junho de 2016; aceite a 22 de julho de 2016

Disponível na Internet a 1 de setembro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Educação médica;
Currículo médico;
Cuidados paliativos;
Bioética

Resumo «Curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre». Essa clássica afirmação, que resume a função do médico, apresenta-se numa ordem que encerra um equívoco educacional importante. O que se pode esperar quando a ordem recomendada para a atuação do médico é curar, aliviar e, em último caso, confortar? O lógico é pensar que se avança do mais importante para o detalhe. Quando não se consegue curar é preciso aliviar; e quando o alívio não é possível, resta providenciar conforto. Proceder nessa sequência fatalmente apresenta o alívio e o conforto como um prêmio de consolação para o médico que se deparou com uma doença incurável, dolorosa, terminal. O produto resultante desse processo equívoco – o médico – apresenta deficiências importantes. O autor faz uma extensa reflexão sobre a formação humana e técnica do médico. Inicia-se com as advertências que chegam do paciente, aborda o tema do erro médico, para adentrar-se no terreno necessário do sofrimento e da morte, cenários que o médico deve palmilhar na sua formação porque farão parte da sua atuação profissional. Adverte, a seguir, como assumir a postura correta nesse cenário requer uma antropologia médica de caráter prático, impregnada de valores filosóficos e perpassada pela ética. A reflexão desemboca sobre a medicina como ciência e arte que, também, facilita a prática dos cuidados paliativos com a competência requerida. A modo de conclusão, o autor propõe um giro hipocrático-copernicano na educação médica, para evitar esse equívoco que rende importantes deficiências formativas. Enquanto confortar é algo que deve ser feito sempre, pela altíssima prevalência, o curar apresenta uma prevalência muito menor. O processo da educação médica deve contemplar essa proporção para produzir melhores médicos. Médicos que sempre sabem confortar e que, segundo os casos e as moléstias com as que se deparam, também sabem curar quando é possível. Quer dizer, a ordem dos fatores altera o produto. A introdução dos cuidados paliativos de modo formal no currículo médico facilitará alterar a ordem desses fatores.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correio eletrônico: pablogb@sobramfa.com.br

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>

1575-1813/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Medical Education;
 Medical Curriculum;
 Palliative Care;
 Bioethics

The order of the factors changes the product. Reflections about Medical Education and Palliative Care

Abstract “To heal sometimes, to relieve frequently, to comfort always.” This classic statement, summarising the doctor’s role, is presented in a sequence that leads to an important educational error. What can be expected when the recommended order for the doctor’s role is to cure, relieve and, ultimately, comfort? The logic is to think that we move from the main issue to the lesser one, to the details. When healing is not possible it can at least be relieved, and if it cannot be relieved, providing comfort still remains. To proceed in this sequence inevitably presents relief and comfort as a consolation prize to the doctor who was faced with an incurable, painful, and terminal disease. The resulting product of this process misconception -the physician- has important deficiencies. The author makes an extensive reflection on human and technical aspects of medical education. The reflection starts with the warnings coming from the patient, the doctor’s mistakes, and enters into the necessary land of suffering and death, those scenarios that doctors should learn in their training, as they will be part of their professional activities. To assume the correct posture in this scenario requires a practical medical anthropology, imbued with philosophical values, and permeated by ethics. The reflection then leads to medicine as a science and art that also leads to the practice of palliative care with the required competence. As a conclusion the author proposes a Hippocratic-Copernican shift in medical education, to avoid this misconception that yields important training deficiencies. While comfort is something that should always be given due to its high prevalence, the cure has a much lower prevalence. The medical education process should include this ratio to produce better doctors. Doctors must always know how to comfort and, depending on the circumstances and the diseases with which they encounter, they also should heal when cure is possible. That means, the order of the factors changes the product. The introduction of Palliative Care in the medical curriculum could facilitate change in the order of these factors.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Um giro copernicano no aforismo para consertar o processo equivocado

«Curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre». Essa é a função do médico. Afirmação famosa, repetida infinidade de vezes, creditada a professores, líderes e expoentes máximos da medicina. Até o próprio Hipócrates já foi feito titular da conhecida sentença. Poderia até ser possível, mas algo me diz que o pai de medicina não teria simplificado a função do médico, e muito menos enunciado o conhecido postulado nessa ordem. Na antiga Grécia, era pouco o que se podia curar e muito o que devia se aliviar com conforto. Gosto de imaginar que Hipócrates teria formulado o aforismo em ordem inversa. Desse giro, que mais do que hipocrático é quase copernicano, surge a inspiração para escrever estas linhas.

É notório o progresso técnico da medicina, algo que conseguimos apalpar diariamente. Quando eu me formei, 35 anos atrás, não tinha sido isolado o vírus HIV e os casos que surgiam eram de evolução fatal vertiginosa. As leucemias e os outros cânceres do sistema sanguíneo matavam em pouco tempo mais de 90% dos pacientes acometidos. Hoje, com a utilização dos retrovirais, pacientes soropositivos vivem décadas; e curam-se as leucemias em proporção inversa aos que morriam anteriormente. Um progresso inegável que devemos agradecer. Não há como negar que a medicina está curando muito mais do que antes.

Evidentemente, as pessoas continuam morrendo. Esse é o destino do ser humano. Mas o corte no tempo – neste tempo

que eu, médico, intervenho munido de modernos recursos diagnósticos e terapêuticos –, faz inevitavelmente pensar que conquistamos terreno na luta contra a morte. De fato, é verdade. Ganhamos mais batalhas, adiamos a invasão, mas, no final, sempre perderemos a guerra. É uma questão de tempo. Mas a ilusão de poder sobre a morte funciona de modo mágico e compreensível. «Se no momento estou ganhando, para que preocupar-me com o que virá depois, talvez depois de muitos anos. Esse não é o meu problema». É como falar do aquecimento global que renderá um planeta inabitável nos séculos vindouros; ou como as falhas sísmicas que condenam aquele território ao cataclismo... Mas também em alguns milhares de anos. Eu, médico eficaz, me situo no dia de hoje, resolvo cada vez mais coisas, e sinto a minha performance atuando e fazendo a diferença. Mesmo assim, por mais cuidado que tenha em me situar em terreno confortável – distante no tempo e no espaço do aquecimento global, dos terremotos, da morte –, por vezes sou surpreendido e apalpo a minha impotência diante de uma doença terminal. Daí quero lembrar do aforismo – como era mesmo? – e ver se consigo me consolar, eu primeiro, do próprio fracasso, para depois consolar e confortar o paciente. Mas algo não funciona. Nem poderia. É um prêmio de consolação, um diploma de participação em quem estava pronto para conquistar o ouro olímpico.

Voltemos ao nosso aforismo. Ensinamos a curar, mesmo que seja algumas vezes. Mas o sentir diário, a experiência educacional e clínica, a fenomenologia da vivência médica, vai me mostrando que esse curar é realmente

frequente. Sim, tem as doenças crônicas, aquelas que ninguém cura, mas pelo menos trata. Vem à mente a lembrança daquele livro magnífico, *A Cidadela*¹, onde o jovem, prestes a se formar, escuta o conselho do professor de patologia que recomenda seguir a sua especialidade, visto que os clínicos são os que cuidam de doenças incuráveis e os cirurgiões consertam sem saber exatamente o que fazem. Médicos mesmo – lhe diz o professor –, somente os patologistas. De fato, é um belo conselho, mas ninguém quer saber muita medicina quando há pouco a se fazer com esse saber. Não há dúvida que é um saber imprescindível, que melhora nossa atuação, mas a aplicação dele ficará para outra ocasião, ou para outros aplicarem no futuro. No momento que nos ocupa, o ouro olímpico fugiu das minhas mãos e não quero saber porque perdi a competição, nem pensar na próxima. Agora, somente me amarga o sentimento de fracasso. E, fosse pouco, o ônus de ter que confortar alguém – paciente, família – quando eu mesmo estou destroçado, ruminando a minha incompetência.

Esta descrição, um tanto quanto Felliniana, é de fato real. E a culpa não é do jovem médico que experimenta o fracasso quando comprova que a sua ciência cura menos do que ele esperava, mas do processo de formação que está equivocado. O produto – o médico competente – não resultou como deveria ser. E quando o produto é defeituoso, a prudência manda creditar ao processo o gravame do resultado.

Aqui a nosso giro hipocrático-copernicano, facilmente deduzível de uma simples reflexão. O que se pode esperar quando a ordem recomendada para a atuação do médico é curar, aliviar e, em último caso, confortar? O lógico é pensar que estou avançando do mais importante para o menos importante, para o detalhe. Quando não consigo curar, tenho que aliviar. E quando nem aliviar consigo, resta-me confortar. Proceder nessa sequência fatalmente apresenta o alívio e o conforto como um prêmio de consolação (para o médico) que se deparou com uma doença incurável, dolorosa, terminal.

Mas, o que não se contempla – daí o engano terrível e trágico – é a epidemiologia (incidência, prevalência) desses termos. Enquanto confortar é algo que deve ser feito sempre, pela altíssima prevalência, o curar apresenta uma prevalência muito menor. Seria lógico, então, que o processo da atuação médica contemplasse essa proporção para produzir melhores médicos. Médicos que sempre sabem confortar – porque aprenderam que isso vem em primeiro lugar – e que, segundo os casos e as moléstias com as que se deparam, também sabem curar quando é possível. Quer dizer: a ordem dos fatores altera o produto. A ênfase, o tempo que se dedica nos anos de formação, respeitando as proporções «epidemiológicas», faz toda a diferença. Incluídas, claro está, a avaliação dessas competências. Um médico que não sabe confortar, nem aliviar, não poderá ser creditado como tal, não deveria ter diploma de médico nem poder atuar profissionalmente. Mas o que a avaliação quer medir – sem consegui-lo – é apenas o conhecimento que, em determinadas e limitadas circunstâncias, lhe permitiriam curar alguns pacientes. E nem isso avalia corretamente, porque da teoria, que ele sabe e responde na prova, até a prática há uma distância enorme.

Uma obra recente², com alta repercussão no mercado editorial, explica de modo narrativo e ameno estas falhas de formação do estudante de medicina e, conseqüentemente,

dos médicos que saem ao mercado. O autor, conceituado cirurgião, fala do desconcerto, ou melhor, do descaiminho do estudante de medicina. Ele entra na faculdade sabendo – ou suspeitando, ao menos – o que é cuidar e, com o tempo, esquece dos pacientes porque está muito ocupado com a medicina. Um esquecimento que, seja dito de passagem, deve-se creditar à academia, responsável pela sua formação. Novamente o pensamento de médico e educador americano Paul Batalden: «todo sistema está perfeitamente desenhado para produzir os resultados que oferece». Não podemos simplesmente reclamar do produto; temos de revisar o processo de fabricação que, certamente, é defeituoso.

Gawande explica os motivos da distração, sem utilizá-los como desculpa: «O que nos preocupava era o conhecimento. Embora soubéssemos como demonstrar compaixão, não podíamos ter certeza de que saberíamos diagnosticar e tratar nossos futuros pacientes de maneira adequada. Pagávamos a mensalidade da faculdade para aprender sobre os processos internos do corpo, os complexos mecanismos de suas patologias e a ampla gama de descobertas e tecnologias acumuladas ao longo da história para impedi-las. Não imaginávamos que precisaríamos pensar mais do que isso. (...) Ser útil aos outros, mas ser também tecnicamente competente e capaz de resolver problemas intrincados. A competência nos traz segurança, senso de identidade. Dedico-me a uma profissão cujo sucesso se baseia em sua capacidade de consertar. Se seu problema pode ser consertado, sabemos exatamente o que fazer. Mas e se não pode? O fato de não termos respostas adequadas a essa pergunta é perturbador e provoca insensibilidade, desumanidade e grande sofrimento»².

O alerta que chega do paciente: os erros médicos e a carência de humanismo

Não é de surpreender as queixas dos pacientes, as reclamações a até os processos que caem sobre os médicos. Ninguém processa um médico por não ter sabido curar uma doença incurável ou fatal. A queixa, sempre, está embasada na falta de cuidado, quer dizer, na carência total de competência para providenciar alívio e conforto. Mas, como o nosso médico somente aprendeu a curar e deixou os outros atributos (que considera prêmios de consolação) para outro momento; como não se exercitou neles em todos e cada um dos pacientes que depositavam nele a sua confiança, o que lhe resta é apresentar-se como o mecânico incompetente que não soube consertar a máquina. E a máquina sempre quebra, tem data de validade impressa. A guerra está perdida a priori, e faltou categoria profissional – humana e também técnica – para ganhar batalhas, e acolher o paciente e a família nesta caminhada pela vida.

O percurso que a medicina tem seguido nestes últimos anos, engordando na técnica e desnitrindo-se em humanismo, acarreta novos problemas que, além de prejudicar o paciente – que sempre leva a pior –, também causam transtornos ao médico. Todo o tema do «erro médico» encontra aqui a sua explicação mais profunda.

A medicina não é uma ciência exata; necessariamente tem falhas, que só podem ser reparadas com amor e dedicação. Quando não se entende isto, quando um médico apresenta a medicina, na sua fantasia tecnológica, como

uma ciência exata, deverá pagar também as consequências do insucesso. No caso de um engenheiro, uma ponte que ele construa não cairá (salvo ocorram terremotos ou imprevistos), se os seus cálculos forem exatos, e tal exatidão não é difícil de atingir. Se o médico quiser apresentar-se como um técnico, como um mecânico de pessoas, deverá aceitar a punição se não fizer os cálculos certos para «consertar o estrago».

Uma afirmação que poderá parecer chocante, mas que é também fruto da nossa experiência. O erro médico é sobretudo uma insuficiência no campo humanístico. O que protege o médico é a confiança do paciente e esta se perde quando o profissional aparece como um técnico brilhante, mas incapaz de aproximar-se do paciente e sintonizar com sua afetividade. Os erros da família, dos amigos, daqueles que apreciamos, são sempre desculpáveis quando sabemos ler, nos olhos de quem falhou, o desejo de acertar, a boa vontade. Já os erros de um prestador de serviços impessoal – que naturalmente cobra pelo seu trabalho – não são facilmente desculpáveis, exigem indenização. É tudo uma questão de posicionamento e o paciente, inconscientemente, sabe disto. Quando nota que o médico carece da dimensão humana e se apresenta como um experto preocupado exclusivamente em consertar as avarias, pedirá satisfações e cobrará uma reparação se o profissional não conseguir cumprir suas promessas.

Ao contrário, quando o paciente percebe que existe a dimensão humana, o afeto e carinho, não estabelece auditorias do atuar técnico do médico, atuação que, de resto, dificilmente saberia avaliar. Nunca se ouviu o seguinte comentário: «O meu médico é muito atencioso, está sempre à disposição, mesmo de madrugada. Mas, coitado, não sabe nada de medicina, é incompetente». Nunca se ouviu, porque não existe; porque a vertente humana do médico é a melhor credencial e a única que conquista o paciente.

Por outro lado, quando nos aprofundamos nas queixas do paciente – queixas por imperícia, por falha técnica –, sempre encontramos insuficiência no terreno afetivo. Descobrimos, então, que todo aquele «erro médico» começou porque «o médico nem me examinou», ou porque «o médico não explicou nada do que poderia acontecer» e «nem prestou atenção no que eu estava falando». O golpe que se acusa é sempre na alma, não na deficiência técnica: essa vem depois, para dar corpo ao processo. Vale evocar um exemplo citado por Mendel no seu livro clássico, *Proper Doctoring*: «O paciente pode deixar de tomar um medicamento porque repara que lhe faz mal. É preciso levar em consideração estas intuições dos enfermos. O médico que não é humilde e não dá atenção aos pacientes é o melhor candidato para um processo judicial»³. São variações sobre o mesmo tema: ouvir o paciente, explicar as coisas, dimensão humana.

Em acertada síntese, Marañón esclarece mais a temática: «O pecado dos médicos, nos últimos anos, foi abdicar de tudo quanto nossa missão tinha de entranhável, de generosa - de sacerdotal, para usar um lugar-comum –, e tentar convertê-la numa profissão científica, quer dizer, exata como a do engenheiro ou a do arquiteto [...]. No fim, tudo se voltará contra o próprio médico, pois, mesmo querendo, a sua ciência será embrionária, cheia de lacunas e de aspectos pouco exatos. Estas falhas somente podem ser preenchidas pelo amor. Seu prestígio exclusivamente científico estará, inevitavelmente, sujeito a quebras graves e contínuas. E é por

isso que o médico se verá privado do respeito cordial dos seus pacientes e da própria sociedade, que não aceitará seu erro com generosidade mas espreitará suas falhas, perseguindo-o onde quer que esteja»⁴.

Tema candente pela sua atualidade, e um tema de difícil solução se o problema não for dimensionado, convenientemente, em equações humanísticas. Afinal, qual é o médico a quem não lhe morrem pacientes? A morte é a única coisa certa do acontecer humano e o médico, querendo ou não, está no caminho dessa saída obrigatória. Toda a sua perícia estará em saber «diluír a técnica que possui» em veículo humanitário, para que todos – paciente, família e ele mesmo – possam digerir, com sentido e transcendência, a natural contingência da vida, para a qual a ciência mais apurada será sempre insuficiente.

O médico, o sofrimento e a morte. Um gerenciamento que requer competência

O sofrimento humano e a morte são realidades no quotidiano do médico. Paradoxalmente, observa-se um despreparo crescente do profissional em lidar com estas situações. Por que este descompasso?

Uma primeira resposta a esta questão vem representada por uma postura que poderíamos denominar o *médico técnico*, entendendo-se por tal aquele que perde a perspectiva humanística que a sua profissão traz implícita – verdadeira necessidade e não luxo – e reduz seu atuar profissional a simples técnica. É evidente que, em situações onde a técnica não tem mais nada a fazer, esse médico se verá despreparado para enfrentá-las, sentindo-se impotente, como no caso da morte. Essa atitude de despreparo provoca, se não se corrige, uma grave distorção da profissão médica. Quem atua apenas como técnico, quando a técnica se demonstra insuficiente, inclina-se a procurar novos pacientes, deixando de lado aqueles com quem a técnica não funciona. Pode até parecer que existe maior preocupação com o desempenho profissional do que com o bem-estar do paciente, motivo e razão da profissão médica.

É necessária uma preparação que vai além da técnica para saber enfrentar profissionalmente a morte, como médicos, na acepção plena da palavra. É preciso atitudes, valores, saber lidar com o sentido da vida, compreensão do momento vital. Tudo isso que se poderia condensar na palavra filosofia de vida, não tivesse o sentido depreciativo, de impotência técnica que, por ignorância, costuma-se lhe atribuir. Recorrer à filosofia, quando a técnica nada tem a fazer, é prova da deficiente formação profissional que hoje respiramos, como se a filosofia fosse um recurso «*in extremis*» e não o que realmente é: postura diante da vida, que envolve valores, crenças, significados, assim como técnicas, procedimentos e recursos modernos para o bom desempenho da missão que a vida conferiu a cada um.

Não é supérfluo advertir que, curiosamente, aqueles que tentam tecnicamente todos os recursos para prolongar a vida, «mesmo contra o senso comum», são os primeiros a desistir do paciente quando este entra em fase terminal e «passam o caso a algum outro colega». Cada vez é mais raro ver «superespecialistas» junto do paciente moribundo, quando não há mais recursos terapêuticos a empregar. Pode se justificar esta atitude por sentir certo incômodo de «não

estar fazendo nada pelo paciente», o que não é verdade. Na realidade, com a sua presença o médico está fazendo sim, e muito. Ocorre que simplesmente faz-se algo que, não sendo quantificável, parece não ser útil. Isto é lógico, já que a utilidade se avaliou, erradamente, com parâmetros puramente técnicos. O fato de não poder se medir esta atitude em miligramas e doses terapêuticas não fala contra a importância desta atitude. O amor de uma mãe junto do filho doente não pode ser representado em dosagens terapêuticas, mas é inegável a sua eficácia. O médico deve estar lá com amor, mas como médico – não como a mãe – e aqui está a chave do seu profissionalismo.

Urge saber descobrir a missão do médico quando a técnica é insuficiente; uma missão vital que transcende a técnica e que no momento da morte do paciente assume proporções gigantescas. Deve possuir o médico um «saúdavel inconformismo» com a técnica, atitude que o empurra a procurar, na sua formação e atuação profissional, outras dimensões que lhe serão imprescindíveis para enfrentar situações que estão além das fronteiras técnicas. É deste modo como se constrói a estrutura do profissional, técnico e humanista ao mesmo tempo, capaz de assumir esses desafios.

O gerenciamento da morte é uma função técnica do médico para a qual deve se preparar e a ordem dos fatores aludidos anteriormente não ajuda. Trata-se de uma técnica que é curiosa, por não dizer peculiar, já que não deverá modificar o resultado final da sua intervenção. Modifica sim, e muito, o processo de como a situação evolui. Dito com outras palavras: morrer, todos morrem algum dia; a diferença está no modo como se morre. Aí entra a função técnica, gerencial, do médico.

Requer esta função realismo e competência. Competência para eliminar a dor, com os modernos recursos da medicina paliativa. Os estudiosos do tema costumam apontar a medicina paliativa como o melhor antídoto contra a solução fácil, cômoda e antiética da eutanásia. Dizem eles que, quando um paciente que sofre afirma «Doutor, não quero viver», o que no fundo está dizendo é «Doutor, não quero viver deste modo». Em outras palavras, eliminar a dor faz parte da função técnica do médico.

O gerenciamento da morte supõe perguntar-se a todo o momento no que é melhor para o paciente, antes de tomar as medidas «de praxe», como internações desnecessárias, transferências para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), terapêuticas obstinadas e naturalmente ineficazes quando do processo de morrer se trata. Perguntar-se, antes de tomá-la, o que espero desta medida, desta prescrição. E, dialogando com a família, tomar a decisão pessoalmente, sem dividir responsabilidades, assumindo a conduta com caráter profissional. O gerenciamento da morte implica diretamente no cuidado simultâneo do paciente e da família. A família coloca questões que têm «pouco caráter técnico», mas de vital importância. Quer saber, por exemplo, se o paciente está sofrendo e se pode ser feita alguma coisa a mais. E sempre requer explicações do que está acontecendo.

O médico não pode cansar-se de repetir as explicações, sabendo que é necessário tempo para que a família possa digerir a situação. As palavras do médico são um recurso que facilita este processo de adaptação e o médico não pode poupá-las. Não se trata de explicar um problema de fisiopatologia, mas de fazer entender de modo vital, com

toda a carga de sentimentos normais na situação, o que está acontecendo com o familiar que está morrendo. Isto requer tempo e paciência.

Deixar que a família participe no processo de morrer, junto do paciente, é atitude que elimina muitas dúvidas e ônus de consciência a posteriori. Quando a família está participando, vendo, tocando o paciente, não se pergunta depois que faleceu se poderia ter feito alguma coisa mais por ele, pois vivenciaram toda a evolução. Valha aqui uma reflexão sobre o distanciamento desnecessário da família em UTI, visitas limitadas e todo este universo que mereceria uma abordagem particular em outro momento.

O paciente sabe mais do que o médico imagina que sabe. É um sentido a mais, de realismo vital, que a condição de moribundo lhe confere. Por isso, espera do médico realismo, conforto, acompanhamento profissional. Tanto prejudica o paciente o médico que com sua atitude «desiste» por ser um «caso terminal», como aquele que pretende iludir o paciente como se nada de grave estivesse acontecendo. Requer-se por parte do médico uma atitude ponderada, realista, imbuída da virtude da prudência em verdadeiro balanceamento paradoxal. E levando em consideração que cada paciente é diferente e gosta de modos diferentes na abordagem de um processo que, afinal, é o que ele está sofrendo. Por isso, vale a pena lembrar as palavras de um médico humanista, estudioso das questões éticas: «Uma morte realmente digna não consiste somente na ausência de tribulações externas. A dignidade perante a morte não vem conferida por algo exterior, mas surge da grandeza de ânimo com que a pessoa enfrenta essa situação única. Por isso, morrer com dignidade significa não ser paciente apenas, mas agente. Estar ativo, participar do processo»⁵.

Morte e Vida Severina: o homem é a melhor medida

Ao mesmo tempo, existe uma insensibilização do médico perante a morte. A morte é um fenômeno que parece atrapalhar o exercício e o êxito profissional. Embora paradoxal, não é incomum o fato de o médico não contar com a morte como possibilidade real, que deve administrar. A morte não é apenas uma circunstância infeliz que surge e dificulta sua «brilhante atuação». Observamos hoje médicos que praticam alta tecnologia, mas que, explícita ou implicitamente, parecem abandonar os pacientes incuráveis, perante os quais os conhecimentos técnicos não funcionam. São médicos de «carros 0 km», corredores de prova a quem, no entanto, falta fôlego para administrar situações prolongadas, incômodas, insolúveis do ponto de vista estritamente técnico.

Nada tem de estranho que haja uma insensibilização perante a morte, por parte dos médicos, quando essa é a postura da sociedade: afinal, os médicos são elementos dessa sociedade. Na verdade, a falta de sensibilidade que aparece no momento da morte não é mais do que o reflexo de uma falta de sensibilidade habitual para as situações corriqueiras da vida. Quem habitualmente quer consertar tudo – a pessoa doente – com a técnica, frustra-se quando repara que a técnica nada mais tem a fazer. Quem habitualmente despreza o ser humano, na sua atitude profissional, não terá como encontrar esse mesmo ser humano que sofre no

moribundo. Como se poder querer possuir recursos no caso limite – quando nada mais há para fazer – se habitualmente se desprezam esses recursos no dia-a-dia? Já comentava alguém que ética e humanismo para os médicos não são temas para discutir à beira do leito da UTI, com o paciente agonizante. São questões para ter presente na hora de prescrever, por exemplo, aspirina. Quem não prescreve aspirina com ética, carecerá dela quando tenha de tomar uma decisão que supõe aceitar, serenamente, o final de uma vida. Erroneamente se considera a ética como assunto para situações-limite, quando, na verdade, toda a atividade médica está intrinsecamente perpassada pela veia ética.

Vivemos tempos em que a morte é elemento quase ignorado. Uma curiosa postura que faz questão de esconder o que, na prática, é a única coisa infalível na vida de um ser humano: sua limitação e sua morte certa. Algo parecido ao avestruz, que esconde a cabeça para não ver o leão que está prestes a devorá-lo. A morte, como fato concreto, mesmo sendo um evento diário, torna-se único quando nos atinge. Com acerto, comenta um escritor que «o fenômeno mais trivial do universo, personalizado, toma proporções de maravilha. E todos – uma gente cansada de ir a missas de sétimo dia – todos se admiravam do cadáver do Ferraz, como se estivessem a contemplar uma aurora boreal»⁶.

Na realidade, o despreparo para a morte é um caso particular da falta de preparação para a vida. Uma vida – a humana – sulcada de alegrias e realizações, mas também de sofrimentos e dor, elementos presentes que tonificam o contraste vital. Numa sociedade que foge sistematicamente da dor, que cultua o prazer como meta suprema, que esconde os doentes e os aleijados – se não fisicamente, apagando-os quanto antes da memória –, não é de se estranhar que o enfrentamento com a morte se dê em inferioridade de condições. Sem contar com o tabu que a morte parece desfrutar. Não se fala dela, evita-se o tema com perífrases que são amálgama de medo, esoterismo e superficialidade. Esconde-se o fato das crianças, que nada sabem da morte; e se lhes conta que aquele familiar «viajou para muito longe». Tudo de modo suave, soft, como se não fosse esta uma realidade que nos atinge a todos.

A sociedade esconde a morte. Uma conhecida estudiosa do tema, que possui ampla experiência em medicina paliativa na sua clínica de Paris, afirma contundentemente: «Em vez de enfrentar a realidade da proximidade da morte, nos empenhamos em aparentar que nunca chegará. Mentimos aos outros, mentimos para nós mesmos, e em vez de falar do essencial, ter palavras de amor, gratidão e perdão; em vez de nos apoiar mutuamente para cruzar juntos esse momento transcendental que supõe a morte de um ser querido, colocando todo o humor e o amor de que somos capazes, envolvemos com silêncio e solidão este momento única e essencial da vida»⁷.

Por isso, o que melhor prepara para a morte é uma postura realista, profunda, «transcendente», para usar a linguagem filosófica, da própria vida. Quer dizer: é necessário balizar a vida em termos objetivos, contando com a limitação do tempo e da própria existência. Daí que para enfrentar a morte com coragem, sem medo, enfim, para saber morrer com dignidade, seja preciso aprender a viver pautado em valores perenes, que estruturam uma hierarquia sólida. Saber morrer é, antes de tudo, saber viver, pois a morte é um passo a mais – o último – no caminho da vida.

Estas considerações são de capital importância, seja qual for a profissão que se desempenha. No caso do médico, cuja matéria-prima de atuação é o ser humano, revestem-se de interesse particular: são condição necessária, imprescindível, de competência. Não é possível ser médico à margem desta dimensão antropológica. O médico deveria lembrar-se disso e dedicar tempo a pensar nessas questões. Mas parece que nem para pensar há tempo nos dias de hoje. Não será o mundo globalizado e intercomunicado quem nos oferecerá a oportunidade da reflexão necessária, da ponderação que precisamos. Vivemos um paradoxo de comunicação «*on line*», com uma falta cada vez maior de conteúdo. Fala-se muito e a toda a hora de coisas cada vez menos importantes. É curioso – por não dizer assustador – que haja pessoas que consigam «conversar» na Internet durante horas a fio e sejam incapazes de manter um diálogo substancial por 10 minutos, ao vivo, sentados na mesa de um bar, tomando um café. A solução, pois, não deve vir de fora, do simples progresso. Este é um problema que cada um deverá resolver por si só, em autodidatismo e com decisões individuais. Mas é uma condição de sobrevivência, para o médico, para a medicina e para a própria vida.

Ampliar os horizontes – necessariamente quotidianos e não apenas tanatológicos – é pensar na relação médico-paciente-família, onde a atitude do médico deve conquistar, uma vez e outra, a confiança, condição *sine qua non* para um bom relacionamento, subsídio da terapêutica eficaz. A confiança não se impõe; apenas – e não é pouco – inspira-se e o paciente sabe em quem pode confiar. Basta ouvir os comentários dos pacientes nos «bastidores» da consulta médica. Frases como: «Esse médico sabe muito, mas este outro é melhor», ou «Não fui com a cara dele e não voltei», ou ainda «Agora os médicos não te examinam. Somente pedem exames. Nem olham na tua cara; somente digitam no computador», deveriam nos fazer pensar que o relacionamento médico-paciente não está com a melhor das citações. Algo neste estilo queria significar Sir William Osler, paradigma do médico humanista, quando afirmava: «Mais importante que aquilo que o médico faz é o que o paciente pensa que o médico faz».

Forçoso reconhecer que o estudo da morte, que para os médicos deveria ser do seu cotidiano, encerra também riquezas enormes para a vida do dia-a-dia. Novamente, Marie de Hennezel traz novas luzes para nossa consideração: «A morte que nos tocará viver e que agora leva amigos e familiares é a que nos impulsiona a não ficar na superfície das coisas e dos seres humanos, o que nos empurra a penetrar na sua intimidade»⁷. Refletir sobre a morte nos confere densidade na existência para enfrentar a vida na sua verdadeira dimensão, com peso específico, sem conformar-se com superficialidades que minimizam a pessoa e, no caso do médico, o tornam inapto para sua função. A vivência da morte é uma verdadeira orientação para a vida: «O fato de que a morte nos angustie tanto talvez se deva a que nos situa perante as últimas perguntas, as autênticas, essas que tantas vezes adiamos para melhor ocasião, para quando sejamos velhos, ou sábios, para quando tenhamos tempo de nos defrontar com as questões essenciais da vida»⁷.

Saber cuidar da morte é o resultado de quem sabe cuidar da vida. Ser médico, humanista e técnico, com ciência e arte, perante a morte implica ser médico todos os dias da vida, nas atitudes quotidianas, em permanente aprendizado

e constante atenção para cuidar do paciente que se confia a nós. Bem exprime nosso poeta este sentimento que deveria inundar a vida e atitudes dos médicos e profissionais de saúde: «Podeis aprender que o homem/é sempre a melhor medida/Mais, que a medida do homem/não é a morte, mas a vida»⁸.

Por uma medicina plena: ciência e arte, impregnados de postura ética

A profissão médica supõe dedicação peculiar ao ser humano, procurando a saúde e o bem-estar. Deve-se integrar aqui o progresso técnico, e todas as outras situações que, fugindo do âmbito técnico, requerem estrutura humanística – ética e filosófica – para serem abordadas profissionalmente: a dor, o sofrimento, a vulnerabilidade humana, a dignidade que o ser humano possui e a própria morte. A insensibilização para a morte é reflexo de uma insensibilização para a vida. Uma atitude irrefletida perante os valores humanos e transcendentais do ser humano, que teimosamente se vai alimentando com elementos técnicos, deixando de lado os verdadeiros nutrientes: um matar a fome sem alimentar, uma genuína subnutrição humanística.

Hans Jonas, com a sua ética da responsabilidade⁹, adverte que o que nos distingue aos humanos dos animais é um tripé constituído pelo utensílio, pela imagem e pelo túmulo. O utensílio é a técnica; a imagem é a capacidade de representar a realidade através das artes, e o túmulo é a consciência da transcendência, a representação da morte que lhe situa numa dimensão que vai além da sua própria existência. Facilmente se conclui que, embora no relativo à técnica a distância com os animais é notável, cada vez se frequentam menos as artes – as humanidades – e o sentido da transcendência está quase abolido. As consequências são funestas, porque não se frequentando «o túmulo», porta da transcendência, é difícil manter o sentido de missão e a necessidade de sentir-se útil neste mundo, como parte da felicidade que perseguimos.

Esta preocupação humanística deveria ser diária no médico e não apenas em circunstâncias finais, perante a morte. Quem, no dia-a-dia, não sabe atender um paciente considerando a dimensão humana do mesmo – ponderando seu ser pessoal e único – também, no momento da morte, se encontrará desarmado. Quem tudo quer consertar com técnica – seja esta troca de medicamentos, solicitação de sofisticados exames ou terapêuticas revolucionárias –, também no momento final procederá de igual modo. Surge então a decepção de quem, praticando uma fidelidade cega e irracional à técnica, verdadeiro fanatismo, repara que a técnica falha. Já disse alguém, em linguagem vital, que a parceria com a técnica muito tem de paixão arrebatadora, que, embriagando os amantes, conduz fatalmente à infidelidade com o passar do tempo. Quem não cuida do seu paciente do dia-a-dia, com humanismo e ciência, não saberá cuidar do moribundo.

Facilmente se entende como, neste contexto, o problema de como atuar perante um doente assim chamado terminal – valha incluir aqui também a eutanásia, distanásia, ortotanásia e todas as variações sobre o mesmo tema – gera perplexidades e discussões infundáveis. É um diálogo de surdos, onde a questão é acertar a sintonia, falar

o mesmo idioma, o que infelizmente não acontece. Os técnicos parecem solicitar soluções pré-fabricadas, também técnicas, para atuar. Quem fez de tudo técnica – toda sua atuação médica – pretende também tornar técnica sua conduta perante a morte. É gritante o absurdo da situação, já que o que na verdade se exige é uma postura que ultrapassa a técnica. Elaborar um manual de casuística – um vade-mécum técnico para saber como comportar-se nestes casos – seria algo assim como confeccionar um manual de «sintomas e remédios» para um balconista de farmácia. Obviamente, é preciso muito mais para diagnosticar e prescrever a terapêutica adequada. Semelhante desproporção existe quando se pretende «reduzir à técnica as atitudes perante a morte».

O médico precisa, para abordar estes temas – que são ultra-técnicos, vão além da pura preparação científica –, de um embasamento ético, de formação e conhecimento humanístico e filosófico. Somente poderá se encontrar solução para os dilemas que são apresentados, quando sintonizarmos e falamos a mesma linguagem. São dilemas de ordem filosófica, que atingem o ser humano como um todo; como tal, devem ser respondidos e isto orientará em cada caso o médico no seu posicionamento. O problema que nos ocupa – a morte – e todos os seus satélites – a dor, o sofrimento, a dignidade de homem – são questões «insolúveis na técnica». Como as vitaminas e os remédios, precisam do meio adequado para dissolver-se e atuar com eficácia. No caso destas verdades, a solubilidade das mesmas deve ser garantida pelo meio que o médico possui: formação humanística. São, pois, verdades «humano-solúveis» e nunca «técnico-solúveis».

A formação ética do médico é uma necessidade imperiosa para construir sólidos alicerces, sobre os quais se possa apoiar um modo coerente de atuação. Se carecer dela, o médico praticará uma ética de ocasião, ignorando os fundamentos, e com a possibilidade frequente de errar, mesmo com a melhor boa vontade. Para uma atuação ética, boa vontade não é suficiente; é preciso conhecimento dos fundamentos, da natureza humana, da dignidade que dela decorre.

Quando se possui esta base ética, muitos dos dilemas que a casuística traz resolvem-se com naturalidade. O médico não se sente na obrigação de prolongar a vida, ou de causar a morte, porque sabe que sua função é atender o paciente de modo digno, estar a serviço da vida e aliviar as dores e sofrimentos. Saberá rejeitar a tentação de erigir-se em senhor da vida ou da morte, porque não é este seu papel. A ética coloca-nos na dimensão certa, delimita nossa função, amplia os horizontes da missão que vão além da técnica, prepara-nos para desempenhá-la com atitudes humanas.

Naturalmente, a questão ética é algo que compromete, e daí a dificuldade que estas realidades apresentam na hora de serem vividas. O médico deve atuar com profissionalismo, saber guardar as distâncias, sem envolver-se de modo desordenado com a afetividade do paciente. O carinho, a dedicação, a atenção privilegiada do médico não implica sucumbir às emoções. Isso é norma clássica da boa conduta médica. Mas, por outro lado, o médico não pode prescindir da sua condição de homem e muito menos da condição humana do paciente. Por isso, tem de saber entrar nessa esfera que foge da técnica e que diz respeito às realidades vitais, onde está incluída a morte, falando a mesma linguagem, em sintonia de quem está no mesmo barco.

Aqui, é onde as coisas se complicam: ninguém dá o que não tem.

Quem nunca se preocupou com estes temas ou na prática e na sua vida pessoal pouco lhe afetam, porque os estocou num recanto pouco frequentado da consciência, carecerá de recursos, nada terá a oferecer. Daí a insatisfação do paciente, quando não a decepção, em receber conselhos standard, plastificados, provenientes de quem patentemente não os vive. A ética, quando se vive, acaba modificando a própria vida e daí vem a credibilidade, a força do exemplo. Não há ética médica sem ética pessoal, quer dizer, sem que a ética deixe de atingir plenamente o médico como pessoa. As estruturas são o reflexo do que os indivíduos levam dentro de si. Esse é o verdadeiro desafio que nos coloca a consideração da insuficiência técnica perante o paciente que enfrenta o transe da morte. «Ser um profissional é mais do que ser um técnico. É algo enraizado na nossa consciência moral, pois somente quem tem a vontade e a capacidade de dedicar-se aos outros, e procurar um bem mais alto, pode fazer profissão pública do seu modo de vida»¹⁰.

Cuidados paliativos: o que os outros não querem (não sabem) fazer?

A nossa vida é feita de histórias. São as vivências as que marcam e definem o nosso perfil e alimentam nossa existência. Somente depois vamos buscar as ideias, o embasamento – o referencial teórico, como dizem os pesquisadores – que sustenta e ordena as vivências.

Talvez por isto, enquanto revisava os tópicos que aqui se recolhem e com os quais venho lidando há muitos anos¹¹, uma história veio à minha lembrança. Foi anos atrás, conversando com um amigo médico que se dedica aos cuidados paliativos num país da Europa. Perguntei-lhe como tinha decidido trabalhar nessa área. Ele sorriu e respondeu com uma simplicidade esmagadora: «Não pense você que eu tinha vocação para fazer cuidados paliativos, ou que isto era o meu sonho. Na verdade, sou geriatra de formação e o que sempre fiz foi dedicar-me ao meu paciente com afinco. Com o tempo, reparei que, ao cuidar do meu paciente até o final, olhei em volta e todos os médicos que tinham participado na vida dos meus pacientes haviam desaparecido no momento em que eles finalizavam a vida. Fiquei sozinho. Na verdade, me surpreendi praticando paliativos. Como você vê, foi apenas uma consequência da minha dedicação. E ver que ninguém estava lá para fazer isso. Mais nada».

Praticar os cuidados paliativos é decorrência de quem, ao longo da sua atuação médica, soube ter o paciente como foco principal do seu atuar. O paciente, repito, e não a doença. Requer uma prudência clínica que ilumina as prioridades a serem tomadas. Gawande explica-o com clareza: «A diferença entre os cuidados médicos padrão e os cuidados paliativos não é a diferença entre tratar e não fazer nada. A diferença está nas prioridades. Na medicina normal, o objetivo é prolongar a vida. Sacrificamos a qualidade da existência no presente – realizando cirurgias, oferecendo quimioterapia, colocando na UTI – em troca da chance de ganhar mais tempo no futuro. Nos cuidados paliativos, se ajuda o paciente com doenças letais a terem a vida mais plenas que podem ter, concentrando-se em objetivos como

eliminar a dor, preservar as faculdades mentais o maior tempo possível, possibilitar que tenha uma vida que se aproxime do normal. A prioridade nos paliativos não é viver mais, mas viver melhor»².

A «conversão» deste autor, cirurgião de formação, aos cuidados paliativos fez com que se debruçasse sobre a pesquisa. Encontra estudos variados que mostram que pacientes com doenças terminais vivem mais tempo quando colocados em programa de paliativos, do que quando tratados com medicina tradicional mediante cuidados oncológicos normais. O autor – que pensava que os paliativos aceleravam a morte – comprova que não é assim, que vivem melhor e alguns vivem até mais tempo. E conclui: «lição zen, você vive mais tempo quando para de tentar viver por mais tempo».

Mas a prática dos cuidados paliativos não é – como erroneamente se interpreta – adquirir novas habilidades e competências técnicas, como um elemento acrescentado à prática habitual da medicina. Algo assim como um cirurgião que aperfeiçoa sua técnica com um curso de cirurgia laparoscópica ou robótica. Praticar cuidados paliativos é algo que qualquer médico poderia – e deveria – saber fazer, se investiu tempo em refletir e praticar sobre todas as considerações que até aqui foram enumeradas e exaustivamente analisadas. Quer dizer, se soube construir, independente da sua especialidade médica, uma postura integral, ética, realista, impregnada de ciência e arte, dedicada ao bem-estar do paciente.

O desafio não é pequeno como, mais uma vez, adverte Gawande. «O problema com a medicina e as instituições geradas para cuidar dos doentes e dos idosos não é o fato de terem uma visão incorreta que dá sentido à vida. O problema é que praticamente não têm visão nenhuma. O foco da medicina é estreito. Os profissionais da área médica concentram-se na reparação da saúde, não no sustento da alma. Porém – e esse é o doloroso paradoxo –, decidimos que são esses os profissionais que devem definir a maneira como vivemos nossos últimos dias. Por mais de meio século, tratamos as provações das doenças, do envelhecimento e da mortalidade como questões técnicas. Tem sido um experimento de engenharia social, colocando nossos destinos nas mãos de pessoas valorizadas mais por suas capacidades técnicas do que por sua compreensão das necessidades humanas»².

Reconheço que a conclusão à qual Gawande chega me conquistou. É o cirurgião experiente, que enxerga o cuidado com o mesmo rigor profissional que as intervenções cirúrgicas, e que, portanto, ambos procedimentos requerem um reconhecimento adequado, também financeiro. «Considerando que algumas dessas conversas (dos cuidados paliativos) precisam ser longas, muitos argumentam que o problema-chave tem sido os incentivos financeiros: pagamos aos médicos para que façam quimioterapia e cirurgias, mas não para que dediquem seu tempo a determinar quando não são aconselháveis. Temos aqui uma questão ainda não resolvida: qual é a verdadeira função da medicina e para que deveríamos estar pagando aos médicos?

Neste ponto, a minha identificação com o autor foi total, pois não são poucas as vezes que tenho afirmado, em aulas e conferências, que enquanto o mercado mantenha altos investimentos em tecnologia, mas considere a humanização da medicina como um voluntariado apenas louvável, não vamos nunca mudar o sistema. O gestor gasta em aparelhos,

mas fecha o orçamento quando se trata de educação, de sensibilizar os profissionais da saúde para os cuidados reais, para «o que conta no final», como diz o título do livro de Gawande. De novo, o sistema entrega o produto para o qual foi desenhado. Um desastre.

Os paliativos surgiram nas últimas décadas para trazer esta dimensão de cuidado aos pacientes que estão morrendo, com expectativas limitadas de vida. A especialidade avança, mas Gawande não vê nisto motivo de comemoração. O entusiasmo do cirurgião converso aos paliativos – catalisado pela história de vida do pai dele, é claro – leva a conclusões de vulto. «Só será possível comemorar quando todos os clínicos tiverem esse tipo de posicionamento com cada pessoa por eles tratada; quando não houver mais necessidade de uma especialidade separada»². Eu concordo com ele, mas somente em parte. Se os médicos fossem o que se supõem que têm de ser, isso seria verdade. Mas a distração e o descuido já levam décadas acumuladas. Não advogo por deixar os cuidados apenas nas mãos de alguns especialistas, dos assim chamados paliativistas, para que o resto dos médicos continuem divertindo-se com a medicina e esquecendo-se dos pacientes. Não me parece uma solução sustentável, porque estaríamos certificando o fracasso da medicina como ciência humana. Mas, por ora, que um grupo de médicos competentes assuma esta tarefa, e seja como um despertador para todos os outros, uma lembrança hipocrática, parece-me imprescindível. Afinal, a ordem dos fatores que cristaliza em produto alterado leva muito tempo sendo praticada e ensinada. É, talvez, no ensino, nos bancos acadêmicos, onde deve se reverter essa ordem equívoca de fatores.

Cuidados paliativos na graduação médica: invertendo os fatores para chegar no produto correto

Voltamos ao nosso aforismo inicial, interrogando-nos novamente sobre o processo que fabrica o produto equivocados. É evidente que uma proposta de giro copernicano no aforismo deve passar pela formação médica, pelos anos de graduação universitária.

O curriculum de graduação médica é governado por uma variante do princípio de Arquimedes: assim como 2 corpos não podem ocupar o mesmo lugar num fluido, é preciso optar por uma série de conhecimentos e deixar outros de lado. Esta harmonia, tão difícil de estabelecer como necessária, requer integrar os conhecimentos e colocar os ingredientes necessários do saber médico na proporção correta¹².

Selecionar dentre esses conhecimentos, aqueles que são absolutamente indispensáveis para um aluno no período de formação, é tarefa que exige esforço. O bom senso e a competência docente indicam que o objetivo não é formar médicos que sejam capazes de armazenar a maior capacidade de conhecimento, mas garantir que nenhum deles irá ao mercado de trabalho com carências essenciais. É preciso decidir e exigir aquilo que um médico não pode deixar de saber!

A faculdade deve formar médicos generalistas bem preparados – o que poderíamos denominar bons médicos «células tronco» –, que depois tenham capacidade para diferenciar-se em especialistas competentes. Se a formação

é deficiente, as «células tronco» deixarão a desejar e a especialização posterior não suprirá os defeitos de base¹³.

É neste ponto onde os cuidados paliativos se apresentam como cenário fértil na educação dos estudantes de medicina, pois através deles é possível adquirir competências, saberes, conhecimentos e habilidades que todo médico deve possuir.

Educadores concordam sobre a necessidade de se ensinar cuidados paliativos na graduação e em programas de residência e, por isso, a disciplina tem sido introduzida no currículo de muitas escolas médicas em todo o mundo¹⁴. O ensino dos cuidados paliativos não consta na grade curricular das escolas médicas brasileiras e os médicos brasileiros não são educados para lidar com a terminalidade da vida e com o sofrimento, algo que o mercado de trabalho solicita cada vez com maior insistência¹⁵.

No nosso meio, existem vários relatos de atividades didáticas extracurriculares em cuidados paliativos com estudantes de medicina e residentes, que mostram importante impacto de aprendizado¹⁶⁻¹⁹.

Os estudantes aprendem a ver o paciente como foco principal no atendimento, adquirem familiaridade com o mundo do paciente e buscam conhecer o contexto em que vive e suas crenças, ferramentas essenciais para um bom cuidado. Quando os residentes começam a se sentir confortáveis em cuidados paliativos, sua performance melhora intensamente em outros campos de ação menos complexos¹³.

Igualmente aprendem a lidar com os familiares, compreendem a importância de permitir que membros da família falem sobre os sentimentos do paciente e sobre seus próprios sentimentos e dificuldades. Uma ocorrência relativamente comum atraiu a atenção – algumas vezes, quando pacientes tinham dificuldades em comparecer ao consultório, os familiares iam sozinhos para obter conselhos e prover a continuidade dos cuidados. Alguns familiares expressavam sua gratidão através de cartas, telefonemas ou mesmo visitando o ambulatório após a morte do paciente. Ocasionalmente, retornavam com uma única necessidade, compartilhar sentimentos e experiências relacionados aos momentos finais do paciente¹³.

A atuação em cuidados paliativos desenvolve também habilidades que não se aprendem habitualmente na universidade, como melhorar a capacidade de comunicação. Os médicos não aprendem a comunicar-se durante a sua formação e muitos pensam que o farão empiricamente. A prática demonstra que comunicação é uma habilidade a ser desenvolvida e aprimorada, assim como qualquer conhecimento técnico, mas em um cenário com pacientes delicados e familiares desgastados pelo contexto, a comunicação deve ser uma aliada, esclarecendo as dúvidas das famílias, transmitindo segurança e dizer com sinceridade que nem tudo tem explicação, mas que o nosso intuito é deixar o paciente confortável. Alguns médicos evitam esses momentos, temem as perguntas para as quais não tem respostas. Ou mostram-se impacientes para explicar, repetidamente, o quadro do paciente, uma vez que não é raro a família mostrar-se pouco conformada quanto à impossibilidade de cura. Essa habilidade de comunicação é uma qualidade do médico que pratica os cuidados paliativos e as famílias, notando a empatia do profissional, tendem a demonstrar confiança e expor melhor seus anseios¹³.

Aprende-se, ao mesmo tempo, o bom senso, o liberalismo que o médico tem de praticar. Assim, não seguir protocolos restritos por estar focados no paciente. Se ele solicitar a alta médica para passar seus últimos e preciosos momentos com sua família, deitado em sua cama e em um ambiente familiar, e tiver condições mínimas para tal, ele será atendido. Do mesmo modo em relação aos caprichos alimentares, orientar as famílias quanto à liberação da dieta, qualidade de vida não apenas viver sem dor ou desconfortos, mas sentir prazer no paladar¹³.

Os ambulatórios didáticos de cuidados paliativos mostram-se como um cenário único, onde é possível promover o perdão, a harmonia familiar, comunicando que a tão temida morte está iminente. Aprendem-se, na prática, que quando os demais médicos que passaram pelo paciente já não o acompanham mais, o médico que pratica os cuidados paliativos está presente, auxiliando não apenas na parte médica, mas em contato com a família, sentindo-se parte dela. Os cuidados paliativos ensinam compaixão e a sensação do dever cumprido. É conseguir segurar a mão do paciente e dizer «foi um prazer cuidar do senhor», sem culpa e sem nenhum sentimento de impotência¹³.

Certamente, o ensino das Humanidades (literatura e artes em geral), o qual vem sendo introduzido em muitas escolas médicas, com o objetivo de proporcionar um maior conhecimento do ser humano e preparar estudantes e jovens médicos a lidar melhor com as questões que emergem no cenário de cuidados paliativos, tem-se mostrado, de alguma forma, benéfico. No entanto, esse ensinamento somente é útil quando realizado paralelamente à prática e proporcionado por profissionais que consigam transitar livremente pelos 2 mundos – o das artes e o da vida real. Assim, tais profissionais permitem a integração de conhecimentos graças a seus exemplos e orientações, os quais remetem à ideia de que não existem regras prontas – é necessário refletir e criar em cada situação vivida¹³.

Colocando ponto final a estas reflexões, outra lembrança acode à minha mente. As ligas acadêmicas que, há 40 anos, existiam na faculdade onde cursei medicina, na Casa de Arnaldo. Eram apenas 3, número desprezível comparado com a proliferação de ligas que hoje vemos. Eram 3, mas com um propósito docente muito claro e objetivo. No primeiro ano podíamos frequentar a liga de combate à sífilis, onde o objetivo não era alta pesquisa sobre o treponema, mas simplesmente aprender a dar uma injeção intramuscular. Habilidade modesta, mas de suma importância. No terceiro ano, éramos convidados a frequentar a liga de combate à febre reumática. Pouco havia de combate, a não ser as mesmas injeções que tínhamos aprendido a dar na liga da sífilis, mas havia um aprendizado riquíssimo: a ausculta cardíaca, em cima de uma variedade infinita de sopros cardíacos que os pacientes acometidos da pancardite reumática apresentavam. Finalmente, no quarto ano, tínhamos a opção de frequentar a liga da pediatria, também com um objetivo tão claro como importante: aprender puericultura. Ainda lembro o saudoso professor E. Marcondes, titular da pediatria, comentar: vocês já viram crianças com todo tipo de doenças neste hospital, mas são capazes de se formar sem saber o que é uma criança normal! Para isso servia a liga de pediatria, para conhecer crianças normais, praticar a puericultura, saber preparar

mamadeiras, pesar e medir as crianças, aprender o esquema de vacinação.

E os cuidados paliativos? Postulamos aqui a inclusão dessa disciplina no currículo da graduação médica, mas sabemos dos problemas que tal articulação requer nas congregações docentes e as negociações políticas pelo espaço de tempo curricular. Quem sabe, o caminho poderia ser fomentar as ligas de cuidados paliativos, pois o impacto docente já foi mostrado em projetos extracurriculares semelhantes. Com toda a sinceridade, se me perguntam qual é objetivo didático de uma liga de transplante ou de psicoterapia breve – por dar um par de exemplos –, não saberia dizer. Parecem-me conhecimentos muito específicos, um diletantismo em quem se prepara para ser um bom médico «célula tronco». Mas, em se tratando de uma liga de cuidados paliativos, eu a colocaria no mesmo nível de aprendizado que as 3 ligas clássicas dos meus anos de estudante.

O aluno aprenderia, nessa liga de cuidados paliativos, atitudes e habilidades que um médico não pode deixar de saber. Enquanto não chega o espaço curricular, a liga seria uma opção convidativa e interessante. O estudante aprenderia que o primeiro é confortar, para aliviar do melhor modo possível, e que curar é um evento que, com alguma frequência, o médico consegue proporcionar. Aprenderia a ordem inversa dos fatores, estaria se construindo como um produto correto, como um médico de verdade.

Bibliografia

1. Cronin AJ. *A Cidadela*. São Paulo: Ed Record; 1937. p. 400.
2. Gawande A: *Mortais. Nós, a Medicina, e o que realmente importa no final*. Objetiva. Rio de Janeiro, 2014. 259 pgs.
3. Mendel D. *Proper Doctoring*. Springer, Berlim, 1984. (Edição espanhola: *El Buen Hacer Médico*. EUNSA. Pamplona. 1991.
4. *Marañón G. Vocación y ética*. Espasa Calpe Buenos Aires; 1946.
5. Kass L.R. "Human Life Review" N. York. Vol. XVI.
6. Corção G. *Lições de Abismo*. Rio de Janeiro, Agir. 1973. Pg 41.
7. *Hennezel M. La mort intime*. SA. Paris: Ed. Robert Laffont; 1995.
8. *Melo Neto JC. Morte e vida Severina*. Rio de Janeiro: Alfaguara; 1953.
9. *Cfr. Jiménez Lozano J. Cuadernos de Letra Pequeña*. Valencia: Ed. Pre Textos; 2003.
10. Leon R. Kass. *The Human Life Review*. 1989. Aut.
11. *Blasco PG. O médico de família, hoje*. São Paulo, Brazil: SOBRAMFA; 1997.
12. *Blasco PG. É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica*. *O Mundo da saúde*. 2010;34:357-67.
13. *Blasco PG, Benedetto MAC, Reginato V. Humanismo em Medicina São Paulo SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo*, 2015, v.100. p.437.
14. *Jubelier SJ, Welch C, Babar Z, Emmett M. Competences and concerns in end of life care for medical students and residents*. *W V Med J*. 2001;97:118-21.
15. *Roncoletta AFT, Levites MR, Mônaco CF, Blasco PG. Las Nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados em el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos em su domicilio. Uma experiência brasileira*. *Arch en Med Fam*. 2009;11:78-89.
16. *Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Levites MR, Blasco PG. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: Relato de Experiência*. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2010:27-32.

17. [Pinheiro TRP, de Benedetto MAC, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG. Teaching Palliative Care to Residents and Medical Students. Fam Med. 2010;42:580-2.](#)
18. [Pinheiro TRSP, Blasco PG, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio A, Monaco CF. Teaching Palliative Care in a Free Clinic: A Brazilian Experience In: Contemporary and Innovative Practice in Palliative Care. 1 ed.: In Tech, 2012, v.1, p. 19-28.](#)
19. [Pinheiro TRP, Levites MR, Blasco PG, del Giglio A, Irigoyen A. Rotación de médicos residentes de Medicina Familiar por el servicio de cuidados paliativos de São Paulo. Atención Familiar. 2007;14:122-5.](#)

Educação Médica Centrada no Estudante: uma adaptação do modelo de Stange e McWhinney (ou dos 4 quadrantes)

Student-centered Medical Education: Adapting of the *Stange and McWhinney* Model (or the 4 quadrants)

Educación Médica Centrada en el Estudiante: una adaptación del modelo de *Stange y McWhinney* (o de los 4 cuadrantes)

Marco Aurelio Janaudis,* Vitor Hugo Boso Vachi,** Pablo González Blasco.***

* PhD. MD. Secretario Geral de SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo. Prof. Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí

** Médico, Coordenador do Departamento de Graduação de SOBRAMFA. *** PhD. MD. Diretor Científico de SOBRAMFA.

Recibido: 21-11-2017

Acceptado: 22/12/2017

Correspondencia: Marco Aurelio Janaudis **Correo electrónico:** marcojanaudis@sobramfa.com.br

Resumo

Na medicina o conhecimento objetivo é considerado científico e valioso, enquanto informações subjetivas são vistas como de segunda importância. Por parte dos professores, o desafio da busca por melhores técnicas de ensino é tão antigo quanto a evolução das gerações de estudantes, ou seja, a evolução do próprio ser humano e a evolução dos tempos. Ao contrário de algumas décadas, a informação hoje está disponível em nossas mãos e a todo momento. E cabe ao educador orientar o aluno quanto aos caminhos virtuais a buscar. É importante destacar o papel do professor na integração desta informação com a realidade. O presente trabalho nos traz uma adaptação do modelo dos 4 quadrantes do conhecimento médico, onde temos: 1 (médico), 2 (paciente), 3 (sistema de saúde), 4 (técnica). Percebe-se que o ensino médico prioriza o conhecimento da doença (4), do meio social (3), do paciente (2) e por fim, a figura do médico, no caso ainda, do estudante, futuro profissional. E nosso questionamento é justamente neste ponto. Como conhecer e ajudar alguém, antes de conhecer-se a si mesmo? Propomos, desta forma, o ensino baseado no quadrante 1, ou seja, o estímulo ao autoconhecimento, à autorreflexão, dispendo de recursos auxiliares como cinema, música e filosofia.

Palabras clave: Relações médico-paciente, Educação médica, Imagens em movimento.

Abstract

In medicine objective knowledge is considered scientific and valuable, while subjective information is seen as of second importance. Regarding the teachers, the challenge for searching better teaching techniques is as old as the evolution of the generations of students, meaning the evolution of the human being itself and the evolution of time. Unlike a few decades ago, information today is available in our hands and at all times. And it is up to the educator to guide the student about the virtual paths to look for the valuable and the best information. Thus, it is important to highlight the role of the teacher in integrating this information grounded in the real practice. The present work brings us an adaptation of the model of the four quadrants of medical knowledge, where we have: 1 (doctor), 2 (patient), 3 (health system), 4 (technique). It is perceived that medical education prioritizes knowledge of the disease (4), the social environment (3), the patient (2) and finally, the doctor's figure, and in particular in this case the student, the future professional. This is the point the authors want to underline. How can doctors know and help patients before knowing themselves? We propose, therefore, a teaching model based on quadrant 1, that is, to foster self-knowledge, reflective practice and for that using auxiliary resources like cinema, music and philosophy, usually designed as medical humanities.

Keywords: Physician-Patient Relations, Medical Education, Motion Pictures.

Resumen

En la medicina el conocimiento objetivo es considerado científico y valioso, mientras que las informaciones subjetivas se ven como de segunda importancia. Por parte de los profesores, el desafío de la búsqueda de mejores técnicas de enseñanza es tan antiguo como la evolución de las generaciones de estudiantes, es decir, la evolución del propio ser humano y la evolución de los tiempos. A diferencia de algunas décadas, la información hoy está disponible en nuestras manos y en todo momento. Y corresponde al educador orientar al alumno en cuanto a los caminos virtuales a buscar. Es importante destacar el papel del profesor en la integración de esta información con la realidad. El presente trabajo nos trae una adaptación del modelo de los 4 cuadrantes del conocimiento médico, donde tenemos: 1 (médico), 2 (paciente), 3 (sistema de salud), 4 (técnica). Se percibe que la enseñanza médica prioriza el conocimiento de la enfermedad (4), del medio social (3), del paciente (2) y por último, la figura del médico, en el caso aún, del estudiante, futuro profesional. Y nuestro cuestionamiento es justamente en este punto. ¿Cómo conocer y ayudar a alguien antes de conocerse a sí mismo? Proponemos, de esta forma, la enseñanza basada en el cuadrante 1, o sea, el estímulo al autoconocimiento, a la autorreflexión, disponiendo de recursos auxiliares como cine, música y filosofía.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente, Educación médica, Imágenes en movimiento.

Século XIX: dividir para comprender

Abraham Flexner, em 1910, foi patrocinado pela Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, a fim de conduzir uma pesquisa nos Estados Unidos e Canadá, pois havia naquela época a percepção de que não havia rigor suficiente no ensino médico. Seu trabalho mostrou taxas muito ruins de avaliação e levou ao fechamento de inúmeras escolas médicas.

Segundo seus próprios relatos, anos depois, ele sempre julgou fundamental o ensino das humanidades e presumia que os estudantes já saíam do ensino médio, capacitados neste tema, porém não explicitou isto em 1910. ¹ Como resultado, passamos pelo século da especialização, da super-especialização, dos professores e estudantes dividindo o ser humano para que se pudesse compreendê-lo melhor. Conseguiu-se fabulosos e necessários avanços na medicina. Mas também tivemos a divisão da pessoa em partes.

A fragmentação do olhar do estudante

Pode-se dizer que o resultado mais impactante proveniente desta época, foi a perda da visão integral, por parte dos estudantes de medicina, do paciente como um todo. Eles passaram a ter, desde o início, uma formação fragmentada, uma perda do conjunto. Os valores humanísticos, as virtudes e comportamentos aprendidos até então foram passados para um segundo plano, voltando-se o olhar mais para a doença do que para o doente.

Outro resultado, conseqüente do relatório de Flexner, é que muitas escolas médicas ao redor do mundo integraram em seus currículos disciplinas como filosofia, ética, literatura, teatro e artes. Porém há uma forte tendência na educação médica em insistir que qualquer atividade de aprendizado deve contribuir para o desenvolvimento do estudante em competências mensuráveis e concretas, habilidades, conhecimentos e atitudes. ²

No empenho por enfatizar a importância do professor compreender o sentido de educar como uma atitude intencional da prática pedagógica desenvolveu-se a denominada educação dos sentidos, a qual exige uma ---

consciência distinta daquela ancorada na lógica dominante nos cursos de formação de professores e pesquisadores da educação, pois ela funciona como uma espécie de ponte unificadora das várias dimensões humanas desconectadas pela racionalidade científica moderna.

A ênfase nos sentidos e nos afetos visa justamente denunciar a fragmentação na ordem dos saberes, almejando promover uma ressignificação nos sentidos do ato de educar. Seu ponto de partida é uma diferenciação, de caráter metafórico, entre os conceitos presentes em uma caixa de ferramentas e os conceitos guardados em uma caixa de brinquedos. A caixa de ferramentas visaria o trabalho da nossa inteligência estritamente racional. Seus conceitos e saberes são importantes meios para o cultivo das habilidades que usamos para andar, falar, construir, ou seja, para intervir na realidade tal como se encontra objetivamente estruturada. Mas as ferramentas estão apoiadas na lógica do saber. A caixa de brinquedos, por sua vez, contém os elementos indispensáveis para uma arte de pensar inseparável de uma arte de viver. Trata-se de conceitos experienciais que permitem aos sujeitos construir conexões sensíveis entre o que já é conhecido para o ainda desconhecido.³

Na medicina o conhecimento objetivo é considerado científico e valioso (caixa de ferramentas), enquanto que informações subjetivas são vistas muitas vezes como "soft" e de segunda importância, análoga à caixa de brinquedos, que conteria "saberes inúteis", ou seja, que não têm valor agregado para o mundo da informação e da economia vigente. Porém, para o alívio do sofrimento, este conflito não é apenas falso, mas também um impedimento.⁴ Por parte dos professores, o desafio da busca pelas melhores técnicas de ensino é tão antigo quanto a evolução das gerações de estudantes, ou seja, a evolução do próprio ser humano e a evolução dos tempos. E temos a impressão que ao nos aproximarmos de um bom modelo de ensino, percebemos que, na verdade, ele já está ficando obsoleto, pois os avanços tecnológicos bem como as características daquela geração já se modificaram, o que nos demonstra a necessidade contínua de revisão dos modelos.

A tecnologia e as experiências da vida real: o papel do professor

A formação médica é delicada e dinâmica. Delicada porque envolve, em todas suas vertentes, as pessoas, pacientes, familiares, médicos, estudantes e demais profissionais de saúde. E estes estão imersos num mundo muito mais que globalizado, mas também conectado. Dinâmica, porque a cada minuto publicam-se novas descobertas, opiniões, alertas e surgem tecnologias diferentes. E tudo isto, num clique, em segundos, espalha-se de modo explosivo.

Sendo assim, parece sempre atual a postura do professor como um facilitador do aprendizado ao invés de alguém que apenas expõe os conhecimentos. Ao contrário de algumas décadas, a informação hoje está disponível, literalmente, em nossas mãos e a todo momento. E cabe ao educador orientar o aluno quanto aos caminhos virtuais a buscar. É importante destacar o papel do professor na integração desta informação com a realidade. É ele quem poderá trazer algo que não está nos celulares nem na internet, que é a experiência prática e de vida.

Por mais que os estudantes fiquem hipnotizados pela tecnologia e que dificilmente deixem seus aparelhos guardados durante a aula e não os utilizem, percebemos que, ao se começar a contar um caso clínico real, ilustrando-se aquele tópico técnico com situações do dia a dia, o silêncio vai tomando conta da sala de aula e os olhares passam a ficar atentos a figura do professor. Tomados de encanto, os alunos vão se acalmando, aqueles que ainda insistem em teclar em seus telefones quase se enchem de constrangimento ao lado dos colegas atentos ao mestre e acabam por guardá-los.

Desta forma, faz-se fundamental o professor ajudar os alunos a navegarem no mar da informação e ajustar os rumos do barco durante o caminho.

Século XXI: Stange e McWhinney nos mostram um novo modelo ⁵

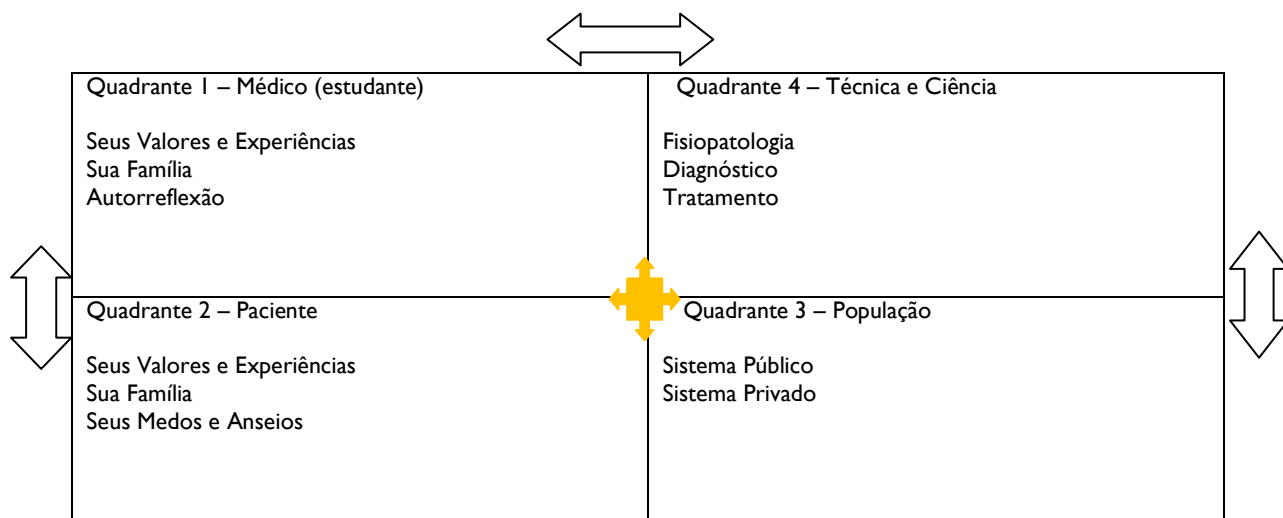
Esses autores apresentam os quatro quadrantes do conhecimento médico, do seguinte modo: O quadrante 4, onde situam o conhecimento das doenças, o estudo dos métodos diagnósticos e terapêuticos, as inovações tecnológicas e avanços científicos e a informação acurada que um médico tem de possuir.

Eles atribuem ao quadrante 3 a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no quadrante 4 na população que esse médico deve atender e cuidar. É o local onde são situados os sistemas de saúde no seu aspecto organizacional – seja público ou privado – que permitem estabelecer prioridades na abordagem das doenças. O conhecimento correspondente a esse quadrante 3 diz respeito aos estudos epidemiológicos, sociológicos e de saúde pública, assim como o proveniente das políticas de saúde. De modo simples, ele traz para o médico a ciência de como deve ser utilizado os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no quadrante 4, para a população concreta com a qual está lidando.

O quadrante número 2 é o correspondente ao conhecimento do paciente e do seu contexto familiar e comunitário, assim como os valores vigentes e a vivência da doença. Seria, em palavras simples, o mundo do paciente, e como ele vivencia a sua própria doença.

E por fim o último quadrante, o de número 1, e que se refere ao conhecimento próprio do médico, por meio de uma postura habitual de reflexão, atitude que denominam de *reflective practice*, que poderíamos traduzir como o exercício filosófico da profissão⁶.

Inclui-se no Quadrante 1 o conhecimento que o médico adquire por meio da reflexão sobre as experiências e como incorpora, na prática e na construção da sua identidade profissional, todos os conhecimentos que lhe chegam dos outros quadrantes. É no centro, em perfeita integração de conhecimentos que temos a integração do conhecimento médico.



Adaptando o Modelo dos 4 Quadrantes

Nos últimos 10 anos apresentamos, para cerca de 600 estudantes, durante o curso médico na faculdade de medicina de Jundiá no interior do Estado de São Paulo, Brasil, o modelo dos quatro quadrantes e perguntamos, em porcentagem, e de modo bem informal, quanto tempo eles, já no quinto ano, dedicaram --

até o momento em cada um dos quadrantes durante toda a formação que tiveram até ali? É evidente que a resposta sempre se mostra em torno de 98% - 99% do tempo para os quadrantes 3 e 4 e o restante, 1 a 2% para os quadrantes 1 e 2.

É notório que o foco principal de aprendizado numa escola médica está situado nos quadrantes 3 e 4. Os avanços científicos, que fazem aumentar o conhecimento técnico em ritmo alucinante, exercem uma pressão compreensível sobre a distribuição da grade curricular, que acaba fazendo deles seu principal eixo.

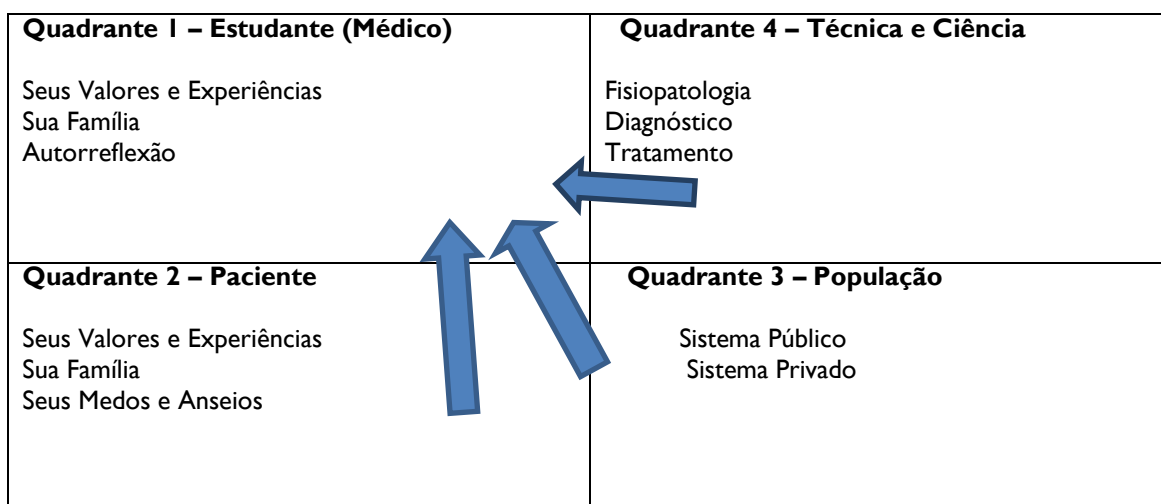
Em relação aos quadrantes 1 e 2 o aprendizado formal nas faculdades de Medicina é mínimo, quando não ausente. O mundo do paciente e o mundo pessoal – hoje do aluno, amanhã do médico como pessoa – são realidades que não é possível ignorar. A ausência de educação formal explícita nesse campo deixa-se sentir, clama pela sua falta, e o aluno procura por sua conta compensar essa deficiência. Percebe que o aprendizado para se relacionar com o paciente, assim como o universo dos seus próprios questionamentos, não está sendo atendido pela Universidade.

O Quadrante 1 como ponto de partida

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 médico precisa conhecer-se a si mesmo e esta é a principal mensagem que podemos retirar do quadrante 1. Mas, como estimular esta busca pelo autoconhecimento, pela reflexão pessoal?

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, humanista⁷.

Percebemos, desta forma, que o ensino médico prioriza, antes de tudo, o conhecimento da doença (quadrante 4), do meio social (quadrante 3), do paciente (quadrante 2) e por fim, a figura do médico, no caso ainda, do estudante, futuro profissional, como a figura a abaixo. E nosso questionamento é justamente neste ponto. Como conhecer e ajudar alguém, antes de conhecer-se a si mesmo? Propomos, desta forma, o ensino baseado no quadrante 1, ou seja, o estímulo ao autoconhecimento, à autorreflexão. Mas como fazer isto? Apoiamo-nos nas humanidades médicas e seus recursos.



O papel das humanidades médicas

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.

Os questionamentos éticos vêm comumente envoltos em emoções. São dilemas que tocam nossa afetividade, afetando-nos e movendo nossos sentimentos. 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. Se requer criatividade para abordar novos paradigmas de ensino, ainda que isto nos obrigue a adentrar em territórios até então pouco explorados.

A contribuição das canções

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. 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.⁸

A contribuição dos filmes

A cultura da emoção está unida a outro elemento integrante do universo do educando: a cultura do espetáculo. 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 conceitual⁷.

A contribuição da filosofia

De origem grega, a palavra "filosofia" é composta de philo, que deriva de philia e significa amizade, e sophia, que quer dizer sabedoria. Assim, filosofia representaria a amizade pela sabedoria ou o respeito pelo saber. No dia a dia, não é papel da filosofia ensinar a pensar, já que isso é uma atribuição que todo ser humano possui. Mas ela pode ajudar a indagar, a duvidar e, assim, a buscar a verdade.

"Será preciso também transportar a filosofia para a medicina e a medicina para a filosofia. Não há nenhuma diferença entre a filosofia e a medicina; tudo o que a primeira tem, na segunda se encontra: altruísmo, reserva, pudor, modéstia, opinião, discernimento, tranquilidade, firmeza nos debates, decência, gravidade, conhecimento do que é útil e necessário para a vida, rejeição de qualquer imoralidade, isenção de superstições."("Do Decoro").⁹

Porém, na medicina moderna como já mencionado em que todo o tempo está destinado a manutenção da atualização científico-tecnológica (Quadrantes 3 e 4) torna-se imprescindível abriremos mais a caixa de brinquedos e desenvolvermos a subjetividade dos quadrantes 1 e 2 por meio do exercício filosófico que culminará em uma consciência mais crítica e autônoma.

E o que os estudantes aprenderam? Relatos

No quadrante 1

“...nenhuma dessas informações me chamou tanta atenção quanto uma observação de uma das consultas. O paciente, ao receber a notícia de que sua TC crânio não evidenciava nenhuma alteração que justificasse seu déficit de memória, comportou-se de maneira inadequada, sendo hostil com a equipe e acusando os médicos de incompetentes por não diagnosticarem o seu problema. Nesse momento, eu, involuntariamente, com todas as minhas experiências de vida, meus valores pessoais, representadas no quadrante um, criei um pré-conceito sobre o paciente que iria atender. Imaginei um homem grosseiro, impaciente, sem confiança nos médicos e, muito menos, em uma estudante de Medicina. Mas eu não havia opção, precisava atendê-lo. Inesperadamente, nos primeiros cinco minutos de conversa todo aquele preconceito foi desconstruído”.

“Quando a paciente iniciou a história com a queixa de obstipação intestinal, tive um preconceito ao menosprezar tal queixa. Porém, no decorrer da conversa, pude ver o quanto tal situação a limitava nas atividades diárias e de como fui injusta. A paciente com lágrimas nos olhos ficou muito agradecida pelo atendimento, falando que mesmo no convenio ela nunca tinha sido acolhida daquele jeito. Nessa hora, fiquei meio sem reação por que a “única coisa” que fiz foi ouvir, pensei que ela poderia até estar fragilizada com a situação toda, porem ao mesmo tempo fiquei feliz que pude fazer a diferença, pelo menos, para aquela paciente”.

“Ao final do ciclo, eu tive a sensação de ter feito a diferença na vida de cada um daqueles pacientes, dando atenção, ouvindo suas queixas e angústias. No meu último dia de estágio, fui me despedir de um paciente – que estava internado há muitas semanas – e ele me disse uma frase que me marcou muito: “Eu vou me lembrar sempre de você, do seu carinho e cuidado comigo. Muito obrigado”.

No quadrante 2

“Durante o atendimento de uma paciente idosa, acompanhada pela filha, ela nos informou que não estava administrando a quantidade de medicação prescrita por achar que a medicação seria “forte demais”. Então, conversamos com a filha, e orientamos que a dose da medicação prescrita estava adequada e era necessária para tirar a dor de sua mãe”.

No quadrante 3

“Durante o atendimento de um paciente com hipertensão arterial refratária, suspeitamos de hipertensão secundária e solicitamos um exame de imagem complementar. Porém, por uma falha no sistema/fluxo do SUS, não foi possível realizar o exame, sendo necessário encaminhá-lo para a nefrologia, o que acaba, de certa forma, atrasando o diagnóstico e, conseqüentemente, a intervenção terapêutica adequada”.

“No terceiro quadrante podemos incluir a longa fila para pedir uma colonoscopia que pela idade e pelo histórico familiar e pessoal, deveria ser solicitada, sendo optada primeiramente por uma ultrassonografia de abdômen total”.

No quadrante 4

“Já no quarto quadrante, encontra-se a obstipação intestinal, sendo uma doença que pode ser funcional, como na maioria das vezes, porem pode ser causada por obstrução física/mecânica, como uma neoplasia, doença de Hirschprung...”

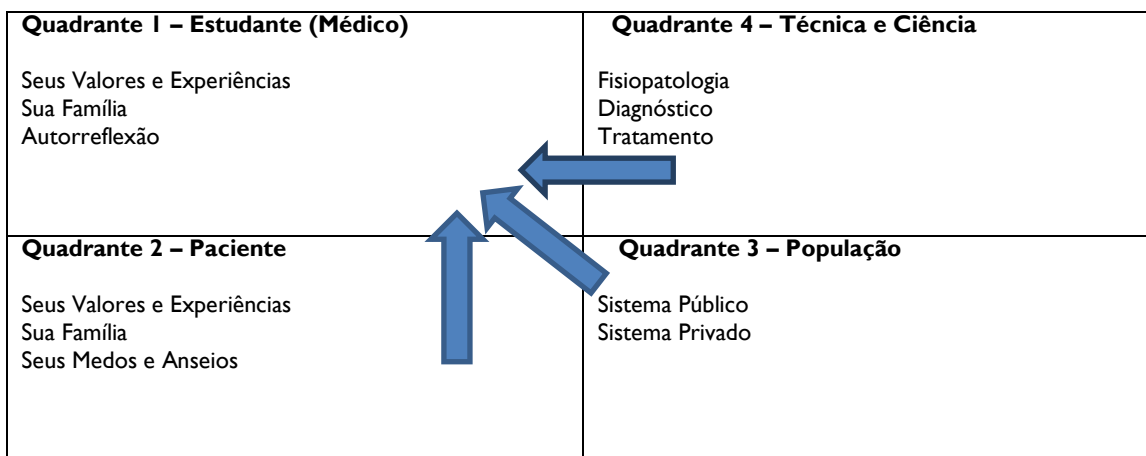
Na integração dos quatro quadrantes

“De maneira geral, de todos os aprendizados, o que mais vou levar para a vida prática é que, apesar do pouco tempo que temos durante os atendimentos, não precisamos resolver todos os problemas do paciente. Nossa função é atender o paciente de forma humanizada, descobrir a queixa (o motivo pelo qual o paciente procurou atendimento médico) e, então, naquele momento, solucionar o problema em questão. Durante os próximos atendimentos, outras queixas e demandas surgirão e, então, serão resolvidas. A falta de tempo nunca será justificativa para um atendimento não humanizado!”

“Aprendi que a integração de todos os 4 quadrantes é a base fundamental de uma medicina humanizada. E isto, na verdade, deveria soar como algo normal para todos os alunos de medicina. Infelizmente, durante a graduação, alguns acabam perdendo o olhar para o quadrante 1 e 2, focando apenas no quadrante 4. Cabe a nós, então, sempre resgatar nossos valores pessoais e experiências adquiridas durante a vida, fazendo com que este cenário se inverta, ou seja, que o foco esteja nos quadrantes 1 e 2 e que haja uma integração com os demais. Humanizar a medicina será, de certa forma, um exercício ativo da memória para lembrar que medicina é ciência e arte, é uma arte de cuidar do próximo - e nós optamos por esta escolha!”

“Os quatro quadrantes representam, de maneira didática, a interação do médico com o paciente e com o meio no qual ambos estão inseridos. O médico traz consigo conhecimento técnico, experiências de vida, pré-conceitos, inseguranças... E o paciente carrega, além de sua patologia, sua família, valores, medos, sentimentos...”

“Os quatro quadrantes têm como finalidade sistematizar o complexo ensino médico. A partir de experiências clínicas, podemos ter uma visão ampla e organizada do que podemos aprender com o caso, do que foi feito para o paciente levando em conta o seu contexto, e de qual conteúdo previamente aprendido foi usado, tendo, portanto, enfoque não só o paciente como também no estudante de medicina sem deixar de lado toda a dinâmica que os cercam. Em outras palavras, uma forma globalmente humanizada “ E desta forma, com o uso dos recursos humanísticos, podemos aperfeiçoar nossa capacidade de reflexão no quadrante 1.



Abraham Flexner, com o seu informe de 1910, provocou a reforma nas escolas de medicina. Ela foi necessária para sistematizar os ensinamentos, ordenar o conhecimento, promover a imprescindível especialização que os avanços técnicos exigiam da medicina. A proposta era inquestionável, mas as consequências –os efeitos colaterais- vieram junto: a fragmentação do ser humano. Porém uma vez dividido ficou cada vez mais difícil juntar as partes.

A utilidade dos conhecimentos inúteis. Lá podemos ler: “Eu passei muitos anos defendendo que nossas escolas deveriam prestar mais atenção ao mundo no qual seus alunos estão destinados a viver. Agora me pergunto se esta corrente não assumiu força excessiva e se estamos deixando espaço para uma vida plena se despojamos o mundo dessas coisas inúteis que lhe outorgam um significado espiritual”. Ou seja, ele se pergunta se o nosso conceito do útil não se tornou estreito demais (...) A maioria das descobertas importantes da humanidade devem-se a pessoas que não se guiaram pelo afã da utilidade, mas pela curiosidade ... “Defendo a conveniência de abolir a palavra utilidade (nos laboratórios) e liberar o espírito humano”.¹⁰

Por meio destes recursos, faz-se com que o estudante, como principal ator do processo, passe a estudar, aprender e refletir sobre as questões técnicas, populacionais, gerenciais e do paciente, a partir de seu próprio universo, de sua própria vida. Que não dissocie da sua realidade pessoal, a realidade profissional. Que não tenha duas vidas distintas, mas sim uma só, ou seja, que viva como pessoa e como profissional, seguro de suas habilidades e, fraquezas, ao tempo que aprende a lidar com os afetos, valores e dúvidas em todo seu caminho.

Referências

1. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Reforming Medical Education in Ethics and Humanities by Finding Common Ground With Abraham Flexner. *Academic Medicine*, 2010; (85): 318-323
2. Ousager J, Johannessen H. Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review
3. Alves R. A alegria de ensinar, ars poetica editora Ltda, 1994
4. Eric J. Cassell. Diagnosing suffering: A perspective. *Annals of Internal Medicine*. 1999;131:531–534
5. Stange K, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2000;33(4):286-97.
6. Decourt LV. William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. *Revista do Incor*, 2000.)
7. 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 (Rio de Janeiro)*. 2014 , v.71, p.15 – 24
8. Janaudis MA, Fleming M, Blasco PG. The Sound of Music: Transforming Medical Students into Reflective Practitioners. *Creative Education* 2013;4: 49-52.
9. Brito RF, Silva MEO, Maia CCA, Jeunon EE. Ensino da filosofia na área da saúde, considerações teóricas e metodológicas: interações possíveis. *Belo Horizonte*, v.4 - n.8, p.153-168 – 2º sem. 2013
10. Flexner, A. Apêndice (1939) in Ordine N: “La utilidad de lo inútil. Manifiesto”. Acantilado. Barcelona. 2013.

El arte de curar: el médico como placebo

Pablo González Blasco^a, María Auxiliadora C. de Benedetto^b e Ismael Ramírez Villaseñor^c

Historias de vida: lo que aprendemos con los pacientes

Nuestra reflexión nace de historias de vida —la nuestra y las de nuestros pacientes— que despiertan al filósofo que todo médico lleva dentro. El ejercicio reflexivo de la profesión: ésa es la senda que nos conduce al arte médico.

Un hombre de 67 años acaba de fallecer. Un cáncer metastásico de próstata le ha vencido al final de 2 años de lucha. Tengo el privilegio de asistir sus momentos finales en el hospital. A un lado, su esposa le habla quedadamente al oído, al otro, su hijo también le habla cariñosamente. A mi lado, la enfermera le va nombrando, de modo dulce y solemne, a todos los que estamos en el cuarto. Convincente y cariñosamente le asegura que Dios le quiere. Cesa la respiración, y todos vuelven su mirada hacia mí. Asiento con la cabeza, y recibo el abrazo de la viuda, de todos los presentes. «Menos mal que usted estaba aquí. Nos ha dejado mucho más tranquilos.» Ese «menos mal» vuelve una y otra vez a mi memoria. El paciente acaba de morir, y me dicen menos mal. ¿Qué ocurre?

Un par de días después veo a la madre del fallecido, tiene 93 años y sufre porque acaba de enterrar a su hijo que «nunca tuvo una gripe, doctor, y ahora...». Voy a su domicilio, está con mareos, no duerme, se siente insegura. Tiene todo el derecho del mundo para sentirse así. «Lo extraño —le digo— sería que usted no sintiera nada.» Receto algunos medicamentos. Pero las farmacias no entregan las medicinas a domicilio. Me ofrezco a llevar en mi auto a la farmacia a la nuera-viuda-paciente. Ahí la farmacéutica me pide los datos. «A la señora, por favor, yo soy el médico.» Se

sorprende y pregunta: «¿Usted es el médico? ¿Qué tipo de médico?». La nuera-viuda-paciente me auxilia: «Es un médico de familia, de los que vienen a verte a casa, y que mientras le esperas, empiezas a sentirte mejor. ¡Es un médico que cura con la presencia, señorita!».

¿Qué significa esto? ¿Qué es ese poder que parece acompañarnos, que nos fue otorgado sin mérito, y del cual a veces nos olvidamos? El médico como medicamento, como su complemento o tal vez como placebo¹.

Sobre los placebos y los médicos

No se puede comprender la terapia médica si se ignora el efecto placebo. El proceso de curación depende de la historia natural de la enfermedad, los efectos farmacológicos específicos y los cambios inespecíficos causados por terapeuta y ambiente. En este último espacio se incluye el efecto placebo². Placebo es cualquier sustancia inerte o medicación falsa. Pero el efecto placebo es una respuesta psicológica no atribuible a los mecanismos físico-químicos de las intervenciones realizadas. También ocurren reacciones adversas (efecto nocebo) incluso graves, como urticaria y angioedema³. Los efectos dependen de cada paciente^{4,5}. Hay ejemplos numerosos de efecto placebo que supera a los analgésicos o los antidepresivos^{6,7}. El efecto placebo es independiente del nivel educativo, la inteligencia o la gravedad de la enfermedad^{5,8,9}.

En la práctica diaria lo que realmente vemos es la suma de los efectos farmacológicos (o de cualquier terapia) más el efecto placebo, las interacciones inconscientes entre el médico y el paciente¹⁰. El efecto placebo es mucho más que el efecto de una tableta inerte. En él influyen las convicciones y el método de comunicación del terapeuta. El efecto placebo —o nocebo— está presente independientemente de nuestra voluntad. De ahí que los médicos de familia consideremos la relación con nuestro paciente y su familia como el recurso terapéutico más valioso que podemos tener^{11,12}.

Cuidando de personas: el médico como medicamento

Ya a mitad del siglo XX, Gregorio Maraño¹³ —paradigma de arte y ciencia— advertía del peligro de usar herramientas puramente técnicas sin conocer al enfermo, sin escucharle con atención, sin interesarse de verdad por él. Maraño, con su colosal cultura humanística, declara: «... Hay que admitir que la medicina corriente se reduce, por lo común,

^aDirector científico de SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família). São Paulo, Brasil.

^bMédico de Familia. Coordinadora de programas de Especialización y del Departamento de Humanidades. SOBRAMFA. São Paulo, Brasil.

^cMédico de Familia. Vicepresidente de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar (ALPMF). Unidad de Medicina Familiar 1. IMSS. Guadalajara, México.

Correspondencia: Dr. P. González Blasco.
SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família).
Rua das Camelias, 637. 04048-061 São Paulo SP, Brasil.
Correo electrónico: pablog@sobramfa.com.br

Manuscrito recibido el 20-4-2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 17-9-2007.

Palabras clave: Humanismo. Relación médico-paciente. Arte médico. Narraciones terapéuticas. Medicina de familia. Educación médica.

o a problemas fáciles de resolver, o completamente insolubles para el hombre más dotado de sabiduría. Lo fundamental en cualquier caso es que el médico esté con sus cinco sentidos en lo que está, y no pensando en otras cosas»¹². Cuando el médico se sienta y escucha al enfermo, le está comunicando una actitud humanista por antonomasia. Hoy tenemos tecnología sofisticada —importante—, pero estamos perdiendo el gusto por sentarnos y oír narrativas de vida. Nos faltan sillas o, tal vez, paciencia para sentarnos y escuchar.

La medicina como arte reconoce que cada paciente es único. No sólo desde la perspectiva de la enfermedad que le acomete (*disease*, en inglés), sino en el modo como esa afección «se encarna y concretiza» (esto es *illness*, en inglés, estar enfermo)¹⁴. La enfermedad se presenta siempre personalizada, instalada en alguien concreto que se pondrá enfermo «a su modo», de acuerdo con su ser personal. Es necesaria una perspectiva bifocal, que consiga unir en artística simbiosis la atención a la enfermedad, con toda la evolución técnica, y al paciente que se siente enfermo, con la comprensión vital que conlleva. Esto es actuación médica centrada en la persona, ejercicio simultáneo de ciencia y arte¹⁵. El médico como placebo —como medicamento, si se prefiere— consigue atender terapéutica y simultáneamente esas dos dimensiones del proceso de enfermar. Es un médico, de amplio espectro.

Aprendiendo a escuchar: curar con la actitud

Escuchar con atención es una habilidad que el médico tiene que aprender para curar¹⁶. Para ello requiere el rescate de los milenarios recursos del arte médico¹⁷. Los pacientes muestran pistas sutiles acerca de su experiencia con el padecimiento, pero frecuentemente los médicos las ignoramos porque escuchamos solamente «la voz de la medicina» y nos han entrenado para ignorar el lado emocional, es decir, la «voz de la vida del paciente»⁹.

De nuevo la reflexión: una señora de 75 años es enviada al médico de familia porque frecuentaba diversos especialistas sin sentirse satisfecha. Me mira como diciendo: usted debe ser otra de la lista interminable de médicos que tengo que aguantar, que me pide exámenes y no me deja hablar de lo que quiero. Leo en su ficha que tiene diabetes, presión alta. Apoyo las manos en la mesa, sonrío y espero que tome la iniciativa. «Doctora, yo voy al cardiólogo, al endocrinólogo, a otros médicos siempre que surge algo nuevo, y siempre surge. Parece que los exámenes no están muy bien, que mi presión está fuera de control. Para ser franca, no estoy tomando las medicinas correctamente.» Escucho sin cara de espanto, eso le da confianza. Cambia de tema: «Perdí a mi marido hace un mes. Nunca tuvo nada y, de repente, se puso amarillo como un canario. Un tumor de páncreas, no había nada que hacer. Le cuidé durante 3 meses, noche y día, y ahora estoy agotada, sin ganas de hacer nada. Me olvido de tomar las medicinas, yo que siempre he sido de lo más cumplidora».

La examino, veo los exámenes, le ordeno las medicinas en una sencilla tabla de prescripción con los horarios, y sonriendo me despido y le doy a entender que entiendo que se olvide de cuidarse, que esté como perdida en su soledad. Su mirada es triste, pero comprende que quiero ayudarla. El vínculo se fortalece en las siguientes consultas, empieza a tomar las medicinas correctamente y a cuidarse. Cierta vez aceptó que le recetara un antidepresivo. Sabe que no pretendo que se olvide de lo que le ha pasado con «unas pastillas», sino que lo recuerde serenamente.

Me cuenta sobre su familia, y de cierto culto evangélico al que no quiere volver. Al parecer el pastor le recomendó relacionarse nuevamente para encontrar a alguien: «no quiero casarme otra vez. Mi marido fue el amor de mi vida. Nos casamos hace 30 años y siempre me aceptó, aunque mi vida había sido destrozada cuando joven...». Comenta una historia muy íntima: «Pocas personas saben lo que le estoy contando. Viví cuando niña en una aldea. Tuve un novio por quien me apasioné y me quedé embarazada. Cuando mi novio lo supo, desapareció. Mi familia no aceptó mi situación, dijeron que sería una vergüenza en el pueblo. Mi madre me trajo a la ciudad diciéndome que me llevaría al médico y me dejaría con unos familiares hasta que la criatura naciera. Me llevó al médico... Bueno, no sé si era médico... Y cuando me di cuenta, me habían hecho abortar. Yo quería tener aquel hijo, trabajaría para sustentarlo, nunca se me habría ocurrido esa barbaridad. Pensé que mi vida estaba marcada para siempre y que nadie me aceptaría. Fue entonces cuando encontré a mi marido, nos casamos y en los 30 años que vivimos juntos nunca oí una palabra de crítica o de falta de respeto». Fue una de las últimas consultas, antes de que regresara al pueblo de su infancia. La presión estaba controlada, los exámenes, normales. Y estaba con ánimo para iniciar una nueva vida. Su historia había encontrado un interlocutor.

El arte de curar: un nuevo humanismo con entusiasmo

El humanismo médico combina en perfecta armonía la ciencia médica moderna con el arte de entender al enfermo como persona¹⁸. Cuenta con un catalizador del proceso curativo: el entusiasmo. «Todo hombre en verdad entusiasta es siempre un hombre bueno. Nada abre el corazón y muestra con menos reserva sus más íntimas reconditeces que el entusiasmo¹⁹.» Entusiasmo es la vibración profesional de poder ayudar a los que buscan alivio de sus sufrimientos. Es la alegría de la vocación. Algo sencillo pero, infelizmente, cada vez más escaso. Dice Marañón: los médicos tenemos un arma cada vez más poderosa pero notoriamente insuficiente —la ciencia—, que necesita ser complementada con la sugestión inconsciente, «bilateral», alejada de toda charlatanería. El médico puramente escéptico está casi inerte ante la enfermedad (*illness*), toda esa experiencia de la enfermedad que hace tanta diferencia entre una persona y otra, «... y que sólo será vulnerable al médico entusiasta»⁹.

La verdad científica tiene vigencia limitada, hay un vacío enorme entre lo que sabemos y lo que deseamos saber; ese hueco se llena con una dosis copiosísima de modestia¹³. Osler decía que más importante que lo que el médico hace es lo que el enfermo piensa que el médico está haciendo con él. ¿Qué pensarán nuestros enfermos de lo que hacemos con ellos? Tengamos la valentía de preguntarles, y actuar.

Bibliografía

1. Ramirez Villaseñor I, Camarena OJ. Dosis en Medicina de Familia. Farmacoterapia en Atención Primaria. México: MFM; 2006.
2. Kleijnen J, Craen JMA, van Everdingen J, Krol L. Placebo effect in double-blind clinical trials: a review of interactions with medications. *Lancet*. 1994;344:1347-9.
3. Bienenfeld L, Frishman W, Glasser PS. The placebo effect in cardiovascular disease. *Am Heart J*. 1996;132:1207-21.
4. Brody H. The placebo response. Recent research and implications for family medicine. *J Fam Pract*. 2000;49:649-54.
5. Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med*. 2002;52:332-42.
6. Spiegel D. Placebos in practice. *BMJ*. 2004;329:927-8. Disponible en: www.BMJ.com
7. Kirsch I, Moore TJ. The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment* 2002;5: Article 23. Disponible en: <http://journal.apa.org/prevention>
8. Nies AS. Principles of therapeutics. En: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editores. *Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10.ª ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 56.
9. Brown JB, et al. The first component: exploring both the disease and the illness experience. En: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWinnney R, McWilliam CL, Freeman TR, editores. *Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2.ª ed. Abingdon: Radcliffe Med Press; 2003. p. 3-52.
10. Vernon MS. The placebo effect: Can we use it better? *BMJ*. 1994;309:69-70.
11. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1966. Citado por Balint. Fascículo 1. México: Lab. Roche; 1970.
12. Balint M. La personalidad del médico. En: Balint M. *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. 1.ª ed. México DF: Ed. Siglo XXI; 1966. p. 120-32.
13. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
14. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care. *Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. *Ann Intern Med*. 1978;88:251-8.
15. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: Sobramfa; 2003. Disponible en: www.sobramfa.com.br
16. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ*. 1999;318:48-50.
17. Greenhalgh T. Narrative based medicine. *Narrative based medicine in a evidence based world*. *BMJ*. 1999;318:323-5.
18. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria*. 2006; 38:225-9.
19. Marañón G. *Vocación y ética*. Buenos Aires: Espasa Calpe; 1946.

Even a little magic

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto MD Pablo Blasco MD PhD Thais Troll

In the past, there were such things as doctor-priests, extraordinary people who established special relationships with those who were ill. They were known as *shamans*. Shamans throughout ages and places have led sick people to a mysterious and magical world where the healing process is possible. And patients have usually come back changed after experiencing their healing journeys under the supervision of shamans.

Nowadays medicine is dominated by specialization, technology, and scientific evidence—a world in which patients are seen in a fragmented way. Although the current model offers innumerable advantages for treatment, patients and doctors are not wholly satisfied because they feel as though something is missing.¹ Off-the-cuff comments reveal their thinking. It is common for patients to say things like this: “I went to the office and only saw the doctor for a few minutes. He hurried to do tests and prescribe medicine without even listening to me properly. I wish he’d had a caring look at me.”

On the other side of the spectrum, a colleague recently complained: “I am losing my passion for medical practice. There is no room for humanism in the current model. In my vision, medicine should be approached as both a science and an art, a discipline in which the humane aspects of medicine could be as appreciated as the technological and scientific aspects.”

Magic and medicine

Magic has been associated with the practice of medicine for thousands of years. The idea that a portion of the healing process is attributed to magic is deeply rooted in the human psyche. Maybe it is because of this that patients are so fascinated with the advanced technology involved in some medical procedures, such as surgeries and sophisticated complementary tests—in those they can also see something magical and mysterious. But patients are shrewd and soon end up realizing that an important element is missing: the special relationship between healer and patient that always characterized the art of medicine when magic played an integral role. And now we ask, “Is there a chance that the magical dimension of medicine continues to play a role in a discipline dominated by technology and evidence?”

Symbolic efficacy

In *Antropologia del Dolor*, David Le Breton teaches us about the symbolic efficacy of therapeutic modalities—an efficacy that certainly depends on cultural concepts, beliefs, and a vision of life, all of which are involved in the healing process. He describes many “cure episodes” that are inexplicable and incomprehensible according to rules of modern science and asserts that the scientific approach and the shaman’s

knowledge do not oppose each other but belong in different categories. He notes that human societies construct the sense and structure of the universe in which they evolve. For Le Breton, the shamans’ activities illustrate the symbolic efficacy of some therapeutic procedures, acquired in

contexts where certain meanings are well established. In modern medicine, the most remarkable example of such symbolic efficacy is the placebo effect.²

Edward’s story

When he died as a result of an advanced brain cancer, Edward (whose name has been changed for privacy) was 18 years old. When I met him for the first time, he was receiving palliative care at home and was being treated by oncologists. His mother was my patient and asked me to see Edward, saying “As you are a family doctor, you could certainly provide good care for my son.”

He was skinny and weak, and I soon realized he was suffering deep pain. I had to increase his dosage of morphine and prescribe other medicines. Then Edward and I talked for some time. We talked about physical and emotional pain, about life, but not yet about death. For his mother I did the only thing possible—I listened to her with empathy and compassion and let her know that she could count on me at any time.

A few days later I was called back. Edward could not urinate. He was suffering from a side effect of morphine—urinary retention. I had to provide a urinary tube for emptying his bladder, as other noninvasive procedures were not effective. From that day, aware of its unpleasant side effect, he refused to take morphine. Actually, he refused to take any analgesic. His mother despaired—when he was not sleepy, he kept crying in agitation because of the pain. She called me once more.

We found common ground between our beliefs

When I arrived, Edward was restless but remained firm in his decision—he would not take painkillers again. Beyond that, he appeared fearful and worried about life after death. He wanted to know what the “other side” was like. His parents were immigrants from Japan and were Buddhists. They were very simple people and were not able to allay his doubts. I did not know anything about Japanese culture, but I sat down beside him and we started sharing opinions. Our conversation lasted about an hour. In that time we found common ground between our beliefs, and the ideas that emerged offered him some relief.

After that day, Edward still did not take any medicines, but this time it was because he had no need. He no longer suffered debilitating pain. It was mainly the doubt that had disturbed him, a pain from his soul that manifested itself physically until it could be verbalized.

One week later Edward died in peace, certain that where he was going did not matter, as he could count on Divine Mercy anywhere. This had been one of the themes of our last conversation. Edward taught me that sometimes a good talk—a chance to relieve pent-up feelings—is the best medicine. It is a lesson that I



could not have learned in any medical school or any textbook, a lesson that can only be taught by the pages of life and only when one is willing to read them.

Narratives, placebo effect, and magic

Listening to patients' stories with empathy and compassion, even those unrelated to their clinical histories, and paying attention to their beliefs and personal paradigms are elements of narrative medicine,³ a methodology that has an incontestable palliative, didactic, and healing role for patients, health care professionals, and students. Narratives reinforce and enrich the doctor-patient relationship and create a positive outlook on diagnostic and treatment procedures, which (according to certain authors) can explain the intensity of the placebo effect.⁴

Edward's story continues to remind us that magical or apparently magical events still occur in modern medicine. The story demonstrates the response to placebo, or the “meaning response,”⁵ although no sugar pill was used. In this case, the doctor's attitude was responsible for the intensity of the placebo effect.⁶

The inclusion of narrative methodology in clinical practice allows for a balanced and harmonious integration of all elements of medicine: doctors, patients, technology, evidence-based research, patient-centred practice, symbolic efficacy, placebo, and even a little magic. Such an integration can, and often does, result in a surprising outcome, as with Edward. I believe that narratives can act as a bridge between patients, doctors, and the various other elements that play a part in the clinical method and, consequently, promote the practice of medicine in an efficient and comprehensive way—as science, art, and magic. 🌿

Dr De Benedetto is a family doctor and Coordinator of the Humanities Department at the Brazilian Society of Family Medicine (SOBRAMFA) in São Paulo. **Dr Blasco** is a family doctor and Director of the Scientific Department at SOBRAMFA. **Miss Troll** is a medical student and Coordinator of the Academic Department at SOBRAMFA.

Competing interests

None declared

References

1. De Benedetto MAC, Blasco PG, de Castro AG, Carvalho E. Once upon a time ... at the tenth SOBRAMFA international and academic meeting—S. Paulo: Brazil. *J Learn Arts* 2006;2(1):Article 7. Available from: <http://repositories.cdlib.org/clta/ita/vol2/iss1/art7>. Accessed 2008 Jul 2.
2. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona, Spain: Editorial Seix-Barral; 1999.
3. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286(15):1897-902.
4. Nordenberg T. The healing power of placebos. *FDA Consum* 2000;34(1):14-5,17. Available from: www.fda.gov/fdac/features/2000/100_heal.html. Accessed 2008 Jul 2.
5. Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med* 2002;136(6):471-6.
6. Blasco PG, De Benedetto MAC, Villaseñor IR. El arte de curar: el médico como placebo. *Atención primaria: publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria* 2008;40:93-5.

EL CINE EN LA FORMACIÓN ÉTICA DEL MÉDICO: UN RECURSO PEDAGÓGICO QUE FACILITA EL APRENDIZAJE

Pablo González-Blasco¹
Thais Raquel S.P. Pinheiro²
Mauricio Fernando Ulloa-Rodríguez³
Nohora M. Angulo-Calderón⁴

RESUMEN

La formación ética de médicos y estudiantes de medicina está intrínsecamente relacionada con la dimensión humanística de la educación médica. Enseñar ética y promover el humanismo requiere hoy en día soluciones innovadoras dado que la enseñanza teórica se muestra insuficiente. El amplio campo de las emociones abre un panorama nuevo y promisorio de posibilidades para que la educación afectiva apoye la formación ética de modo consistente, moderno y eficaz. Este es el motivo de utilizar las humanidades en la educación de los futuros médicos. El cine sintoniza con el universo de los jóvenes estudiantes, universo presidido por una cultura de la emoción y de la imagen. Cuando es utilizado con una metodología que se va tornando cada vez más consistente —clips de escenas, comentarios simultáneos del facilitador, grupos de discusión—, el cine surge como una alternativa sugestiva en la formación ética. De este modo se facilita el aprendizaje porque se promueve la reflexión, que es la base del ejercicio filosófico de la profesión médica.

PALABRAS CLAVE: cine, educación médica, ética, enseñanza.

ABSTRACT

Instruction on ethics for physicians and medical students is associated with the humanistic perspective required in medical training. In today's world, teaching ethics and fostering humanism demands innovative solutions, inasmuch as teaching theory alone is not enough. The broad field of human emotions opens up new and promising of possibilities for emotional education to support ethical training in a way that is consistent, modern and efficient. This is the reason for using the humanities in medical education. Cinema goes well with young students' universe, which is one immersed in a culture of images and emotions. When used with a method that is becoming more and more consistent —clips of scenes, simultaneous comments by the facilitator and discussion groups — cinema emerges as an attractive alternative for teaching ethics. It facilitates learning by encouraging students to contemplate and reflect, which is the real basis for philosophical exercise of the medical profession.

KEY WORDS: Cinema, medical education, ethics, teaching methods.

¹ Doctor en Medicina. Director Científico de la Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).
pablogb@sobramfa.com.br

² Médico de Familia. Directora de Divulgación y Relaciones Públicas. Coordinadora del Programa de Residencia Médica en Sobramfa. thais@sobramfa.com.br

³ Médico. Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. mauriciour@unisabana.edu.co

⁴ Médico-Patólogo. Especialista en Educación Médica. Magíster en Tecnologías Educativas. Jefe Académico de Postgrados, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana.
nohora.angulo@unisabana.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN: 22-08-2009

FECHA DE ACEPTACIÓN: 21-10-2009

RESUMO

A formação ética de Médicos e Estudantes de Medicina está intrinsecamente relacionada com a dimensão humanística da educação médica. Ensinar ética e promover o humanismo requerem, hoje em dia, soluções inovadoras já que o ensino teórico convencional não funciona adequadamente. O amplo campo das emoções abre um panorama novo e promissor, repleto de possibilidades, para que a educação afetiva seja um apóio moderno, consistente y eficaz para a formação ética. Eis o motivo pelo qual as humanidades são incorporadas na educação médica. O cinema sintoniza com o universo afetivo dos jovens estudantes, universo este presidido por uma cultura que mergulha na emoção e na imagem. Quando se utiliza uma metodologia que vai se tornando a cada momento mais consistente —uso de cenas rápidas em *clips*, comentários simultâneos do facilitador, grupos de discussão— o cinema surge como uma alternativa sugestiva na formação ética. De este modo se facilita a aprendizagem porque se promove a reflexão, que é a verdadeira base do exercício filosófico da profissão.

Palavras-chave: cinema, educação médica, ética, ensino.

INTRODUCCIÓN**FORMACIÓN ÉTICA Y MEDICINA HUMANISTA**

La formación ética del médico es una necesidad indiscutible. Si por algún momento nos olvidáramos de esta prioridad —quizás distraídos por el volumen creciente de conocimientos técnicos que es preciso absorber— los pacientes, la sociedad y, últimamente, los pleitos judiciales se encargarían de recordárnoslo. Es, sin lugar a dudas, imprescindible que la educación médica proporcione también formación ética. Pero ¿cómo hacerlo de un modo eficaz?

Los esfuerzos educativos innovadores coinciden en que no se puede enseñar ética —bioética, si preferimos el término— en paralelo y de modo yuxtapuesto al resto de la formación que el estudiante de medicina recibe. Parece razonable encontrar formas de impregnar la educación universitaria de una cultura ética, de modo longitudinal, continuado, práctico, accesible y, muy importante, atrayente (1). Es necesario formar en la postura ética —que siempre entraña toma de decisiones—, en los dilemas que se presentan

cotidianamente, en el contacto con los pacientes. Dilemas que no son puramente éticos, como tampoco son puramente clínicos, son dilemas de la persona y, por tanto, implican las dos vertientes del conocimiento y de la actuación.

Si es un error enseñar, por ejemplo, medicina interna perdiendo de vista que la enfermedad no existe “in vitro”, sino encarnada en la maravillosa y desconcertante complejidad de un ser humano, no es menos equivocado intentar promover la formación ética recurriendo a los casos límite —una especie de problema ético puro, como si de una categoría kantiana se tratase—, que difícilmente se presenta en la práctica clínica diaria. La acción médica cotidiana debe ser moderna, competente, técnicamente actualizada, y debe estar impregnada de esa dimensión ética que hace del médico un profesional humanista.

Ética y humanismo médico caminan juntos, en perfecta sintonía, pues participan de la misma raíz que es la perspectiva antropológica de la actuación médica. La enfermedad no existe “por sí sola”; aparece, siempre, encarnada en alguien, y se reviste de la personalidad

LA ENFERMEDAD NO EXISTE “POR SÍ SOLA”; APARECE, SIEMPRE, ENCARNADA EN ALGUIEN,
Y SE REVISTE DE LA PERSONALIDAD DE AQUÉL A QUIEN ACOMETE. AUNQUE LA PATOLOGÍA SEA
LA MISMA, CADA UNO ENFERMA A SU MODO.

de aquél a quien acomete. Aunque la patología sea la misma, cada uno enferma a su modo. Esto es algo que la experiencia clínica confirma. Y la misma experiencia nos enseña que tan importante como conocer la enfermedad es conocer la persona que la padece para poder cuidar de ella con competencia. Ese es el primer fundamento de un humanismo médico real, que incorpora la postura antropológica que sirve de base para las acciones médicas que deben incluir los elementos clínicos y el necesario condimento ético.

Saber atender al enfermo en toda su dimensión humana, y no sólo sectorialmente —el desarreglo fisiológico que la técnica consigue medir—, es el desafío principal que enfrenta hoy la educación médica. Se hace necesario un conocimiento profundo de la enfermedad y de la personalidad de quien enferma, de lo que la técnica es capaz de evaluar, y de la intimidad que la intuición profesional revela. Ésta es la construcción de un nuevo humanismo médico capaz de armonizar los cuidados que el paciente necesita (2). La formación ética hoy implica el desafío de promover una verdadera reconstrucción filosófica —que eso es la postura antropológica— del médico, y construir así profesionales “bifocales”, que sean capaces de cuidar a sus pacientes con competencia profesional, técnica y ética, en armonía, aprovechando lo que de mejor el progreso les ofrece, para atenderlos en sus carencias fisiológicas y humanas (3).

La construcción de este humanismo es fruto del estudio, de la reflexión, de una inversión en la cultura, en

dosis regulares y constantes, permitiendo de este modo el “re- armamiento ético” que los estudiosos de la bioética proponen hoy como urgente necesidad. La ética personalista es el modelo que nos permite proporcionar esta formación ya que conciliando objetividad y subjetividad, apoyándose en una ética de los valores, da énfasis a la persona. Contempla el caso personal —que tiene un nombre concreto, el de aquel enfermo— con atención, con cariño, sin limitarse a aplicar códigos y reglas, busca hacer siempre lo mejor sin contentarse con lo que está obligado por normas o legislaciones. Es una ética que encaja perfectamente con la medicina centrada en el paciente —no en la enfermedad— que es la acción propia del médico humanista (4).

Este modelo, que nos atrevemos a denominar ética vitalista, depende del sujeto, del médico que actúa en la práctica diaria. Son sus virtudes las que complementan y “personalizan” las normas objetivas, haciendo de la ética algo personal que incide sobre el modo de cuidar del enfermo. Su norte no es el no cometer infracciones sino el deseo de ayudar lo mejor posible. Esto es lo que algunos denominan, acertadamente, el “bien hacer médico” (5). Enseñar bioética es, en este punto, construir un sujeto capaz de tomar las decisiones correctas. No se trata de construir códigos de conducta sino de formar profesionales conscientes, que sean capaces de encarar las decisiones que deben tomar (6).

Observamos hoy en día, entre los estudiantes y jóvenes profesionales, una curiosa convivencia de conocimientos

técnicos apurados con una carencia total de postura humanística, por faltar la formación antropológica necesaria para integrar globalmente estos conocimientos. Si en otras épocas esta deficiencia podría interpretarse como falta de honestidad, hoy resulta más por ignorancia —por no saber cómo hacerlo, porque nadie se los ha enseñado en la práctica— que por maldad. Quizá tenemos que admitir que hoy es necesario enseñar lo que en otros tiempos las personas sabían por educación y cultura. Y es que, antaño, el médico que no era humanista —que no entendía al enfermo, y no se hacía entender por él— no tenía posibilidad de practicar la medicina. Hoy, la técnica es tanta y tan abundante, que no es difícil camuflarse con ella para suplir las deficiencias humanas.

Enseñar bioética supone establecer fronteras y normas, pero requiere sobre todo creatividad, ir más allá de lo que está estipulado, para hacer por el enfermo todo lo que es posible. No se contenta con no hacer el mal, sino que persigue, quiere y, de hecho, practica todo el bien que es posible. La ética es, entonces, una fuente de obligaciones que cada uno se crea para desempeñar mejor la función de médico. “El deber que se nos exige es sólo un pretexto para que inventemos otros deberes”, decía Marañón (7). ¿Cómo aliar la creatividad a la necesaria prudencia y sabiduría que requiere la formación ética? La afectividad humana nos abre un panorama que merece una reflexión aparte.

FORMACIÓN ÉTICA Y AFECTIVIDAD: EL PAPEL DE LAS EMOCIONES

La afectividad tiene una estrecha relación con la vida virtuosa que se espera del médico humanista. “Las virtudes —dice un estudioso del tema— son disposiciones no sólo para actuar de manera particular, sino para sentir

de manera particular. Actuar virtuosamente no es actuar contra la inclinación; sino a partir de una inclinación formada por el cultivo de las virtudes. La educación moral es una *education sentimentale*” (8).

Ortega nos advierte que “el hombre hace la técnica, pero al hombre le hace el entusiasmo. Si el brazo mueve a su extremo el utensilio, no se olvide que, puesto a su otro extremo, mueve al brazo un corazón” (9). No hay cómo prescindir de las emociones, del entusiasmo, de la afectividad que nos motiva.

Educación sentimental, educar los sentimientos. Una propuesta ambiciosa que debe ser convenientemente pensada para entender el papel del educador. Un papel novedoso, ya que los sentimientos que uno tiene —el educando, en su caso— no dependen en absoluto de la voluntad docente del educador. Los sentimientos, en rigor, no se educan; se promueven, se aprecian, se enseña cómo saborearlos. Todo funciona como un intento donde se muestran los caminos para que el deseo se eduque, como si de una formación del paladar afectivo se tratase. Es de este modo como se puede llegar a que a alguien le guste lo que es bueno. Esa es, en palabras de Bernardo de Claraval, la verdadera sabiduría: “Sabio es aquel a quien las cosas saben cómo realmente son”.

¿Cómo prepararse para ese desafío educativo? Bien lo señala un estudioso del tema:

La tarea del educador no es precisamente acabar con el error, porque el error es condición inherente a una naturaleza humana imperfecta. En cambio, sí debe conseguir que brille la verdad y será la luz de la verdad la que consiga disipar las tinieblas del error, la mentira y el equívoco. Un educador ‘matando’ errores no pasa de ser

LA EDUCACIÓN DE LA AFECTIVIDAD ENCUENTRA EN LA ESTÉTICA —ARTES Y HUMANIDADES— UN ALIADO IMPRESCINDIBLE. Y BIEN VALE ADVERTIR QUE EDUCAR DESDE LA ESTÉTICA NO ES QUERER ANCLAR EN LA EMOCIÓN Y EN LA SENSIBILIDAD TODO EL CUERPO DE CONCEPTOS NECESARIOS PARA CONSTRUIR LOS VALORES DE LA PERSONA.

un dialéctico en inminente riesgo de convertirse en sofista [...] Aristóteles afirmó que sus lecciones de ética eran inútiles en quienes no tuvieran la formación apropiada. Se puede entender algo intelectualmente, pero si afectivamente no hay disposición positiva en esa dirección, todo el discurso resultará estéril. Lo que entre por un oído saldrá por el otro (10).

Gustave Thibon aborda el tema con precisión y con poesía, en su ensayo sobre el amor humano:

Para el hombre sacudido por la tempestad de la tristeza no es ningún crimen el contradecirse. Esta frase de Sócrates es una de las más humanas que se hayan pronunciado jamás. No se puede reprimir a un infeliz que sea ilógico. La lógica, instrumento perfecto para la administración de las esencias ideales, falla lamentablemente en el hombre concreto, esa mezcla contradictoria de finito y de infinito. Y especialmente en la desgracia, que es la contradicción vivida desde dentro, lo absurdo a lo vivo [...]. Se es más fiel no cuando se piensa mejor, sino cuando se siente más profundamente. Esta sensibilidad profunda conecta con las profundidades del espíritu. Lo verdaderamente espiritual tiene más afinidades con lo sensible que con lo in-

telectual, y se inserta más fácilmente en una emoción corporal auténtica que en una opinión de la razón o en un movimiento apasionado del yo (11).

La educación de la afectividad encuentra en la estética —artes y humanidades— un aliado imprescindible. Y bien vale advertir que educar desde la estética no es querer anclar en la emoción y en la sensibilidad todo el cuerpo de conceptos necesarios para construir los valores de la persona. Lo que se pretende es provocar la reflexión, condición imprescindible para cualquier intento de construcción de la personalidad. Se puede enseñar técnica, incorporar habilidades sin reflexionar; pero no se pueden adquirir virtudes, mudar las actitudes sin hacerlo. Hay que pensar, o mejor, hay que hacer pensar, y para esto sirven la estética y las emociones que la acompañan. Se trata de establecer un punto de partida, como una pista desde la que se pueda despegar para un aprendizaje más profundo. Empezar por lo que es bonito y estéticamente bello, lo que “nos toca la emoción”, lo que nos afecta, para después zambullirse en la construcción de valores que además de bonitos sean verdaderos (12).

Las emociones no pueden ser ignoradas; es más, hay que contemplarlas y utilizarlas porque son un elemento esencial del proceso formativo. En el moderno contexto cultural se puede afirmar que las emociones son como la puerta

de entrada para entender el universo donde el estudiante transita, se mueve y, consecuentemente, se forma.

Pero toda esta libertad que damos al gobierno de las emociones, ¿no dejará la educación al sabor del gusto de cada uno? ¿Cómo es posible construir conocimiento sobre la natural oscilación afectiva? Recordemos que Platón consideraba como finalidad de la educación enseñar a desear lo que tiene que ser deseado. Es evidente que este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo —y la reflexión sobre lo que se siente, lo que se gusta, en fin, sobre las emociones— vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que es, de nuevo, una verdadera Educación Sentimental (13).

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida a otro elemento integrante del universo del estudiante: la imagen o, como se define acertadamente, “una cultura del espectáculo” (14), donde lo sensorial es potencializado porque alcanza directamente al espectador, provocando emociones, sin pasar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se “comprende un concepto” y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Con la imagen todo es directo, rápido, como un atajo que despierta la emoción sin que se sepa por qué. Las respuestas racionales —“estoy de acuerdo o no estoy”— se ven sustituidas por “me gusta o no me gusta”, que son respuestas emotivas que la imagen despierta.

Lenguaje de emoción en la cultura de la imagen: he aquí una frecuencia en la que es posible sintonizar con

el universo del educando. Y con estos nuevos registros de comunicación el educador tiene que repensar su postura. Ignorar las emociones sería ingenuidad; temerlas, por abrigar el recelo de una educación superficial, tampoco parece una actitud creativa. Lo mejor, sin duda, será incorporarlas situándolas en el papel donde pueden ser más eficaces: activando el deseo de aprender, como elementos de motivación insertos en una cultura moderna.

La educación moderna que busca la formación integral del médico humanista —el profesional bifocal, que demuestra competencia científica y perspectiva ética en todas sus acciones— debe construir, por tanto, nuevos paradigmas educativos. Limitarse a transferir información —que está al alcance de la mano, gratis, *on-line*— o adiestrar en algunas técnicas bordean la incompetencia docente. Educar significa promover cambios en el ser y en el hacer de los individuos, ya que la información por sí sola no cambia a nadie. Lo que provoca el cambio es la interacción que el educando tiene con la información, y siendo el ser humano eminentemente afectivo, las emociones nos brindan un catalizador de ese proceso interactivo. Ya decía Sir William Osler que las humanidades son como las hormonas que catalizan el pensamiento y humanizan la práctica médica. El conocimiento que se adquiere en sintonía con las emociones, con las vivencias afectivas —¡con las historias de vida con que nuestros pacientes impregnan nuestro cotidiano!— es duradero y, de hecho, nos transforma. Si, finalmente, la reflexión se añade a esta fenomenología práctica de la afectividad, el paradigma educativo moderno surge vigorosamente.

Educar es mucho más que entrenar habilidades: implica promover en el estudiante una actitud reflexiva y un deseo continuado de aprender. Educar es proponerse crear

el hábito de pensar y enseñar caminos para una reflexión permanente. Construir una postura que acertadamente se ha definido como ejercicio filosófico de la profesión (15).

En una cultura presidida por la emoción y por la imagen, lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejemplo, que nos afecta y se traduce en imágenes. Este es el terreno donde tenemos que educar. Y vale recordar que el aprendizaje de la ética, en tiempos antiguos, se hacía contando historias de forma narrativa. Los valores humanos —en las gestas griegas, en los relatos bíblicos, en los clásicos— están disueltos en historias. Aquí se abre la puerta lógica para la colaboración que las humanidades brindan en la enseñanza de la ética.

DISCUSIÓN

El cine como recurso de educación afectiva

La búsqueda metodológica del moderno equilibrio en la formación de los futuros médicos se concretiza en iniciativas variadas que integran las humanidades en el proceso de educación académica. Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura y teatro (16, 17), poesía (18), ópera (19) componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa.

De los filósofos y pensadores modernos nos llega la recomendación de utilizar el cine como un recurso de educación de la afectividad.

He definido el cine hace largo tiempo como “un dedo que señala”, que va estableciendo conexiones entre las cosas, que las interpreta sin nece-

sidad de decir nada, que va más allá de la yuxtaposición o coexistencia física de las cosas para unir lo que está junto, y presente en una vida. [...] Estas conexiones vitales ponen de manifiesto el dramatismo que es la condición misma de la vida humana. Esto es el antídoto del utilitarismo, de la homogeneidad a que tantos estímulos conducen en nuestro tiempo [...] Asusta pensar lo que sería el mundo actual, sometido a tantas diversas presiones manipuladoras, si no existiera el cine, que recuerda al hombre lo más verdadero de su realidad, lo presenta en su *acontecer*, y así lo obliga a ver, imaginar, proyectar, tener presente la ilimitada diversidad de la vida y la necesidad de elegir entre las trayectorias abiertas. No es excesivo decir que el cine es el instrumento por excelencia de la educación sentimental en nuestro tiempo (13).

El cine, despertador de emociones, encaja perfectamente dentro de la cultura del espectáculo y se convierte en recurso útil en el universo de la educación médica. (20, 21, 22). Provoca emociones y, sobre todo, ofrece la posibilidad de contemplarlas, compartirlas, ampararlas en discusión abierta, abriendo caminos para una verdadera reconstrucción afectiva.

El sentir clásico nos presenta el arte contador de historias como un camino para la *catarsis* de las emociones, para colocarlas “en su sitio”, para educarlas. El cine multiplica la posibilidad de vivir historias, posibilidad que en cada ser humano se encuentra reducida a un pequeño repertorio de vivencias posibles: las que le brinda su vida. Y es que la convivencia virtual —como diríamos en lenguaje de hoy— amplía las oportunidades y ocurre como experiencia lo que, en su realidad corpórea nun-

ca habría sido posible. Los sentimientos y las pasiones, descritos en la literatura, toman cuerpo en el cine, se vuelven sensoriales: podemos oírlos, verlos, comprenderlos, y ser sorprendidos. El cine multiplica estas oportunidades y, por materializarlas, las presenta como elemento formador de las actitudes humanas: el valor, la virtud, las limitaciones, las miserias se vuelven concretas, transparentes, en las historias que el cine cuenta.

La historia que aparece en el celuloide provoca otras vivencias, ahora de los propios alumnos. Son historias reales de su vida, o ficticias, de otras películas, pero al fin y al cabo que tienen que ser contadas, y oídas, y compartidas. Y a través de las narraciones los estudiantes se reflejan en las películas, pues mediante los conflictos que el cine plasma viven, metafóricamente, sus propios conflictos que se tornan más transparentes cuando alguien, mediante una película, es capaz de imaginar las situaciones como propias, puede identificarse con los personajes y sentirse protagonista de las decisiones, tomando para sí los valores que allí se presentan, permitiendo que sean luego aplicados en sus propias situaciones personales.

En este punto, uno se pregunta: ¿pero qué tiene que ver todo esto con la educación ética del médico? La respuesta nos la brindan los alumnos de modo natural. Con inmensa facilidad transportan para el ámbito médico las vivencias con que se enfrentan en las proyecciones, aunque la temática médica esté ausente de la mayoría de las escenas. Las escenas proyectadas son de temática humana —muchas veces repletas de fantasía y ficción—, y no es necesario explicar a los alumnos el porqué de la importancia de estos temas en su formación como médicos, pues es algo que inmediatamente descubren, admiten, e incorporan como modelo que

LA CULTURA DE LA IMAGEN ES METAFÓRICA Y
LOS ALUMNOS, BIEN SITUADOS
EN ESTA CULTURA, SON HÁBILES LECTORES
DE METÁFORAS Y DESCUBRIDORES
DE ANALOGÍAS IMPLÍCITAS.

deberá ser seguido. La cultura de la imagen es metafórica y los alumnos, bien situados en esta cultura, son hábiles lectores de metáforas y descubridores de analogías implícitas.

Los alumnos encuentran en la experiencia con el cine un modo de comunicarse entre ellos, de conocerse, y de darse a conocer. La fuerza comunicativa que la imagen les presta es una puerta abierta a su universo interior, donde es posible construir los cimientos de una educación ética basada en virtudes. De modo rápido e intuitivo transportan para su cotidiano las escenas con las que se identifican, y las lecciones que de ellas extraen. Las vivencias cinematográficas provocan en el alumno una actitud reflexiva que fácilmente se guardan en el ámbito de la memoria afectiva. Así, la historia de vida, la frase de impacto, la actitud concreta y la vivencia que se despertó en el momento educacional, se revive en lo cotidiano —al rozar con la propia vida— y provoca la reflexión y la inquietud por aprender. No hay necesidad de apuntar la moraleja, como en las fábulas, pues la reflexión que esta metodología provoca es un poderoso amplificador que revela —como se revelan las fotografías— las imágenes que están impresas en los negativos de la afectividad. El cine actúa, pues, como verdadero “facilitador” que permite construir y educar en la ética y los valores con eficacia y fecundidad (23).

Anteriormente comentamos las críticas que se dirigen a “educar las emociones” como fomentar una educación superficial, subjetiva, no racional. En este punto de nuestro estudio habrá también los que critiquen esta metodología educativa con el cine por parecer “manipuladora” de las emociones. Vale la pena, pues, aclarar los términos. Manipular es hacer que alguien se comporte de la manera que el manipulador desea, sin que el interesado se dé cuenta; más, pensando que está actuando libremente. Nada más distante del propósito de la educación donde el objetivo es sacar —*educere*, extraer de dentro— del interesado sus propios recursos para que crezca, madure, se construya como persona y como profesional. Cuando en cualquier clase tradicional se le ofrecen al alumno conocimientos (y la posibilidad de buscarlos por sí mismo), se le enseñan habilidades, y se fomentan actitudes —los tres objetivos de cualquier proyecto educativo— se educa al estudiante, no se le manipula. El mejor modo de entender esta aparente sutileza es comprobar los resultados. Cuando se educa, las consecuencias van mucho más lejos de lo que el educador puede prever. La educación es la pista de despegue, el motor de arranque, pero el vuelo, el piloto, y el combustible son del alumno que traza su ruta y su destino, y llega a lugares insospechados. La manipulación tiene ya el trayecto y los objetivos trazados, siempre previstos por el manipulador. La educación afectiva con el cine es una explosión de arranque, un impulso que puede ser arrebatador y que empuja a reflexionar primero, a decidir después. Lo que cada uno piense y decida, en íntimo diálogo con sus propias emociones, dependerá de quién es cada uno, de su postura vital, de cómo se sitúa en el mundo.

Una breve anécdota puede aclarar esta discusión que es casi un sofisma. En cierta ocasión presentamos un

taller de cine y educación en un país de Europa, delante de un público numeroso y variado (24). Al final, un profesor inglés pidió la palabra y tocó exactamente en este punto: “Esto que ustedes hacen es muy peligroso —dijo—. Pueden provocar crisis tremendas en los jóvenes estudiantes”. No tuvimos tiempo de responder porque dos profesores de Finlandia se levantaron y respondieron: “Perdone usted, pero las crisis ya existen y están ahí, con nosotros los profesores, sin nosotros o a pesar de nosotros. Lo que nos asusta es que de este modo se vuelven transparentes”. Nos pareció una respuesta adecuada, pero hubo otra intervención, esta vez de un profesor de Noruega, que añadió el comentario final: “Yo creo que sólo tiene miedo de hacer esto quien tiene miedo de sus propias emociones”. En este momento la discusión se dio por terminada.

Cómo utilizar la educación con el cine en la práctica docente

De que el cine funciona y golpea las emociones no hay ninguna duda. Los diversos géneros de cine, dirigidos a públicos también específicos, muestran en los resultados de taquilla que nuestro mundo no es indiferente a este medio. Cada cual escoge las películas de acuerdo con criterios variados: hay quien lo hace por su gusto, otros por sus estados de ánimo, quien por el momen-

CADA CUAL ESCOGE LAS PELÍCULAS
DE ACUERDO CON CRITERIOS VARIADOS:
HAY QUIEN LO HACE POR SU GUSTO, OTROS
POR SUS ESTADOS DE ÁNIMO, QUIEN POR EL
MOMENTO PERSONAL QUE ATRAVIESA.

to personal que atraviesa. Pero la mayoría espera que el cine le impacte, que dialogue con sus emociones. Cuando el cine nos sitúa en el ámbito de lo cotidiano, reflejando situaciones familiares al espectador que se identifica con ellas, este diálogo emotivo se establece con facilidad. Para los jóvenes —donde se incluyen los estudiantes— el cine les brinda situaciones que todavía no tuvieron oportunidad de vivir, y con ellas una ocasión para reflexionar sobre su propia vida. En fin, el cine nos acompaña como ese dedo que apunta, en las ya citadas palabras del filósofo español Julián Marías.

La sintonía de los jóvenes con el cine es también algo incuestionable. La “generación Net”, a quienes la lectura lineal tradicional supone un esfuerzo para el que no siempre están dispuestos, demuestra una habilidad impar en la comunicación por imágenes, pues son los verdaderos protagonistas de la cultura del espectáculo, donde todo es rápido e inmediato. El cine funciona, en relación con lo que podríamos denominar el “sistema operacional” de la juventud, de los estudiantes. Pero, honestamente, nos debemos preguntar: ¿y todo eso realmente educa? Y si educa ¿cómo hacerlo, cómo establecer una metodología?

Tanto en el cine como en la TV, la temática médica es común y suele tener éxito. Desde que en 1939 se llevó a la pantalla la novela de A. J. Cronin, *La Ciudadela*, hasta nuestros días, pasando por *Patch Adams* y *El Doctor*, para llegar a *House* y *Médico de Familia*, los médicos encajan bien como protagonistas de las películas. También los pacientes les dan la réplica, de modo sufrido como en *Philadelphia*, o envueltos en ficción como en *Gattaca* e *Inteligencia artificial*. No faltan, pues, ejemplos de médicos y de enfermos en el cine. ¿Es suficiente poner películas y dar recados a través del celuloide para educar?

Lo que aquí abordamos es una metodología que trasciende la temática puramente médica para llegar al núcleo de la formación como persona. Es decir, para tener impacto en la educación ética. Aquí se encuentra, quizá, la novedad metodológica que estas líneas quieren mostrar.

La educación de la afectividad a través del cine es un método utilizado hace más de nueve años por la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia (Sobramfa) (25) para formar estudiantes de medicina, jóvenes médicos y profesores de medicina en congresos, talleres, jornadas de actualización y cursos de educación continuada (26). En los últimos cuatro años, la Sobramfa ha desarrollado también, en conjunto con instituciones españolas y de América Latina, programas de formación afectiva con el cine en un ámbito de mayor espectro educativo. Así, programas dirigidos a alumnos de colegios y facultades, profesores, gestores de empresas, directores de recursos humanos, escuelas de formación empresarial, y otros. Esta experiencia está documentada ampliamente en una publicación reciente (27).

La metodología educativa con el cine, a través de *clips* de escenas, comentarios y talleres pedagógicos se describe con detalle en otras publicaciones (22). En todas las ocasiones uno o varios profesores de Sobramfa, con experiencia en utilizar la metodología del cine, están presentes como facilitadores de los talleres de discusión. Las sesiones se inician preguntando a los presentes sobre las expectativas que tienen y el motivo de acudir al taller. La proyección de escenas rápidas en forma de *clips*, acompañada de los comentarios del profesor-facilitador, se sigue por 20 ó 30 minutos. En seguida se abre espacio para una discusión abierta e informal, donde los participantes intercambian lo que la proyección les sugiere: sus reflexiones personales, asuntos evocados por

las escenas vistas; también colocan las dudas, dificultades y los proyectos que, por un motivo u otro, la sesión de cine les trae a colación. Cuando el público presente es muy numeroso, y el tiempo disponible lo permite, las discusiones se organizan en grupos menores para facilitar la participación de todos y, finalmente, se integra

todo el público en una discusión plenaria con las conclusiones y los comentarios de cada grupo.

Sirva como ejemplo el *clip* de escenas con comentarios que se presenta en el cuadro 1. Este clip fue utilizado en la Conferencia pronunciada con motivo del XV Aniver-

Cuadro 1. *Clip* de escenas utilizado en la conferencia “Cine y Educación Médica. Un recurso de formación afectiva en el contexto de la Medicina de Familia” Bogotá, Julio 2009.

Película	Escena	Comentarios posibles (a modo de ejemplo)
El coleccionista de huesos	1:00:49 – 1:02:15	Tienes un don, no lo desprecies.
La leyenda del pianista en el océano	0:28:57 – 0:31:00 0:50:00 – 0:52:40	Suelta los frenos del piano. ¿De dónde sacas esta música? Miro a las personas y toco. Sin perderme en la partitura.
En busca de Bobby Fisher	0:35:00 – 0:37:00	Piensa cómo dar jaque mate en tres jugadas. ¿No consigues sin mover las piezas? Te facilitaré las cosas... Tira todas las piezas.
Instinto	1:09:14 – 1:11:14	¿Qué has perdido? Mis ilusiones.
The Truman Show	1:24:07 – 1: 29:03	Aumentan el viento pero Truman sobrevive porque está atado al barco. Se vuelve una sola cosa con sus ideales.
Casablanca	1: 24: 50 – 1: 25: 20 1: 36: 45 – 1: 37: 40	Ya no se lo que hay qué hacer, qué es lo correcto. Tendrás que pensar por los dos, por todos. Si no subes al avión te arrepentirás. Hoy, mañana, algún día, y para siempre.
El Patriota	2:13:55 – 2:15:40 2:26:17 – 2:28:00	Como se levanta una bandera. Qué es lo que el líder puede hacer, y los otros no. En vez de disparar con armas, levanta la bandera, sin decir nada. Arrastra con el ejemplo.
Tiempos de Gloria	0:50:36 – 0:51:55 1:27:40 – 1:30:00	Se dan las reglas (si el enemigo nos captura, nos matará). Se deja libertad de acción. Solidaridad cuando el sueldo es menor. Estamos listos para el ataque: hace falta algo más que descanso; hace falta carácter, pujanza de corazón.
La habitación de Marvin	0:57 – 0:59 1:26:53 – 1:28:02 1:33 – 1:34	Egoísmo y amor, un dialogo difícil. Tuve tanto amor en la vida. Soy feliz. La ciencia del cuidar. Pocos recursos pero mucha dedicación.
Rescatando al soldado Ryan	1: 48: 30 – 1: 51: 27 2: 36: 21 – 2: 36: 50 2: 38: 40 – 2: 39: 10 2: 39: 25 – 2: 41: 30	Me quedo con los únicos hermanos que me sobran. James, gánatelo. Todos los días reflexiono sobre lo que me dijiste aquel día. He intentado vivir mi vida dignamente, y espero que a tus ojos haya sido suficiente y me haya ganado lo que hicieron por mí.

sario de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana. En esta ocasión, debido al numeroso público presente, no fue posible realizar las discusiones en grupos y la plenaria, que son elementos esenciales en la metodología. Se trató, por tanto, de una demostración de los recursos empleados con el propósito de fomentar la educación afectiva con el cine, y no de una sesión formal de la metodología descrita.

Las escenas presentadas no son de temática médica. Esto es, también, una novedad. No hay necesidad de presentar al estudiante asuntos explícitos en el ámbito de la actuación y de la ética médica, porque la “traducción a la vida personal y profesional” es inmediata por parte de quien asiste a la sesión. Al final, lo que se pretende no es “leer la cartilla de la actuación ética del médico”, sino promover la reflexión. Un método que tiene raíces socráticas y de cuya eficacia los educadores no nos cansamos de sorprendernos. Veamos algunos ejemplos (26):

Este es el comentario de un estudiante presente en una de las sesiones:

“Hay que tener sentido en lo que uno hace. Es como en aquella película donde la protagonista trabaja en una fábrica de osos de peluche. Alguien le dice: ¿cómo puedes ser feliz haciendo esto? Y ella responde: “Yo no fabrico muñecos, sino que hago felices a los niños”.

Los comentarios simultáneos del facilitador no pretenden guiar a conclusiones o indicar la “moralaja” de la fábula. Son reflexiones en voz alta que desafían a que, cada uno por su cuenta, también se atreva a reflexionar con sinceridad. No importa tanto lo que se proyecta (la escena), ni los comentarios, sino lo que cada uno es capaz de pensar y reflexionar. Otro ejemplo de dos estudiantes:

“Pensé que tendría problema para acompañar la película y estar atento a los comentarios del profesor. Pero no. Los comentarios se me adelantaban a lo que yo misma pensaba. Fue una sintonía excelente”.

“No se trata de estar de acuerdo con lo que el profesor comenta. Hay cosas en las que no estoy acuerdo. Pero lo importante no es concordar, sino que los comentarios estimulan mi propia reflexión. Por eso son imprescindibles”.

Finalmente, se podría argumentar una crítica —tal vez una limitación— a esta metodología. Parece que todo depende del “carisma” del facilitador, de su habilidad en subrayar las escenas con los comentarios oportunos. Si bien es verdad que esta habilidad no es despreciable, también hay que aclarar que lo más importante es la dedicación sincera del educador, su voluntad de enseñar, su transparencia al realizar los comentarios que proceden de su propia afectividad estimulada por las escenas. Se puede tener mejor o peor técnica, habilidades sobradas o escasas, pero lo que no puede faltar es el entusiasmo por enseñar. Esta actitud también nos conduce a la ética, como lo señala Marañón:

La conclusión es clara, y al mismo tiempo comprometedor. Para promover la ética, para fomentar el humanismo en los estudiantes hay que ser, de algún modo, un humanista (23).

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el currículum médico no son por tanto propuestas artificiales periféricas —como “pasatiempos” útiles— ya que requieren metodología sistemática, integración moderna. Proponerse crear el hábito de pensar y enseñar

caminos para una reflexión permanente —un verdadero ejercicio filosófico de la profesión— es una preocupación constante entre los educadores, que encuentra espacio en las publicaciones orientadas para educación médica. Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. En facultades de medicina se ofrecen cursos curriculares —obligatorios o electivos—, algunos con experiencia de años de funcionamiento, otros todavía con carácter pionero (29, 30).

Las experiencias educacionales con el cine nos brindan resultados alentadores, y abren nuevas perspectivas en la formación de los futuros médicos. En primer lugar, se crea oportunidad y espacio para discutir cuestiones que, de hecho, ocupan y preocupan al estudiante y que no hay ocasión de abordar en el currículum convencional: temas centrados sobre la afectividad, la postura médica, las actitudes, en fin, valores y cuestionamientos vitales. El educador surge como un facilitador del diálogo entre los alumnos que arranca de las escenas proyectadas para entrar después en su mundo personal. El diálogo enriquece porque permite dividir “lo que fue sentido y vivido”, y se aprende a crecer con las opiniones ajenas, a oír las y respetarlas.

¿Qué advertencias nos trae la posible utilización del cine para la educación afectiva? Sin duda, en primer lugar, el impacto que una educación centrada en la gratificación —y no sólo en la acumulación de datos— proporciona. La gratificación motiva, alimenta las ganas de aprender, se aprende de hecho durante la experiencia, y se abren posibilidades de aprendizaje continuado al contacto con las realidades del día a día. El deseo de aprender desemboca en la reflexión, y de este modo se puede conseguir la integración deseada

y anteriormente comentada: partir de la emoción, de lo concreto, de la imagen, para llegar a construir conceptos y fundamentar lógicamente lo que se aprende. El libre tránsito de las emociones durante la vivencia con el cine, ampliado por la discusión posterior, hace que el alumno, después, fuera de la clase, en contacto con situaciones análogas, añada reflexión a la emoción. El cine es un recurso educativo de alto impacto y, como toda arma con fuerte poder de fuego, requiere cautela en su utilización. Hacerlo de modo apresurado, sin tener claros los objetivos que se persiguen, carecer de experiencia en el manejo de grupos de discusión, impericias técnicas al emplear los medios audiovisuales o hacerlo de modo repetitivo, puede desvirtuar la metodología. Como se ha apuntado, el sincero compromiso docente —el profesor que demuestra su deseo de aprender junto con los alumnos, de crecer a cada día— puede suplir muchas de estas deficiencias.

Surge así una metodología innovadora que puede colaborar en la formación ética y humanística del futuro médico. Una metodología que contempla el contexto cultural del estudiante —delineado por emoción e imagen, cultura del espectáculo— para establecer sintonía y proseguir en la construcción de conceptos. Un intento, con resultados positivos en nuestra experiencia, para fomentar la vertiente humanista de la formación del médico. Y es que hoy, como siempre, no le cabe más remedio al médico que ser humanista si pretende estar a la altura de las responsabilidades que la sociedad le exige. Y tendrá que vivir el humanismo en lo cotidiano, viendo al paciente como persona, considerando su contexto social, familiar y psicológico, demostrando sensibilidad, afecto y ética con el enfermo. Y todo en permanente cordialidad y concordia —*cum*

cordis, corazón con corazón en el decir de Ortega—. Una postura que es vivir, en la práctica diaria, la ciencia y el arte de ser médico.

REFERENCIAS

1. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TR, Altisent R, Blasco PG. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del Portafolio a Estudiantes de Medicina en Brasil. *Persona y Bioética* 2008; 12 (2): 133-144.
2. Blasco PG, Janaudis MA, Levites. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria* 2006; 38 (4): 225-229.
3. Blasco PG. O médico de família, hoje. São Paulo: Sobramfa; 1997.
4. Blasco PG, Otorala MSD, Pastushenko J, Altisent R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Aten Primaria* 2009; 41 (2):103-108.
5. Mendel D. El buen hacer médico. Pamplona: EUNSA; 1991.
6. Ruiz-Calderón JMS. Los principios de la bioética. *Cuadernos de Bioética* 1992; 12 (4): 23-33.
7. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1957.
8. Macintyre A. After virtue. Liverpool: Duckworth; 1981.
9. Ortega y Gasset, J. Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América. Madrid: Revista de Occidente; 1981.
10. Sierra, A. La afectividad: eslabón perdido de la educación. Pamplona: EUNSA- Universidad de la Sabana; 2008.
11. Thibon G. Una mirada ciega hacia la luz. Barcelona: Belacqua; 2005.
12. Ruiz Retegui A. Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la Antropología Cristiana. Madrid: Rialp; 1999.
13. Marías J. La educación sentimental. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
14. Ferres J. Educar en una cultura del espectáculo. Barcelona: Paidós; 2000.
15. Decourt LV. William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. *Revista do Incor*. 2000. São Paulo.
16. Shapiro J. Literature and the arts in medical education. *Fam Med* 2000; 32 (3): 157-8.
17. Blasco PG. Literature and movies for medical students. *Fam Med* 2001; 33(6): 426-8.
18. Whitman N. A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teacher. *Fam Med* 2000; 32 (10): 673-4.
19. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching Humanities through Opera: Leading Medical Students to Reflective Attitudes. *Fam Med* 2005; 37 (1): 18-20.
20. Alexander M, Lenahan P, Pavlov. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
21. González Blasco P, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad. *Aten Primaria* 2005; 36 (10): 566-72.
22. 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.
23. Blasco PG, Alexander M. Ethics and Human Values. In: Alexander M, Lenahan P, Pavlov. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
24. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Workshop: Humanities Through Cinema: Using Movie Clips to Teach Family Medicine Core Values and Address students emotions. In: *Wonca Europe 2006 Meeting: Toward the Medical Reinassance. Bridging the gap between Biology and Humanities*. Firenze; 2006.
25. www.sobramfa.com.br [Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2009].
26. Blasco, PG. *Medicina e Família & Cinema. Recursos Humanísticos na Educação Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
27. Blasco, PG. *Educação da Afetividade através do Cinema*. São Paulo: IEF - Sobramfa; 2006.
28. Marañón G. *Vocación y ética*. Madrid: Espasa-Calpe; 1947.
29. Blasco PG, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Freeman J. Symposium: Arts and humanism in medical education to promote family medicine. In: *Wonca 17th World Conference of Family Doctors; 2004. Conference Program. Abstract n. 3936*.
30. Blasco PG, Roncoletta AF, Moreto G, Gallian DMC, Freeman J. Seminar: Teaching humanities through movies: a cinema course for medical students. In: *36th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2003. Conference Program, p. 58*.

EDUCAR LAS EMOCIONES PARA PROMOVER LA FORMACIÓN ÉTICA

EDUCATING EMOTIONS TO PROMOTE ETHICS EDUCATION

EDUCAR AS EMOÇÕES PARA PROMOVER A FORMAÇÃO ÉTICA

Pablo González-Blasco¹, Graziela Moreto², Marco Aurelio Janaudis³, Maria Auxiliadora de Benedetto⁴,
Maria Teresa Delgado-Marroquín⁵, Rogelio Altisent⁶

RESUMEN

Es común observar entre los médicos una razonable formación técnica que convive con una postura humanística deficiente, que decanta en insuficiencia ética y en falta de profesionalismo. Esta desproporción sugiere que es necesario ampliar el ámbito del humanismo médico y encontrar un nuevo punto de equilibrio, moderno, propio de los días actuales. Enseñar Bioética supone establecer fronteras y normas, pero requiere sobre todo creatividad, ir más allá de lo que está estipulado para hacer por el enfermo todo lo que es posible. ¿Cómo aliar la creatividad a la necesaria prudencia y sabiduría que requiere la formación ética? Los cuestionamientos éticos vienen con frecuencia envueltos en emociones que no pueden ser ignoradas; hay que contemplarlas y utilizarlas porque son un elemento esencial del proceso formativo. Compartir emociones, ampararlas en discusiones abiertas, abre caminos para una verdadera construcción afectiva y fomenta la empatía que aproxima al paciente. Entre los recursos pedagógicos modernos para desarrollar la educación de la afectividad se destacan la narrativa —oír, contar y compartir historias de vida—, el cine y la música —representantes de la actual cultura del espectáculo—, que los autores comentan de acuerdo con su experiencia docente. Las emociones, por sí solas, no son suficientes para educar. Es necesaria la habilidad del docente para conseguir que la emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión y se interiorice. Este proceso es el catalizador que, aprovechando el terreno fértil de la emoción, imprime una huella educativa: se genera la vivencia que es puerta abierta para incorporar actitudes estables y duraderas.

PALABRAS CLAVE: ética, emociones, bioética, enseñanza, relaciones médico-paciente. (Fuente: DeCs, BIREME).

1. Doctor en Medicina. Director científico del Instituto SOBRAFMA, Educación Médica y Humanismo, Brasil.
pablogb@sobramfa.com.br
2. Médico. Doctoranda en Medicina. Directora Internacional, SOBRAFMA, Educación Médica y Humanismo.
graziela@sobramfa.com.br
3. Doctor en Medicina. Secretario General, Instituto SOBRAFMA, Educación Médica y Humanismo.
marcojanaudis@sobramfa.com.br
4. Médico. Doctora en Medicina. Directora de Publicaciones, SOBRAFMA, Educación Médica y Humanismo.
machet@sobramfa.com.br
5. Doctora en Medicina. Profesora asociada, Universidad de Zaragoza, España. mdlgadom@meditex.es
6. Doctor en Medicina. Director académico de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica, Universidad de Zaragoza, España. altisent@unizar.es

FECHA DE RECEPCIÓN:	2012-06-26
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2012-07-06
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2013-03-11
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2013-03-24

ABSTRACT

Among physicians, it is common to see reasonable technical training existing alongside a deficient humanistic stance, which results in ethical shortcomings and a lack of professionalism. This disparity suggests the need to broaden the scope of medical humanism and to find a new, modern balance particular to today's world. Teaching bioethics involves setting boundaries and rules but, above all, it requires creativity and going beyond what is stipulated in order to do all that is possible for the patient. The question is: How to combine creativity with the necessary prudence and wisdom required of ethics education? Ethical issues often are surrounded by emotions that cannot be ignored. Rather, they must be contemplated and used, because they are an essential element in the learning process. This involves sharing emotions, sheltering them in frank discussions, opening up paths to genuinely constructing emotions and encouraging empathy towards the patient. Among the modern educational resources that exist to develop emotional education the narrative is a particularly important one; that is, listening, telling and sharing stories of life - film and music - representatives of the current culture of entertainment, which the authors mention on in light of their teaching experience. Emotions, in and of themselves, are not enough to educate. Skill is required of the teacher to create a situation where emotion is transformed into experience, encourages reflection and is internalized. This process is the catalyst. Taking advantage of the fertile ground of emotion, it leaves an educational footprint by producing the experience that is the gateway to adopting stable and lasting attitudes.

KEY WORDS: ethics, emotions, bioethics, teaching, physician-patient relations. (Source: DeCs, BIREME).

RESUMO

É comum observar entre os médicos uma razoável formação técnica que convive com uma postura humanística deficiente, que decanta em insuficiência ética e em falta de profissionalismo. Essa desproporção sugere que é necessário ampliar o âmbito do humanismo médico e encontrar um novo ponto de equilíbrio, moderno, próprio dos dias atuais. Ensinar Bioética supõe estabelecer fronteiras e normas, mas requer, sobretudo, criatividade, ir mais além do que está estipulado para fazer pelo doente tudo o que for possível. Como aliar a criatividade à necessária prudência e sabedoria que a formação ética requer? Os questionamentos éticos vêm com frequência envolvidos em emoções que não podem ser ignoradas; há que contemplá-las e utilizá-las porque são um elemento essencial do processo formativo. Compartilhar emoções, ampará-las em discussões abertas, abre caminhos para uma verdadeira construção afetiva e fomenta a empatia que aproxima o paciente. Entre os recursos pedagógicos modernos para desenvolver a educação da afetividade se destacam a narrativa –ouvir, contar e compartilhar histórias de vida–, o cinema e a música –representantes da atual cultura do espetáculo– que os autores comentam de acordo com sua experiência docente. As emoções, por si só, não são suficientes para educar. É necessária a habilidade do docente para conseguir que a emoção se transforme em vivência, estimule a reflexão e se interiorize. Esse processo é o catalizador que, ao aproveitar o terreno fértil da emoção, imprime um rasto educativo: gera-se a vivência que é porta aberta para incorporar atitudes estáveis e duradouras.

PALAVRAS-CHAVE: ética, emoções, bioética, ensino, relações médico-paciente. (Fonte: DeCs, BIREME).

ENSEÑAR ÉTICA: UN DESAFÍO QUE REQUIERE CREATIVIDAD

La medicina es, simultáneamente, ciencia y arte. Esta afirmación clásica asume hoy especial relevancia quizá porque se quiera suplir, a base de insistir en el concepto, lo que en la práctica no es tan fácil vivir. El clamor por la ética y por el humanismo médico que diariamente escuchamos recuerda lo que Ortega y Gasset anotaba sobre el ideal que se busca con empeño: un dolor que se siente en el miembro que no se tiene, que nos hace percibir nuestra imperfección y rodar en busca de lo que nos falta (1). La carencia ética en la actuación médica es como el dolor del miembro fantasma: algo que se ha amputado, y que urge recuperar.

Observamos entre los médicos —tal vez con mayor relieve cuando se trata de jóvenes profesionales y de estudiantes de medicina— la convivencia de conocimientos técnicos maquillados con unos adornos humanísticos deficientes. Este desequilibrio explica la penuria ética y, como consecuencia, un desarrollo insuficiente del moderno profesionalismo. Tenemos, como resultado, un médico partido por la mitad: un “mecánico de personas” (2). La ciencia y el arte de la medicina están unidos de modo inseparable, ambas son condiciones necesarias pero no suficientes por sí mismas. Una comparación, quizá poco elegante pero muy gráfica, la asemeja a un conocido producto de confitería: el “brazo de gitano” —el *Rocambole*, como lo denominan en otras lenguas latinas—, donde no es posible separar las diferentes capas. Cuando se corta, viene todo junto: el bizcocho y el relleno. Y el sabor peculiar resulta justamente de la unión inseparable, no de la suma de ingredientes.

La primera cuestión, más que con una respuesta, se aborda con una explicación. El progreso técnico es tan

formidable que ha monopolizado en su totalidad el tiempo de formación de los médicos. Son muchos los conocimientos que nos llegan por minuto, y el periodo de formación en la escuela de medicina y de especialización es limitado. Como bien advertía Ortega y Gasset hace más de ochenta años (3), la Universidad tiene que utilizar la economía del tiempo a fin de enseñar lo necesario para ser un buen profesional, ya que no es posible enseñarlo todo. Y esas decisiones no siempre son acertadas: la hegemonía de la técnica desplaza la formación humanista y ética, igual que un cuerpo dentro de un fluido desplaza el líquido, como postula Arquímedes.

Las circunstancias actuales, de vertiginoso progreso técnico, exigen ampliar proporcionalmente el ámbito del humanismo médico y encontrar un nuevo punto de equilibrio adaptado a nuestros días. El humanismo que hoy se necesita es un humanismo moderno —con cara de siglo XXI en las formas, sin omitir la densidad antropológica de fondo—. Quizá tenemos que admitir que hoy se torna necesario enseñar lo que en otros tiempos las personas sabían por educación y cultura. Y es que en épocas pasadas el médico que no era humanista —que no entendía al enfermo, y no se hacía entender por él— no tenía posibilidad de practicar la medicina. Hoy, la técnica es tan poderosa y abundante, que no es difícil camuflarse con ella para suplir las deficiencias humanas. ¿Cómo construir este nuevo enfoque sin reimprimir de modo ingenuo humanismos de tiempos pasados con aroma de naftalina? Porque es justamente aquí donde han fallado algunos intentos de humanización que, casi espasmódicamente y como sacudiéndose el exceso de técnica que empalaga, proponen reeditar un humanismo de otras épocas. Son como clamores de añoranza que no corresponden —ni se pueden encajar— en la mentalidad actual.

RESTRINGIR LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA
A CASOS ESPECIALMENTE DIFÍCILES, QUE SE
PRESENTAN EN LA VIDA DEL MÉDICO COMÚN
MUY DE VEZ EN CUANDO, ES DESPERDICAR LA
OPORTUNIDAD DE APRENDER LA ÉTICA DEL DÍA
A DÍA, DE LO COTIDIANO.

Se necesita abrir caminos para un nuevo perfil de humanismo médico capaz de armonizar los avances científico-técnicos con las necesidades reales de las personas. Decimos armonizar y no equilibrar: no se trata de contrarrestar la técnica, sino de armonizarla con el humanismo en un arpegio sintónico compuesto por notas, todas diferentes e imprescindibles. Esta es la misión de la Universidad y de todos los que están comprometidos en el proceso formativo de los futuros médicos. Enseñar a atender al enfermo en toda su dimensión humana y no solo sectorialmente es el desafío principal de hoy día en la educación médica. Se hace necesario un conocimiento profundo de la enfermedad y de la personalidad de quien enferma, de lo que la técnica es capaz de evaluar y de la intimidad que la intuición profesional revela. En esto consiste el nuevo humanismo médico capaz de armonizar los cuidados que el paciente necesita (4).

La segunda pregunta es directa y desafiante: ¿está funcionando el modo de enseñar la Bioética? ¿Las iniciativas educativas en este campo son realmente eficaces? No cabe aquí la descripción detallada de diversos programas y asignaturas. Pero lo que es evidente es que el interés por el aprendizaje de una determinada materia es directamente proporcional a su utilidad, o mejor, al provecho que es posible apreciar cuando se incorporan

esos contenidos. Y, por eso, vale preguntarse: ¿cómo surgen los dilemas de la ética cotidiana? Sin duda, cuando nos encontramos delante del paciente. Es la vida misma, la práctica asistencial clínica, la que nos desafía con los interrogantes éticos. Es esa justamente la ocasión perfecta y real donde la formación bioética podría “cuajar” e incorporarse al buen hacer médico. Las clases magistrales y la Bioética teórica se muestran claramente insuficientes (5).

La enseñanza de la Bioética, para ser atractiva, debería tener una estrecha relación con los interrogantes que la vida de médico —o de estudiante de medicina— nos pone diariamente. La formación ética sería así el recurso necesario para que la acción médica, en respuesta a esos dilemas, esté impregnada de esa dimensión esencial que hace del médico un profesional humanista. Y esto, lo sabemos por experiencia, no siempre ocurre en la enseñanza de esta disciplina.

¿Por qué esta dificultad práctica? ¿Quizá porque los especialistas en Bioética se centran en un mundo dramático e ignoran los problemas cotidianos, tal vez “de poca monta”, pero que son los que producen perplejidad en los primeros años de ejercicio médico? Restringir la enseñanza de la Bioética a casos especialmente difíciles, que se presentan en la vida del médico común muy de vez en cuando, es desperdiciar la oportunidad de aprender la ética del día a día, de lo cotidiano (6). Sería inútil analizar la ética del fin de la vida —eutanasia y variaciones sobre el tema— si no se comenta, de modo franco, la ética de la vida, de los “buenos días”, del “saber sonreír”, y de cómo “conquistar la confianza del enfermo”, por ejemplo, para hablar abiertamente sobre las voluntades anticipadas. Esa ética, que se mezcla con la decisión clínica, con la opción terapéutica, con el trato afable con el enfermo

ENSEÑAR BIOÉTICA SUPONE ESTABLECER FRONTERAS Y NORMAS, PERO REQUIERE SOBRE TODO CREATIVIDAD, IR MÁS ALLÁ DE LO QUE SEÑALAN LAS LEYES, PARA HACER POR EL ENFERMO TODO EL BIEN QUE NOS RESULTA POSIBLE, LÓGICAMENTE RESPETANDO SU AUTONOMÍA.

y su familia es la que resulta verdaderamente atractiva —¡y necesaria!— para los médicos y estudiantes en formación.

Mientras la Bioética sea una disciplina que corra en paralelo al resto de la ciencia médica con intersecciones solo en momentos de graves dilemas, viviremos la frustración de formar médicos que contemplan la ética como algo propio de circunstancias estelares, reservado a expertos que descienden como profetas para decirles lo que está bien y lo que está mal. Se le podrá dedicar más tiempo a la asignatura, hacerla obligatoria, pero no dejará de ser algo yuxtapuesto si no se encuentra el modo de que impregne capilarmente toda la formación médica. El objetivo es embeber la educación universitaria de una cultura ética, de modo longitudinal, continuo, práctico, accesible y, muy importante, atrayente (7).

Enseñar bioética supone establecer fronteras y normas, pero requiere sobre todo creatividad, ir más allá de lo que señalan las leyes, para hacer por el enfermo todo el bien que nos resulta posible, lógicamente respetando su autonomía. La Bioética es, entonces, una fuente de obligaciones que cada uno se crea para desempeñar mejor la función de médico. “El deber que se nos exige es solo un pretexto para que inventemos otros deberes”, decía Marañón (8).

Este es el modelo ético que, conciliando objetividad y subjetividad, apoyándose en una ética de los valores, hace

énfasis en la persona. Contempla el caso personal —que tiene un nombre concreto, el de aquel enfermo— con atención, con cariño, sin limitarse a aplicar códigos y reglas, busca hacer siempre lo mejor sin contentarse con lo que está obligado, por normas o legislaciones. Es una ética que encaja perfectamente con la medicina centrada en el paciente —no en la enfermedad— que es la acción propia del médico humanista.

Este modelo de actuación depende del sujeto, del médico que actúa en la práctica diaria. Son sus virtudes las que complementan y “personalizan” las normas objetivas haciendo de la ética algo personal que incide sobre el modo de cuidar del enfermo. Su baremo no se agota en no cometer infracciones sino que persigue el deseo de ayudar lo mejor posible. Esto es lo que algunos denominan, acertadamente, el “bien hacer médico” (9). Enseñar Bioética es, en este punto, construir un sujeto capaz de tomar las decisiones correctas. No se trata tanto de construir códigos de conducta como de formar profesionales conscientes, que sean capaces de encarar con prudencia las decisiones que deben tomar (10).

Es evidente la creatividad y la gran responsabilidad que la formación en Bioética entraña. Requiere prudencia, ponderación, verdadera sabiduría. Y en el fondo, este es el único medio de responder a los cuestionamientos prácticos que la vida le coloca en lo cotidiano. No es temerario concluir que una Bioética centrada en la persona exige un compromiso del médico que la abraza como

modelo, porque depende directamente de un estándar de vida virtuoso que rige toda la actuación profesional. Difícilmente sabrá decidir con sabiduría quien no se esfuerce por ser virtuoso, pues la sabiduría es ciencia del corazón y no sencilla teoría. Es verdad que se puede actuar correctamente, observando los principios éticos y deontológicos, sin querer ir más lejos. Pero esta postura “aséptica” encierra la peor de las virulencias: la omisión, “dejar de hacer todo el bien que se podría hacer”. Para quien tiene el privilegio de trabajar con la vida humana la omisión puede ser la peor de las faltas.

Visto lo anterior podríamos preguntarnos, ¿cómo se enseña y se promueve este modelo ético? ¿Mediante conceptos teóricos, explorando referenciales éticos y modelos filosóficos? ¿Será esto suficiente para que se incorpore la postura ética que debe impregnar la acción médica en todo su amplio espectro? ¿Cómo aprendemos ética en la vida, en la formación humana y familiar? Con ejemplos, con historias de vida. Las “historias de las abuelas” —comentaba alguien acertadamente— son una escuela formidable de ética. Y sabemos por experiencia que es así.

¿Cómo aliar la creatividad a la necesaria prudencia y sabiduría que requiere la formación ética? La afectividad humana nos abre un panorama que merece una reflexión aparte.

EMOCIONES Y ÉTICA

Un pensador contemporáneo nos ofrece una importante sugerencia de cómo las emociones influyen en el actuar ético.

Se es más fiel no cuando se piensa mejor, sino cuando se siente más profundamente. Esta sensibilidad profunda conecta con las profundidades del espíritu. Lo verdaderamente espiritual tiene

más afinidades con lo sensible que con lo intelectual, y se inserta más fácilmente en una emoción corporal auténtica que en una opinión de la razón o en un movimiento apasionado del yo [...] *Para el hombre sacudido por la tempestad de la tristeza no es ningún crimen el contradecirse.* Esta frase de Sócrates es una de las más humanas que se hayan pronunciado jamás. No se puede recriminar a un infeliz que sea ilógico. La lógica, instrumento perfecto para la administración de las esencias ideales, falla lamentablemente en el hombre concreto, esa mezcla contradictoria de finito y de infinito. Y especialmente en la desgracia, que es la contradicción vivida desde dentro, lo absurdo a lo vivo (11).

La afectividad tiene una estrecha relación con la vida virtuosa del médico humanista.

“Las virtudes son disposiciones no solo para actuar de manera particular, sino para sentir de manera particular. Actuar virtuosamente no es actuar contra la inclinación; sino actuar a partir de una inclinación formada por el cultivo de las virtudes. La educación moral es una *education sentimentale*” (12).

Ortega y Gasset nos advierte que “el hombre hace la técnica, pero al hombre lo hace el entusiasmo. Si el brazo mueve a su extremo el utensilio, no se olvide que, puesto a su otro extremo, mueve al brazo un corazón” (1). No se puede prescindir de las emociones, del entusiasmo, de la afectividad que nos motiva.

Los cuestionamientos éticos vienen con frecuencia envueltos en emociones. Son dilemas que tocan nuestra afectividad, nos afectan, mueven nuestros sentimientos. Se requiere creatividad para abordar nuevos paradig-

mas de enseñanza, aunque esto nos obligue a explorar nuevos territorios. La dimensión afectiva —educación de las emociones— se presenta con particular destaque en los días de hoy, cuando de educar se trata. Las emociones no pueden ser ignoradas; es más, hay que contemplarlas y utilizarlas porque son un elemento esencial del proceso formativo. En el moderno contexto cultural se puede afirmar que las emociones son como la puerta de entrada para entender el universo donde el estudiante transita, se mueve y, consecuentemente, se forma.

Sabemos, como fruto de la experiencia, que muchas de las cosas importantes de la vida no se transmiten por argumentación, sino a través de un proceso diferente, afectivo, que más tiene que ver con el amor que se ponga en educar, que con razonamientos especulativos. Partiendo de esta experiencia, Ruiz Retegui (13), en su ensayo sobre la belleza, comenta un dato de la cultura vigente: hoy se practica un culto a la estética

desvinculado de los otros valores propios del ser, de lo que clásicamente se conoce por trascendentales. Mientras que en los clásicos lo bueno, lo bello y lo verdadero aparecen siempre unidos, se respira hoy el divorcio de estos conceptos. Se habla de estética, de belleza, sin atender a la verdad. Tal vez por esto, cuando de educar la sensibilidad se trata, surge la duda —casi miedo, diríamos— con la que muchos educadores se debaten, de si no sería un riesgo educar la sensibilidad, trabajar las emociones, mientras que los otros valores (el bien, la verdad) permanecen

EN EL MODERNO CONTEXTO
CULTURAL SE PUEDE AFIRMAR
QUE LAS EMOCIONES SON COMO
LA PUERTA DE ENTRADA PARA
ENTENDER EL UNIVERSO DONDE EL
ESTUDIANTE TRANSITA, SE MUEVE Y,
CONSECUENTEMENTE, SE FORMA.

difuminados, son conceptos ambiguos. Se prestaría atención a lo que es bonito estéticamente, sin atender a si es o no verdadero. ¿No se estaría promoviendo, de este modo, una educación ficticia, superficial, que no alcanzaría el núcleo de la persona, capaz de fomentar valores y actitudes? ¿No estaríamos dejando la verdad en un segundo plano y nos guiaríamos, sin más, por lo que es estéticamente agradable?

Este mismo autor (13) nos ofrece una explicación oportuna. Educar a través de la estética no es preten-

der anclar en la emoción y en la sensibilidad todo el cuerpo de conceptos necesarios para construir los valores de la persona. Lo que se pretende es provocar la reflexión, condición imprescindible para cualquier intento de construcción de la personalidad. Se puede enseñar técnica o incorporar habilidades sin reflexionar, pero no se pueden adquirir virtudes o cambiar las actitudes sin reflexión. Hay que pensar, o mejor, hay que hacer pensar, y para esto sirven

la estética y las emociones que la acompañan. Se trata de establecer un punto de partida, como una pista desde la que se pueda despegar para un aprendizaje más profundo. Empezar por lo que es bonito y estéticamente bello, lo que “nos toca la emoción”, para después zambullirse en la construcción de valores que además de ser atractivos tenga auténtico fundamento.

¿Cómo se trabajan las emociones en este contexto? Hay que recordar que en la cultura griega, en la medieval y

COMPARTIR EMOCIONES, AMPARARLAS EN
DISCUSIONES ABIERTAS, ABRE CAMINOS PARA
UNA VERDADERA CONSTRUCCIÓN AFECTIVA
QUE LA CULTURA ACTUAL IMPONE.

renacentista el medio principal de educación moral era contar historias (12). Contar historias es la sustitución posible que salva la imposibilidad de que todos los hombres pasen por la amplia gama de experiencias intensas que el ser humano es capaz de atravesar. Las artes que cuentan historias —teatro, literatura, cine, ópera— tendrían esta función de suplir lo que la mayoría no es capaz de vivir personalmente. Y con la experiencia “vivida a través del arte contador de historias” se puede producir lo que Aristóteles denominaba “catarsis”. Una “catarsis” que si no puede ser vivenciada por la propia experiencia vital, puede ser facilitada por la historia que nos llega en forma de arte. No es, por tanto, función del arte servir de pasatiempo o diversión, sino provocar sentimientos —alegría, entusiasmo, rechazo, aprobación, condena— para configurar el corazón de las gentes. Este, y no otro, era el papel de la tragedia griega, la provocación de la catarsis, entendida con doble significado. Por un lado, provocar una verdadera limpieza orgánica, como si de un purgante se tratase; por otro, y aquí surge la perspectiva educacional, mediante la catarsis es posible colocar “en su sitio” los sentimientos acumulados —emociones— que la mayoría de las veces se amontonan de modo desordenado en la afectividad. Como vemos, la versión educativa ética de “las historias de las abuelas” tiene un referencial teórico clásico absolutamente consagrado.

En el universo de hoy las emociones son actores principales en el escenario de la educación. Educar, por

tanto, tendrá que contemplar las emociones —nunca ignorarlas— y aprender a aprovecharlas y a colocarlas en su verdadero lugar, facilitando la catarsis, el libre fluir de las mismas. Compartir emociones, ampararlas en discusiones abiertas, abre caminos para una verdadera construcción afectiva que la cultura actual impone.

Educación sentimental, educar los sentimientos. Una propuesta ambiciosa que debe ser convenientemente pensada para entender el papel del educador. Un papel novedoso, ya que los sentimientos del educando no dependen en absoluto de la voluntad docente del educador. Los sentimientos, en rigor, no se educan; se promueven, se aprecian, se enseña cómo saborearlos. Todo funciona como un intento donde se muestran los caminos para que el deseo se eduque, como si de una formación del paladar afectivo se tratase.

¿Cómo prepararse para ese desafío educativo? Bien lo diseña un estudioso del tema:

La tarea del educador no es precisamente acabar con el error, porque el error es condición inherente a una naturaleza humana imperfecta. En cambio, sí debe conseguir que brille la verdad y será la luz de la verdad la que consiga disipar las tinieblas del error, la mentira y el equívoco. Un educador “matando” errores no pasa de ser un dialéctico en inminente riesgo de convertirse en sofista [...] Aristóteles afirmó que sus lecciones de ética eran inútiles en quienes no tuvieran la formación apropiada. Se puede entender algo intelectualmente, pero si afectivamente no hay disposición positiva en esa dirección, todo el discurso resultará estéril. Lo que entre por un oído saldrá por el otro (14).

LAS HUMANIDADES, INCORPORADAS EN EL PROCESO FORMATIVO ACADÉMICO, CONSTITUYEN UN IMPORTANTE RECURSO QUE PERMITE DESARROLLAR LA DIMENSIÓN HUMANA DEL PROFESIONAL, QUE ES JUSTAMENTE LA QUE EL PACIENTE MEJOR NOTA, Y SOBRE LA QUE HACE RECAER SUS SOLICITACIONES.

Todo este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad de cada persona. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo —y la reflexión sobre lo que se siente, lo que agrada, en fin, sobre las emociones— vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que es una verdadera Educación Sentimental (15).

Las humanidades, incorporadas en el proceso formativo académico, constituyen un importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional, que es justamente la que el paciente mejor nota, y sobre la que hace recaer sus solicitudes. El paciente quiere, sobre todo, un médico educado, esto es, alguien que no tenga solo conocimientos técnicos, sino que sea capaz de entenderlo como un ser humano que tiene sentimientos, que busca una explicación para su enfermedad, y requiere respeto y amparo en su sufrimiento (16). Para trabajar con estas realidades las humanidades ayudan y, sobre todo, educan. Ya decía sir William Osler que las humanidades son como las hormonas que catalizan el pensamiento y humanizan la práctica médica. Educar es mucho más que entrenar habilidades: implica crear una actitud reflexiva y un deseo continuado de aprender.

Emociones que se educan cuando se frecuentan las humanidades. Emociones que nos aproximan al mundo

del paciente para mejor entenderlo. Un arco voltaico que crea un recurso sobre el que se presta tremenda atención en la actualidad: la empatía.

EMOCIONES Y EMPATÍA: UN CAMINO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Cuidar bien del enfermo supone conocer la enfermedad y conocer al enfermo que la padece. Entre las habilidades que garantizan la calidad de esa relación la empatía ocupa un lugar destacado.

El término empatía, original del griego *empathēia*, significa saber apreciar los sentimientos de otros. Se incorpora en 1918 al ámbito médico como un elemento presente en la relación médico-paciente que facilita el diagnóstico y la terapéutica (17). En el contexto de la educación médica la empatía presenta un espectro amplio y variado. Hay autores que la sitúan predominantemente en el ámbito cognitivo, significando el entendimiento de las experiencias y preocupaciones del paciente, aliada a la capacidad de comunicación (18). Otros autores la definen como habilidad comportamental, basada en la dimensión afectiva y cognitiva simultáneamente (19). Otros la sitúan en el registro afectivo como capacidad de percibir las vivencias y los sentimientos del paciente.

Apurando todavía más el concepto de empatía se advierte la necesidad de distinguir entre empatía y simpatía (20). La simpatía incluye de manera exclusiva atributos afectivos

LA EMPATÍA PUEDE CONSTITUIRSE COMO UN PUENTE ENTRE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS Y LA MEDICINA CENTRADA EN EL ENFERMO: UN CAMINO PRÁCTICO PARA INCORPORAR LOS PROGRESOS TÉCNICOS Y TRADUCIRLOS EN CUIDADO EFICAZ DEL PACIENTE.

tivos y emocionales, mientras que la empatía conservaría la vertiente cognitiva y afectiva simultáneamente. El médico simpático corre el riesgo de dejarse influenciar por su propia emotividad, comprometiendo la actuación profesional. El médico empático comparte comprensión, mientras que el simpático comparte solo emociones (21). La empatía sintoniza con la calidad del sufrimiento y de la experiencia del enfermo, mientras que la simpatía lo hace solamente con la cantidad y grado de las emociones. La mayoría de los autores coinciden en la dificultad que supone separar los atributos cognitivos de los emotivos; pero lo que es consenso es que para desarrollar ambos componentes y mantener viva la empatía es necesario evitar el exceso de preocupación consigo mismo. Quien está centrado en sus propios problemas no consigue ayudar a otro eficazmente (22).

La empatía puede constituirse como un puente entre la medicina basada en evidencias y la medicina centrada en el enfermo: un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducirlos en cuidado eficaz del paciente. Y la cuestión que se origina aquí no es tanto desmenuzar los atributos de la empatía —afectivos o cognitivos— como saber si esta es calidad que se puede enseñar o es algo innato. ¿Nacemos con capacidad fija de empatía o podemos aprender a ser empáticos? ¿Es una calidad susceptible de modificaciones?

Estudios recientes demuestran el deterioro que la empatía sufre durante los años de formación médica. Los estudiantes que, en los primeros años de la facultad,

conservan el entusiasmo por ser médico y se muestran sensibles al sufrimiento del enfermo, pierden esa capacidad con el paso del tiempo (23, 24, 25). En los años finales de la formación universitaria se crea una cultura de distanciamiento del enfermo para no implicarse emotivamente. Es, quizá, un mecanismo de defensa que aparta del sufrimiento ajeno delante del cual se palpa la propia impotencia. Esta actitud impersonal compromete la empatía (26), desgasta el ideal (27) y apunta la necesidad de una educación afectiva (28) para conservar la empatía durante los años de formación médica.

Otros estudios demuestran que durante la formación de diversos profesionales de salud la empatía sufre cambios positivos o negativos, por ejemplo, el empobrecimiento que se observa al aplicar la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) entre estudiantes de medicina del tercer año, con puntuaciones más bajas que los del segundo (29); o entre estudiantes del mismo año, mostrando una erosión de la empatía a lo largo del curso (30).

Existen instrumentos para evaluar la empatía, aunque son de alcance limitado, pues la investigación es todavía escasa. Así escalas como la Interpersonal Reactivity Index desarrollada por Davis (31), The Hogan Empathy Scale (32) y la Emotional Empathy de Mehrabian e Epstein (33). Concretamente para el contexto del cuidado del enfermo y la educación médica se viene utilizando la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) (34). Estas herramientas de evaluación distan de ser perfectas, tienen ventajas y desventajas. Así, la escala de Davis

evalúa de modo multidimensional, abordando aspectos cognitivos y afectivos. La escala de Jefferson se dirige específicamente a los profesionales de la salud, pero no contempla la dimensión afectiva de la empatía.

De cualquier modo, lo que está claro es que el nivel de empatía puede cambiar y, en este caso, deteriorarse. Intervenir en este proceso consistiría más que en enseñar cosas nuevas —“enseñar a ser empático”— en prevenir su pérdida. Las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla; algo análogo a lo que se practica en prevención en salud: todo el mundo envejece, pero se puede hacerlo de muchas maneras, unas más saludables que otras.

Pensar en estrategias educativas en tema tan delicado invoca el recuerdo de un estudio singular publicado hace más de 25 años (35), donde se confeccionaba una lista de 87 características deseables en el buen médico. En este estudio se mezcla de modo elegante la importancia de cada una de las características con la facilidad o no de enseñarla. A modo de ejemplo, el autor —por cierto, cirujano— comenta que se siente capaz de enseñar durante los años de formación cómo se practica una laparotomía exploratoria, pero no está seguro de conseguir enseñar a sonreír educadamente al enfermo inspirándole confianza. El resultado del estudio ofrece una lista ordenada por importancia y por dificultad de enseñar las diversas características, organizadas según un índice (NTII- Nonteachable important index). En lo alto de la lista justamente figuran las características relacionadas con la empatía: comprensión, motivación e idealismo, compasión, deseo de ayudar, entusiasmo por la medicina, dedicación al trabajo. Todas importantísimas, pero consideradas muy difíciles de enseñar.

Estos resultados que, a primera vista, provocan desánimo, pueden ser ajustados por otros datos recientes, ahora en

versión neurofisiológica (36, 37), donde se apunta que la empatía puede ser estimulada a través del ejemplo. Las denominadas “neuronas-espejo”, donde también se modulan la emoción y el comportamiento, se activan cuando perciben las acciones de otra persona, y lo hacen de modo espontáneo involuntario, sin integrarse en el razonamiento (38). Hay varios trabajos que muestran el mecanismo por el que las neuronas-espejo se relacionan con la percepción empática (39, 40, 41).

Estos nuevos datos plantean otro problema: ¿es la empatía algo que realmente se aprende, o se trata de una sencilla imitación inconsciente? ¿Habría siempre que pasar por experiencias propias de enfermedad —o de seres queridos enfermos— para crecer en empatía? Esa situación es conocidamente eficaz como elemento formador, pero ¿es el único modo? El tema del ejemplo en un escenario de aprendizaje se coloca aquí como posibilidad real, moduladora de la empatía, como prevención de la erosión. El buen ejemplo educa, así como deforma el malo. Los estudiantes y médicos jóvenes son inspirados —para bien, o para mal— por las actitudes que contemplan en sus profesores y formadores. Es el modelo del aprendiz junto al maestro, de corte clásico desde las corporaciones de oficio en la Edad Media. Actuar junto al enfermo, viendo cómo se hace, calcando los pasos del profesor, permite incorporar actitudes y comportamientos que delinean el estilo profesional futuro (42).

El ejemplo que promueve la empatía puede venir también de las posibilidades que las humanidades ofrecen en el contexto de la educación médica. El arte, que imita la vida, ofrece situaciones variadas donde el alumno es capaz de incorporar las características “difíciles de enseñar por los métodos tradicionales” (43). Volveremos sobre el tema más adelante.

Finalmente, vale anotar que los programas educativos dirigidos a promover la empatía son todavía escasos y de resultados poco alentadores (44). Y aquí cabe una reflexión tejida alrededor de la notable publicación de una autoridad consagrada en la materia (45). Por decirlo con pocas palabras, que no dispensan la lectura del original: es muy difícil promover el desarrollo de la empatía sin tener en cuenta las emociones del educando. La respuesta emotiva del estudiante, al contacto con la enfermedad, con el sufrimiento y con la muerte, suele ser inadecuada porque está pautada en su propia vulnerabilidad. Siente la impotencia muy de cerca y, habitualmente, no se le da espacio para que la trabaje, para que hable de ella con franqueza. Esa omisión docente —no dar lugar a la discusión que, envuelta en emociones confusas, debería procesar la duda ética— genera en el estudiante una repulsa afectiva, un distanciamiento que, como siempre, encuentra amparo en la técnica. Un amparo insuficiente, una desnutrición ética que hace que el educando utilice la técnica en vez de la empatía para aproximarse al enfermo. En ese momento, la comprensión se transforma en diagnóstico y pronóstico, y el cuidado se convierte en intervención.

Es un ejemplo claro de que, aun con buena voluntad, cuando se utilizan solamente los recursos que se conocen y que se saben manejar —la técnica—, y se omiten otros —la empatía— que tendrían una función esencial, el resultado es insatisfactorio. El educador tiene que estar atento a estos momentos cruciales donde emergen las emociones del educando, y verlos como una oportunidad formativa. ¿Cómo se puede pretender que el médico comprenda el sufrimiento del paciente si no consigue trabajar sus propias emociones? Es responsabilidad del formador proporcionar un ambiente donde se puedan exponer las angustias, los miedos y las fragilidades; per-

mitir compartirlas y trabajarlas con esmero docente para así promocionar la madurez afectiva y el consecuente desarrollo de la empatía.

LAS NARRATIVAS: PROYECTAR Y TRABAJAR LAS PROPIAS EMOCIONES

Los dilemas éticos que surgen en la práctica médica diaria no siempre se resuelven satisfactoriamente con principios preestablecidos y con los códigos deontológicos. El abordaje convencional mediante la amplia gama de procedimientos disponibles para el análisis de casos resulta a menudo muy útil, sin embargo hay detalles específicos de la relación médico-paciente que, siendo sustanciales, no son contemplados y permanecen invisibles (46).

La insatisfacción es mayor en el caso de los estudiantes en prácticas clínicas, que además de molestos se sienten decepcionados. Son las exploraciones, por poner un ejemplo, de un paciente con hepatomegalia practicadas por una decena de estudiantes consecutivamente; o el paciente diabético que se niega a utilizar insulina y que encuentra una actitud hostil y amenazadora por parte del médico que no respeta su autonomía. O la tan común como difícil comunicación al paciente de que está fuera de posibilidades terapéuticas, la transmisión de noticias que puede amputar la esperanza. ¿Será mejor dejarlo en la ignorancia para evitar crisis? Como anota el escritor de una conocida obra, “los esfuerzos heroicos que los médicos realizan para prolongar la vida de pacientes gravemente enfermos, no sabemos si interpretarlo como actitud salvadora o torturadora” (47). Los progresos alcanzados por la moderna tecnología y por la ética regulada por normas quizá ha acentuado, en vez de disminuir, las dudas e incertidumbres de la vida cotidiana (48). Se hace necesario buscar alternativas.

La ética narrativa es uno de los caminos adoptados para salvar las limitaciones que el modelo biomecánico genera en forma de dilemas éticos. El estudio de historias reales o de ficción se convierte en importante recurso para el entendimiento de las cuestiones éticas. Y la contribución de la narrativa para la ética se da por medio del contenido de las historias y a través del análisis de su forma. Es decir, importan las historias que se cuentan, cómo se cuentan y por qué es importante contarlas (49).

Desde hace más de cinco décadas existe un movimiento médico que busca trascender el modelo biomecánico para llegar a un modelo biopsicosocial y espiritual. Es el método centrado en la persona, no en la enfermedad (50). Es dentro de este modelo donde se encuentra terreno fértil para que la ética médica germine y se extienda después a todas las especialidades. En este contexto, las narrativas que surgen en los escenarios docentes representan un papel importante en la enseñanza ética porque permiten contemplar al paciente en su totalidad. Y por totalidad nos referimos a sus dimensiones física, mental, emocional, espiritual, cultural y social; y, también, a cómo todas estas dimensiones influyen en los procesos por los que se instala la enfermedad, así como en la cura, o en la paliación de la misma.

Desde 1970 las escuelas de medicina americanas utilizan textos literarios en los currículos para fomentar la discusión ética (51). Las narrativas literarias proporcionan oportunidad de reflexionar sobre temas como el dolor, el sufrimiento y la muerte, que son parte de la vida cotidiana del médico y que, por los motivos antes comentados (45), difícilmente se abordan en el currículo oficial. El contacto con estas cuestiones, aun tratándose de ficción, prepara al médico para enfrentarlas en su día a día (52).

LA ÉTICA NARRATIVA ES UNO DE LOS CAMINOS ADOPTADOS PARA SALVAR LAS LIMITACIONES QUE EL MODELO BIOMECÁNICO GENERA EN FORMA DE DILEMAS ÉTICOS.

Escuchar atentamente las historias de los pacientes —aun tratándose de aspectos que en apariencia no influyen en la historia clínica— tiene un efecto terapéutico de fácil comprobación. Cuando se expresan los sentimientos, las creencias, la visión del mundo —mediante la palabra hablada— delante de un interlocutor empático y compasivo, o cuando se escribe —en prosa o poesía— el enfermo organiza el caos que la enfermedad provocó (53, 54) y encuentra, muchas veces por sí mismo, las soluciones que no conseguía vislumbrar cuando se sentía solitario, cercado por sus problemas (55).

Saber escuchar es arte que necesita ser practicado con tenacidad. Las historias de los pacientes son más que una enumeración de eventos contados de modo lineal, como ocurre con los síntomas de la enfermedad. Las historias están saturadas de emoción, de sentimientos, y solicitan una interpretación (56). Una misma historia puede ser contada y comprendida de forma diferente por distintas personas (57).

En los escenarios docentes, el compartir las historias —las de los pacientes, y las vivenciadas por los mismos alumnos al atender a los pacientes— favorece el entendimiento amplio del enfermo, pues se combina el conocimiento biomédico con la dimensión personalista que la historia conlleva (58). Cuando se trata de pacientes terminales, y de situaciones complejas, las historias están repletas de abundantes cuestiones éticas. Son historias que piden

a gritos ser contadas. En este compartir reflexivo los problemas éticos afloran, las emociones y sentimientos incómodos son integrados con mayor entereza, y las decisiones éticas se abordan con mayor lucidez y eficacia (59).

El efecto benéfico de las narrativas se produce también en los médicos que como testigos compasivos escuchan con atención: se fortalece la relación terapéutica en la práctica clínica. Y cuando son los médicos los que escriben las experiencias vividas con los pacientes, también sus propias emociones se organizan y, colocadas serenamente en su lugar, contribuyen para construir el profesionalismo ético (60).

EDUCAR CON CINE Y MÚSICA: EMOCIONES EN UNA CULTURA DEL ESPECTÁCULO

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida a otro elemento integrante del universo del educando: la cultura del espectáculo (61). El estudiante llega hasta el educador anclado en una formación que privilegia la información rápida, el impacto emotivo, la intuición en vez del razonamiento lógico. Y esto no solo en lo que a educación se refiere, sino en el propio modo de ver —casi diríamos de sentir— la vida. Predomina una cultura de la prisa, donde apenas queda espacio para la reflexión. Las personas se refugian en la velocidad, son empujadas a vivir el presente, y por la prisa no consiguen frecuentar el pasado. Un contexto cultural de lo fragmentario, de lo rápido y sensorial, que se traduce en actitudes que priorizan lo inmediato

y la impaciencia. Diariamente comprobamos el hábil manejo de teléfonos móviles, Ipad, Tablet, durante las clases y en los momentos más inverosímiles, donde los estudiantes buscan información, actualizan sus redes sociales, se comunican.

En la “cultura del espectáculo” lo sensorial es potenciado porque alcanza directamente al espectador provocando emociones, sin pasar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se “comprende un concepto”, y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Las emociones derivan de los significantes, sin necesidad de entender los significados, el contenido conceptual. Las respuestas racionales —“estoy de acuerdo o no estoy”— se ven sustituidas por “me gusta o no me gusta”, que son respuestas emotivas que el espectáculo despierta.

CONTEMPLAR ESTE PANORAMA DESDE UNA PERSPECTIVA EDUCACIONAL SE TRADUCE EN UNA ADVERTENCIA: LA REALIDAD QUE SE NOS PRESENTA —SATURADA DE EMOCIÓN E IMAGEN SENSIBLE— NO SIGNIFICA QUE EL RAZONAMIENTO Y LA COMPRENSIÓN INTELLECTUAL NO SEAN NECESARIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CONCEPTOS EN EL APRENDIZAJE.

Contemplar este panorama desde una perspectiva educacional se traduce en una advertencia: la realidad que se nos presenta —saturada de emoción e imagen sensible— no significa que el razonamiento y la comprensión intelectual no sean necesarios para la construcción de los conceptos en el aprendizaje. Continúan siendo tan necesarios como siempre fueron, pero ahora más que nunca queda claro que no son suficientes. Todo indica que, a menudo, habrá que pasar primero por las emociones como una puerta de entrada para posteriores construcciones lógicas y especulativas. El umbral de la

sintonía con el estudiante parece estar hoy constituido por emoción e imagen, y quien vive acostumbrado a guiarse por el sentimiento —emociones provocadas por imágenes externas o internas— difícilmente aceptará el razonamiento lógico si la emoción y la imagen no le facilitan el camino.

Lenguaje de emoción en la cultura de la imagen: he aquí una frecuencia en la que es posible sintonizar con el universo del estudiante. Y con estos nuevos registros de comunicación el educador tiene que repensar su postura. Ignorar las emociones sería ingenuidad; temerlas, por abrigar el recelo de una educación superficial, tampoco parece una actitud creativa. Lo mejor, sin duda, será incorporarlas situándolas en el papel donde pueden ser más eficaces: activando el deseo de aprender como elemento de motivación inserido en una cultura moderna.

¿Cómo se opera la metamorfosis del concepto en algo concreto, sensible, al gusto del consumidor universitario actual? Contar historias es uno de los modos posibles. En una cultura del espectáculo, saturada de imágenes, emoción e intuición, lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejemplo que nos afecta y se traduce en imágenes. Un terreno fértil que abre posibilidades educativas para dos recursos que encajan en “la cultura del espectáculo”: el cine y la música.

Nuestras experiencias educativas con el cine han sido ya ampliamente comentadas en esta revista (62) y en otras publicaciones (63, 64, 65). El cine, despertador de emociones, encaja perfectamente dentro de la cultura del espectáculo.

De modo breve se podría añadir que las discusiones que surgen al contacto con las películas crean un espacio pro-

LA MÚSICA NOS ENSEÑA A ESCUCHAR,
PREDICADO ESENCIAL PARA EL MÉDICO
QUE DEBE ATENDER A LAS PALABRAS DEL
PACIENTE Y A LOS SIGNIFICADOS
ENCERRADOS EN LA FORMA: CADENCIA,
POSTURA, INFLEXIÓN, TONALIDAD.

picio —formal y espontáneo— para una libre discusión de las expectativas, los dilemas y las motivaciones del educando. El cine permite una percepción más clara de su mundo afectivo y se promueve la reflexión. Educar con el cine provoca emociones y, sobre todo, ofrece la posibilidad de contemplarlas, compartirlas, ampararlas en discusión abierta, abriendo caminos para una verdadera reconstrucción afectiva.

Las experiencias educativas que hemos desarrollado con la música (66), que también se encuadran en la cultura del espectáculo, son de inicio más reciente pero novedoso, pues no es un recurso habitualmente utilizado en la educación médica.

La música posee características únicas y es un vehículo privilegiado para expresar los sentimientos. Tiene un enorme poder de evocar y despertar las emociones sin nombrarlas, de modo muchas veces intuitivo. La música potencia, acompaña y expresa los sentimientos. La alegría se canta; la tristeza también (67). La experiencia que tenemos del mundo es, básicamente, emocional. La música es una forma de conocimiento humano, de tonalidad afectiva, y adquiere fuerza educativa. La educación no se resume en transmitir conocimientos sino en un

proceso donde germinan sentidos y significados que el educando, con su reflexión, incorpora (68).

La música nos enseña a escuchar, predicado esencial para el médico que debe atender a las palabras del paciente y a los significados encerrados en la forma: cadencia, postura, inflexión, tonalidad. Desde el punto de vista educativo, es de muy fácil manejo, pues permite trabajar con pequeños grupos de alumnos, se puede tocar por diversos medios, y consigue transmitir un mensaje en menos de tres minutos (69). Esto permite introducir cuestiones que, abordadas teóricamente, requerirían mucho tiempo: compasión, tristeza, pérdida, cuidado, dignidad. Es un verdadero atajo para provocar emociones.

Estas sugestivas características han guiado nuestras experiencias educativas con la música. Particularmente con música popular, con canciones. La canción es la atractiva simbiosis que resulta de la relación entre la letra y la melodía, y es la melodía la que refuerza el contenido de la letra, produciendo un impacto emotivo peculiar (70). Las experiencias practicadas permiten que el estudiante escuche sus propios sentimientos y los comparta con el profesor y sus colegas. Es un despertar para emociones que estaban adormecidas, olvidadas, quizá desplazadas por una educación predominantemente técnica. Y entre ellas, la motivación profesional que, con el tiempo, se ha ido desgatando como ocurre con la erosión que sufre la empatía.

De repente caí en la cuenta: "¿qué es lo que estoy haciendo aquí, en la facultad?". A mí lo que me gusta es el contacto con las personas... Estoy olvidándolo, volviéndome un teórico. Esto de la música me ha hecho pensar, preguntarme por qué quiero ser médico (comentario de un alumno).

Surgen también las cuestiones vitales, la relación con la familia, el futuro, en fin, los dilemas que todos los jóvenes se plantean y que difícilmente encuentran un espacio formal para discutirse.

Pienso en mi familia, en lo mucho que dejo de verlos. Es como si la vida se me escapase, y cuando me dé cuenta será tarde. Y aquí, en la Facultad, yo que pensaba encontrarme con personas cultas, bien orientadas, y solo veo gente obsesionada con técnica, como si lo humano le sobrase. Y la gente pierde tiempo con la TV, con la Internet, y no leen nada. Una decepción. Menos mal que esta clase con la música me da esperanza (comentario de un alumno).

Y nota que está siendo educado, que lo que aprende con esta experiencia lo construye como médico.

Y después, comentando con los amigos, lo que me pasó aquí en la clase. Las emociones, todo eso. Y veo que con ellos fue igual: "sí —me dijeron— te hace pensar, reflexionar". Menos mal, no me pasó solo a mí (comentario de un alumno).

Lo que nos pasa es que, con la dificultades, los ojos se cansan de ver. La reflexión con la música nos ayuda a notar los detalles. Es algo diferente: nos pasamos la vida escuchando música, pero no de este modo, reflexionando, relacionándolo con nuestra vida, pensando en nuestras experiencias (comentario de un alumno).

Los resultados que la experiencia con la música nos brinda tienen un amplio espectro de posibilidades educativas. La metáfora de las canciones es fácilmente transportada

a la vida cotidiana y favorece la resonancia de la esencia humana. Facilita el diálogo entre profesores y alumnos de modo abierto, con espacio para que los dilemas éticos se expresen de modo franco y sincero.

Como cualquier otro recurso educativo, la educación con la música tiene sus limitaciones y fragilidades. Practicarlo de modo habitual exige habilidad, tacto y espacio formal para desarrollarlo. En nuestra experiencia el resultado es positivo porque permite trabajar las emociones vividas y se fomenta la reflexión conjunta, que construye las actitudes que integran el profesionalismo ético.

¿EMOCIONES O VIVENCIAS? EN BUSCA DE LA METODOLOGÍA EFICAZ

La educación moderna que busca la formación integral del médico —el profesional que demuestra competencia científica y perspectiva ética en todas sus acciones— debe construir, por tanto, nuevos paradigmas educativos. Limitarse a transferir información —que está al alcance de la mano, gratis, *on line*— o adiestrar en algunas técnicas bordea la incompetencia docente. Educar significa promover cambios en el ser y en el hacer de los individuos, y la información por sí sola no cambia a nadie. Lo que provoca el cambio es la interacción que el educando tiene con la información.

Igual que la enfermedad no existe “por sí sola”, dado que tratándose de la misma patología cada persona enferma a su modo, revistiéndose de la personalidad de aquel a quien afecta, la competencia profesional —de modo especial en el terreno del profesionalismo y de la ética— no se adquiere por sí misma, acumulando información procedente de clases, cursos, talleres, prácticas y estudio personal de la cantidad ingente de literatura disponible.

EDUCAR SIGNIFICA PROMOVER CAMBIOS EN EL SER Y EN EL HACER DE LOS INDIVIDUOS, Y LA INFORMACIÓN POR SÍ SOLA NO CAMBIA A NADIE. LO QUE PROVOCA EL CAMBIO ES LA INTERACCIÓN QUE EL EDUCANDO TIENE CON LA INFORMACIÓN.

De ahí el interés por la innovación docente, específicamente en el arte de la medicina, para conseguir nuevas herramientas que consigan resultados —no únicamente métodos atractivos, centrados en los gustos o las habilidades de los discentes—, partiendo de los objetivos que se quieren conseguir.

Siendo el ser humano eminentemente afectivo, las emociones nos brindan un catalizador de ese proceso interactivo imprescindible para un aprendizaje eficaz. Cuando se reflexiona sobre el éxito de las herramientas que desencadenan emociones (cine, música, narrativas), lo primero que se percibe es que plasman la realidad que se pretende mostrar en instantáneas que llegan a la audiencia y la posicionan de forma inevitable ante lo presentado. Se ha argumentado que se puede estimular el aprendizaje afectivo a través de la evocación de emociones. Es decir, el impacto emocional, además de atrapar la atención de los estudiantes, desencadena la cascada de procesos asociados al aprendizaje.

Esto, que en sí mismo es cierto, probablemente no es la causa principal del impacto educativo, por ejemplo, del cine como recurso pedagógico. Veamos: las mismas escenas visualizadas fuera del contexto educacional probablemente desencadenen las mismas emociones,

pero no el proceso reflexivo que permite la adquisición de competencias. Cuando las escenas se emplean en el contexto educativo, de la mano del docente como facilitador del proceso de aprendizaje, que guía y comenta las escenas de acuerdo a un guion —preestablecido pero flexible porque dependerá de cada grupo discente y sus propias y genuinas interacciones entre sí y con el docente—, consigue, no solo despertar emociones, sino desencadenar *vivencias*. Esto es: experiencias que alguien vive y que, de alguna manera, entran a formar parte de sí mismo, de su carácter, de su personalidad. ¿Qué mejor manera de comprender un concepto, sobre todo si es complejo, o de captar la esencia de una habilidad, una actitud o la dimensión competencial de un problema que vivenciarla, esto es: aprehenderla viviéndola en primera persona? Obviamente, las vivencias son algo mucho más complejo y constructivo que las emociones, porque asimilándolas o partiendo de ellas implican un proceso integrador de conocimientos, actitudes y afectos reflexionados de modo más o menos inconsciente que permiten adquirir experiencia.

Un ejemplo cinematográfico puede aclarar esta cuestión esencial de emociones y vivencias. Veamos la escena de *La habitación de Marvin* (71). La hija que, ahora con leucemia, ha gastado su vida cuidando a su padre con demencia, logra distraerlo y calmar su agitación con un juego de luces provocado por un espejo: le llega a arrancar una sonrisa. Mientras tanto, la otra hermana, siempre distante, se aproxima con las medicinas. El impacto de la escena que contempla arranca lágrimas de la protagonista y del espectador. Es en este momento cuando la intervención del docente, que comenta en voz alta la escena, puede transformar la emoción en vivencia. Un comentario que apunta la poca técnica que hace falta

para hacer sonreír a un anciano demente y agitado, y lo mucho que exige de compromiso y dedicación. El arte, representado por el juego de luces con el espejo, supera a las medicinas convencionales que la otra hija le trae. La escena, que se contempla en conjunto —la audiencia entra en sintonía con la emoción— provoca conmoción, quizá lágrimas. Pero es la habilidad del docente la que consigue que esa emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión en cada uno, se interiorice. El espectador se preguntará, con razón, ¿qué actitud médica es esta que consigue hacer sonreír a un anciano? Este proceso es el catalizador que, aprovechando el terreno fértil de la emoción, imprime una huella educativa: se genera la vivencia que es puerta abierta para incorporar actitudes estables y duraderas.

Este proceso es el que explica, en la vida, por qué algunas personas maduran antes que otras teniendo las mismas oportunidades vitales. No es el número de experiencias ni la intensidad de las mismas, sino la capacidad de “digerirlas”, de transformarlas en vivencias mediante la reflexión interior lo que nos hace crecer como personas y como profesionales. Por eso nos encontramos con jóvenes que demuestran una madurez ejemplar, y con veteranos profesionales que viven todavía una adolescencia afectiva.

No basta, pues, provocar un aluvión de emociones en los escenarios docentes pensando que los sentimientos van a formar actitudes estables. Hay que trabajarlos, conducirlos mediante docentes “enzimáticos” que catalicen la reacción que se cristaliza en vivencias. Algo de esto quería decir Marañón cuando comentaba sobre “el humanismo, ambicioso y al mismo tiempo humilde, que sirve para madurar, para fijar, para hacer prudente y eficaz el instrumento de la profesión” (8).

El conocimiento que se adquiere en sintonía con las emociones —que nos llegan a través del cine, de la música, de las historias de vida con que los pacientes impregnan nuestra cotidianidad— puede forjar las vivencias afectivas; esto es: un conocimiento duradero que, de hecho, nos transforma. Si, finalmente, la reflexión se añade a esta fenomenología práctica de la afectividad, el paradigma educativo moderno surge vigorosamente. Esta sería la función del educador, un verdadero promotor de la cultura que despierta el deseo de aprender, contagia el entusiasmo porque consigue que el estudiante ponga lo mejor de sus esfuerzos al servicio de su propia formación. Salta a la vista la creatividad que se espera de un educador, y su capacidad de adaptación al universo que le cerca. Y esto requiere del maestro flexibilidad, observación, un continuo repensar su postura y su actuación, que se reflejará en las metodologías educacionales empleadas. Porque un educador trabaja con personas, y no solo con ideas. No se puede partir únicamente de las ideas *a priori*, sino que es necesario adaptarse a las reacciones que estas provocan en el interlocutor. Y aquí surge el nuevo desafío: educar al compás de la flexibilidad. Un desafío que deberá ser enfrentado si se pretende realmente educar.

REFERENCIAS

1. Ortega y Gasset. Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América. Madrid: Revista de Occidente; 1981.
2. Blasco PG. O médico de família, hoje. São Paulo: Sobramfa; 1997.
3. Ortega y Gasset J. Misión de la universidad. Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial; 1997.
4. Blasco PG, Janaudis MA, Levites. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Atención Primaria 2006;38(4):225-229.
5. Altisent R. Entrevista en Diario Médico, Madrid, 1-IX-2008.
6. Santos C, Delgado MT, Suberviola V. La ética de las pequeñas decisiones. Aten Primaria 2008;40(supl1):9.
7. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TRP, Altisent R, Blasco PG. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil. Persona y Bioética 2008;12(31):133-144.
8. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1957.
9. Mendel D. Proper Doctoring; 1984. Ed española: El buen hacer médico. Pamplona: Eunsa; 1991.
10. Ruiz-Calderón FJMS. Los principios de la bioética. Cuadernos de Bioética, 12. Santiago de Compostela; 1992.
11. Thibon G. Una mirada ciega hacia la luz. Barcelona: Belacqua; 2005.
12. Macintyre A. After virtue. Liverpool: Duckworth; 1981.
13. Ruiz Retegui A. Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la antropología Cristiana. Madrid: Rialp; 1999.
14. Sierra, A. La afectividad: eslabón perdido de la educación. Pamplona: Eunsa-Universidad de La Sabana; 2008.
15. Marias J. La educación sentimental. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
16. Calman KC. Literature in the education of the doctor. Lancet 1997;350:1622-24.
17. Hojat M. Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York: Springer; 2007.
18. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School Acad Med 2009;84:1182-1191.
19. Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2004;17: 212-220.
20. Stephan WG, Finlay KA. The role of empathy in improving inter-group relations. J Soc Issues 1999;55:729-743.
21. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS: Sympathy, empathy, and physician resource utilization. J Gen Intern Med 1991;6:420-423.
22. Aderman D, Berkowitz L. Self-concern and the unwillingness to be helpful. Soc Psychol Q 1983;46:293-301.

24. Kay J. Traumatic deidealization and future of medicine. *JAMA* 1990;263:572-573.
25. Silver HK, Glicken AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *JAMA* 1990;263:527-532.
26. Authier J. Showing warmth and empathy. In: Hargie O, ed. *A Handbook of Communication Skills*. London: Croom Helm; 1986. p. 441-465.
27. Lara JRL, Moral RR, Campayo JG. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados) con sus pacientes? *Atención Primaria* 2009;41(11):646-649.
28. Edwards MT, Zimet CN. Problems and concerns among medical students. *J Med Educ* 1976;51:619-625.
28. Kumagai AK. A conceptual framework for the use of illness narrative in medical education. *Acad Med* 2008;83:653-658.
29. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1424-1438.
30. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004;38:934-941.
31. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 113-126.
32. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol* 1969; 33: 307-316.
33. Mehrabian A, Epstein NA. A measure of emotional empathy. *J Pers* 1972; 40:525-543.
34. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement* 2001;61:349-365.
35. Sade R, Stroud M, Levine J, Fleming G. Criteria for Selection of Future Physicians. *Annals of Surgery* 1985;201:225-230.
36. Decety J, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Curr Dir Psychol Sci* 2006; 15: 54-8.
37. Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of inter subjectivity. *Psychopathology* 2003; 36: 171-80.
38. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *So quell che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Cortina R ed; 2006.
39. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci* 2004; 3:71-100.
40. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of us are disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and seeking disgust. *Neuron* 2003;40:644-55.
41. Bauer J. Warum ich fu`hle, was Du fu`hlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons). Hamburg: Hoffmann und Campe; 2005.
42. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying Physicians in Their Family Practice: A Primary Care Model for Medical Students' Learning in Brazil. *Fam Med* 2006;38(9):619-621.
43. Larson EB, Yao X. Clinical Empathy as emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA* 2005; 293 (9): 1100-1106.
44. Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med* 2007;82:1079-1088.
45. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2008;3:10:1-11.
46. Nicolas B, Gillett G. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *Journal of Medical Ethics* 1997;23:295-299.
47. Bauby JD. *The diving bell and the butterfly*. New York: Alfred A. Knop; 1997.
48. Schultz DS, Flasher LV. Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in illness Narrative. *Journal of Medicine and Philosophy* 2011;36:394-409.
49. Jones AH. Narrative in medical ethics. *BMJ* 1999;318:253.
50. Stange K, Miller WL, McWhinney I. Developing the Knowledge Base of Family Practice. *Fam Med* 2001;33(4):286-97.
51. Charon R. *Literature and Medicine: Origins and Destinies*. *Acad Med* 2002;75(1):23-27.

52. Shapiro J. Writing Rings around Death. [Visitado feb. 2012]. Disponible en: <http://www.litsite.org/index.cfm?section=Narrative-and-Healing&page=Perspectives&viewpost=2&ContentId=989>
53. Carroll R. Finding the Words to Say It: The Healing Power of Poetry. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2005;2(2):161-172.
54. 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.
55. Shapiro J, Ross V. Applications of Narrative Theory and Therapy to Practice of Family Medicine. *Fam Med* 2002; 32 (2): 96-100.
56. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine: why study narrative? *BMJ* 1999;318(7175):48-50.
57. 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. *J Learn Arts* 2006;2(1):7. [Visitado feb. 2012]. Disponible en: <http://repositories.cdlib.org/clta/ta/vol2/iss1/art7>
58. Kumagai AK. A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Acad Med* 2008; 83 (7): 653-658.
59. 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.
60. Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. Even a little magic. *Can Fam Physician* 2008;54:1146-1147.
61. Ferres J. Educar en una cultura del espectáculo. Barcelona: Paidós; 2000.
62. 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;13:114-127.
63. Alexander M, Lenahan P, Pavlov. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
64. González Blasco P, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad. *Aten Primaria* 2005; 36 (10): 566-72.
65. 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.
66. 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* 2011; 68: 7-14.
67. Aranguren J, Stork RY. *Fundamentos de Antropología. Un ideal de la excelencia humana*. 5 ed. Pamplona: Eunsa; 2001.
68. Sekeff ML. *Da música, seus usos e recursos*. 2 ed. São Paulo: Unesp; 2007.
69. Newell GC, Hanes DJ. Listening to music: the case for its use in teaching medical humanism. *Acad Med* 2003; 78: 714-9.
70. Tatit L, Lopes IC. *Elos de melodia e letra – Análise semiótica de seis canções*. São Paulo: Ateliê; 2008.
71. *Marvin's Room*. Escena situada en el metraje 1h:33 min-1h:34 min; 1996.

Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto^(a)
Dante Marcello Claramonte Gallian^(b)

De Benedetto MAC, Gallian DMC. The narratives of medicine and nursing students: the concealed curriculum and the dehumanization of health care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1197-207.

A predominantly biomedical focus attributed to teaching and practice in health sciences contributes to a dehumanization process, which is one of the main complaints of Brazil's health system users. Any strategy that intends to address the issue depends on the presence of well-educated health professionals from both the technical and humanistic point of view. The greatest deficits concern humanistic education. The present article presents part of a larger study that aimed to investigate the effectiveness of using narratives as a didactic resource in humanistic education of medical and nursing students. Among the themes that emerged from the qualitative methods, emphasis goes to the concealed curriculum, which permeated all the other themes and against which students could be inoculated through exposure to a patient-centered teaching model that gives priority to ethical reflections.

Keywords: Narratives in health. Medical and nursing education. Humanization in health. Concealed curriculum.

Um enfoque predominantemente biomédico atribuído ao ensino e à prática das Ciências da Saúde contribui para o processo de desumanização, que representa uma das principais queixas dos usuários dos sistemas de saúde em nosso país. Qualquer estratégia para enfrentar a questão depende da presença de profissionais de saúde bem formados de um ponto de vista técnico e humanístico. As maiores deficiências concernem à formação humanística. Este artigo constitui um recorte de um estudo cujo objetivo foi investigar a efetividade da utilização de narrativas como recurso didático na formação humanística de estudantes de Medicina e Enfermagem. Entre os temas emergentes a partir de métodos qualitativos, destacou-se o currículo oculto, que permeou todos os demais e contra o qual os estudantes poderiam ser imunizados mediante a exposição a um modelo de ensino centrado no paciente e que prioriza a reflexão ética.

Palavras-chave: Narrativas em saúde. Educação médica e de enfermagem. Humanização em saúde. Currículo oculto.

(a, b) Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi), Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo. Rua Loeffgreen, 2032, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04040-003. macbet@sobramfa.com.br; dante.cehfi@epm.br

Introdução

O paradigma cartesiano-newtoniano que fundamenta a pesquisa científica desde o século XVII estendeu-se, a partir da física clássica, aos diferentes campos do conhecimento, incluindo a Biologia e as Ciências Sociais e Humanas. O modelo biomecânico decorrente dessa visão positivista é alicerçado na especialização, fragmentação e avanços tecnológicos. A metáfora do universo como uma grande máquina, um imenso relógio, cuja totalidade é a soma das partes, foi o grande trunfo desse paradigma. Ao adotar-se essa metáfora em relação aos seres vivos, incluindo os seres humanos, estabeleceu-se o modelo biomédico de ensino e de prática da medicina, que predomina na atualidade. Neste, deixou-se de contemplar as dimensões sutis do ser humano, as quais, por milênios, foram consideradas importantes no que concerne à forma como os indivíduos adoecem e aos processos de cura¹. Além disso, na atualidade, comparar-se o médico a um mecânico que repara as partes avariadas do corpo humano não chega a causar estranheza entre profissionais de saúde e leigos².

Não podemos negar que o modelo biomédico assegurou a diminuição de grande parte do sofrimento humano decorrente de doenças e traumas e ainda mantém a promessa de que todos os problemas médicos têm ou terão, em curto prazo, uma solução propiciada pelo vertiginoso progresso científico, visão essa constantemente veiculada nos meios de comunicação, o que faz com que os leigos também valorizem e coloquem todas suas esperanças nesse estilo de prática da medicina. Todavia, profissionais e usuários dos sistemas de saúde em todo o mundo têm consciência de que muitas promessas jamais poderão ser cumpridas e sentem que algo está faltando. Este modelo fracassa, por exemplo, especialmente nas questões em que a tecnologia não pode mais prover soluções definitivas, como é o caso dos cuidados paliativos³. McWhinney⁴ considera que a fragmentação da profissão e a ênfase na tecnologia tiveram um efeito muito sério, que é a deterioração do relacionamento médico-paciente, sendo que este foi – e sempre será – a base de uma boa prática da medicina⁵. Na verdade, o que o paciente quer é ser cuidado por alguém que, além de competência técnica, saiba entendê-lo como um ser humano com sentimentos, que busca uma explicação para sua enfermidade e que anseia por respeito e amparo em seu sofrimento⁶.

Por não comportar aspectos essenciais dos indivíduos, tais como singularidade e subjetividade, que denotam sua humanidade, a aplicação exclusiva do modelo biomédico propicia a desumanização do cuidado à saúde. Em nosso país, esta tem sido largamente divulgada pela mídia e explicitada em pesquisas de opinião⁷, sendo caracterizada por sintomas tais como: filas desnecessárias; descaso e descuido com as pessoas; incapacidade de lidar com histórias de vida, sempre singulares e complexas; práticas éticas descabidas, que incluem a discriminação, intimidação e submissão a práticas e procedimentos desnecessários; e exclusão e abandono⁸. Esses são sintomas que persistem apesar de todas as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) para suprimi-los, entre as quais destacamos o Programa de Saúde da Família (PSF)⁹ e o Humaniza SUS¹⁰.

Certamente, qualquer iniciativa que vise à humanização em saúde requer a presença de profissionais motivados, idealistas e bem formados tanto do ponto de vista técnico quanto humanístico. Essas questões não são alheias ao Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação do Brasil, conforme evidenciam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área de saúde. Estas 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. O perfil almejado do formando egresso/profissional é um enfermeiro ou médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva¹¹.

Assim, não se trata de abolir o modelo biomédico, mas sim de incorporar novos modelos que possam suprir as deficiências concernentes à formação humanística na área de saúde. Nesse sentido, o ensino das humanidades médicas tem sido introduzido em faculdades de medicina ao redor do mundo. Em nosso país, essa tendência apenas se inicia e é caracterizada por algumas iniciativas isoladas acerca das quais temos notícias eventualmente¹². Consideram-se humanidades médicas como algumas combinações de disciplinas relevantes do campo das modernas artes liberais – ética e filosofia, estudos acerca da espiritualidade, literatura e assim por diante – enfocadas em contextos médicos¹³. Shapiro et al.¹⁴, cientes da falta de clareza em relação ao objeto de estudo da disciplina, referem que

as humanidades médicas utilizam métodos e conceitos de uma ou mais disciplinas que compõem as humanidades e ensinam aos estudantes uma reflexão crítica visando a uma prática mais humanista e são por sua própria natureza interdisciplinares e colaborativas.

Um modelo que vem se desenvolvendo nas últimas décadas em cenários clínicos e didáticos da área de saúde – medicina baseada em narrativas (MBN)¹⁵, medicina narrativa ou *narrative medicine*¹⁶ – tem-se demonstrado congruente com as humanidades médicas. O fundamento da MBN consiste em escutar as histórias dos pacientes com atenção e empatia, mesmo aquelas que aparentemente nada tenham a ver com suas histórias clínicas, e utilizá-las como instrumento terapêutico e didático. A MBN refere-se às narrativas médicas, que são aquelas que emergem e são contempladas em cenários de ensino e prática da medicina e disciplinas afins, incluindo narrativas reais de pacientes, seus familiares, profissionais e estudantes da área de saúde e também as ficcionais, quando aplicadas a este contexto. Rita Charon, que cunhou o 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. A leitura e discussão acerca de obras literárias e a escrita reflexiva complementam o método e auxiliam a clarificar situações difíceis¹⁶.

Em educação médica, a aplicação de um enfoque narrativo permite ao estudante de medicina um maior entendimento da enfermidade graças à combinação do conhecimento biomédico obtido por meio das abordagens educacionais tradicionais com o conhecimento pessoal, afetivo e experiencial obtido por meio da inter-relação entre estudantes, pacientes e familiares propiciado pelas narrativas¹⁷. Essa abordagem didática envolve o compartilhamento de narrativas médicas para a promoção da reflexão.

Este artigo apresenta um recorte de um estudo intitulado “Narrativas como recurso didático na formação humanística dos estudantes de medicina e enfermagem”. O objetivo geral deste estudo foi investigar a efetividade da utilização de diferentes tipos de narrativas como fonte de reflexão e recurso didático na formação humanística dos estudantes de medicina e enfermagem.

Metodologia

Uma disciplina eletiva – Narrativas em Saúde: um caminho para a humanização – representou o objeto deste estudo. Esta teve uma duração de 36 horas divididas em nove encontros semanais e foi dirigida sequencialmente a dois grupos em que foram mesclados 25 estudantes de medicina e enfermagem de segundo e terceiro anos. Nessa disciplina, promoveu-se a reflexão a partir de três tipos de narrativas – histórias de vida em primeira pessoa de pacientes transplantados cardíacos e de seus familiares obtidas a partir das entrevistas realizadas em um projeto de história oral de vida denominado Memória do Coração, desenvolvido pelo Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); narrativas médicas que emergiram em cenários de cuidados paliativos, que fazem parte de artigos publicados em revistas científicas^{3,18}; e uma narrativa literária – a novela *A morte de Ivan Ilitch*¹⁹.

Dada a natureza das questões a serem investigadas, optamos por métodos qualitativos enfocados na história oral de vida²⁰ e na fenomenologia hermenêutica²¹ para nortear este estudo.

Os dados utilizados para análise foram as narrativas oriundas de três fontes: observação participante²², em que os autores anotaram em um diário de campo suas impressões e tudo que julgaram relevante para a construção de sentido; entrevistas de oito estudantes (cinco de medicina e três de enfermagem) obtidas por meio da abordagem da história oral de vida²⁰; e histórias apresentadas pelos alunos em uma sessão de narrativas, que representou a avaliação final da disciplina.

Os textos foram interpretados de acordo com técnicas de imersão/cristalização (I/C)²³ inspiradas na fenomenologia hermenêutica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPM, Unifesp, via Plataforma Brasil. Todos os estudantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cientes de que suas falas poderiam ser citadas, mas que o anonimato seria garantido.

Resultados e discussão

A partir das referidas narrativas emergiram muitos subtemas, que foram organizados nos seguintes temas maiores: da morte ao renascimento da narrativa – um caminho para a reflexão; quebrando o isolamento para reconhecer questões emocionais e sentimentos; empatia; das narrativas à humanização: fomentando o profissionalismo; e currículo oculto.

Nos primeiros encontros, a afirmação de Benjamin datada da década de 1930 de que a arte de narrar estava em vias de extinção parecia ter-se cumprido quase plenamente²⁴. Os alunos, embora já estivessem interagindo com pacientes e professores em cenários de prática da medicina e enfermagem, nunca haviam sequer ouvido falar acerca do modelo MBN. Mesmo estimulados pelas narrativas utilizadas em sala de aula com o intuito de deflagrar a reflexão, poucos, em um primeiro momento, sentiram-se encorajados para narrar suas histórias ou vivências pessoais que se esperava terem sido despertadas pelos textos enfocados.

Felizmente, poucos deles – para quem o ato de contar histórias, quicá por características de personalidade ou decorrentes de influências familiares, representava uma tendência natural – apresentaram o impulso de relatar histórias emergentes em cenários clínicos dos quais haviam participado. Isso ocorreu em ambos os grupos. Na verdade, o ato de contar histórias é uma tendência fortemente arraigada ao *core* do ser humano. O antropólogo Pedreño define o ser humano como bípede com mãos que conta histórias²⁵. Segundo Frank²⁶, essa ideia aplica-se em especial às pessoas doentes.

Talvez seja por isso que esse movimento inicial contagiou outros alunos que, aos poucos, foram sentindo-se mais à vontade para expor suas ideias, sentimentos e emoções, percebendo que fazer isso por meio das histórias que começavam a vivenciar tornava essa exposição mais leve, fluida e fácil, conforme se entregavam ao itinerário de discussão¹² inspirado pela narrativa que servia como base de reflexão a cada encontro. Pudemos observar que ninguém fica indiferente a uma boa história, principalmente se esta é contada com o coração.

Por meio das narrativas, os graduandos conscientizaram-se da importância e necessidade de reflexão para todos que atuam na área da saúde. Referiram que, em decorrência do currículo extremamente exigente em relação ao conteúdo técnico, faltam-lhes tempo e oportunidade para pensar, refletir e organizar o caos²⁷ que tantas vezes assoberba suas mentes. Certamente, a formação adequada na área da saúde exige a capacidade de reflexão, essencial ao enfrentamento das adversidades e incerteza inerentes à prática diária²⁸. Um estudante de medicina afirmou:

Tivemos poucas oportunidades como esta, em que temos o ensejo de falar livremente aquilo que se passa em nossas mentes e corações. No terceiro ano, com a Semiologia, nossa situação melhorou um pouco. Mas de forma geral, durante a maior parte do tempo, ou estamos estudando ou ouvindo um professor lendo *slides* no Power Point. O impacto de ter contato com conteúdos que vão além das ciências biológicas duras em minha formação como profissional de saúde é muito positivo.

O poder das narrativas em estimular a reflexão foi se evidenciando naturalmente a cada encontro. Uma estudante de enfermagem afirmou: “sem narrativa não há reflexão; são as narrativas que medeiam a reflexão”.

Não causou estranheza o fato de que, na maioria das narrativas pessoais compartilhadas, temas concernentes à incerteza, dor, morte, aos dilemas e ao sofrimento estivessem quase sempre presentes, uma vez que estes são recorrentes no cotidiano de profissionais e estudantes da área da saúde. Certamente, tais tópicos despertam emoções e sentimentos, que parecem ser ignorados ou colocados à margem ao longo da graduação²⁹. A morte e a impossibilidade de tratamento para certas condições clínicas são confundidas com fracasso e incompetência e as emoções e os sentimentos despertados nessas circunstâncias não se adequam à imagem do médico herói que parece fazer parte do imaginário dos estudantes de medicina.

A impressão que ficou é a de que os alunos, na medida em que avançam na graduação, vão aprendendo a ocultar ou ignorar suas emoções e sentimentos, quer seja para não revelar sua eventual

sensação de impotência, para fugir do sofrimento, para imitar os mais velhos que lhes servem como modelo ou por não terem suporte para lidar com as dificuldades que se revelam em cenários clínicos. Um estudante de medicina relatou a experiência marcante vivida por um colega em fase precoce do curso. Este foi observar uma consulta na oncologia, em que o paciente era um rapaz de dezoito anos, portador de um tumor cerebral, para o qual haviam dado uma previsão de três meses de vida.

Meu colega tinha quase a mesma idade do paciente e ficou muito afetado com o que presenciou. Tratou-se de uma consulta enfocada basicamente em aspectos técnicos, quando seria procedente fazer muito mais que isso. Ele colocou-se no lugar do paciente e chorou muito quando chegou em casa. Assim como o paciente não teve nenhuma oportunidade de receber um atendimento que também suprisse suas necessidades emocionais e/ou espirituais, meu colega também não teve nenhum suporte para lidar com essa experiência. Deveria haver uma forma de concluir aquele atendimento ocorreu. E esse meu colega criou uma barreira psicológica em relação a situações similares. Sofreu tanto, não soube lidar e disse: “nunca mais vou prestar atenção nisso para não me prejudicar, para não sofrer”. Se a pessoa cria essa barreira já no início do curso, fica difícil aprender como se envolver sem mergulhar em tanto sofrimento. Penso que fatos assim podem levar à desumanização.

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 do compartilhamento de 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 troca de narrativas em sala de aula mostrou-se um bom recurso para se lidar com tal característica. Uma estudante de medicina afirmou:

Sou muito tímida. A timidez atrapalha minha aproximação com os pacientes. Entretanto, conforme fui aprofundando o relacionamento com meus colegas de classe, os quais iam exteriorizando seus sentimentos e emoções, entendi que todo o mundo tem suas limitações. E, então, comecei a falar mais facilmente com os pacientes internados e com os colegas. O interesse em suas histórias e a constatação que todos temos nossas fraquezas e limitações fez-me esquecer da timidez.

Emoções evocam empatia e este foi um tema muito focado a partir de diferentes pontos de vista. Os estudantes concordaram que, para uma boa prática, esta atitude humanística deveria estar sempre presente. Muitos deles tinham, intuitivamente, o entendimento de 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 definiam empatia. A reação de um aluno de medicina que relatou um fato que presenciou relacionado a um paciente considerado difícil que foi tratado de forma muito inadequada por um residente ilustra essa ideia. Quando o paciente se mostrou enraivecido e disse: “tenho vontade de dar um tiro”, o estudante buscou acalmá-lo.

Tentei acalmá-lo, mas eu também havia ficado com raiva. Também tive a vontade de dar um tiro. Parece que o tão falado discurso da humanização não chegou à prática. É importante desenvolvermos atividades voltadas para questões humanas relacionadas ao sofrimento e que estimulem a empatia e a compaixão.

Falas como essa resultaram no seguinte questionamento: será que se formos empáticos não vamos sofrer junto com o paciente e, assim, perder o discernimento e a capacidade de julgamento? O estudante acima, por exemplo, experimentou inicialmente sentimentos e emoções semelhantes às

vivenciadas pelo paciente e sofreu junto com ele. Por outro lado, relatou ter conseguido se distanciar o suficiente para atuar a contento na situação e ajudar o paciente da melhor forma.

Outra questão que veio à tona foi 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 vivencia 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 por meio de atitudes educacionais direcionadas³⁰. Os graduandos reproduziram ideias similares em sala de aula. Parte deles concluiu que algumas pessoas são naturalmente mais sensíveis, empáticas e compassivas e outras são mais racionais. Isto se daria por causas multifatoriais. E que até mesmo essas pessoas mais racionais poderiam desenvolver esse olhar compassivo e empático ao longo do curso de medicina e enfermagem desde que houvesse um esforço da vontade e 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. Por outro lado, alguns dos graduandos revelaram que as narrativas adotadas para servir de suporte ao processo reflexivo foram capazes de lhes despertar a empatia, especialmente as concernentes a cuidados paliativos.

A empatia foi muitas vezes relacionada à ou confundida com humanização em saúde. Na verdade, questões pertinentes à humanização apareciam frequentemente mescladas aos demais temas enfocados nas narrativas pessoais e discussões em sala de aula. A ideia de que um bom profissional de saúde deva ser necessariamente "humanizado", ainda que o significado do termo tenha adquirido diferentes conotações, não foi de forma alguma contestada.

Para uma pequena porcentagem de estudantes, especialmente de enfermagem, a questão pareceu estar bem resolvida, sendo que humanização foi claramente associada a características pessoais que conduziriam a certos comportamentos e atitudes adequadas.

Acho que, sem humanização, a nossa área não funciona. Você tem que ter amor ao próximo, compaixão, empatia e proporcionar às pessoas o mesmo tratamento que gostaria de receber. Penso que humanização é isso. Sem humanização não é possível ser um bom profissional de saúde.

A humanização em saúde já havia sido discutida em sala de aula com os graduandos em disciplinas como Psicologia Médica e Saúde Coletiva. No entanto, julgaram que isso ainda é muito pouco, principalmente pela falta de conexão entre teoria e prática. Um estudante de medicina comentou:

Acho as discussões em sala de aula muito válidas. Entretanto, estas, muitas vezes, dão-se em um nível muito abstrato. Não há conexão com a prática. Para mim não há nada que substitua uma experiência de vida. E ter a oportunidade de compartilhar tal experiência com os colegas e com quem tenha mais vivência é fundamental.

Alguns alunos consideraram que há pessoas que apresentam a humanização interiorizada dentro de si. Estas demonstrariam um interesse natural pelas sutilezas que caracterizam os seres humanos e buscariam se aprofundar nesse conhecimento por considerá-lo essencial para um cuidado efetivo e integral, em que a dor e o sofrimento especialmente presentes nas pessoas doentes não fossem ignorados. Para tais alunos, essas sutilezas concernem especialmente à vida afetiva das pessoas, que deveria ser perscrutada e valorizada no atendimento ao paciente.

Os graduandos também 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 adotarem, por conta própria, o modelo MBN em cenários clínicos que começavam a frequentar, perceberam que, ao considerar a afetividade dos pacientes pela escuta atenta, conseguiram

estabelecer um vínculo mais estreito com estes e exercer a empatia, o que propiciou uma maior adesão ao tratamento e o fortalecimento do vínculo profissional de saúde-paciente, ainda que se deparassem com pacientes difíceis. A narrativa de um estudante de medicina em especial ilustra o papel humanizador das narrativas:

Ouvir os pacientes com empatia e compaixão e ir além dos protocolos pode parecer uma perda de tempo, mas não é. Quando atendi aquele paciente considerado difícil devido a seu mau humor e péssimo comportamento, do qual todos os residentes e estudantes tinham vontade de fugir, tentei fazer algo diferente. Olhei em seus olhos, mostrei interesse em sua vida. E demonstrei que estava disposto a escutá-lo, não importava o que quisesse dizer, ainda que, inicialmente, ele houvesse caçoado de mim e de meus colegas. Logo senti que havia aberto uma espécie de portal e pude estabelecer um excelente relacionamento profissional-paciente, o qual perdurou por muitas consultas, até que eu saísse do estágio no ambulatório. O paciente melhorou o seu comportamento, aderiu ao tratamento e deixou de causar aversão aos estudantes e profissionais que o atendiam, sempre que era tratado com um mínimo de respeito, é claro.

A MBN mostra-se alinhada com a escuta atenta, ponto importante da Clínica Ampliada e Compartilhada, estratégia desenvolvida pelo Humaniza SUS para fomentar a humanização e que engloba os seguintes cinco eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios e instrumentos de trabalho e suporte para profissionais de saúde³¹.

A visão dos graduandos acerca da humanização em saúde apresentou paralelos com um tema muito focado em educação médica: o profissionalismo médico. Este é caracterizado por comportamentos pelos quais os médicos demonstram ser merecedores da confiança que recebem dos pacientes por estarem trabalhando para o seu bem. Swick identifica alguns comportamentos que caracterizam o profissionalismo, tais como: busca de altos padrões éticos e morais; compromisso contínuo com a busca de excelência; busca de aprimoramento graças à constante aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades; capacidade para lidar com altos graus de complexidade e incerteza; manifestação do que o autor chama de valores humanísticos e que inclui empatia e compaixão; honestidade e integridade; cuidado e altruísmo; respeito pelos outros e lealdade; e, finalmente, reflexão sobre decisões e ações³². Certamente, a formação de tal profissional requer o foco não apenas no ensino da biomedicina, mas também uma incorporação harmônica de outros corpos de conhecimentos relacionados ao estudo das humanidades.

A ideia de que a predisposição para atuar com humanização – ou seja, para demonstrar atitudes humanísticas em ambientes clínicos – pode ser adquirida ou estimulada por meio de exemplo veio à tona. A presença de professores ou familiares que desempenham o papel de modelos ou exemplos mostrou-se contundente.

Ao relatarem suas experiências pessoais, os alunos demonstraram que suas fontes de aprendizado ultrapassam o conteúdo que a instituição, por meio de uma grade curricular bem estabelecida, propicia ou tem a intenção de ensinar. Para o bem ou para o mal, comportamentos e atitudes de professores, tutores, residentes e veteranos os afetam profundamente, servindo de exemplos ou contraexemplos passíveis de nortear o estabelecimento de prioridades em relação aos temas a serem estudados e à forma como será conduzida a futura vida profissional. Apesar de não conhecerem o termo currículo oculto³³, como poderíamos chamar essa dimensão informal do processo educacional, sua influência se faz sentir especialmente em ambientes clínicos, conforme os graduandos sugeriram em suas narrativas.

Professores que para eles representaram modelos de coerência ao cumprirem totalmente seu discurso acerca da humanização, compaixão e empatia – atitudes que para alguns deles representam o *core* de valores que influenciou sua escolha da profissão – no trato aos pacientes foram muito valorizados e elogiados. Nessa fase precoce da formação, também foram muito tocados por comportamentos e atitudes que julgaram reprováveis, referindo que iriam esforçar-se para evitá-los em sua atuação profissional, mas que temiam não ser fortes o suficiente para tal. No entanto, para

eles, o mais chocante pareceu ter sido a dicotomia entre discurso e prática que caracterizava alguns de seus orientadores que proferiam um discurso maravilhoso e convincente acerca da humanização e que, em cenários clínicos, chegavam a destratar os pacientes. Felizmente, deu-se também o contrário. Uma estudante de enfermagem relatou:

Fiquei surpresa, positivamente, em relação a uma professora. Ela parecia tão rígida e austera e não demonstrava seus sentimentos nas aulas teóricas. Mas, diante dos pacientes, ela se revelou outra pessoa. Muito carinhosa, compreensiva. Olhava-os nos olhos e conversava com eles naturalmente, deixando-os muito à vontade. Tratou os pacientes como eu gostaria de ser tratada por um profissional de saúde. Sempre vou me lembrar dela como um grande exemplo a ser seguido em minha carreira.

Quando se iniciam as primeiras atividades clínicas, os estudantes focam-se nesses bons exemplos, procurando adotá-los em seu relacionamento com os pacientes. Por outro lado, afirmaram que em algumas vezes em que tentaram propiciar um atendimento mais humanizado e individualizado, que incluía a escuta atenta, foram desencorajados pelos estudantes veteranos, residentes e até mesmo por profissionais mais experientes. Assim, a ideia de que não há tempo a perder com as narrativas dos pacientes e que, por isso, é necessário ater-se exclusivamente aos aspectos técnicos vai aos poucos se delineando como outra, talvez única possibilidade a ser adotada pelo graduando em formação.

Estava fazendo o atendimento inicial a um paciente antes que o residente chegasse para passar a conduta. Fui instruída a perguntar o essencial, mas o paciente teve a necessidade de me falar o quanto a doença havia afetado sua vida. Escolhi deixá-lo falar, mas quando o residente chegou, ainda não havia obtido todas as informações que ele necessitava. Fui repreendida por isso. E, para completar, na frente do paciente. O residente saiu bravo do consultório, mas me deu mais um tempo para completar minha tarefa. De minha parte, fiquei muito satisfeita ao perceber que havia criado um bom vínculo com o paciente, que se mostrou muito solícito, parecendo estar querendo me ajudar.

Cada história que ilustrava um fato positivo relacionado a uma abordagem narrativa era frequentemente acompanhada por um contraexemplo em que os estudantes reportavam terem sido desencorajados em incorporar os recém-adquiridos recursos humanísticos. Nos cenários de prática, a referida falta de tempo ia aos poucos se tornando um argumento importante para uma abordagem preferencialmente técnica e pragmática. A questão que se apresentou foi a seguinte: até que ponto conseguirão, com o predomínio de contraexemplos a que são submetidos e a escassez de reforço positivo, manter os ideais que inicialmente os nortearam? Alguns comentários ilustram essa dúvida.

Apesar de minha curta experiência, já constatee inúmeras vezes o quão relevante é ouvir os pacientes além de suas histórias clínicas. Ficou claro que a qualidade da escuta é mais importante que a quantidade, que a linguagem subliminar também conta e que um toque ou um olhar nos olhos faz toda a diferença. Faltam pouco mais de três anos para que eu termine o curso. Tenho medo de acabar perdendo esse aprendizado. Somos tão sobrecarregados com horas e horas de estudo e fica difícil ter tempo ou força para refletir em relação a essas questões. O ideal seria que a abordagem narrativa fosse adotada em todos os anos do curso, especialmente por professores que atuam em ambulatórios e enfermarias.

Outro argumento para a adoção de um enfoque puramente pragmático e técnico foi o fato de que um envolvimento com o paciente caracterizado pela compaixão e empatia possa resultar em sofrimento para o profissional. Assim, a mensagem subliminar "não se envolva, senão você vai sofrer e perder o discernimento" é constantemente transmitida, especialmente em cenários clínicos nos quais são frequentes os temas relacionados à incerteza, dor, morte ou ao sofrimento. A falta de modelos que norteiem uma forma adequada de lidar com tais situações e que contemplem não apenas a técnica,

mas também a afetividade, pode gerar resultados desastrosos, como mostrou a narrativa do estudante que se mostrou bloqueado após presenciar o atendimento em oncologia.

Considerações finais

Ainda que o tema humanização em saúde seja extremamente complexo e decorrente de múltiplos fatores, um enfoque puramente tecnicista e as influências do currículo oculto podem colaborar para um processo de desumanização ainda na fase de graduação do profissional de saúde. O ensino das humanidades e a incorporação de um enfoque narrativo aos cenários didáticos e clínicos representam alguns dos recursos que poderiam minimizar esse processo. Os resultados da experiência didática aqui relatada sugerem que as narrativas representam um instrumento capaz de auxiliar os graduandos a estabelecerem um repertório de condutas muito satisfatórias a serem adotadas em sua futura vida profissional. É importante que educadores e tutores estejam atentos ao currículo oculto, contra o qual os estudantes poderiam ser “imunizados” mediante a exposição a um modelo de ensino fortemente centrado no paciente e que prioriza a formação do caráter profissional e a reflexão ética³⁴.

Colaboradores

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto teve participação ativa na pesquisa de campo e na elaboração, discussão dos resultados, redação, revisão e aprovação final do manuscrito e Dante Marcello Claramonte Gallian teve participação ativa na elaboração, discussão dos resultados, revisão e aprovação final do manuscrito.

Referências

1. Capra F. O ponto de mutação. Cabral A, tradutor. 26a ed. São Paulo: Cultrix; 2006.
2. Blasco PB. O médico de família hoje. São Paulo: SOBRAMFA; 1997.
3. 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.
4. McWhinney IR. Textbook of family medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
5. Helliwell JA. A shave, a chat, and a bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice. *Can Fam Physician*. 1999; 45:859-61.
6. Calman KC. Literature in the education of the doctor. *Lancet*. 1997; 350(9091):1622-4.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional da assistência hospitalar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [citado 14 Mar 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
8. Pasche DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Ministério da Saúde. Caderno humaniza SUS 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 25 Feb 2016]. p. 63-71. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos-humanizaSUS.pdf>.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa de saúde da família. Brasília: COSAC; 1994.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado 5 Nov 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
11. Ministério da Educação (BR). Secretaria de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [citado 16 Mar 2016]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192.
12. Lima CC, Guzman SM, De Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):139-50.
13. Brody H. Defining the Medical humanities: three conceptions and three narratives. *J Med Humanit*. 2011; 32(1):1-7.
14. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Acad Med*. 2009; 84(2):192-8.
15. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*. 1999; 318(7175):48-50.
16. Charon R. Narrative medicine. a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*. 2001; 286(15):1897-902.
17. Kumagai AK. Conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Acad Med*. 2008; 83(7):653-8.
18. De Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. Even little magic. *Can Fam physician*. 2008; 54(8):1146-7.
19. Tolstói L. A morte de Ivan Ilitch. São Paulo: Editora 34; 2006.
20. Meihy JCSB, Holanda F. História oral – como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2010.
21. Dartiegues A. O que é fenomenologia. São Paulo: Moraes; 1992.
22. Bogdewic SP. Participant observation. In: Miller WL, Crabtree BF, organizadores. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
23. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Miller WL, Crabtree BF, organizadores. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
24. Benjamin W, organizador. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 7a ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 197-221.
25. Pedreño HM. De dominio público: ensayos de teoría social y del hombre. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 1997.
26. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*. 1998; 16(3):197-212.
27. Shapiro J, Ross V. Applications of narrative theory and therapy or practice of family medicine. *Fam Med*. 2002; 34(2):96-100.
28. Levites MR, Azevedo RS, Blasco PG. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza. *Rev Bras Med*. 2011; 68:13-8.
29. 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.

30. 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 Psychiatr*. 2002; 159(9):1563-9.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 20 Feb 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
32. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med*. 2000; 75(6):612-6.
33. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998; 73(4):403-7.
34. Mahood SC. Beware the hidden curriculum. *Can Fam Physician*. 2011; 57(9):983-5.

De Benedetto MAC, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina y Enfermería: currículo oculto y deshumanización en Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1197-207.

Un enfoque predominantemente biomédico atribuido a la enseñanza y práctica de las Ciencias de la Salud contribuye al proceso de deshumanización que representa una de las principales quejas de los usuarios de los sistemas de salud de nuestro país. Cualquier estrategia para enfrentar la cuestión depende de la presencia de profesionales de salud bien formados desde un punto de vista técnico y humanístico. Las mayores deficiencias se refieren a la formación humanística. Este artículo constituye un recorte de un estudio cuyo objetivo fue investigar la efectividad de la utilización de narrativas como recurso didáctico en la formación humanística de estudiantes de Medicina y Enfermería. Entre los temas emergentes a partir de métodos cualitativos se subrayó el currículo oculto que estuvo presente en todos los demás y contra el cual los estudiantes podrían inmunizarse mediante la exposición a un modelo de enseñanza centrado en el paciente y que prioriza la reflexión ética.

Palabras clave: Narrativas en salud. Educación médica y de enfermería. Humanización en salud. Currículo oculto.

Submetido em 02/05/17. Aprovado em 27/11/17.

Narrativas em cuidados paliativos: um instrumento para ensinar e cuidar

Narratives in Palliative Care: an Instrument for Teaching and Caring

Narrativas en cuidados paliativos: un instrumento para enseñar y cuidar

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto*

* Médica e Diretora de Publicações da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo, São Paulo, Brasil.

Correspondencia: Maria Auxiliadora Craice De Benedetto. **Correo electrónico:** macbet@sobramfa.com.br.

Resumo

A dor, o sofrimento e a morte são presenças constantes no dia a dia dos médicos. No entanto, em decorrência de falhas em sua formação, muitos deles têm dificuldades em lidar com tais temas. A introdução de estudantes de Medicina e jovens médicos aos Cuidados Paliativos representa uma alternativa para suprir tal déficit. A atuação em cenários didáticos de Cuidados Paliativos nos demonstrou que o conhecimento advindo da Biomedicina é necessário, porém não suficiente para o manejo das complexas situações com as quais comumente nos defrontamos. A incorporação em nossa prática clínica e didática de modelos congruentes com as Humanidades Médicas, tais como a medicina baseada em narrativas, tem se mostrado muito promissora, conforme é descrito no relato de experiência apresentado neste artigo.

Palabras Chave: Cuidados Paliativos, Atitude Frente a Morte, Dor.

Abstract

Pain, suffering and death are a constant presence in the daily life of physicians. However, as a result of failures in their training, many of them have difficulties in dealing with such issues. The introduction of medical students and young physicians to palliative care represents an alternative to overcome this deficit. The performance in didactic scenarios of Palliative Care showed us that the knowledge coming from Biomedicine is necessary, but not enough to handle the complex situations with which we commonly face. The incorporation into our clinical and didactic practice of models congruent with the Medical Humanities, such as narrative-based medicine, has been very promising, as described in the experience report presented in this article.

Keywords: Palliative Care, Attitude to Death, Pain.

Resumen

El dolor, el sufrimiento y la muerte son constantes en el día a día de los médicos. Sin embargo, a causa de fallas en su formación, muchos de ellos tienen dificultades para lidiar con estos temas. La introducción de estudiantes de Medicina y jóvenes médicos a los Cuidados Paliativos representa una alternativa para suplir dicho déficit. La actuación en escenarios didáticos de Cuidados Paliativos nos demostró que el conocimiento proveniente de la Biomedicina es necesario, pero no suficiente para el manejo de las complejas situaciones con las cuales comúnmente nos enfrentamos. La incorporación en nuestra práctica clínica y didáctica de modelos congruentes con las Humanidades Médicas, tales como la medicina basada en narrativas, se ha mostrado muy prometedora, como se describe en el relato de experiencia presentado en este artículo.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Actitud ante la muerte, Dolor

Introdução

O sofrimento e a morte são presenças constantes na prática médica. Ainda assim, muitos profissionais de saúde demonstram dificuldades em lidar com tais questões. Médicos costumam não se sentir confortáveis quando necessitam cuidar de doentes incuráveis ou terminais, pois nessas circunstâncias seus conhecimentos médicos e habilidades técnicas não são suficientes¹ e eles são assolados por suas limitações e sensação de incapacidade. Por esse motivo, experiências clínicas com tais pacientes, as quais habitualmente se dão em cenários de Cuidados Paliativos (CP), são essenciais para uma boa formação médica e deveriam ser enfatizadas durante a graduação e residência médica das mais variadas especialidades².

No entanto, no Brasil, praticamente não existe um ensino sistematizado de CP nas escolas médicas e temos notícias de que apenas algumas poucas residências -em modalidade médica e/ou multiprofissional- encontram-se em fase de estruturação em algumas instituições de ensino na área da saúde. Na verdade, os CP representam uma especialidade emergente em nosso país, sendo praticada principalmente por médicos generalistas ou de família, geriatras e, eventualmente, oncologistas². O fato é que a necessidade de aumentar o número de médicos capazes de lidar adequadamente com a dor, o sofrimento, a morte e a terminalidade é uma realidade cada vez mais aceita, o que é ilustrado pela disseminação dos cursos de especialização *latu sensu* e capacitação em CP que vêm sendo oferecidos por diversas instituições de ensino.

Para a SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo³, os CP têm representado um papel central nas atividades didáticas desenvolvidas desde a sua criação, tanto em ambientes clínicos quanto em sala de aula. E, ao longo dos anos, muitas lições foram apreendidas, não apenas pelos estudantes de Medicina e médicos em formação, mas também pelos próprios professores. Constatamos, por exemplo, que, embora as habilidades adquiridas por meio do ensino da Biomedicina propiciem expertise no controle dos sintomas dos pacientes paliativos e sejam, portanto, necessárias, elas não são suficientes para um cuidado adequado nesta área. É fundamental que os aspectos emocional, social, cultural e espiritual sejam plenamente contemplados para que as reais necessidades de pacientes e familiares sejam supridas⁴.

Incontáveis histórias que vão muito além da nossa velha e conhecida história da moléstia atual (HDA) emergem em cenários de CP. E estas têm nos propiciado profundos ensinamentos. Na verdade, costumamos denominar as histórias emergentes no contexto do ensino e da prática da Medicina como narrativas médicas. Narrativas são histórias com começo, meio e fim, ou seja, histórias que se desenrolam ao longo do tempo; apresentam uma trama, um sentido; alguém que as conta ou escreve e alguém que as escuta ou lê⁵. As narrativas implicam interpretação^{5,6}. Cada uma das pessoas envolvidas em uma narrativa - pacientes; seus familiares; médicos, em formação ou professores; estudantes de Medicina e demais profissionais de saúde- a vivencia de acordo com suas próprias perspectivas e interpretações⁷. O sentido de uma narrativa não é determinado pelo autor, mas construído por ambos – autor e ouvinte ou leitor.

Quando se pensa em buscar excelência em relação à prática de CP, vem-nos à mente o tema profissionalismo médico. Este é caracterizado por comportamentos pelos quais os médicos demonstram ser merecedores da confiança que recebem dos pacientes por estarem trabalhando para o seu bem. De acordo com Swick, o profissionalismo é denotado por alguns comportamentos, tais como: busca de altos padrões éticos e morais; compromisso contínuo com a busca de excelência; busca de aprimoramento graças à constante aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades; capacidade para lidar com altos graus de complexidade e incerteza; manifestação do que o autor chama de valores humanísticos e que inclui empatia e compaixão, honestidade e integridade, cuidado e altruísmo, respeito pelos outros e lealdade; e, finalmente, reflexão sobre decisões e ações⁸. Fica claro que é preciso ir além do ensino da Biomedicina, mediante a incorporação harmônica de outros corpos de conhecimentos relacionados ao estudo das Huma-

nidades. Considera-se Humanidades Médicas como algumas combinações de disciplinas relevantes do campo das modernas artes liberais – Ética e Filosofia, estudos acerca da espiritualidade, Literatura e assim por diante – enfocadas em contextos médicos⁹. O modelo denominado medicina baseada em narrativas também tem se mostrado um recurso importante no que concerne às Humanidades Médicas.

Em nossa trajetória de busca de aprimoramento do ensino e prática dos CP, buscamos incorporar um enfoque narrativo, enfoque esse que permeia e alicerça as Humanidades Médicas. Antes que nos aprofundássemos de forma sistemática ao estudo de autores que colaboraram para a estruturação de modelos de prática médica fundamentados nas narrativas, já percebíamos a importância em se atentar às narrativas emergentes em CP para adotá-las como recursos terapêuticos e didáticos. Isso é ilustrado na comvente história de Neide, na visão de seus médicos¹⁰ a qual é apresentada em seguida.

A História de Neide: seria um bolo de cenoura com cobertura de chocolate capaz de provocar reflexões?

Neide (nome fictício) iniciou a consulta com uma pequena introdução – algumas palavras escritas em sua pequena e habitual caderneta. “Doutores, preparei este bolo de cenoura com cobertura de chocolate especialmente para vocês”. E, após essa introdução, foi logo nos ofertando pequenos pacotes envoltos em papel-alumínio. Tal ato poderia até ser considerado banal, e todo profissional de saúde que tenha desenvolvido um relacionamento satisfatório com seus pacientes já vivenciou, certamente, situação semelhante. No entanto, o contexto existente por trás daquela cena e os sentimentos então em nós despertados fizeram-nos ter a certeza de que, mesmo que vivêssemos por mil anos, jamais esqueceríamos o ocorrido.

Neide era uma senhora pequena de setenta anos de idade que, segundo a filha, Irene (nome fictício), havia sido muito vaidosa. Nós a acompanhávamos em consultas ambulatoriais quinzenais em um ambulatório didático de Cuidados Paliativos (ADCP)^{2,7} dirigido a estudantes de Medicina e residentes de Medicina de Família. Era portadora de uma massa tumoral grande e muito endurecida na região cervical direita, a qual apresentava áreas de necrose e uma exsudação purulenta e malcheirosa. Sua face estava deformada por uma paralisia facial e ainda portava uma traqueostomia, estando, portanto, impossibilitada de falar. Era alimentada através de uma gastrostomia por ser incapaz de deglutir.

Irene tentava fazer o máximo por sua mãe e acho que até mesmo se colocava em seu lugar para tentar relatar fielmente tudo o que ela estivesse sentindo, sempre pedindo-nos que fizéssemos o melhor por ela. Na primeira consulta, Irene nos explicou que o que mais atormentava Neide eram as dores intensas e a impossibilidade de dormir à noite. Neide nos fitava com os olhos tristes e apenas acenava em sinal de concordância. Rapidamente conseguimos detectar em que ponto deveríamos focar o tratamento inicial de Neide: as dores e a insônia. Para isso, teríamos de ajustar a medicação que havia sido anteriormente prescrita.

Fizemos isso, sabendo, no entanto, que era muito pouco. Durante todo tempo em que Irene falava ou explicávamos algum ponto, nós olhávamos para Neide e perguntávamos se ela estava entendendo e se estava concordando. Assim que percebeu que havia encontrado interlocutores interessados em auxiliá-la e que não demonstraram medo ou repulsa em olhar para sua face deformada ou fixá-la em seus olhos, mostrou-se disposta a se comunicar. Tirou uma caneta e um pequeno caderno de sua bolsa e se pôs a escrever. Escrevia rapidamente tudo o que queria transmitir e um diálogo rico e dinâmico foi sendo construído entre médicos, estudantes e paciente desde esse primeiro encontro.

Foram tomadas medidas para o controle dos principais sintomas e, gradativamente, sua qualidade de vida foi se tornando, ao menos, aceitável. Desenvolveu-se um forte vínculo também entre a equipe e sua filha, que logo constatou que não estaria mais sozinha para enfrentar aquela difícil batalha.

A cada consulta, pelo meio de comunicação então improvisado, fomos conhecendo mais e mais acerca da nossa paciente. Ela nos contou sua história de vida e falou sobre seus amores do passado; revelou seu dia a dia e interesses, os quais incluíam uma novela de televisão que era exibida por volta das dezoito horas e que ela não queria perder de forma alguma. Para que isso não acontecesse, sempre tratava de encerrar a consulta abruptamente caso esta se estendesse mais que o esperado. Na ocasião, um pensamento certamente ocorria a todos nós – será que ela teria tempo para assistir aos capítulos finais? No entanto, quase que inacreditavelmente, Neide permaneceu sob nossos cuidados por mais de seis meses. Sobreviveu aos capítulos finais da novela e, segundo a filha, aguardava sempre com ansiedade o dia da consulta médica. Realmente, ela chegava com os olhos brilhantes, sempre a contar um fato de sua vida ou algo ocorrido que tenha adquirido um significado especial e que dava sentido a seu sofrimento.

Certa vez, um dos residentes que a acompanhava e a quem ela se afeiçãoou de forma especial deixou escapar que gostava muito de bolos de cenoura. Foi quando nossa querida paciente começou a trazer bolos de cenoura com cobertura de chocolate a todos os integrantes da equipe, afirmando orgulhosamente que ela mesma os havia preparado. Isso se repetiu por várias consultas, enquanto ela se manteve bem o suficiente para preparar os tais bolos.

Pouco tempo antes de morrer, Neide começou a se mostrar mais alheia ao ambiente, como se estivesse se despedindo deste mundo. Necessitava de altas doses de morfina para o controle da dor. Quando lhe perguntamos se ela estava assistindo à nova novela das seis horas, ela dizia que não, pois dessa vez não teria mais tempo de chegar ao final. Mas falava isso sem revolta ou amargura, como se fosse algo para o qual ela havia se preparado durante aquele período de convívio conosco. Neide morreu em sua residência, em paz, e sua filha fez questão de voltar uma última vez ao ADCP para compartilhar seus momentos finais. E também para nos agradecer.

Alguns anos já se passaram e uma questão continua: o que levaria alguém, sem poder se alimentar normalmente há meses, a preparar deliciosas guloseimas e ofertá-las com tanto carinho a outras pessoas?

As respostas encontradas por cada um de nós que colaboramos em seu cuidado certamente não são coincidentes. Mas a lição de desprendimento e generosidade que transmitiu com sua atitude será transposta para muitas outras situações em nossas vidas. Saber que é possível viver cada momento com o máximo de intensidade, mesmo que as circunstâncias de vida sejam totalmente adversas, é sempre um grande consolo. E nós sempre nos recordaremos com admiração daquela pequena e digna senhora que, mesmo estando impossibilitada de se alimentar há meses, preparava bolos de cenoura com cobertura de chocolate unicamente para presentear seus médicos.

Medicina Baseada em Narrativas

A história de Neide, por si só, sugere justificativas para a escolha do enfoque narrativo atribuído ao ADCP. No entanto, uma pequena introdução ao modelo denominado medicina baseada em narrativas é apresentada, com o intuito de clarificar ainda mais a questão.

Nossos ancestrais se reuniam ao redor das fogueiras para contar e ouvir histórias. Essa imagem é de alguma forma familiar a todos nós e evoca profundas memórias. Assim foram criadas metáforas na tentativa de explicar o incompreensível e misterioso. A identidade dos povos tem sido construída por meio de histórias transmitidas de geração em geração, as quais mantêm viva a memória dos seres humanos e atribuem sentido e significado a cada ato ou ocorrência da vida.

O ato de contar histórias é uma tendência fortemente arraigada ao âmago dos seres humanos, os quais são considerados, pelos antropólogos, como contadores de histórias. Higinio Marin Pedreño¹¹ define os seres humanos como bípedes com mãos que contam histórias. O autor afirma: “Na vida -como nos contos As Mil

e Uma Noites- para se seguir vivo cada dia, se há de saldar com um conto”. As histórias permitem que o caos se transforme em ordem e por meio delas os seres humanos, além de recordar, podem reescrever suas vidas, atribuindo-lhes significados. Com o decorrer do tempo, o ato de contar histórias foi se aprimorando para se transformar em arte. Assim, surgiram a literatura, o teatro, o cinema.

A medicina é uma profissão que envolve um relacionamento especial entre as pessoas. Do íntimo contato que caracteriza a relação médico-paciente emergem muitas histórias, narrativas de vida e morte que, muitas vezes, aparentemente, nada têm a ver com histórias clínicas. As narrativas emergentes em cenários de prática e ensino da Medicina podem tomar a forma de histórias vivenciadas por médicos, estudantes, pacientes e familiares, e costumam adquirir um significado especial por serem portadoras de ensinamentos ou lições de vida. Muitas vezes, essas narrativas evocam textos literários e, quando compartilhadas em ambiente didático, teriam função similar à aplicação de métodos literários em Medicina⁵.

Alguns autores consideram os pacientes como contadores de histórias especiais¹². Quando o relacionamento médico-paciente se dá satisfatoriamente, a predisposição natural dos pacientes para contar histórias se manifesta em sua plenitude, mostrando-se especialmente nítida ao final de vida. Pacientes têm necessidade não apenas de contar sua história, mas também de compartilhar seus sentimentos, crenças e fatos que julgam estar associados a seus sofrimentos. Mediante o ato de contar sua história, os pacientes terminais podem reescrever sua vida e, assim, despedir-se deste mundo, partindo para o desconhecido com a certeza de que sua vida valeu à pena. Porém, é justamente nesta fase que eles praticamente emudecem, não por vontade própria, mas sim por não encontrarem interlocutores. Neide perdeu literalmente a voz em decorrência de um tumor de laringe. Mas, e os demais pacientes em seus dias finais? É quase rotina que percam a voz em um sentido simbólico, uma vez que, na atualidade, as pessoas não se sentem preparadas para lidar com a morte de forma natural, e muito menos falar sobre ela, como o faziam nossos ancestrais, e preferem fugir de qualquer assunto que gire em torno de tema tão desagradável.

No passado, quando os recursos diagnósticos e terapêuticos eram bem mais limitados que hoje, muitas vezes, ouvir os pacientes com atenção e empatia era o único expediente disponível em certas situações. E, na atualidade, mesmo com a disponibilidade de inimagináveis recursos tecnológicos, pacientes não confiam em médicos que não olhem em seus olhos e que desconsiderem seus sentimentos e suas narrativas¹³.

Frente ao modelo biomédico, enfocado na especialização, fragmentação e avanços tecnológicos, que norteia o ensino e prática da Medicina na atualidade⁴, persiste a questão: existe algum espaço para histórias tão humanas como a de Dona Neide em um mundo em que procedimentos diagnósticos e terapêuticos sofisticados assumem o primeiro plano e são considerados essenciais para uma boa prática da Medicina? Certamente, diante de situações em que os avanços tecnológicos não podem mais prover soluções, uma resposta afirmativa a essa questão é indubitável.

Por outro lado, podemos afirmar que nas últimas décadas os ventos começaram a soprar para outra direção. Ficou evidente que o enfoque no modelo biomédico é necessário, porém não suficiente para responder a todas as demandas de pacientes, profissionais e sistemas de saúde. Os aspectos sutis do ser humano, por exemplo, que tanto influenciam na forma como se instalam as doenças e nos processos de cura, não encontraram um espaço no modelo biomédico que culminou com a medicina baseada em evidências. Esse modelo biomédico se refere à medicina centrada na doença e não na pessoa. Existem muitos textos sobre fisiopatologia e terapêutica do diabete melito e todos são muito similares, frutos de rigorosas pesquisas científicas realizadas dentro de impecáveis padrões preestabelecidos sem possibilidades de contestação. Mas cada paciente diabético que temos à nossa frente é único. Não adianta conhecermos a melhor e mais atualizada evidência científica para o estabelecimento de um esquema terapêutico se o paciente não toma os medicamentos adequadamente porque está deprimido ou tem um sistema de crenças, geralmente decorrente de seu contexto social e cultural, que impede a sua adesão ao tratamento. Questões como essa e outras muito mais complexas que passam pela viabilidade dos sistemas de saúde resultaram em

uma reavaliação do método clínico, de forma que o modelo da medicina centrada no paciente, que é a pedra angular da especialidade Medicina de Família, vem ganhando espaços cada vez mais amplos ao redor do mundo¹⁴. Não se trata de abolir o modelo biomédico, o qual foi responsável pela supressão de grande parte dos sofrimentos decorrentes das doenças e dos traumatismos, mas sim de incorporar novos modelos que visem a um aprimoramento do relacionamento médico-paciente e a enfrentar a situação de desumanização da Medicina, a qual é imputada ao enfoque puramente técnico ainda adotado em muitos cenários de prática e ensino.

Na década de 1970, as escolas médicas norte-americanas passaram a incluir em seus currículos o estudo de textos e métodos literários. Narrativas presentes em obras literárias podem, por exemplo, propiciar a reflexão acerca de temas como dor, sofrimento e morte, os quais fazem parte do dia a dia do médico, mas que muitos estudantes de Medicina e até mesmo alguns profissionais mais experientes têm dificuldades em enfrentar, achando mais fácil ignorá-los ou fugir deles. Um contato prévio com tais temas, ainda que na ficção, permitiria um melhor preparo para abordá-los na vida real^{15,16}.

Medicina baseada em narrativas, *narrative medicine*¹⁵ ou, ainda, *narrative-based medicine*⁶ -como preferem os autores britânicos- é um modelo que vem sendo construído nas últimas décadas graças à colaboração de diversos autores. Apesar de ter sido praticada com diferentes enfoques e em cenários variados, o seu fundamento se mantém intocado: ouvir as histórias dos pacientes com atenção e empatia, mesmo aquelas que aparentemente nada têm a ver com suas histórias clínicas, e utilizá-las como ferramenta terapêutica. Graças aos diferentes enfoques que têm sido atribuídos à medicina baseada em narrativas e à diversidade de cenários em que vem sendo utilizada, a função das narrativas médicas vem se desdobrando além dessa concepção inicial.

Rita Charon, criadora do termo *narrative medicine*, afirma que a boa 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. Competência em narrativa permite aos médicos alcançar os pacientes e atuar junto a eles na enfermidade, reconhecer sua própria jornada pessoal por meio da medicina, identificar suas obrigações junto a outros profissionais de saúde e introduzir um discurso sobre saúde¹⁷. A leitura e discussão acerca de obras literárias e a escrita reflexiva complementam o método e auxiliam a clarificar situações difíceis.¹⁵

Alguns autores, como Arthur Frank, usam os termos *narrativa* e *história* indiscriminadamente, uma vez que pacientes não costumam se apresentar dizendo: “Quero fazer uma narrativa”, e sim: “Doutor, quero contar uma história”¹⁸. No entanto, quando, como profissionais de saúde, utilizamos as histórias dos pacientes para aprimorar nossa atuação, para mais bem interagir com os pacientes e para nos beneficiarmos do potencial terapêutico e didático das histórias, ou seja, quando as utilizamos de forma metodológica, é natural que as denominemos narrativas. Assim, o termo *narrativas* refere-se às próprias histórias e ao seu emprego como metodologia.

Ouvir as histórias dos pacientes com atenção, mesmo que aparentemente nada tenham a ver com suas trajetórias clínicas, promove um efeito terapêutico ou paliativo, o que é facilmente constatado na prática clínica diária. A possibilidade de expressar sofrimentos, sentimentos, crenças e visão de mundo através da palavra falada – diante de um interlocutor atento e compassivo – ou pela escrita – em poesia ou prosa – tem por si só um efeito terapêutico¹⁹. Tal atitude permite ao paciente organizar o caos que existe em sua mente, o qual foi provocado pela enfermidade ou situação difícil que vivencia. Dessa forma acaba por vislumbrar, por si só, as soluções que não consegue visualizar quando se encontra solitariamente mergulhado em seu mar de problemas^{20,21}. As narrativas dos pacientes são muito mais que simples histórias em que os eventos são contados de forma linear. Nelas, os sentimentos existentes por trás dos fatos são mais importantes que os próprios fatos concretos. Para se entender o real significado de uma narrativa é necessário identificar o que foi expresso nas entrelinhas e compreender uma linguagem subliminar. Uma mesma história pode ser contada e assimilada de formas diferentes por pessoas diferentes¹³.

O Papel Terapêutico das Narrativas

A visão de Arthur Frank a respeito das funções das narrativas em ciências da saúde representou uma forte base para a estruturação do ADCP. As ideias do autor aqui apresentadas são permeadas de constatações e insights que tivemos em nossa jornada em cenários de prática de CP, especialmente o ADCP. Arthur Frank¹⁸ classifica as narrativas de acordo com os três esqueletos básicos: histórias de restituição, de caos e de busca. As estruturas descritas pelo autor não são rígidas e, sim, representam padrões predominantes.

Para Frank, o ato de contar e ouvir histórias é um dom, um presente. As histórias são contadas com o ouvinte e não para ele. Ao ouvir seus pacientes com compaixão e empatia, os profissionais de saúde os ajudam a reescrever um novo roteiro, mais satisfatório, para suas vidas, proporcionando a possibilidade de mudanças no padrão de suas histórias. O ato de contar uma história pessoal de doença e sofrimento permite ao narrador identificar um significado para a doença e o sofrimento, e a própria identificação desse significado exerce um efeito terapêutico para o paciente. Observamos, em cenários de prática, que isso é verdadeiro não apenas para pacientes, mas também para estudantes e profissionais da área de saúde. Quando médicos compartilham suas histórias, não estão apenas buscando um conselho clínico. Eles são certamente impulsionados pelo anseio de clarificação das situações difíceis que vivenciam na prática da profissão e estão tentando aprender como lidar com o sofrimento dos pacientes e com o seu próprio sofrimento, o qual costuma ser desencadeado pela empática relação profissional de saúde-paciente.

Os médicos são especialmente preparados para lidar com as histórias de restituição¹⁸, em que as pessoas ficam doentes, são tratadas e têm seu bem-estar restituído. Durante a evolução para a cura ou resolução do problema, o que estava errado é corrigido e o médico, graças à sua expertise técnica ou capacidade em identificar problemas e prover soluções, costuma emergir como um herói, sendo considerado o principal ator em cena capaz de vencer o inimigo a ser combatido – a doença. São narrativas de pacientes que têm altas chances de cura ou que pelo menos se encontram em fase inicial da doença, em que a esperança de cura é uma certeza. Quando contam suas histórias, tais pacientes perdem a subjetividade e sempre falam a partir da perspectiva do médico que o tratou. Profissionais que buscam sucesso e eficácia são particularmente atraídos por tal categoria de narrativas. É evidente que estas também são preferidas por pacientes e familiares, pois são as que têm um final feliz.

Com as histórias de caos¹⁸ ocorre o contrário. Dessas, temos vontade de fugir, pois retratam situações para as quais não fomos preparados para lidar durante o processo de formação nas escolas médicas. Nelas, o paciente tende a uma piora inexorável e a única evolução possível é a morte ou a incapacidade progressiva. Pacientes que as vivenciam não têm mais chances de cura. Histórias de caos são caracterizadas por sentenças incompletas, perguntas sem respostas e períodos de silêncio. Transtornos emocionais costumam permear tais histórias e nelas os familiares desempenham papel importante, sendo de pouca valia aos pacientes por sua incapacidade de ajudá-los efetivamente.

A boa notícia é que as histórias de caos não mergulham necessariamente em uma espiral descendente, cujo final é uma morte que apenas deixe para trás tristeza, traumas e questões emocionais e espirituais não resolvidas. Quando a cura ou restituição são impossíveis ou improváveis, os sofrimentos ou doenças podem se tornar uma oportunidade de aprendizado. Neste caso, as histórias de caos se transformam em histórias de busca¹⁸. Nelas, a conclusão final da jornada compartilhada por médicos ou profissionais de saúde e pacientes é a transcendência da dor. Ao ser ouvido com atenção, compaixão e empatia, o paciente consegue organizar o caos que se formou em sua mente em decorrência da doença e, buscando um significado para os seus sofrimentos, encontra recursos internos e desenvolve novos valores os quais permitem que o sofrimento, ainda que presente, possa ser vivenciado com aceitação e serenidade. Alcançando um certo distanciamento, o paciente consegue sofrer com “honra”, conforme as palavras de Frank¹². Proporcionam lições de vida que impulsionam o contador da história para um nível mais elevado de consciência, transformando-o em alguém que aprende e ensina por meio da doença. Durante tal jornada para a transcendência, ele se torna grato, não pela doença, mas pela vida, a qual, mesmo incluindo a doença, pode -

ser vivida e aceita incondicionalmente. E tal paciente-narrador somente consegue dar esse passo se tiver diante de si alguém que o ouça com compaixão, atenção e empatia sem, no entanto, querer sugerir soluções que não tenham nada a ver com os recursos internos do próprio narrador, o que é uma grande tentação. Basta que o profissional de saúde atue como uma testemunha compassiva, demonstrando que está ao seu lado e compreende seu sofrimento, o que, por sinal, já é uma grande coisa e poucos são realmente capazes de fazê-lo.

Uma questão costuma vir à mente após o contato com as ideias de Arthur Frank. Se se trata apenas de ouvir, por que esse papel de ouvinte não poderia ser exercido por um familiar ou amigo? Isso não é possível pois familiares e amigos, por estarem também imersos em suas histórias de caos, quererão seguir, quase que invariavelmente, o seguinte movimento: transformar a história de caos em história de restituição. E isso não é possível. Pudemos, com frequência, observar essa tentativa por parte de familiares de pacientes por nós acompanhados no ADCP.

Profissionais de saúde necessitam compartilhar e refletir acerca das histórias de caos dos seus pacientes para que, então, consigam algum distanciamento das situações difíceis que emergem do relacionamento profissional. Somente dessa forma poderão atuar como a testemunha compassiva, cuja presença é essencial para a criação de novos roteiros, ou seja, a transformação de histórias de caos em histórias de busca. É necessário ter em mente que é impossível que histórias de caos se transformem em histórias de restituição.

O Papel Didático das Narrativas

Quando estudantes de Medicina e profissionais de saúde compartilham as narrativas -próprias e dos pacientes- às quais tenham atribuído um significado especial ou que lhes trouxeram algum ensinamento, estas passam a exercer um papel didático. Em Educação Médica, a aplicação de um enfoque narrativo propicia ao estudante de Medicina um maior entendimento da enfermidade, graças à combinação do conhecimento biomédico conseguido por meio das abordagens educacionais tradicionais com o conhecimento pessoal, afetivo e experiencial, obtido através da inter-relação entre estudantes de Medicina, pacientes e familiares²².

A narrativa composta pelos médicos de Neide ilustra a jornada de uma história de caos para uma história de busca. Essa mudança apenas foi possível porque, sendo ouvida e sentindo-se compreendida, Neide tomou consciência de que não era necessário caminhar sozinha em sua trajetória. A oportunidade de exteriorizar seus sentimentos, dúvidas, medos e *insights*, não apenas para os membros da equipe, mas também para sua filha, proporcionou-lhe um grande e visível alívio.

Os jovens médicos confessaram que, antes de vivenciarem histórias como essa, não tinham certeza de que seriam capazes de ajudar seus pacientes em sua jornada de transcendência. Após a leitura dos artigos de Frank, um residente comentou: “talvez essa seja apenas uma ideia teórica, fruto de uma visão romântica do autor”. Com o decorrer do tempo, entretanto, muitas histórias de busca se somaram a essa, histórias que enriqueceram sua prática, estimularam profundas reflexões e lhes ensinaram lições de vida, fazendo-os sentirem-se melhores médicos e pessoas.

Assim, esses médicos ajudaram a reescrever muitas histórias e aprenderam uma grande lição: “quando aparentemente não há nada a fazer, ainda podemos ouvir”. Ouvir com atenção, compaixão e empatia não somente o que é expresso em palavras, mas também o que é dito nas entrelinhas, por meio de gestos, expressões faciais, interrupções, choros e silêncio. Mediante tal atitude, puderam enfim converter-se na testemunha compassiva, tão necessária aos que vivenciam suas histórias de caos.

Ao passarem por tais experiências, estudantes, residentes e médicos também experimentam suas próprias histórias de caos, as quais sentem a necessidade de compartilhar. Por isso, no ADCP, os atendimentos eran

encerrados com uma atividade especial. Após a liberação do paciente e a discussão referente aos aspectos técnicos, abria-se um espaço de tempo destinado ao compartilhamento de narrativas pessoais. Sentimentos, dificuldades, dúvidas, sofrimentos -próprios ou alheios- eram livremente expressos, sendo essa atividade enriquecida com exercícios de escrita reflexiva e ilustrada com textos literários ²³.

Um texto literário adotado nas discussões e muito apreciado por todos os participantes foi A Morte de Ivan Ilich de Tolstói ²⁴. Ainda que a trama se passe no século XIX, em um país longínquo, esta se mostrou extremamente atual. Elementos pertinentes ao relacionamento médico-paciente e médico-familiares, às atitudes dos familiares, à solidão vivenciada pelo paciente Ivan, ao cuidado, à permanência e à busca de sentido para a vida e o sofrimento puderam ser identificados no texto e auxiliaram a clarificar muitas das situações vivenciadas em nossa prática. E o grande ensinamento transmitido pelo servo de Ivan, Guerassin, foi que, quando se trata de cuidado, nem sempre é necessário recorrer a soluções mirabolantes, pois medidas simples podem, muitas vezes, fazer uma enorme diferença.

Assim, ficou evidente que a abordagem narrativa exerceu um efeito terapêutico também em relação aos membros da equipe, efeito esse que se desdobrou em um grande aprendizado acerca das questões relacionadas ao sofrimento inerente à condição humana. O potencial didático então atribuído às narrativas deveu-se especialmente a esse aprendizado.

Considerações Finais

Esta foi uma história de dor, sofrimento, generosidade, transcendência e morte; uma morte ocorrida em circunstâncias de aceitação e extrema paz. Uma narrativa que somente pôde ser composta porque Neide encontrou interlocutores compassivos. Assim, mesmo incapaz de articular palavra alguma, Neide, ao notar que estava sendo considerada com atenção e empatia, rapidamente encontrou um meio para comunicar-se. E a sua história foi muitas vezes contada, ouvida, recontada, escrita, reescrita, interpretada e compartilhada. Dessa forma, foi convertida em uma poderosa narrativa que ensinou a médicos e estudantes de Medicina que mesmo que seja impossível modificar o final de uma história -Neide evoluía para a morte inexorável- se é possível atuar de forma a mudar o seu curso ²⁵. E que, em CP, a cura é morrer em paz.

Referências

1. Blasco PG. O médico de família hoje. São Paulo: SOBRAMFA; 1997.
2. Pinheiro TRP, De Benedetto MAC, Levites M, Del Giglio A, Blasco PG. Teaching Palliative Care to Residents and Medical Students. *Fam Med*. 2010; 42(8): 580-2.
3. Cfr. www.sobramfa.com.br.
4. Capra F. O Ponto de mutação. Trad. Álvaro Cabral. 26. ed. São Paulo: Cultrix; 2006.
5. Charon R. Narrative medicine: honouring the stories of illness. New York: Oxford University Press; 2006.
6. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*. 1999;318(7175): 48-50.
7. De Benedetto MAC, Blasco PG, Levites M, Pinheiro TR. Narrativas em Cuidados Paliativos: um instrumento para lidar com a dor, o sofrimento e a morte. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2009; 2(3): 16-20.
8. Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Acad Med*. 2000; 75(6): 612-6.
9. Brody H. Defining the Medical Humanities: Three conceptions and Three Narratives. *J Med Humanit*. 2011; 32(1): 1-7.
10. Benedetto MAC, Vieira NV, Holanda F. Narrativas em saúde: um instrumento para lidar com a dor, o sofrimento e a morte. *Oralidade*. 2011; 5(10): 17-30.
11. Pedreño HM. De dominio público: ensayos de teoría social y del hombre. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra; 1997.
12. Frank AW. The standpoint of storyteller. *Qual Health Res*. 2000; 10(3): 354-65.
13. De Benedetto MAC, Blasco PG, Castro AG, Carvalho E. Once upon a time... at the tenth Sobramfa International and Academic Meeting, São Paulo, Brazil. *J Learn Arts*. 2006; 2(1). Disponível em: <http://repositories.cdlib.org/clta/ta/vol2/iss1/art7>. Acessado em: 11 Nov de 2015.

14. McWhinney IR. Textbook of family medicine. 2. ed. New York: Oxford University Press; 1997.
15. Charon R. Literature and medicine: origins and destinies. *Acad Med.* 2002; 75(1): 23-7.
16. Shapiro J. Writing rings about Death. *LitSite Alaska*. Disponível em: <http://www.litsite.org/index.cfm?section=Narrative-and-Healing&page=Perspectives&viewpost=2&ContentId=989>. Acessado em: 15 Fev. 2015.
17. Charon R. Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA.* 2001; 286(15): 1897-902.
18. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health.* 1998; 16: 197-212.
19. Carroll, R. Find the Words to Say It: The Healing Power of Poetry. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine.* 2005; 2(2): 161-72.
20. 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: 1304-9.
21. Shapiro J, Ross V. Applications of narrative theory and therapy or practice of family medicine. *Family Medicine.* 2002; 32(2): 96-100.
22. Kumagai AK. A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Acad Med.* 2008; 83(7): 653-8.
23. Bolton G. Stories at work: reflective writing for practitioners. *Lancet.* 1999; 354(9174): 243-5.
24. Tolstoi L. A morte de Ivan Ilitch. São Paulo: Editora 34; 2006.
25. Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, Sanogo R, Blasco PG. From suffering to transcendence: narratives in palliative care. *Can Fam Physician.* 2007; 53: 1277-9.



ARTÍCULO ESPECIAL

Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina



Graziela Moreto ^{a,*}, Pablo González Blasco ^b y Agustina Piñero ^c

^a Doctor en Medicina (Universidad de São Paulo) Línea de Investigación en Empatía y Educación Médica, Directora Internacional de SOBRAMFA- Educación Médica y Humanismo, São Paulo, Brasil

^b Doctor en Medicina, Director Científico de SOBRAMFA-Educación Médica y Humanismo, São Paulo, Brasil

^c Especialista en Medicina Familiar, Docente Salud Social y Comunitaria Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Recibido el 19 de septiembre de 2016; aceptado el 29 de diciembre de 2016

Disponibile en Internet el 24 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Empatía;
Educación de las emociones;
Humanismo médico;
Educación médica;
El cine y la educación de la afectividad

Resumen La medicina vive tiempos de vertiginoso crecimiento técnico y, al mismo tiempo, nunca se han alcanzado niveles tan bajos de despersonalización en la relación médico paciente. La empatía es un elemento fundamental para construir una relación médico paciente eficaz, y se constituye en un puente entre la medicina basada en evidencias y la práctica clínica centrada en el paciente. Los estudios que evalúan la empatía muestran su desgaste a lo largo de los años de formación médica. Este hecho ha impulsado el desarrollo de herramientas que evalúen la empatía como la escala de Jefferson y la escala multidimensional de reactividad interpersonal adaptada por Davis. El desafío consiste en promover estrategias que puedan desarrollar la empatía y evitar su deterioro, lo que en definitiva implica la búsqueda de una educación de la afectividad del estudiante, las emociones y sentimientos intrínsecamente relacionados con la empatía. La academia y los estudiosos de la educación médica se esfuerzan por encontrar respuestas al desafío de mejorar la educación de las emociones del estudiante y su consecuente desarrollo afectivo. Entre la variedad de posibilidades educativas surge la música, las narrativas, la literatura, la ópera y, de modo especial, la educación con el cine.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: graziela@sobramfa.com.br (G. Moreto).

KEYWORDS

Empathy;
Educating emotions;
Medical humanism;
Medical education;
Cinema and affective
education

Reflections on dehumanisation in medical education: Empathy, emotions, and possible pedagogical resources for the emotional education of the medical student

Abstract While medicine is going through a phase of increasing technical growth, it is also a time of increasing depersonalisation in the doctor-patient relationship. Empathy is a required element to build this relationship, and is a bridge between evidence-based medicine and patient centred clinical practice. Studies that have appraised empathy demonstrate its erosion during the undergraduate years. This fact has boosted the development of tools for assessing empathy, such as the Jefferson Scale of Physician Empathy, or the Interpersonal Reactivity Index adapted by Davis. However, the real challenge is how to promote strategies aimed at promoting empathy and to prevent its erosion. This, in short, requires strategies on how to educate student emotions and feelings that are intrinsically related to empathy. Educational tools for this purpose are emerging in the teaching scenario, represented by literature, music, poetry, narrative medicine, opera and, especially Cinematic Education. Academic and Medical Educators find it difficult to find effective answers for the current mandatory challenge of promoting empathy in the training of medical students.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

There can be no knowledge without emotion.

We may be aware of a truth, yet until we have felt its force, it is not ours.

To the cognition of the brain must be added the experience of the soul.

Arnold Bennett, novelista inglés y ensayista, 1867–1931

Comunicación y cuidado. La empatía en el estudiante de medicina

La medicina vive tiempos de vertiginoso crecimiento técnico y, al mismo tiempo, nunca se han alcanzado niveles tan bajos de despersonalización en la relación médico paciente. Cuidar bien del paciente supone conocer la enfermedad y a la persona que la padece. Entre las habilidades que garantizan la calidad de esa relación la empatía ocupa un lugar destacado.

El término empatía, del griego *empathia*, significa saber apreciar los sentimientos de otros. Se incorpora en 1918 al ámbito médico como un elemento presente en la relación médico-paciente que facilita el diagnóstico y la terapéutica¹.

En el contexto de la educación médica la empatía presenta un espectro amplio y variado. Hay autores que la sitúan en el ámbito cognitivo, significando el entendimiento de las experiencias y preocupaciones del paciente, aliada a la capacidad de comunicación². Otros la definen como habilidad comportamental, basada en la dimensión afectiva y cognitiva simultáneamente³. Y hay quien la sitúa en el registro afectivo, como capacidad de percibir las vivencias y sentimientos del paciente⁴.

La mayoría de los autores coinciden en la dificultad que entraña separar los atributos cognitivos de los emotivos; pero es un consenso que, para desarrollar ambos componentes y mantener viva la empatía, es necesario evitar el exceso de preocupación consigo mismo. Quien está centrado

en sus propios problemas no consigue ayudar efectivamente al otro⁵.

La empatía se constituye en puente, a modo de un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducirlos en cuidado eficaz del paciente. La cuestión no es tanto profundizar sobre los atributos de la empatía como saber si la empatía es cualidad que se puede enseñar o es algo innato. ¿Nacemos con capacidad fija de empatía o podemos aprender a ser empáticos? ¿Es una cualidad susceptible de modificaciones?

Algunos investigadores afirman que la empatía es parte de la personalidad del individuo y que puede declinar durante el proceso de formación médica⁶, aunque también puede mejorarse con actividades pedagógicas adecuadas⁷. Otros, en cambio, sitúan la empatía como una característica de la personalidad que no puede enseñarse fácilmente^{8,9}. Es decir, que la posibilidad de enseñar la empatía estaría directamente relacionada con la capacidad de modificarla.

Estudios recientes demuestran el deterioro que la empatía sufre durante los años de formación¹⁰. Los estudiantes que, en los primeros años de la facultad, conservan el entusiasmo por ser médicos y se muestran sensibles al sufrimiento del enfermo, pierden esa capacidad con el paso del tiempo^{11,12}.

En los últimos años de la formación universitaria se desarrolla una cultura de distanciamiento del enfermo, con el propósito de no implicarse emocionalmente. Es, quizá, un mecanismo de defensa que aparta del sufrimiento ajeno. Esta actitud impersonal compromete la empatía¹³, desgasta el ideal¹⁴ y apunta la necesidad de una educación afectiva¹⁵ para conservar la empatía durante los años de formación.

Son pocos los estudios que abordan el tema de la evaluación de la empatía en la formación médica. Las herramientas utilizadas para este propósito incluyen algunas escalas que han sido aplicadas para medir la empatía en la población en general^{16,17} y otras elaboradas para enfermeras¹⁸⁻²¹. Por la perspectiva que ofrece de evaluación de mayor espectro, parece conveniente destacar la Escala multidimensional de reactividad interpersonal adaptada de Davis (EMRI)²², que

incluye una perspectiva cognitiva y afectiva. Para evaluar específicamente la empatía en el contexto de la relación médico-paciente y relacionada con la educación médica, se ha desarrollado la Escala de Jefferson (*Jefferson Scale of Physician Empathy* [JSPE])²³.

Cada una de las escalas tiene sus ventajas e inconvenientes. Las que se utilizan para la población general, como la EMRI, ofrecen la ventaja del abordaje multidimensional, de mayor espectro, al analizar aspectos cognitivos y afectivos. Por otro lado, la escala de Jefferson tiene la ventaja de estar pensada y elaborada para el ámbito de la salud y de la medicina, aunque presenta la limitación de no considerar los aspectos afectivos de la empatía.

No es nuestro objetivo encontrar el modelo perfecto de evaluación de la empatía que, como se ve, no existe. Se trata de presentar los varios recursos que el profesor puede utilizar para identificar déficits de empatía durante el proceso de formación médica y, como consecuencia, tomar recaudos y adoptar estrategias educativas que disminuyan esas carencias. Se encuentran en la literatura algunos programas educativos con esa intención, aunque, por el momento, los resultados no apuntan cambios significativos en los alumnos relativos al crecimiento en empatía²⁴.

Un ejemplo de utilización combinada de escalas es la investigación realizada con alumnos de medicina de una facultad privada en la ciudad de São Paulo (Brasil), para evaluar los cambios del nivel de empatía durante los años de graduación²⁵. Aplicamos simultáneamente las 2 escalas (JSPE y la de EMRI-Davis), y realizamos un análisis comparativo entre la puntuación conseguida en ambas. Con la JSPE no hubo diferencia significativa de cambios en el nivel de empatía entre los primeros y los últimos años de la facultad. Sin embargo, los resultados de la EMRI apuntan una disminución en el grupo de alumnos de los últimos años (rotaciones clínicas) cuando se evalúa el componente afectivo. Es decir, los resultados del estudio en cuestión muestran que la empatía cambia y que la dimensión afectiva es la más afectada durante los años de graduación. Identificar esta erosión sugiere que la dimensión afectiva de la empatía debe ser contemplada. Una consecuencia práctica de esta conclusión es la atención que debe merecer la educación de las emociones del estudiante.

Una importante revisión del tema²⁶, donde se describen posibles itinerarios para la erosión de la empatía, apunta como posibles factores etiológicos la vulnerabilidad emocional, el *burnout*, la depresión, el exceso de trabajo y la baja calidad de vida. Todos ellos están, evidentemente relacionados, con el componente afectivo de la empatía.

De este modo el nivel de empatía puede cambiar y, en este caso, deteriorarse. Reflexionando sobre todos estos datos no sería aventurado afirmar que intervenir en este proceso consistiría más que en enseñar cosas nuevas en prevenir la pérdida de empatía; es decir, que las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla.

Dos elementos a tener en cuenta: selección de candidatos y el buen ejemplo

Antes de pensar en estrategias educativas sobre el tema, es necesario invocar un estudio singular publicado hace más

de 25 años²⁷, donde se confeccionaba una lista de 87 características deseables en el buen médico. En este estudio se mezcla de modo elegante la importancia de cada una de las características con la facilidad o no de enseñarla. El resultado del estudio es una lista ordenada por importancia y por dificultad de enseñar las diversas características, organizadas según un *nonteachable importante index*. En lo alto de la lista figuran justamente las características relacionadas con la empatía: comprensión, motivación e idealismo, compasión, deseo de ayudar, entusiasmo por la medicina y dedicación al trabajo. Todas importantes, pero consideradas muy difíciles de enseñar. La conclusión natural que se coloca es la de si estamos seleccionando correctamente los candidatos a ser médicos. Aunque, como hábilmente se describe en una publicación reciente, también es verdad que muchas veces recibimos alumnos entusiasmados, con clara vocación médica, y de algún modo los echamos a perder por las exigencias incongruentes que les hacemos²⁸.

Estos resultados, que a primera vista provocan desánimo, pueden ser ajustados por otros datos recientes, ahora en versión neurofisiológica^{29,30}, donde se advierte que la empatía puede ser estimulada a través del ejemplo. Las denominadas «neuronas-espejo», donde también se modulan la emoción y el comportamiento, se activan cuando perciben las acciones de otra persona, y lo hacen de modo espontáneo involuntario, sin integrarse en el razonamiento³¹. Hay varios trabajos que muestran el mecanismo por el que las neuronas-espejo se relacionan con la percepción empática³²⁻³⁴.

El buen ejemplo educa, así como deforma el malo. Los estudiantes y médicos jóvenes son inspirados por las actitudes que contemplan en sus profesores y formadores. Actuar junto al enfermo, viendo cómo se hace, permite incorporar actitudes y comportamientos que delinear el estilo profesional futuro³⁵.

Empatía y emociones: un camino para la comunicación eficaz

Es muy difícil promover el desarrollo de la empatía sin tener en cuenta las emociones del educando. El educador tiene que estar atento a momentos cruciales donde emergen las emociones del alumno, y verlo como oportunidad formativa. ¿Cómo se puede pretender que el médico comprenda el sufrimiento del paciente si no consigue trabajar sus propias emociones? Es responsabilidad del formador proporcionar un ambiente donde se puedan exponer las angustias, miedos y fragilidades; permitir compartirlas y trabajarlas con esmero docente, para así promocionar la madurez afectiva y el consecuente desarrollo de la empatía.

La repuesta emotiva del estudiante, al contacto con la enfermedad, con el sufrimiento y con la muerte, suele ser inadecuada porque está pautada en su propia vulnerabilidad. Siente la impotencia muy de cerca y, habitualmente, no se le da espacio para que la trabaje, para que hable de ella con franqueza. Esa omisión docente genera en el estudiante un distanciamiento que encuentra amparo en la técnica. Una desnutrición ética que hace que el educando utilice la tecnología en lugar de la empatía para aproximarse al paciente. En ese momento, la comprensión se transforma

en diagnóstico y pronóstico, y el cuidado se convierte en intervención³⁶.

En nuestra cultura las emociones ocupan un lugar principal en el escenario educativo. Educar, por tanto, tendrá que contemplar las emociones —nunca ignorarlas— y aprender a aprovecharlas, y a gestionarlas, facilitando la catarsis, el libre fluir de las mismas. Compartir emociones, ampararlas en discusiones francas, abre caminos para una verdadera reconstrucción afectiva que la cultura actual impone.

Trabajar las emociones para educarlas implica un proceso educativo serio donde se deben identificar y hacerlas explícitas; es fácil deducir que ignorar las emociones, por la peculiar dificultad que entraña su manejo y educación, acaba privando al futuro médico de un instrumento necesario para mejorar su actuación profesional. Las razones del corazón, en palabras de Pascal, que la razón no entiende, no es poesía para momentos de soslayo, sino recurso imperioso para un trabajo competente.

Lo primero a ser trabajado en un proceso educativo es reconocer que las emociones existen, que no se sabe cómo controlarlas (quizás porque los docentes aún no consiguen evaluar cuantitativamente sus efectos), y que este difícil desafío no se resuelve con algunos cambios de contenido curricular²⁵.

Este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete el ritmo casi fisiológico de la emotividad. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo —y la reflexión sobre lo que se siente, lo que agrada, las emociones— vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que es una verdadera educación sentimental³⁷.

Es la habilidad del docente la que consigue que la emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión en cada uno, se interiorice. En este proceso es el moderador que, aprovechando el terreno fértil de la emoción, imprime una huella educativa: se genera la vivencia que es puerta abierta para incorporar actitudes estables y duraderas³⁸.

Las humanidades como recurso pedagógico para la educar las emociones

Vivimos sumergidos en una cultura en la que predominan las emociones y las imágenes. La comunicación rápida, *online*, en tiempo real, es presidida por la imagen. Imágenes impregnadas de emoción, esa es la primera página de la comunicación actual, un proceso que hay que reconocer y, en la medida de lo posible, incorporar en los escenarios docentes. Cuando la enseñanza incorpora esta cultura como vehículo para transmitir contenidos y, más importante, actitudes, el aprendizaje de memoria afectiva se torna atractivo y hasta encantador. Es posible hacer advertencias muy serias en relación con las actitudes éticas y con el comportamiento cuando el docente es creativo y lo dice de un modo original. Lo que en una clase de bioética puede resultar indigesto y despertar animosidad, fluye con facilidad cuando quien lo dice y enseña es, por ejemplo, un actor de cine^{39,40}.

La búsqueda metodológica del moderno equilibrio en la formación de los futuros médicos se concreta en diversas iniciativas que integran las humanidades en el proceso de educación médica. Las artes y las humanidades son recursos

clásicos para construir una perspectiva humanística en la acción clínica⁴¹. Es conocido el comentario de Osler de que las humanidades son como las hormonas que catalizan el pensamiento y humanizan la práctica médica.

Los recursos humanísticos, la literatura y el teatro⁴², la poesía⁴³, las narrativas o historias de vida⁴⁴, la ópera⁴⁵ componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa y a educar sus emociones.

Todavía con pocas referencias en la literatura, surgen ensayos para educar las emociones y trabajar la empatía, con la música popular, con las canciones⁴⁶. La interacción con la melodía y con la letra —eso son las canciones populares— despiertan en el estudiante su mundo interior, le permiten que hable de sí mismo y que explicita sus dudas y expectativas y la búsqueda de los ideales profesionales. Es evidente que todo ese mundo interior está presidido también por las emociones, por la memoria afectiva que, en el escenario docente, reconoce la necesidad de ayuda para formarse.

Educar las emociones y promover la empatía con la utilización del cine en la docencia^{47,48} está alcanzando resultados promisorios en los últimos años. Las experiencias educativas se acumulan y merecen una consideración aparte.

Educando las emociones y promoviendo la empatía con el cine

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida a otro elemento integrante del universo del educando: la cultura del espectáculo⁴⁹. El estudiante llega hasta el educador con una formación que privilegia la información rápida, el impacto emotivo, la intuición en vez del razonamiento lógico. El cine, despertador de emociones, encaja perfectamente dentro de la cultura y se convierte en recurso útil en el espacio de la educación médica^{50,51}. Provoca emociones y, sobre todo, ofrece la posibilidad de contemplarlas, compartirlas, ampararlas en discusión franca y honesta, abriendo caminos para una verdadera reconstrucción afectiva.

El cine multiplica la posibilidad de vivir historias, posibilidad esta que en cada ser humano se encuentra reducida a un pequeño repertorio de vivencias posibles: las que le brinda su vida. Y es que la convivencia virtual —en lenguaje de hoy— amplía las oportunidades y ocurre como experiencia lo que, en su realidad corpórea nunca habría sido posible. Los sentimientos y pasiones descritos en la literatura toman cuerpo en el cine, se vuelven sensoriales: podemos oírlos, verlos, comprenderlos y ser sorprendidos. El cine multiplica estas oportunidades y, por materializarlas, las presenta como elemento formador de las actitudes humanas: el valor, la virtud, las limitaciones, las miserias se vuelven concretas, transparentes, en las historias que el cine cuenta.

En este punto uno se pregunta: ¿qué tiene que ver todo esto con formación ética, con la empatía y con educar las emociones? La respuesta nos la brindan los alumnos de modo natural⁵². Con inmensa facilidad transportan al ámbito médico las vivencias con que se enfrentan en las proyecciones, aunque la temática médica esté ausente de la mayoría de las escenas. Las escenas proyectadas son de temática

humana —muchas veces repletas de fantasía y ficción—, y no es necesario explicar a los alumnos el porqué de la importancia de estos temas en su formación como médicos, pues es algo que inmediatamente descubren, admiten, e incorporan como modelo a seguir.

La cultura de la imagen es metafórica y los alumnos, bien situados en ella, son hábiles lectores de metáforas y descubridores de analogías implícitas⁵³. De modo rápido e intuitivo transportan para su cotidiano las escenas con las que se identifican, y las lecciones que de ellas extraen. Las vivencias cinematográficas provocan en el alumno una actitud reflexiva que fácilmente se guardan en el ámbito de la memoria afectiva y estimulan la inquietud por aprender. No hay necesidad de apuntar la moraleja, como en las fábulas, pues la reflexión que esta metodología provoca es un poderoso amplificador que revela las imágenes que están impresas en los negativos de la afectividad. El cine actúa, pues, como verdadero «facilitador» que permite construir y educar en la ética y los valores con eficacia y fecundidad⁵⁴.

Si tuviéramos que resumir el impacto educativo del uso docente del cine sobre las emociones y la promoción de la empatía, lo sintetizaríamos en una frase: provocar la reflexión. Se pueden enseñar conocimientos con libros y artículos científicos, habilidades con la práctica repetida de técnicas, pero promover actitudes requiere una reflexión previa del educando que estimule la decisión de moldear su comportamiento, donde las emociones y la empatía son constantes de la ecuación ética.

Para inducir esta reflexión una de las metodologías utilizadas es la proyección rápida de escenas de diferentes películas (clips)^b, donde la información envuelta en imágenes y en emociones funciona como un gatillo que dispara la reflexión individual. Los comentarios simultáneos a la proyección de escenas por parte del docente facilitador complementa la metodología con un resultado peculiar. No se trata de indicar lo que «hay que ver y aprender» en cada escena, sino que el docente, al reflexionar en voz alta, estimula la reflexión individual de cada participante que, en palabras de los alumnos «aunque no estemos de acuerdo, necesitamos los comentarios, porque nos obligan a pensar»⁵⁵.

El impacto de esta metodología encierra un aprendizaje intelectual y emocional simultáneo que puede ampliarse cuando se incluye, al final de la proyección, una discusión abierta en grupos pequeños. Los comentarios de los alumnos son de gran valor formativo para sus pares. El docente se sirve para enseñar no solo de lo que dice un actor, sino de lo que dicen los propios alumnos. Una discusión final plenaria, juntando los pequeños grupos, brinda una posibilidad pedagógica impar, donde las emociones pueden colocarse en una perspectiva realista y accesible: se encierra la metodología con un programa de acción educativa factible⁵⁶.

El cine surge como metodología innovadora que puede colaborar en la formación humanística del futuro médico. Y es que hoy —como siempre— el médico debe ser humanista

si pretende estar a la altura de las responsabilidades que la sociedad le exige. Y tendrá que vivir el humanismo en lo cotidiano, viendo al paciente como persona, considerando su contexto social, familiar, psicológico y espiritual, demostrando sensibilidad, afecto y empatía con el paciente. Y todo en permanente cordialidad y concordia —*cum cordis*—, corazón con corazón en el decir de Ortega. Una postura que implica vivir, en la práctica diaria, la ciencia y el arte de ser médico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hojat M. Empathy in patient care. Antecedents, development, measurement, and outcomes. New York: Springer; 2007.
- Basch MF. Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *J Am Psychoanal Assoc.* 1983;31:101–26.
- Irving P, Dickson D. Empathy: Towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2004;17:212–20.
- Clark KB. Empathy—a neglected topic in psychological research. *Am Psychol.* 1980;35:187–90.
- Aderman D, Berkowitz L. Self-concern and the unwillingness to be helpful. *Soc Psychol Q.* 1983;46:293–301.
- Forest-Streit U. Differences in empathy: A preliminary analysis. *J Med Educ.* 1982;57:65–7.
- Goldstein AP, Goedhart A. The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol.* 1973;1:168–73.
- Kirk WG, Thomas AH. A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. *J Psychiatr Treat Eval.* 1982;4:177–9.
- LaMonica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT. Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract.* 1987;1:197–213.
- Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009;84:1182–91.
- Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: A cohort study. *Med Educ.* 2004;38:522–34.
- Marcus ER. Empathy, humanism, and the professionalism of medical education. *Acad Med.* 1999;74:1211–5.
- Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Aten Primaria.* 2009;41:646–9.
- Edwards MT, Zimet CN. Problems and concerns among medical students. *J Med Educ.* 1976;51:619–25.
- Kumagai AK. A conceptual framework for the use of illness narrative in medical education. *Acad Med.* 2008;83:653–8.
- Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol.* 1969;33:307–16.
- Mehrabian A, Epstein NA. A measure of emotional empathy. *J Pers.* 1972;40:525–43.
- LaMonica EL. Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health.* 1981;4:389–400.
- Carkhuff R. Helping and human relations: Selection and training, 1. New York: Human Resource Development Pr; 1969.
- Barrett-Lennard GT. Dimensions of therapist response as causal factors in the therapeutic change. *Psychol Monogr.* 1969;76 (43 Whole No. 562).

^b Las referencias n.º. 40, 53, 55 y 56, de nuestra autoría, contienen en el texto principal o en los apéndices en anexo, listas y tablas de películas (muchas de ellas en el idioma original, generalmente inglés) con las escenas y el tiempo de metraje correspondiente, y posibles comentarios que pueden acompañar la proyección.

21. Layton JM. The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Res Nurs Health*. 1979;2:163–76.
22. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44:113–26.
23. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of physician empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001;61:349–65.
24. Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. From traditional to patient-centered learning: Curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med*. 2007;82:1079–88.
25. Moreto G. Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos. Tesis doctoral presentada en la Facultad de Medicina de la USP, abril 2015 [consultado en 27 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-19062015-154448/pt-br.php>
26. Neuman N, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86:996–1009.
27. Sade R, Stroud M, Levine J, Fleming G. Criteria for selection of future physicians. *Ann Surg*. 1985;201:225–30.
28. Schwartzstein RM. Getting the right medical students — Nature versus Nurture. *N Engl J Med*. 2015;372:1586–7.
29. Decety J, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Curr Dir Psychol Sci*. 2006;15:54–8.
30. Gallese V. The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of inter Subjectivity. *Psychopathology*. 2003;36:171–80.
31. Rizzolatti G, Sinigaglia C. Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Paidós; 2006.
32. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci*. 2004;3:71–100.
33. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of us are disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and seeking disgust. *Neuron*. 2003;40:644–55.
34. Bauer J. Warum ich fü hle, was Du fü hlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons). Hamburg: Hoffmann und Campe; 2005.
35. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying physicians in their family practice: A primary care model for medical students' learning in Brazil. *Fam Med*. 2006;38:619–21.
36. 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.
37. Marias J. La educación sentimental. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
38. Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MAC, Altisent R, Delgado-Marroquin MT. Educar las emociones para promover la formación ética. *Pers Bioet*. 2013;17:28–48.
39. Blasco PG, González-Blasco M, Levites MR, Moreto G, Tysinger JW. Educating through movies: How Hollywood fosters reflection. *Creat Educ*. 2011;2:174–80.
40. Blasco PG, Moreto G. Teaching empathy through movies: Reaching learners' affective domain in medical education. *JEL*. 2012;1:22–34.
41. Blasco PG. Literature and movies for medical. *Students Fam Med*. 2001;33:426–8.
42. Shapiro J. Literature and the arts in medical education. *Fam Med*. 2000;32:157–8.
43. Whitman N. A poet confronts his own mortality: What a poet can teach medical students and teacher. *Fam Med*. 2000;32:673–4.
44. Benedetto MAC. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. *O Mundo da Saúde*. 2010;34:311–9.
45. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching humanities through opera: Leading medical students to reflective attitudes. *Fam Med*. 2005;37:18–20.
46. Janaudis MA, Blasco PG, Ângelo M, Lotufo PA. Nos bailes da vida: A música facilitando a reflexão na educação médica. *RBM. Revista Brasileira de Medicina*. 2011;68:7–14.
47. Blasco PG. Medicina de família & cinema: Recursos humanísticos na educação médica. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 2002.
48. Blasco PG, Moreto G. I feel your pain: Empathy in medicine. Cinemeducation: Using film and other visual media in graduate and medical education, II, 1st ed London, UK: Radcliffe Publishing; 2012. p. 527–41.
49. Ferrer J. Educar en una cultura del espectáculo. Barcelona: Paidós; 2000.
50. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
51. González Blasco P, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad. *Aten Primaria*. 2005;36:566–72.
52. 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. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/pt-br.php>
53. Blasco PG, Pinheiro TRP, Ulloa-Rodriguez M, Angulo-Calderón N. El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje. *Persona y Bioética*. 2009;13:114–27.
54. Blasco PG, Alexander M. Ethics and human values. En: Alexander M, Lenahan P, Pavlov, editores. Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
55. 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;38:94–6.
56. Blasco PG, Moreto G, González-Blasco M, Levites MR, Janaudis MA. Education through movies: Improving teaching skills and fostering reflection among students and teachers. *Journal for Learning Through the Arts*. 2015;11:145–60.



Construindo a motivação profissional na Medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza

Building professional motivation in Medicine: humanistic reflections for dealing with uncertainty

Marcelo R. Levites

Médico. Diretor da SOBRAMFA. - Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

Raymundo S. de Azevedo

Professor livre-docente do Departamento de Patologia da FMUSP.

Pablo Gonzalez Blasco

Doutor em Medicina. Diretor científico da SOBRAMFA.

(Sociedade Brasileira de Medicina de Família).

E-mail: www.sobramfa.com.br / marcelolevites@sobramfa.com.br

RBM Mai 11 V 68 Especial Oncologia 2

Indexado LILACS LLXP: S0034-72642011007900003

Unitermos: incerteza, humanismo médico, motivação profissional, burnout.

Unterms: uncertainty, medical humanism, professional motivation, burnout.

Numeração de páginas na revista impressa: **13 à 18**

"Agora não é o fim. Também não é o começo do fim.

Mas pode ser o fim do começo."

W. Churchill

Uma realidade atual

Nos últimos dez anos as publicações e apresentações em eventos médicos têm sido invadidas pelo tema do burnout (na tradução literal "queimar por completo"). Este termo, que está na moda e em inglês para maior destaque, não é mais do que o esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional¹. A síndrome do burnout está relacionada com muito trabalho², pouco descanso³, perda da percepção de autonomia e dúvida⁴, culpa e exagero na percepção da responsabilidade e exaustão². Tal situação ocasiona uma ação profissional despersonalizada, uma falta de percepção de realização, distúrbios psiquiátricos e alto nível de depressão^{5,6,7}.

Dados recentes apontam que 55% dos médicos se queixam que eles e suas famílias sofreram devido à sua escolha profissional⁸. Menos que 44% dos homens e 26% das mulheres estão muito satisfeitos com suas profissões (9).

Por que o tal termo burnout tem ganhado tanta repercussão? Será decorrência da globalização que enaltece a razão e o resultado financeiro? Seriam as regras da economia

e da vida contemporânea que estabeleceram outros parâmetros? Mudou a Medicina, a perspectiva da sua prática ou foram os médicos os que mudaram?

Seja qual for a resposta, o que não se pode negar é esta realidade que se projeta ameaçadora sobre a vida de muitos médicos^{10,11,12}. Aquilo que é base de conversas informais, de publicações ou apresentações em congressos não é mais do que o reflexo do que se vivencia, e até do nosso interior. No presente artigo, mediante uma reflexão escrita, tentaremos debruçar-nos sobre os possíveis motivos e razões deste fenômeno, o que nos permitirá apontar alguns caminhos que oferecem soluções possíveis.

Delimitando a questão: a lembrança dos mestres

A Medicina está em crise? O professor Carlos da Silva Lacaz comentava em suas aulas de História da Medicina sobre a crise na nossa profissão. Ele dizia que a medicina é um corpo científico e por isto não pode entrar em crise. São os médicos que a praticam que, utilizando este corpo científico, entram em crise ao colocá-lo em prática.

O que faz diferença na vida dos pacientes e alunos? Vale lembrar uma conversa com o professor Eduardo Marcondes quando foi convidado para dar uma palestra sobre educação médica numa faculdade relativamente nova. O professor foi informado sobre os avanços dessa instituição que, em breve, disporia de um grande hospital para o internato. Neste momento ele parou a conversa e disse: "O que vocês acham que faz uma faculdade de medicina ser boa? Um hospital?". Os interlocutores, um pouco surpresos, responderam de maneira pouco específica: dependia da qualidade dos alunos, dos professores e da estrutura etc. Ele logo respondeu: "Tudo é importante, mais o que faz diferença é quanto tempo e qual é a qualidade deste tempo que os seus professores estão junto com os alunos". Ele quis deixar claro que a medicina e a boa educação médica dependiam de tempo e da paciência para compreender o outro e assim poder ajudá-lo.

Não temos como negar. A rapidez e a tecnologia ganharam força nos tempos de hoje. As pessoas – médicos e pacientes – têm cada vez menos paciência e mais recursos disponíveis, o que alimenta ações rápidas. A sociedade acredita que fazer uma tomografia de corpo total em cinco minutos é melhor do que uma entrevista e um acompanhamento de longo prazo com o seu médico. As previsões de A. Huxley, de 80 anos atrás, no seu "Admirável Mundo Novo"¹³, parecem ter se concretizado parcialmente. As pessoas querem diagnósticos e condutas rápidas 100% eficazes. Não se trata aqui de encontrar um culpado para esta situação, nem de mergulhar numa revisão profunda dos aspectos antropológicos da sociedade moderna. Tentaremos, apenas, refletir para compreender melhor. Esse é sempre o caminho da mudança. Também não podemos negar a diminuição numérica das famílias, a depreciação da importância da família na sociedade e o aumento da longevidade. Esta equação tem um resultado devastador: idosos e deficientes abandonados pelas famílias, pouca paciência para cuidar e a transferência da responsabilidade para convênios, hospitais e governo. A falta de capacidade de aceitar o outro, mesmo um familiar, por estar em uma situação fora da curva da normalidade está presente no mundo de hoje.

Outra questão presente é a premissa – tão sedutora como incorreta – de que o desenvolvimento tecnológico pode levar-nos para uma medicina perfeccionista, exata. A mídia destaca, com razão, que nunca antes na história da medicina tivemos tantos avanços. Mas, mesmo sendo uma verdade, não é absoluta. O rápido desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento científico trouxe, paradoxalmente, um rápido crescimento da incerteza. A incerteza faz fronteira com o limite do conhecimento. E por isso, quanto maior o território conhecido, mais extenso é o campo de experiência da incerteza^{14,15}. A razão, como um ícone cultural, acentua a incerteza do novo quando atingimos o limite do conhecimento (16). Atributos como lógica, neutralidade, universalidade, reducionismo e determinismo tornam mais problemáticos fenômenos como viés, complexidade, contingência e intuição¹⁷. O aumento da expectativa dos resultados da ciência e da

tecnologia intensifica, proporcionalmente, nossa percepção de risco com a incerteza¹⁸,¹⁹. Como disse J. F. Kennedy: "Quanto mais adquirimos conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância".

Alguns pesquisadores, médicos e pensadores sabem que a incerteza é parte essencial da ciência. A ciência é tal porque possui a suficiente humildade para não aventurar-se a rotular toda e qualquer descoberta como uma verdade absoluta.

Bem advertia sobre este particular, Gregorio Marañón²⁰, médico e humanista espanhol, quando afirmava que para o verdadeiro homem de ciência, a atualidade não é somente a meta do saber, mas uma mercadoria suspeita à qual não se pode dar confiança a não ser após atravessar uma rigorosa quarentena. Essa quarentena é necessária para que a verdade científica, que cresce como o trigo no meio do joio, seja consolidada com o tempo que, como o agricultor experiente, realiza a seleção adequada. Estas considerações ajudam-nos a enfrentar, com a serenidade devida, a questão da impaciência tecnológica. Mas, a população, de maneira geral, não conhece estes argumentos. O apelo da tecnologia é sedutor. É com estas pessoas, que esperamos todas as respostas das novas máquinas médicas, que temos que lidar. Diante a todas estas mudanças, o que podemos fazer para nos adaptar?

Navegando pela incerteza: o auxílio dos pensadores

Alguns tivemos a sorte de, sendo ainda estudantes e já vivenciando a assim dita crise da medicina, acompanhar um médico professor na sua prática. Tivemos a oportunidade de ver os pacientes no hospital ou no domicílio. Muitas vezes ao chegar encontrávamos famílias em pânico, médicos e outros profissionais de saúde nervosos, desconfiados da nossa presença, hospitais sem as melhores condições de atendimento e situações clínicas difíceis. Diante desse caos aparente, observamos como o nosso mentor não mudava a postura. Desde a entrada no hospital, passando pelas conversas com colegas, paciente e família ele mantinha a compostura, aquela "panca de médico", serena, sábia e acolhedora, que o paciente espera quando necessita ser cuidado. Resolvia a situação abordando o problema com uma visão mais ampla. Esta lembrança que, certamente, faz parte da formação de muitos médicos, leva-nos a perguntar: Como é possível reagir assim, serenamente, com profissionalismo, mesmo diante de situações adversas?

Daniel Inneraty, filósofo contemporâneo²¹, aborda a questão de como podemos estar preparados para receber o que vem do mundo externo. Denomina essa atitude "ética da hospitalidade" e consiste em saber lidar com o que nos chega do exterior, com algo que não escolhemos voluntariamente. Esta obra é altamente recomendada para todos aqueles que não querem fugir da interação com o mundo e tentar compreendê-lo sem perder o rumo, mantendo a identidade. Numa das muitas passagens interessantes comenta: "Nossa atuação no mundo não é uma decisão soberana; parece-se a um compromisso entre o que nos vem dado e o que somos capazes de fazer com isso. O esquema típico de uma ética da hospitalidade se exprime na capacidade de dar conta das situações como damos conta na vida de tudo o que se apresenta inopinadamente, sejam pessoas ou acontecimentos (...). A identidade não é o resultado de uma ação, mas da história, isto é, de um processo desenvolvido sob as condições que fogem das próprias pretensões. Ninguém deve sua existência a um ato de aprovação própria (...). A prudência deve estar preparada para a surpresa, improvisar, quer dizer, não ser pura ação".

Navegar pela incerteza implica saber interagir com um mar agitado e com a embarcação de que dispomos. Pensar sobre qual é o papel do médico e agir adaptado ao contexto sem perder nosso rumo é a saída para podermos exercer uma medicina moderna e competente. Ortega y Gasset²² aborda a mesma questão com outro enfoque: "Um naturalista francês, cujo nome não recordo, iniciou uma teoria para explicar o triunfo de alguns seres sobre outros e de algumas coisas sobre outras. Segundo ele, não alcança a vitória da luta pela existência o tipo mais adaptado sobre o meio e, sim, pelo contrário,

o que possui energia suficiente para manter-se como é através dos meios que se modificam. De tal sorte, o desafio maravilhoso da luta pela existência viria a se transformar no desafio maravilhoso da luta pela consistência”.

Buscando respostas

No meio do vasto material que aborda o tema do burnout, uma publicação canadense se destaca (23). Dando continuidade à metáfora dos navegantes da incerteza, este trabalho tenta mudar o foco: ao invés de se esgotar em discutir a tragédia dos mares, coloca ênfase nas respostas de como os tripulantes podem conduzir melhor esta embarcação nos mares revoltos dos dias de hoje.

Em elegante pesquisa de desenho qualitativo, estuda-se o perfil de 17 médicos da província de Hamilton reconhecidos como “resilientes” por seus pares. Vale lembrar que o termo resiliência, emprestado da física de materiais, é definido como a capacidade do indivíduo lidar com os problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão em situações diversas (24,25). As perguntas da pesquisa qualitativa feitas para os médicos resilientes eram: “Suponha que um jovem pense em fazer medicina e peça para você alguns conselhos. O que vocêalaria? Se um residente te pergunta sobre resiliência médica – como evitar estresse e burnout – que conselhos você daria? Se os erros no manejo clínico são causa frequente de estresse, como você lida com isto? Considerando que a medicina é um trabalho difícil como você maneja o trabalho médico?” Como é fácil deduzir, esta pesquisa foi buscar respostas naqueles médicos que, em opinião dos seus pares, tinham sabido superar a crise que parece envolver os jovens profissionais.

Uma reflexão sobre cada um dos grupos de respostas nos brindará a oportunidade de aprofundar no tema. Refletir e tirar as próprias consequências: esse é o caminho para encontrar respostas eficazes que nunca estão prontas, mas devem ser construídas. A postura do médico que deseja superar os desafios não pode ser compilada num manual de autoajuda ou de um guia prático de como ser feliz.

1. Senso de contribuição

Devido às concepções “modernas” que todos na equipe de saúde são importantes e que os médicos de antigamente eram muito arrogantes e achavam que o mundo girava ao redor deles esquecemos, por tentar nos adaptar a este conceito correto, o quanto somos importantes para as pessoas. Algumas frases recolhidas na pesquisa ilustram este ponto: “Eu sou um privilegiado de fazer o que eu faço”. “Eu faço a diferença”. “Eu fico honrado de participar destas conversações, elas mudam minha própria vida”.

Ortega comenta na sua conhecida obra “A Rebelião das Massas (26) que a pessoa snobe é a aquela que não tem nobreza, ou não entende ou percebe a sua tarefa na sociedade. O termo snobe originou-se nas listas de vizinhos nas quais, após o nome, costumava colocar-se o título nobiliário. Para os cidadãos que careciam desse título, colocava-se s.nob (sine nobilitate) após o nome. Se não entendermos nosso papel médico, que é de alguma maneira nobre, perderemo-nos na multidão. A expressão francesa “noblesse oblige” significa que com saúde, poder e prestígio vem a responsabilidade. A nobreza, neste sentido, não é ocupar uma cargo sem merecimento. É sim uma maneira de fazer o trabalho, e gastar a vida, com o maior afincamento possível. Já o apontava Balzac, numa das suas obras, quando certo personagem faz uma recomendação para um jovem: “Tudo o que te falei pode ser resumido em uma palavra: noblesse oblige” (27) .

2. Manter interesse na prática médica

Os mais jovens talvez tenham dificuldade em entender o que para os médicos mais velhos se converte em perigosa tentação: ligar o “piloto automático”. É uma época da vida onde se conhecem as rotinas do dia a dia, o trabalho não encerra grandes surpresas, e corre-se o risco de parar de refletir e de almejar uma melhora constante no desempenho profissional. Perde-se o interesse na prática médica: o emprego assume o protagonismo

do trabalho, a vocação é deslocada. Lemos nos resultados do trabalho citado: "É como um casamento, no início vem à lua de mel, tudo mais fácil, depois com o tempo é preciso de criatividade para manter o interesse pelo que fazemos. Você deve fazer de tudo para manter a relação com sua esposa e seu trabalho".

Adotar uma postura reflexiva no atuar, incorporar um verdadeiro exercício filosófico da profissão independente de qual seja o foco de atuação como médico²⁸, permite manter o interesse pela vida profissional.

3. Aceitar a demanda profissional

A habilidade de aceitar a demanda profissional melhora com o tempo de prática. As situações, antes inesperadas, agora são de fácil manejo depois de vê-las outras vezes. Porém é importante lembrar que a Medicina é mais que uma profissão: é uma maneira de viver. Passar tempo conversando com família e pacientes, lidar com as circunstâncias fazem parte do jogo. Uma coisa é gostar da teoria da medicina e do cuidado, outra é lidar com as pessoas e suas demandas. Como bem adverte nosso literato mineiro – também médico, por sinal – pela boca do jagunço: "Uma coisa é por ideias arranjadas, e outras é lidar com um país de pessoas de carne e sangue e mil e tantas misérias (29)".

Quando a demanda profissional não era o que se esperava é preciso encontrar uma saída. Quem sabe até perguntar-se se não se escolheu a profissão equivocada.

4. Aceitar a limitação pessoal

A formação médica enaltece o estudante que estuda muito, sabe tudo e suporta qualquer dificuldade, tanto emocional quanto física. Se o estudante não dorme três noites para preparar as provas, ou o residente trabalha ininterruptamente durante 48 horas de plantão, os colegas os enxergam como herói. Segundo estes médicos resilientes este tipo de raciocínio é equivocado. Ter a humildade de saber o que você consegue fazer ou não é uma passo fundamental para não entrar em burnout:

"Eu ainda reflito sobre meus erros e me sinto mal. Entretanto me dou o direito de ser humano".

5. Balanço e prioridades

Não é boa política querer fazer de tudo a toda hora. Os expertos recomendam estabelecer prioridades e segui-las. Temos de ter a habilidade de dizer não para o que não é importante e reconhecer o que realmente é urgente ou não³⁰. Não se pode atender uma consulta pensando na conta pendente do supermercado e, também, não se pode brincar com os filhos pensando na consulta do dia anterior.

Ronald Epstein, um médico pesquisador da Universidade de Rochester, desenvolveu uma teoria de como podemos aprimorar nossa concentração na consulta e não pensar em outras coisas, enquanto estamos cuidando de nossos pacientes. Chamada em inglês de "mindfulness practice"³¹, esta metodologia permite atender e escutar o paciente com mais atenção, sem julgamento, observando o próprio processo, "esquecendo" o que acontece lá fora e mantendo o foco nos desejos dos pacientes.

Aqui não se trata de uma simples divisão de tarefas e, sim, de uma harmonia nas ações da vida. Gustave Thibon, pensador francês, comenta sobre a diferença entre o que ele considera equilíbrio e harmonia (na verdade, este é o título de seu livro). O equilíbrio é a composição de forças contrárias, resultante de vetores que se anulam entre si. A harmonia é o perfeito encaixe das partes como um todo, de modo que colaborem para uma mesma finalidade. Citando Victor Hugo, comenta ainda: "Por cima do equilíbrio está a harmonia, por cima da balança está a harpa". Essa harmonia das ações e dos cuidados é a pauta para a construção do novo humanismo médico que orienta sabiamente a navegação pela incerteza do conhecimento, sem nunca abandonar o paciente às tormentas do sofrimento (32).

6. Cuidar de você mesmo

Para manter o corpo funcionando qual é o primeiro órgão que recebe sangue arterial quando saí do coração? É o próprio coração. O organismo nos ensina o que devemos fazer. Os expertos são claros: Gaste tempo com você, com sua família e amigos. Uma metáfora culinária sobre a falta de harmonia nas preocupações da vida é descrita, com muito acerto, num dos melhores livros de Susanna Tamaro³³ : “Vá aonde seu coração mandar”. São conselhos de uma avó para a neta rebelde:

“Lembra-se que quando ensinava a preparar as panquecas? Quando as vira no ar dizia-lhe, deve pensar em tudo menos no fato de elas terem que cair direto na frigideira. Se pensar demais no voo, pode ter certeza que cairão enroladas, ou irão estatelar direto no fogão. É engraçado, mas é justamente a distração que nos faz chegar ao centro, ao coração das coisas”.

No filme “O último Samurai” (34) um dos professores de artes marciais do capitão Nathan Algren é claro: “Too many in mind” (muitos pensamentos na cabeça, ou talvez, atendendo à tradução, muitas pessoas, muita gente na mente). Para treinar arte marcial ou fazer qualquer coisa na vida, manter muitas preocupações insolúveis prejudica nosso aprendizado.

Podemos fazer muitas mudanças no mundo, mas a primeira e mais importante é em nós mesmos. Esse é outro conselho da avó que Tamaro nos descreve:

“Toda vez que, crescendo, tiver vontade de transformar as coisas erradas em coisas certas, lembre-se que a primeira revolução a ser feita é aquela dentro de nós mesmos, a primeira e mais importante. Lutar por uma ideia sem ter uma ideia de si mesma é uma das coisas mais perigosas que alguém pode fazer” (33).

7. Modelos de trabalho

Importantes recomendações surgem neste grupo de resultados. Primeiro, trabalhar em equipe faz bem, permite compartilhar ideias e problemas. Segundo, ter um staff, grupo de pessoas que trabalham para ajudar a sua prática. Aqui estamos falando de profissionais da área de saúde e de outras áreas, como contador, administrador, secretária. Em terceiro lugar, utilizando esta estrutura, saber delegar. Em quarto lugar, os expertos apontam o uso da informática a seu serviço. Tudo que uma máquina possa fazer para resolver questões burocráticas e de controle, você não deve fazer.

No filme “Gladiador”³⁵ , ao enfrentar inimigos terríveis e inimagináveis, o líder dos gladiadores chamado Maximus dá a voz de comando: “Eu não sei o que vai sair por esses portões. Seja o que for, se permanecermos unidos teremos mais chance de sobreviver”. Pensar que podemos fazer tudo sozinho em épocas de mares revoltosos é estar a um passo do naufrágio.

8. Suporte familiar

Os expertos são unânimes em apontar a necessidade do suporte familiar para uma vida profissional plena:

“Talvez seja o mais importante aspecto da minha força profissional. Eu vivo bem na semana, pois tenho o suporte de minha esposa e meus filhos”.

Uma pequena fábula do grego Esopo exemplifica a fortaleza da família:

“Um agricultor que tinha uma família briguenta chamou seus filhos e mostrou um feixe de gravetos. Depois desafiou seus filhos, um a um, para pegar o feixe de gravetos e quebrá-lo. Todos tentaram, mas em vão. Então, desamarrou os gravetos, deu-lhes um por um para quebrá-los. Eles quebraram com a maior facilidade. Então disse o pai: ‘Assim meus filhos, sempre que vocês permaneçam unidos, vocês serão fortes, mas separados, vocês serão frágeis’.”

Suporte familiar é igual a força de trabalho. Construir uma família sólida não é diletantismo, é sim garantia de prosperidade profissional.

A modo de conclusão: Como lidar com o que vem de fora e melhorar nossa ação médica?

Evidentemente, não é uma tarefa fácil. Quando pensávamos que com os avanços da ciência e da tecnologia a necessidade de entender o ser humano e seu meio seria menor, visualizamos o engano paradoxal. Temos hoje uma necessidade de pensarmos no núcleo da ação médica e refletirmos em saídas adaptadas ao contexto atual. As incertezas inerentes da atualidade obrigam a nos centrarmos com mais habilidade em nós mesmos e nas questões essenciais que são sempre de caráter antropológico, humanístico. O mundo passa por transformações e compreendê-lo é fundamental. O que não podemos fazer é ficar apenas contemplando-o sem buscar saídas para uma melhor prática harmônica com nossa vida como um todo.

O que faz o médico ter “panca” para encarar o mundo de cabeça erguida é o mesmo que os grandes mestres da medicina praticaram para fazer a diferença nos seus tempos e é o que faz de nossos colegas resilientes modelos para seus pares.

A necessidade da leitura e discussão de aspectos sociológicos e filosóficos aplicados à ação do homem e especificamente dos médicos – o humanismo médico em versão moderna – são absolutamente necessários para a formação. As pesquisas de como nossos pares conseguem encontrar esses novos caminhos serão exemplo a seguir para melhorar nossa prática e navegar confiadamente pelos mares da incerteza, com o conforto de quem tem o rumo claro e definido.

Bibliografia

1. Fredenberg H.J. Staff burout. *Journal Social Issues* 1974, 30(1): 159-165.
2. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physician of today. *Sc Sci Med* 2001; 52(2): 203-13.
3. Fith´Cozen J, Moss F. Hours, sleep, teamwork and stress. Sleep and teamwork matters as much as hours in reducing doctor´s stress. *BMJ* 1998; 317(7169): 1335-6.
4. Grant P. Physician job satisfaction in New Zealand versus the United Kigdom. *N Z Med J* 2004; 117(1204): U1123.
5. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et all. Confornting depression and suicide in physician: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289(23): 3161-6.
6. Hawton K, Clements A, Skarovicht C, Simkins S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(5): 296-300.
7. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA* 2005; 294(10): 1189-91.
8. Sullivan p, Buske L. Results from CMA´S huge 1998 physician survey point to a dispirited profession, *CMAJ* 1998; 159(9): 525-8.
9. Gunderson L. Physician burout. *Ann Intern Med* 2001; 135(2):145-8.
10. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldgerg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burout and its correlates in emergency physician: four year´s experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* 1996; 3(12): 1156-64.
11. Shanafelt TD, Sloan Ja, Habermann TM, The well- being of physician. *AM J Med* 2003; 114(6): 513-9.
12. Benson J, Magrait K, Compassion fatigue and burout: the role of Ballint groups. *Aust Fam Physician* 2005; 34(6): 497-8.
13. Huxley, A. Admirável mundo Novo. Editora Globo. Rio de Janeiro 1932.
14. Gerrity MS, Earp JAL, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and professional Work: Perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology* 1992; 97(4): 1022-51.
15. Applegate, WB. Physician Managment of patients with adverse outcomes. *Archives of Internal Medicine* 1986; 146:2249-52.
16. Atkinson, P. Training for certainty. *Social Science and medicine* 1984; 19:949-56.

17. Bosk, CL. Occupational Rituals in Patient Management. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:71-76.
18. Kassier, JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty: A cause of excessive testing. *New England Journal of Medicine* 1989; 320: 1489-91.
19. Peterson DK, Pitz GF. Confidence, uncertainty, and the use of information. *Journal of experimental psychology* 1988;14:85-92.
20. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo* Espasa Calpe. Madrid.1954.
21. Inneraty, D. *Ética de la hospitalidad*. Península . Bracelona 2001. Pág24-27.
22. Ortega Y Gasset J. *Notas de andar y ver*. Revista de Occidente. Alianza Editorial. Madrid, 1988.
23. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J, Bulding Physician resilience. *Canadian Family Physician* 2008; 54(5): 722-729.
24. Barbosa, GS. *Resiliência em professores do ensino fundamental da quinta a oitava série: validação e aplicação do questionário do índice de resiliência: Adultos Reivich-Shatté/ Barbosa*. Tese de doutorado em psicologia clínica. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2006.
25. Barankin T, Paré M, Budeja K. Doctors for doctors- therapeutic and practical challenges in treating physician. *Ont Med Prev* 2004; 71(7): 46-9.
26. Ortega Y Gasset, J. *La Rebelion de las Masas*. Revista de Occidente. Madrid.1930
27. Balzac, H. *O lírio do Vale*. W.M Jackson Inc Edit. Paris, 1835.
28. Decourt L.V. *William Osler na intimidade do seu pensamento*. Rev Incor. 2000.
29. Guimarães Rosa, J. *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 2001.
30. Covey, S. *Os Sete hábitos das pessoas altamente eficazes*. São Paulo: Editora Best Seller 2005.
31. Epstein, R. *Minful Practice*. *JAMA* 1999; 282(9): 833-839.
32. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados*. Aten Primaria 2006; 38(4):225-9.
33. Tamaro, S. *Vá aonde seu coração mandar*. Ed Roco, Rio de Janeiro, 1996.
34. Cfr. <http://www.imdb.com/title/tt0325710/>
35. Cfr. <http://www.imdb.com/title/tt0172495/>

Artículo de revisión

Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica

Reflections on the Teaching of Empathy and Medical Education *Reflexões sobre o ensino do empatia e educação médica*

Graziela Moreto, * Pablo González-Blasco,** María Auxiliadora Craice-de Benedetto***

There can be no knowledge without emotion.
We may be aware of a truth, yet until we have felt its force, it is not ours.
To the cognition of the brain must be added the experience of the soul.
Arnold Bennett

Resumen

En este ensayo se abordan tres tópicos esenciales: la desproporción creciente entre tecnología y humanismo; la evaluación de la empatía y la educación médica; y por último, la promoción de la empatía en la educación de las emociones. Se concluye que la empatía se constituye como un puente entre la medicina basada en evidencias y la medicina centrada en el enfermo; esto es un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducirlos en un cuidado eficaz de los pacientes.

Summary

Three essential topics are discussed in this essay: the growing disproportion between technology and humanism; evaluation of empathy and medical education; and finally, how to promote empathy with the education of the emotions. It is concluded that empathy is a bridge between evidence-based medicine and patient-centered medicine; this is a practical way to incorporate technical developments and derived them into an effective patient care.

Resumo

Este ensaio aborda três temas principais: a crescente disparidade entre tecnologia e humanismo; a avaliação da empatia no contexto da educação médica e, finalmente, como promover a empatia com a educação das emoções. A empatia é como uma ponte entre a medicina baseada em evidências e medicina centrada no paciente, constituindo-se assim numa maneira prática para incorporar o progresso técnico e traduzi-lo em efetiva atenção ao paciente.

Introducción

La medicina vive tiempos de vertiginoso progreso técnico, en forma paralela, nunca se había alcanzado semejante nivel de despersonalización en la relación médico-paciente.

Aunque nadie pone en duda la importancia de saber desarrollar las habilidades necesarias para establecer una buena relación médico-paciente, parece que en la práctica esas cuestiones no son objeto de una atención eficaz en los años de graduación médica.

La medicina es una profesión al servicio del ser humano. Cultivar valores humanos en general, y desarrollar habilidades interpersonales y empatía, en particular, son elementos fundamentales para ejercer adecuadamente la profesión médica.¹ Algunos estudios sugieren que ocurre una transformación drástica en el estudiante de medicina durante su proceso de formación; en los primeros años, la mayoría rebosa entusiasmo e idealismo por ser médico, se muestra sensible con el sufrimiento del paciente,^{2,4} con el pasar de los años, el idealismo parece olvidarse y se inicia un proceso de “deshumanización”, en el que el paciente pasa a ocupar un papel secundario en la práctica médica.

Tecnología y humanismo: una desproporción creciente

No se puede negar la fuerte influencia que el actual modelo de formación médica tiene sobre ese proceso de deshumanización.³ La información técnico-médica es tanta, que

Palabras clave: empatía, medicina de pregrado, educación médica

Key Words: empathy, Education Medical Undergraduate, medical education

Palavras chave: empatia, ensino graduação médica, educação médica

Recibido:23/9/13
Aceptado:31/3/14

*Médico familiar; directora de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo. **Doctor en Medicina, director científico de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo. ***Médico, profesora de la Universidad Federal de São Paulo, coordinadora del Departamento de Humanidades de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo

Correspondencia:
Graziela Moreto
graziela@sobramfa.com.br

Este artículo debe citarse: 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.

apenas se dispone de tiempo para abordar la relación médico-paciente. Esta metamorfosis (verdadera desproporción) ha sido descrita como una pérdida traumática de la humanización;⁵ se impone, por tanto, pensar en un proceso de rehumanización en el que se pueda resguardar y mejorar la empatía en los futuros médicos. Es evidente el beneficio de saber intervenir lo antes posible -cuanto antes mejor- en esa dimensión de la educación médica. Resulta conveniente comentar que los aspectos que integran el comportamiento del ser humano pueden ser modelados y, en consecuencia, factibles de ser enseñados.⁶

La cultura instalada en muchas facultades de medicina sugiere mantener distancia emocional del enfermo, como si eso favoreciera la actitud profesional. Igualmente, se dedica suficiente tiempo para discutir casos clínicos, pero no es frecuente que se hable de la persona enferma o de su enfermar personalizado,⁷ naturalmente, todo esto contribuye negativamente al desarrollo de la empatía en los estudiantes. Quizá la primera intervención, sea no enseñar lo contrario de lo que se pretende y se predica, ¡evitar, de cualquier forma, dar mal ejemplo! También hay quien considera a la empatía como parte de la personalidad del individuo, algo que puede ser transformado; en consecuencia, puede declinar durante el proceso de la formación médica⁸ o bien puede ser mejorado mediante actividades educativas bien dirigidas,^{9,10} y no faltan los que afirman que es muy difícil enseñar o dirigir el aprendizaje de la empatía.^{11,12}

¿Cómo enseñar empatía durante la formación médica? No es asunto de fácil respuesta, pero no por eso deja de ser vital, pues está en juego un elemento esencial en la formación de los futuros médicos. Los estudios sobre el tema nos ayudarán a entender mejor el proceso de la manutención y mejoría de la empatía en los estudiantes de medicina.

Evaluación de la empatía y la educación médica

Aprender a entender las expectativas del paciente, por colocar un ejemplo del amplio espectro de la empatía, es sin duda uno de los objetivos educativos deseables a alcanzar du-

rante la formación académica. Los objetivos son claros, pero faltan estructuras que sean capaces de medir los resultados. Sabemos lo que queremos enseñar, pero no conseguimos evaluar cómo se enseña y, sobre todo, si se aprende. Algunos de los instrumentos para evaluar la empatía han sido presentados en un artículo previo.¹³ No obstante podemos citar los siguientes: *Interpersonal Reactivity Index* desarrollado por Davis,¹⁴ *The Hogan Empathy Scale*¹⁵ y la *Emotional Empathy* de Mehrabian e Epstein.¹⁶ Otros métodos de evaluación han sido elaborados para enfermeras, como la *Empathy Construct Rating Scale*,¹⁷ *The Empathic Understanding of Interpersonal Processes Scale*,¹⁸ *The Empathy Subtest of the Relation Inventory*¹⁹ y *The Empathy Test*.²⁰

Promover la empatía en la educación de las emociones

Al reflexionar sobre el proceso de formación a la luz de los resultados obtenidos y las referencias de la literatura, observamos algunos factores que podrían estar implicados en la erosión de la empatía: la falta de ejemplos adecuados por parte de los formadores; gran cantidad de información técnica a ser transmitida con la consecuente limitación de tiempo para abordar las cuestiones humanísticas que delimitan la relación médico-paciente; la tensión que surge entre los ideales del estudiante y la práctica clínica cotidiana en la que nace la duda ética;²¹ y la sobrecarga emocional que se deriva del contacto con el sufrimiento.²²

Es evidente que el nivel de empatía puede cambiar y, en este caso, deteriorarse. Intervenir en este proceso consistiría, más que en enseñar cosas nuevas (“enseñar a ser empático”), en prevenir su pérdida; las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla. Como marco de fondo permanece la pregunta clave: ¿es la empatía algo que se puede enseñar? Y, en caso positivo, ¿cómo se enseña?, ¿nacemos con capacidad fija de empatía o podemos crecer en esta actitud?

Pensar en estrategias educativas en un tema tan delicado, invoca el recuerdo de un estudio singular publicado hace más

de 25 años,²³ en el que se presentaba una lista de 87 características deseables en el buen médico. En este estudio se mezcla, de modo elegante, la importancia de cada una de las características con la facilidad o no de enseñarla. A modo de ejemplo, el autor (cirujano) comenta que se siente capaz de enseñar durante los años de formación cómo se practica una laparotomía exploradora, pero no está seguro de conseguir enseñar a sonreír educadamente para inspirar confianza al enfermo. Las características están ordenadas por importancia y dificultad, de acuerdo con un índice muy peculiar, *NTU- Nonteachable important index*. En lo alto de la lista, figuran justamente las características relacionadas con la empatía: comprensión, motivación e idealismo, compasión, deseo de ayudar y entusiasmo por el trabajo como medio para servir a otros; todas importantísimas, pero consideradas muy difíciles de enseñar.

Estos resultados que, a primera vista provocan desánimo, pueden ser ajustados por otros datos recientes, ahora en versión neurofisiológica^{24,25} en la que se advierte que la empatía puede ser estimulada a través del ejemplo. Las denominadas neuronas-espejo, que también modulan la emoción y el comportamiento, se activan cuando perciben las acciones de otra persona, y lo hacen de modo espontáneo e involuntario, sin integrarse en el razonamiento.²⁶ Hay varios trabajos que muestran el mecanismo por el que las neuronas-espejo se relacionan con la percepción empática.^{27,28}

El tema de los escenarios de aprendizaje se coloca como una posibilidad real, moduladora de la empatía y como prevención de la erosión; *el buen ejemplo educa, así como deforma el mal ejemplo*. Los estudiantes y médicos jóvenes son inspirados, para bien o para mal, por las actitudes que contemplan en sus profesores y formadores. Actuar junto al enfermo, viendo cómo se hace, calcando los pasos del profesor, permite incorporar actitudes y comportamientos que delimitan el estilo profesional futuro.²⁹

La formación humanista y cultural es un recurso clásico en la educación médica y un camino tradicional para promover la empatía;

el arte, que imita la vida, ofrece variadas situaciones en las que el alumno es capaz de incorporar esas características difíciles de enseñar (por los métodos tradicionales). Por eso algunos autores enfatizan la importancia de las artes, la literatura, y la reflexión sobre la propia vida para promover la empatía,³⁰ incorporar las humanidades en educación médica tiene como objetivo primordial el despertar actitudes y valores, muchas veces inesperados, en los propios estudiantes, que les permiten ampliar su capacidad de comprensión sobre el ser humano.

La literatura refiere la promoción de programas educativos para desarrollar la empatía, aunque no siempre los resultados son los que se podrían esperar,^{31,32} quizá hay que prestar más atención al tema de las emociones del alumno, factor indispensable cuando se pretende promover la empatía. Es muy difícil promover el desarrollo de la empatía sin tener en cuenta las emociones del educando, el educador tiene que estar atento a los momentos cruciales, en los que emergen las emociones del estudiante, y verlos como una oportunidad formativa. ¿Cómo podría un médico comprender el sufrimiento del paciente si no consigue trabajar sus propias emociones? Es responsabilidad del formador proporcionar un ambiente en el cual se puedan exponer las angustias, miedos y fragilidades; permitir compartirlas y trabajarlas con esmero docente para así promocionar la madurez afectiva y el consecuente desarrollo de la empatía.

Con frecuencia, expresamos respuestas emotivas inadecuadas y es entonces cuando el estudiante percibe su propia vulnerabilidad al contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.³³ Durante los años de formación, esas situaciones son frecuentes, generan ansiedad y sentimientos de impotencia, si no se trabajan las emociones y se habla de ellas con franqueza, asimilando las experiencias, el estudiante generará una repulsión afectiva, un distanciamiento que encontrará amparo en la técnica. En ese momento crucial, el educando empezará a utilizar la técnica, que siempre es inocua y aséptica, en lugar de la empatía para aproxi-

marse al enfermo, el cual es un terreno movedizo, en el que se siente inseguro. Es cuando la comprensión hacia el paciente se transforma sencillamente en “diagnóstico y pronóstico” y los cuidados se convierten en intervención; una demostración de que, aun teniendo buena voluntad, habitualmente se acaban utilizando solamente las herramientas que se conocen (técnicas) y se omiten otras que, como la empatía, tendrían un papel esencial.³⁴

Educación de las emociones se configura, de este modo, en importante quehacer para promover la empatía y las actitudes éticas como un todo.³⁵ En el universo de hoy las emociones son actores principales en el escenario de la educación; educar, por tanto, tendrá que contemplar las emociones, nunca ignorarlas, y aprender a aprovecharlas; colocarlas en su verdadero lugar, facilitando la catarsis y el libre fluir de las mismas. Compartir emociones o ampararlas en discusiones abiertas abre caminos para una verdadera reconstrucción afectiva que la cultura actual impone.

Trabajar las emociones para educarlas implica un proceso educativo serio en el cual se deben, inicialmente, identificar y hacerse explícitas; después evaluar su correcta utilización para promover la relación médico-paciente en las diversas situaciones clínicas, y como ayuda eficaz para mantener el foco de la acción médica en su verdadero objetivo: *el beneficio del paciente*. Así, es fácil deducir que ignorar las emociones, por la peculiar dificultad que entraña su manejo y educación, acaba privando al futuro médico de un instrumento necesario para mejorar su actuación profesional. En palabras de Pascal “las razones del corazón que la razón no entiende”, no es poesía para momentos de soslayo, sino un recurso imperioso para un trabajo competente.

¿Cómo se hace esto?, ¿cómo se utiliza la afectividad del alumno en el contexto de la educación médica? Primero, se debe trabajar en un proceso educativo, reconocer que las emociones existen, que no se sabe cómo controlarlas (quizá porque los docentes aún no consiguen evaluar cuantitativamente

sus efectos), y que este difícil desafío no se resuelve sólo con algunos cambios de contenido curricular.³⁶

Este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad; no se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente, se puede, sencillamente, mostrar el gusto y esperar que el tiempo (y la reflexión sobre lo que se siente, lo que agrada, en fin, en sus emociones) vaya perfeccionando el paladar afectivo, proceso que es una “educación sentimental”.³⁷ Además, la reflexión asume un papel fundamental. Es imposible adquirir virtudes, incorporar valores, esculpir actitudes y construir la ética del día a día sin reflexión. La reflexión es el puente firme entre las emociones y el proceder, un puente por el que transitan las emociones que la reflexión transforma en vivencias, que son la semilla de las actitudes y del comportamiento ético. El desafío educativo es encontrar los modos en que este proceso puede elaborarse y ser efectivo para provocar la reflexión sobre las emociones que siempre están presentes.

No basta con provocar un aluvión de emociones en los escenarios docentes, pensando que los sentimientos *in natura* formarán actitudes estables, hay que trabajarlos, conducirlos, mediante docentes “enzimáticos” que catalicen la reacción que se cristaliza en vivencias. Es la habilidad del docente la que consigue que la emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión en cada uno y se interiorice. Este proceso es el catalizador que, aprovechando el terreno fértil de la emoción, imprime una huella educativa: se genera la vivencia que es puerta abierta para incorporar actitudes estables y duraderas.³⁸ Algunas iniciativas se muestran promisoras en esta tarea que es tan importante como ardua, la música surge como un recurso sugestivo y útil para que el estudiante hable sobre sus expectativas y comparta sus dudas, solicite ayuda y rescate ideales y sueños profesionales,³⁹ los cuestionamientos y dudas que surgen al contacto con las canciones se relacionan con el ámbito emotivo y ofrecen la oportunidad de trabajarlas.⁴⁰

Igualmente, el uso del cine⁴¹ muestra resultados positivos para estimular la reflexión del estudiante, no se trata de dar recados por medio de películas (recurso que también se utiliza) sino de provocar la reflexión, que es la base para construir un médico humanista y empático.^{42,43} Igualmente el uso de la literatura a través de la narrativa^{44,45} (historias de vida) y de la ópera,⁴⁶ se muestran como iniciativas promisoras.

Conclusiones

La empatía se constituye como un puente entre la medicina basada en evidencias y la medicina centrada en el enfermo: un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducirlos en un cuidado eficaz del paciente. Es fácil notar en el medio académico una búsqueda cada vez más decidida para desarrollar recursos que ayuden efectivamente en la formación emocional y afectiva de los estudiantes, un camino que ciertamente, sintoniza con la promoción de la empatía; como se ha expuesto, es actitud susceptible de cambios, sobre todo de erosión y pérdida. Habría que preguntarse si las intervenciones en el proceso educativo no tendrían que estar dirigidas, más que a enseñar algo nuevo (a crecer en empatía), a prevenir su pérdida. Algo análogo a lo que ocurre con la prevención en salud; nadie consigue detener el paso de los años y el deterioro físico, pero es posible envejecer de muchas maneras, unas más saludables que las otras. Estas reflexiones son una introducción a un tema cuyo estudio y perfeccionamiento es tan necesario como apasionante.

Referencias

- Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine S, Isenberg G, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med.* 2009;84:1182-91.
- Kay J. Traumatic deidealization and future of medicine. *JAMA.* 1990;263:572-3.
- Silver HK, Glicken AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *JAMA.* 1990;263:527-32.
- Authier J. Showing warmth and empathy. En: Hargie O, editor. *A Handbook of Communication Skills.* Londres, Inglaterra: Croom Helm; 1986: 441-65.
- Edwards MT, Zimet CN. Problems and concerns among medical students. *J Med Educ.* 1976;51:619-25.
- Karr MD. Acting in medical practice. *Lancet.* 1994;344:1436.
- Spiro H. *The Practice of Empathy.* Academic Medicine. 2009;84(9).
- Forest-Streit U. Differences in empathy: a preliminary analysis. *J Med Educ.* 1982;57:65-7.
- Goldstein AP, Goedhart A. The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol.* 1973;1:168-73.
- LaMonica EL, Carew DK, Winder AE, Bernazza-Hasse AM, Blanchard KH. Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nurs Res.* 1976;25:447-51.
- LaMonica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT. Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract.* 1987;1:197-213.
- Kirk WG, Thomas AH. A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. *J Psychiatr Treat Eval.* 1982;4:177-9.
- Moreto G, Blasco PG, Benedetto MAC. La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una Universidad de Sao Paulo, Brasil. *Aten Fam.* 2014;21(1):16-9.
- Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44:113-26.
- Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol.* 1969;33:307-16.
- Mehrabian A, Epstein NA. A measure of emotional empathy. *J Pers.* 1972;40:525-43.
- LaMonica EL. Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health.* 1981;4:389-400.
- Carkhuff R. *Helping and Human Relations: Selection and Training*, vol 1. New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1969.
- Barrett-Lennard GT. Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in the Therapeutic Change. *Psychol Monogr.* 1969;76(43):562.
- Layton JM. The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Res Nurs Health.* 1979;2:163-76.
- Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007;22:1434-38.
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004;38:934-41.
- Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TRP, Altisent R, Blasco PG. Una Nueva Metodología Docente en Bioética: Experiencias con la aplicación del Portafolio a Estudiantes de Medicina en Brasil. *Persona y Bioética.* 2008;12.2(31):133-44.
- Lara JRL, Mora RR, Campayo JG. Why do some doctors become unethical (evil?) with their patients? *Aten Primaria.* 2009;41(11):646-9.
- Sade R, Stroud M, Levine J, Fleming G. Criteria for Selection of Future Physicians. *Annals of Surgery.* 1985;201:225-30.
- Decety L, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15:54-8.
- Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology.* 2003;36:171-80.
- Rizzolatti G, Sinigaglia C. *So quell che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio.* Milán, Italia: R. Cortina; 2006. Italiano.
- Decety L, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci.* 2004;3;71-100.
- Wicker B, Keysers C, Plailly I, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of us are disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and seeking disgust. *Neuron.* 2003;40:644-55.
- Bauer J. Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone [Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons]. Hamburg: Hoffmann und Campe; 2005.
- Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying Physicians in Their Family Practice: A Primary Care Model for Medical Students' Learning in Brazil. *Fam Med.* 2006;38(9):619-21.
- Larson EB, Yao X. Clinical Empathy as emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA.* 2005;293(9):1100-6.
- Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med.* 2007;82:1079-88.
- Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical students: An updated, systematic review. *Academic Medicine.* 2013;88:1-7.
- Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine.* 2008;3(10):1-11.
- Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MAC, Altisent R, Delgado-Marroquin MT. Educar las emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética.* 2013;17:28-48.
- Mariás J. *La educación sentimental.* Madrid: Alianza Editorial; 1992.
- Janaudis MA, Blasco PG, Ángelo M, Lotufo PA. Nos bailes da vida: A música facilitando a reflexão na educação médica. *RBM.* 2011;68:7-14. Português.
- Janaudis MA, Fleming M, Blasco PG. The Sound of Music: Transforming Medical Students into Reflective Practitioners. *Creative Education.* 2013;4:49-52.
- Blasco PG. Humanizando a Medicina: Urna Metodologia com o Cinema. São Paulo, Brasil: Centro Universitário São Camilo; 2011.
- 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;13:114-27.
- Blasco PG, Moreto G. Teaching Empathy through Movies: Reaching Learners' Affective Domain in Medical Education. *Journal of Education and Learning.* 2012;1:22-34.
- Benedetto MAC. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. *O Mundo da Saúde.* 2010;34(3):311-9.
- Benedetto MAC, Castro A, Carvalho E, Sanogo R, Blasco PG. From Suffering to transcendence. Narratives in Palliative Care. *Can. Fam Physician.* 2007;53:1277-9.
- Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching humanities through opera: leading medical students to reflective attitudes. *Fam Med.* 2005;37(1):18-20.

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc202016e5768>

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

Cine en tiempos de la pandemia del COVID: películas que ayudan a moderar las emociones y apoyan al equipo de salud

Pablo G. BLASCO; Maria Auxiliadora C. DE BENEDETTO; Marcelo R. LEVITES; Graziela MORETO

SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo. (www.sobramfa.com.br) S. Paulo (Brazil).

Correo electrónico: pablogb@sobramfa.com.br

Received 13 July 2020;

Accepted 31 July 2020

Published: 29 January 2021

Abstract

The current COVID-19 pandemic emerges the need of taking care of the health team, not only physical, but also mental health. The crisis we are experiencing has a twofold component: on the one hand the biological threat and on the other to deal with anxiety, fear, and disordered emotions, which are a threat to mental balance and to maintain the serenity necessary to cope with such a great challenge. It is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unprecedented proportions. A discouraged doctor is an element of the crisis and causes insecurity in patients and families. *SOBRAMFA - Medical Education and Humanism*, has disseminated recommendations through short videos for helping professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing. Using cinema through movie clips from different films helps to clarify details of the commented recommendations. Sense of community, leadership, teamwork, holding the emotions on realistic basis, communication skills, educating through example, professionalism, objectivity and realism for redeeming the circumstances are the topics emphasized by the movie clips. Below we list some of the ethical and existential dilemmas as well as the corresponding movie scenes that can help with decisions.

Keywords: COVID-19; cinema; medical education; emotions.

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO;
MARCO AURELIO JANAUDIS

Resumen

La actual pandemia de COVID-19 coloca la necesidad de cuidar del equipo de salud, no solo física, sino también mentalmente. La crisis que estamos viviendo tiene un doble componente: por un lado, la amenaza biológica y, por otro, lidiar con la ansiedad, el miedo y las emociones desordenadas, que son una amenaza para el equilibrio mental y para mantener la serenidad necesaria para hacer frente a tan gran reto. Es crucial elevar la moral de quienes se enfrentan a diario con esta amenaza de proporciones sin precedentes. Un médico desanimado es un elemento de crisis y causa inseguridad en pacientes y familias. *SOBRAMFA - Educación médica y humanismo*, ha difundido recomendaciones a través de videos cortos para ayudar a los profesionales a mantener una visión objetiva de la realidad que están experimentando. El uso del cine a través de escenas de diferentes películas ayuda a aclarar los detalles de las recomendaciones comentadas. Sentido de comunidad, liderazgo, trabajo en equipo, mantener las emociones de forma realista, habilidades de comunicación, educación a través del ejemplo, profesionalismo, objetividad y realismo para redimir las circunstancias son los temas enfatizados por los clips de películas. A continuación, enumeramos algunos de los dilemas éticos y existenciales, así como las escenas de películas correspondientes que pueden ayudar con las decisiones.

Palabras clave: COVID-19; cine; educación médica; emociones.

THE SITUATION AND THE CHALLENGES

The current COVID-19 pandemic makes us live in a difficult and unprecedented time. With each passing day, the care of the health team itself is essential. Not only physical care, but also mental health. Or put more simply, it is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unprecedented proportions. A discouraged, pessimistic doctor, with no perspective is also an element of the crisis and that attitude causes insecurity in patients.

Family medicine, dealing with both the emotional and the scientific side of medicine on a daily basis, plays a central role in tackling this pandemic¹. Seeking to collaborate in this sense, our private Institution of family practice physicians and educators in Brazil, *SOBRAMFA - Medical Education and Humanism*, has disseminated recommendations through short videos² that help professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing. An excessive and disproportionate concern for the global problems that the world is facing, does not help - even hinders - each professional to take care of their own responsibilities, of the specific sector that they are in charge of at this moment.

In addition to helping with a realistic perspective, the videos address aspects of affective education and how to moderate emotions to help with the ethical decisions that daily practice entails.

DEALING WITH EMOTIONS: THE HIDDEN THREAT

The crisis we are experiencing has a two-fold component: on the one hand, the biological threat of a new virus, with terrible consequences for population health, since we deal with something unknown. On the other hand, anxiety, fear, and disordered emotions are also a threat to mental balance and the serenity necessary to cope with such a great challenge.

A poem by Fernando Pessoa illuminates this reflection. The poet says: "Life is what we make of it / Travel is travelers / What we see is not what we see / but what we are"³. In other words: we filter reality through our emotions, through the way we are experiencing that reality. This explains the anguish and afflictions when we consider the reality of the scenario we have in our context with eyes, feelings and emotions amplified and deformed by the world panorama presented by the media. Therefore it is necessary to act – and feel – locally⁴, preventing global emotions.

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

In medical practice, ethical dilemmas are often blurred by emotions: those of the patients and those of the professional who takes care of them. The universe of affectivity - feelings, emotions and passions - has been assuming an increasing role as a protagonist in the world of health education. The learners' emotions cannot be ignored in this process. Training human beings requires educating their affectivity, working with their emotions. Educating attitudes is more than offering theoretical concepts or simple training; it implies promoting reflection which facilitates the discovery of oneself and allows to extract from the intimate core of the human being a commitment to improve. How to do this in an agile, modern, understandable and effective way?

Humanities such as literature, music, cinema and narratives are a useful resource for educating emotions and promoting empathy, which is the cornerstone of medical professionalism and ethical behavior. The emotions that these experiences arouse must be transformed by reflection into experiences that generate attitudes capable of building ethical attitudes and building professionalism⁵.

**MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS:
SUPPORTING ETHICAL DECISIONS**

The cinema, an educational resource used in medical education^{6,7} is included in these videos². Using clips from different film scenes⁸, it helps to clarify details of the commented recommendations. Below we list some of the ethical and existential dilemmas as well as the corresponding movie scenes that can help with decisions.

You are not alone: feeling sense of community

The film *I am legend*⁹ goes straight to the point: (“if there is someone out there, I can help, you are not alone”). And then, the fight against

reigning pessimism: (“if people who make this world worse never take a vacation, how am I going to take it?”). One cannot succumb to pessimism, nor be passively involved in all kinds of news that arrive indiscriminately. In addition to social distance as an epidemiological prevention resource, a healthy informational distance must be kept.



I am legend

Social isolation is recommended. Free museums and concerts are available on the Internet. Although cultural opportunities are unique we feel something is lacking. Aristotle said human beings are social animals, and what we lack is the experience of living the whole culture with someone, in society. At this point, the cinema illuminates the challenge: In *The Shawshank Redemption*¹⁰, the educated banker finds “Figaro’s Wedding” record, and realizes that he can’t enjoy Mozart’s melody in solitude. He displays on loudspeakers and for a few minutes all those prisoners felt free. What we probably need is physical distance but maintaining social connectivity, as some authors recently point out¹¹.



The Shawshank Redemption

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

Teamwork

Teamwork is about keeping the team together and not tolerating the divisions that occur due to the natural tendency to look for culprits in times of crisis. Here is something that we witness daily, very well addressed in *Ladder 49*¹² in the scene after the fireman's death: ("I just told a mother that her son died, and you argue in my house! We deal with this if we stay together, we learn the lesson, and we return to the vehicle and thus honour the dead colleague").



Ladder 49

The importance of the union that characterizes true teamwork stands out in *Gladiator*¹³ ("I do not know what will come out from these gates, but if we stay together, we will survive). Such an union is brilliantly depicted in the *Spartacus*¹⁴ scene ("I am Spartacus!"), in which the character is much more than a person: it is an idea that takes care of the team and promotes solidarity in times of crisis!



Gladiator



Spartacus

Holding your emotions on realistic basis: the ethical decision

The essential importance of patience and knowing how to wait represented in the scene of *Braveheart*¹⁵ in which William Wallace asks his soldiers to wait for the right moment to face the burden of enemy cavalry.



Braveheart

Running away from unnecessary anxieties, such as the healthy indifference of the Soviet spy in *Bridge of Spies*¹⁶ which contrasts with the disproportionate concern of the lawyer's son.



Bridge of Spies

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

The two classic scenes from *Casablanca*¹⁷ remind us about the ethical doubt: (“I don’t know what is right any longer; you will have to think for both of us”). Then at the airport: (“You will get on that plane, because otherwise you will regret it. Maybe not today, maybe not tomorrow, but someday and for the rest of your life”). As a student once said in a workshop: “the hard part is knowing how to get on the plane, nobody will do it for us”.



Casablanca

Leadership follows self-control

Immediately comes to mind the scene of Nelson Mandela in his cell on Robben Island Prison masterfully described in the movie *Invictus*¹⁸ (“I am the captain of my soul, I am the lord of my destiny”). An example of leadership on himself, of whom spent 29 years in prison, without losing his nerves or focus on his mission.



Invictus

Again, *Bridge of Spies*¹⁴, brings a clarifying scene in the soviet spy narrative: (“When I was small, your son’s age, my father drew my attention to a man who visited us and who, apparently, had never done anything extraordinary. One day, the guards invaded our house, beat my father, my mother and this man too. And every time they hit him, he got up, over and over, without giving up. I think his insistence on getting up made the guards give up beating him, leaving him alone. I remember what they said: ‘Stoikiy muzhik’, which in Russian means something like steady man”).



Bridge of Spies

Leading by example

In times of crisis, the absence of real leaders is perceived. Something analogous to what Ortega said about the pain of the phantom limb: feeling something that it should have and is missing. To set example is needed: “One of the most disconcerting mysteries of human psychology is that the fact of having an excellent ideal of life is not enough to live it, to put it into practice. How many companies proclaim their mission and values and then never happens. It is not enough

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

to compose ideals, even with conviction. You need to get to the facts”¹⁹.

The scene from *We were soldiers*²⁰ illustrates this point. The leader warns that the enemy is powerful and cannot promise to bring everyone back alive. But that he will be the first to set foot on the battlefield and the last to leave.



We Were Soldiers

“The affective leader is the one capable of managing expectations and producing confidence among those around him”²¹. It is worth remembering the Enemy at the Gates²² scene, where Khrushchev asks the generals what to do to motivate the frightened soldiers during the Battle of Stalingrad. Standard answers come up until someone points out: (“Give them hope. Men must believe in victory. They need pride and the will to fight. We need to create examples to be followed. We need heroes”).



Enemy at the Gates

Leading by example necessarily invokes the final battle of *The Last Samurai*²³. An unequal struggle, against modern weapons, where the Samurai’s persistence ultimately yields a tribute from the enemy who, from winner, turns into admirer.



The Last Samurai

The leader is an educator

To set an example is needed, beside the wisdom of knowing how to wait. In *K 19: The Widowmaker*²⁴ the admiral follows the advice of his subordinate: (“don’t order, explain the situation, wait for the men to respond”). The responses of support with the command arrive little by little. The leader feels that he can make the decision.



K 19: The Widowmaker

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

To lead is to make people understand the situation, the risks, and let people freely embrace the commitment. This is what *Glory*²⁵ tells us, a film that is poetry wrapped in blue uniforms and cannon smoke. Colonel Shaw exposes the risk to his regiment, the 54 of Massachusetts, integrated by black men, former slaves. (“If we fall into the hands of the enemy, we will be summarily shot. Whoever wants to leave, will be dismissed tomorrow”). Everyone stays and faces the difficulties, starting with the reduced salary, in which Shaw also makes a point of participating. In the final battle, Shaw asks for the honor of leading the attack, even though he knows that few will survive: (“There is more than rest in the battle. There is character, strength of heart”).



Glory

*Saving Private Ryan*²⁶, an epic that exudes education. James Ryan does not want to return home despite having lost his brothers in the war: (“I will stay here with the brothers I have left”). Captain Miller – who was a professor in civilian

life – is dying, and pronounces the definitive words: (“James, earn this”). Decades later, James Ryan goes to the cemetery and next to the captain’s grave faces his commitment: (“Every day I think about what you said that day on the bridge. I tried to live my life the best I could. And I hope that at least at your eyes I earned what you did for me”). A striking example of leadership that educates, of lifelong learning.



Saving Private Ryan

The art of communication: getting to know the interlocutor

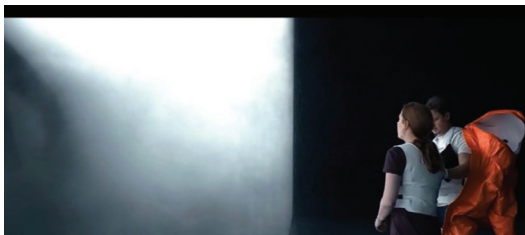
We live in a connected world over which we have control. We spend hours exchanging messages, interconnected with the world in real time, we know everything and everyone. But we don’t communicate and, consequently, we don’t understand each other.

*Arrival*²⁷ magnificently illustrates these shortcomings in communication. The dialogue we think we have is a fiction. We listen, but our focus is on putting our opinion, without a vital opening to what comes to us from the other, and to the

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

way we see life and the world. We are shielded and avoiding to leave the comfort of our position.



Arrival

Communicating implies knowing others, their history. “Before judging a person, spend three moons wearing their shoes. Outwardly, many lives can seem wrong, irrational, crazy. As long as we stick to the outside, it will be easy to misinterpret people and our relationship with them. Only by penetrating them, just walking three moons with their shoes, will we be able to understand their motivations, their feelings, which leads them to act in one way, and not in another. Understanding is born out of humility, not pride in knowing”²⁸.

Amistad²⁹ illustrates magnificently this thought in the scene where the lawyer who defends the mutinous slaves asks the American politician for advice (“What is their story? Don’t tell me they are Africans, we already know that. But who are they, what is their story?”).



Amistad

Ortega warns of this humility: “to understand others, it is necessary to reconstruct their

landscape and their world, and for that the focus of the gaze must be guided by the pupil of others”³⁰. And he adds: “It is necessary to put yourself in tune, adjust the melodic tempo to the rhythm of the other’s heart”³¹.

Melody and music that can be created when looking at each other, and not just the score of the guidelines. This aspect is very well illustrated in The Legend of 1900³²: (“How do you create this song? I look at people, I try to understand their inner world, and music emerges”). A wonderful example of Person-Centered- Music (evocating the Patient Centered care model)



The Legend of 1900

Knowing that the science of communication is up to the professional, and that the patient does not have to have this competence. Learning to read between the lines, knowing how to listen even with an open heart and mind, without diagnostic urgencies or classificatory impulses. Analyze This³³ offers a good example, in the dialogue between the mafia boss and the psychiatrist who manages to guess what the patient does not have the courage to report explicitly.



Analyze This

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

Difficult patients and families or lack of professionalism?

The suffering that the disease implies - for the patient and the family - makes professionals to face situations where there are apparently challenged, and the system is questioned. Several scenes from *John Q*³⁴ (A father willing to commit suicide in order to give his heart to his son who needs a transplant), situate the problem crudely.



John Q

The ways to face the challenge always go through understanding and affection, which is a professional attitude, as it implies a sincere desire to help. An anthological scene from *In the Name of the Father*³⁵ where the father, supposedly a pusillanimous one, calms his son's sterile revolutionary anxieties.



In the Name of the Father

A variant on the same theme offers us the scene of *Blood Diamond*³⁶ where the father awakens his son's affective memory, transformed

into a young terrorist through brainwashing. If the paternalistic model in medical practice is questioned because of the patient's autonomy, it is worth thinking if emulating the degree of dedication of a father who really loves does not offer a model to be followed. Affection and dedication that in no way compromise professionalism.



Blood Diamond

Dedication that surpasses technique, like the mirror lights in the scenes of *Marvin's Room*³⁷, to calm the anxieties of a demented elder, managing to get a smile from him.



Marvin's Room

Redeeming the circumstances.

Circumstances challenge us, but cannot condition us. Impossible not to evoke at this point, Ortega y Gasset's reflections in his *Meditations on Don Quixote*³⁸. To live what we have, in our conditions and circumstances. Hence

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

the well-known phrase of the philosopher: “It is me and my circumstances, and if I do not save them, I do not save myself.” Phrase often cited, but mostly incomplete. Circumstances are placed, in popular culture, as an excuse and not as a challenge to be saved, redeemed. For this reason, Ortega adds: “We have to search for our circumstances what is peculiar, the right place in the immense perspective of the world. Not dwell on fixed values, but conquer the right place among them in our individual lives. In short: the reabsorption of circumstances is the specific destiny of man.” To redeem the circumstances, that’s what it’s all about in the midst of crisis.

And again the cinema appears to broaden the reflections. Peter Weir, the Australian director, is a specialist in “redeeming circumstances”. Getting on the table in *Dead Poet Society*³⁹, to gain other perspectives on reality. Or tie yourself to the ship - become one with your mission of freedom - in *The Truman Show*⁴⁰, to face the tidal waves of slavery. Or overcome the loss of an arm, like in *Master and Commander: The Far Side of the World*⁴¹ having Admiral Nelson as role model: with one arm led the British squad to victory, and presides over the London landscape from the column in Trafalgar Square.



Dead Poet Society



The Truman Show



Master and Commander

OBJECTIVITY AND REALISM: D. QUIXOTE AT THE BOTTOM LINE

The toxic news that arrives daily through all the communication channels, saturates and depresses. Tragedies - which certainly exist - are highlighted but conquests and overcoming are omitted. We see how the people around us - citizens, patients and, of course, health professionals - succumb to this bombardment. What we need is to pay attention to what we have at hand, without getting lost in dreams or fantasies. Or in chimeras and fears.

It is worth invoking D. Quixote again through Ortega’s reflections³⁸: “The enchanters may well take my luck, but not the effort and the spirit. If we resist that inheritance and the environment imposes certain actions on us, it is because we try to base ourselves, only on ourselves, on the

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

origen of our actions. When the hero wants, it is not the ancestors or the customs of the present who want something, but himself. Heroism consists precisely in this desire to be himself who he has to be”.

REFERENCES

1. De Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, van Weert H, et al. Family medicine in times of ‘COVID-19’: A generalists’ voice. *Eur J Gen Pract.* 2020; 26(1): 58–60.
2. González Blasco P. Humanismo Médico em tempos de crise. *Vimeo* [Internet]
3. Pessoa F. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
4. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to COVID-19. *N Engl J Med* 2020; 382: e75
5. Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *RBM Rev Bras Med* (Rio de Janeiro). 2014;71:15-24.
6. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. *Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2005
7. Blasco PG. *Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema.* São Paulo: Centro Universitário. São Camilo;2011.
8. 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.
9. *I Am Legend.* (2007). [Internet]
10. *The Shawshank Redemption.* (1994) [Internet]
11. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S; Stange, K. Physical distancing with social connectedness. *Ann Fam Med.* 2020; 18(3):272-7.
12. *Ladder 49* (2004). [Internet]
13. *Gladiator* (2000) [Internet]
14. *Spartacus* (1960) [Internet]
15. *Braveheart* (1995) [Internet]
16. *Bridge of Spies* (2015) [Internet]
17. *Casablanca* (1942) [Internet]
18. *Invictus* (2009) [Internet]
19. Sonnenfeld A. *Liderazgo ético.* Madrid: Encuentro; 2011.
20. *We were soldiers* (2002) [Internet]
21. Jovell A. *Liderazgo Afectivo.* Barcelona: Alienta Editorial; 2007.
22. *Enemy at the Gates* (2002) [Internet]
23. *The Last Samurai* (2003) [Internet]
24. *K 19: The Widowmaker* (2002) [Internet]
25. *Glory* (1989) [Internet]
26. *Saving Private Ryan* (1998) [Internet]
27. *Arrival* (2016) [Internet]
28. Tamaro S. *Va’ dove ti porta il cuore.* Roma: Baldini & Castoldi; 1994
29. *Amistad* (1997) [Internet]
30. Ortega y Gasset J. *Notas de andar y ver.* Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial; 1988.
31. Ortega y Gasset, J. *Estudios sobre el Amor.* Madrid: Revista de Occidente; 1957.
32. *The Legend of 1900* (1998) [Internet]
33. *Analyze This* (1999) [Internet]
34. *John Q* (2002) [Internet]
35. *In the Name of the Father* (1993) [Internet]
36. *Blood Diamond* (2006) [Internet]
37. *Marvin’s Room* (1996) [Internet]
38. Ortega y Gasset, J. *Meditaciones del Quijote.* Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial;1981.
39. *Dead Poets Society* (1989) [Internet]
40. *The Truman Show* (1998) [Internet]
41. *Master and Commander: The Far Side of the World* (2003) [Internet]

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

	<p>Pablo González Blasco. Médico y Doctor en Medicina, por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Miembro fundador y actual Director Científico de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Autor de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Humanismo y Medicina, Educación de la Afectividad a través del Cine y de las Artes.</p>
	<p>Maria Auxiliadora Craice De Benedetto. Médico y Doctor en Medicina por la Universidad Federal de São Paulo, Brasil. Directora de Publicaciones de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Autora de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Humanidades Médicas, Medicina Basada en Narrativas (Narrative Medicine), Literatura & Medicina, Cuidados Paliativos, Educación Médica y Bioética.</p>
	<p>Marcelo R. Levites. Médico y Doctor en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Director Ejecutivo de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Autor de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Longevidad, Cuidados Paliativos y los desafíos de la Incertidumbre y del Burnout en estudiantes y profesionales de la salud.</p>
	<p>Graziela Moreto. Médico y Doctor en Medicina, por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Directora de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Coordina los Programas de Formación y Cooperación Internacional. Autora de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Humanismo y Empatía.</p>

CINEMA, HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pablo González Blasco¹

Resumo

O núcleo do processo de Humanização em Saúde consiste em promover a reflexão do profissional, o exercício filosófico da profissão. No contexto desta reflexão humanizante, é preciso considerar o que deve ser humanizado, como fazê-lo, e os custos que a humanização implica. A educação da afetividade e das emoções é condição necessária para promover atitudes duradouras e eficazes. Assim sendo, o Cinema, que ajuda a refletir sobre aspectos essenciais da vida, tem se mostrado um recurso metodológico eficaz para promover a reflexão. O uso do cinema, com destaque para o conjunto de cenas variadas (clips) pode incorporar-se nos projetos pedagógicos de educação em saúde, como é ilustrado neste artigo. A formação humanista do profissional de saúde é potencializada com a metodologia do cinema, buscando-se deste modo um modelo de humanismo e humanização sustentável.

Palavras chave: Humanização, Educação em Saúde, Cinema, Educação da Afetividade, Humanismo Médico.

CINEMA, HUMANIZATION AND EDUCATION IN HEALTH

Abstract

The core of the process of Humanization in Health consists in promoting the reflection of the professional, which is call the philosophical exercise of the profession. In the context of this humanizing reflection, we must consider what must be humanized, how to do it, and the costs that humanization entails. The education of affectivity and emotions is a necessary condition to promote and incorporate effective attitudes. Cinema, which helps to reflect on essential aspects of life, has proved to be an effective methodological resource to promote reflection. The use of cinema, with emphasis on the set of varied scenes (movie clips) can be incorporated in the pedagogical projects of health education, as is illustrated in this article. The humanist education of the health professional is enhanced by the methodology of the cinema, seeking in this way a model of humanism and sustainable humanization.

Keywords: Humanization, Education in Health, Cinema, Education of Affectivity, Medical Humanism.

Motivos de um projeto: educação em saúde com cinema?

Educar com o Cinema é tema que me tem acompanhado nos últimos anos. Tive ocasião de escrever artigos, publicar livros, dar conferências, incluídos congressos

¹ Médico e Doutor em Medicina. Diretor Científico da SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo.
www.sobramfa.com.br. E-mail: pablogb@sobramfa.com.br

internacionais, apresentar-me em programas de TV. Em quase todos os cenários, a pergunta que surge é similar: “Você não é médico? E isto do cinema, como se encaixa na sua vida? ”. Quando viajo pelo mundo, ocorre o mesmo: *Oh, you’re the movie guy!* A pergunta procede e, até tal ponto, que mesmo quando não a fazem eu mesmo a coloco e respondo. Afinal, é necessário justificar o tempo que se dedica a um trabalho que já ultrapassou de longe as proporções de um simples hobby. “Eu não trabalho em Hollywood. Vejo pacientes todos os dias” -costuma ser meu cartão de visitas nestas circunstâncias

Dizer que os profissionais de hoje estão munidos de excelente preparação técnica, não é novidade. Como, infelizmente, também não o é afirmar que carecem, na maioria, da sensibilidade suficiente para lidar com o ser humano doente, que sofre e se confia aos seus cuidados. Fala-se em humanizar a saúde, quando na verdade o que se gostaria é de injetar doses de humanidade nos profissionais para ver se o paciente consegue, de algum modo, se fazer entender por aquele que está destinado a cuidá-lo. O médico, absorvido pela técnica moderna –útil e necessária- parece esquecer o paciente, ocupando-se apenas com a doença. Existe um divórcio entre o médico que se diverte com a técnica, e o paciente que caminha em desamparo com a sua moléstia.

O Cinema tem se mostrado um recurso eficaz para promover a reflexão, para fazer as pessoas pensar (BLASCO et al, 2011). Estudantes e médicos, profissionais da saúde, são convidados através desta metodologia a refletir sobre as suas atitudes. O resultado é que a reflexão surge como o verdadeiro núcleo do processo humanizante (BLASCO et al, 2010). De modo talvez excessivamente simples, pode se dizer que humanizar é, em primeiro lugar, lembrar ao profissional que ele é um ser humano, e que o paciente também é. Algo evidente embora esquecido com muita frequência. E a reflexão traz isto à tona com vigor. Se o cinema nos ajuda a pensar e a refletir sobre as coisas essenciais da vida, converte-se em recurso educacional de valor para formar pessoas. Aqui está a resposta à pergunta que costuma inaugurar os vários cenários educacionais aos quais sou convocado.

Humanizando a saúde: quem, como, qual é o custo?

Quem? A Humanização da Medicina assume notável protagonismo na agenda dos Educadores na Academia, e dos Gestores nos diversos Sistemas de Saúde. O motivo é claro: nos dias de hoje a medicina tem de ser forçosamente humana se quer pautar-se pela qualidade

e pela excelência. Humanizar a Medicina é, assim, além de uma obrigação educacional, condição de sucesso para o profissional de saúde.

O clamor pela Humanização de uma situação, de uma atitude ou profissão é na verdade reclamar algo que se entende como essencial em determinada circunstância concreta. No caso que nos ocupa, as chamadas de atenção costumam vir da parte do paciente, como advertência que orienta na recuperação de algo que, tendo-se o direito de esperar do médico e da medicina, não se encontra na prática. As advertências provenientes do paciente dificilmente recaem no aspecto técnico, até porque o paciente não possui habitualmente recursos para avaliar corretamente deficiências dessa ordem. As carências que o paciente constata são, em última análise, carências na pessoa do profissional, detentor do conhecimento e intermediário entre a tecnologia e o paciente. As insuficiências não são de ordem técnica, mas humana. Torna-se necessário vestir a ciência médica com trajes humanos, dissolver no aconchego afetoso a técnica moderna e os medicamentos que o paciente deverá utilizar. Quando tal não acontece, as insuficiências são sempre do profissional, e o prejuízo é do paciente, que acaba sofrendo de indigestões científicas nada reconfortantes. Caberá ao médico preocupar-se com esta temática, que não é minúcia ou filigrana. Uma preocupação que se deve traduzir em ocupação ativa; estudo, reflexão, para aprofundar e, sobretudo, analisar o seu comportamento, detectar as deficiências e encontrar os caminhos do necessário aperfeiçoamento.

Busca-se a humanização no sistema e nos processos, medem-se parâmetros de eficiência, certifica-se qualidade, mas percebe-se que falta algo. Humanizamos colocando quadros nas paredes dos hospitais, melhorando a hotelaria, sintonizando música ambiente, e até vestimos os funcionários com uniformes que incluem um sorriso plástico de vendedor, mas o cliente não está satisfeito. O cliente é o paciente que sofre, o aluno que não se sente compreendido, a família que está em desamparo. Gastam-se recursos abundantes nestas tentativas, mas parece que a humanização desejada não se atinge. Por quê?

O que está faltando é, por dizê-lo com palavras do romance de Graham Greene, o fator humano. As tentativas humanizantes debruçam-se sobre os sistemas e processos, mas não envolvem as pessoas que são a interface de humanização entre a medicina e o paciente. E não as envolvem, porque não sabem como fazê-lo. Os processos podem ser medidos e qualificados, mas o interior das pessoas – a boa vontade, a dedicação e carinho – são qualidades que fogem a qualquer auditoria de qualidade. Não é possível humanizar a saúde sem humanizar o profissional, sem que o humanismo penetre capilarmente na ação médica

permitindo ao profissional harmonizar a técnica com o humanismo numa simbiose produtiva. (BLASCO; JANAUDIS; LEVITES, 2006).

O primeiro passo que o profissional deve dar se quer humanizar a saúde é admitir que, antes de tudo, se deve humanizar ele próprio. A responsabilidade primeira é toda dele, que deverá refletir e buscar recursos para integrar a técnica –atualizada e moderna- com o humanismo que a prática médica requer. E terá de instalar um processo de construção própria que lhe permita não esquecer o que de verdade importa. Porque, dito de modo simples, a desumanização da medicina é, sobretudo, um esquecimento lamentável daquilo que, sendo matéria de trabalho diária - o ser humano-, deixamos passar sem reparar na sua espessura, sem ponderar a dignidade que se envolve nesse relacionamento. Humanizar a Medicina será, de algum modo, recordar, um exercício ativo da memória para lembrar quem somos como médicos, o que buscamos, qual é a nossa história.

As tentativas de humanização de sistemas e processos - uma humanização ambiental, ecológica nos atreveríamos a dizer- são inúteis, desgastam o conceito de humanização, e fazem suspeitar que os desejos humanizadores não sejam sinceros. A vontade determinada de humanizar a saúde tem que priorizar os atores, os seres humanos, e não apenas o palco e a decoração. Projetos de humanização que não atinjam o âmago do ser humano –do médico, do profissional de saúde- transformando-o, são projetos abocados ao fracasso.

Como? A falta de uma metodologia para humanizar com eficiência é outro dos passos no itinerário do esquecimento. Não seria aventurado afirmar que os fracassos das tentativas humanizantes na medicina não se explicam apenas por falta de vontade política ou porque os desejos de melhorar não são sinceros. É possível que, mesmo imbuídos da melhor boa vontade, se careça de metodologia adequada. Para humanizar não basta querer: é preciso saber fazê-lo.

O humanismo em medicina não é uma questão temperamental, um gosto individual, ou até um complemento interessante. É uma verdadeira ferramenta de trabalho, não um apêndice cultural. Facilmente se compreende que sendo o próprio ser humano a matéria-prima da ação em saúde, tudo aquilo que ajuda a entendê-lo melhor converte-se em instrumento profissional. Humanismo deve ser, pois, uma atitude científica, ponderada, resultado de um esforço de aprendizado.

Não é suficiente querer ser humanista, mas é preciso aprender a sê-lo. Seria uma imprudência deixar os desejos humanizantes por conta apenas da boa vontade. Nesse caso, tudo estaria em função da espontaneidade -mal chamada de carisma- sujeita à fragilidade dos

altos e baixos da vida, em espectro que compreende desde a intuição oportuna -que pode vir ou não no momento preciso- até o trivial dos estados de ânimo, ou do desgaste da condição humana, que nem sempre apresenta a boa disposição que seria de desejar. A espontaneidade débil, desprovida de sustentação metodológica, é incompetente para educar, para formar pessoas; quando muito, estimulará um ou outro sonho que se desvanecerá ao contato com o prosaico do cotidiano. E os sonhos desfeitos -fogo de palha- rendem a cinza do sombrio ceticismo que contempla, lamentando-se, a ineficácia do seu empenho repleto de bons desejos, mas órfão de metodologia.

O Humanismo surge como uma fonte a mais de conhecimentos para o médico, como uma ferramenta de trabalho imprescindível, que é tão importante -não mais nem menos- como os muitos outros conhecimentos e habilidades que adquire na escola médica. O humanismo, para o médico, consiste essencialmente em adotar uma postura reflexiva no seu atuar, adotar um verdadeiro exercício filosófico da profissão, independente de qual seja o seu foco particular de atuação como médico (DECOURT, 2000).

No âmbito da educação em saúde, é fácil perceber a impossibilidade de ensinar a viver - no caso, ensinar uma atuação voltada para a compreensão da pessoa-, quando se carece de uma metodologia própria, quando não se percorreram pessoalmente os caminhos que levam a aprender a compreensão. Daí a responsabilidade que a formação universitária tem para fomentar a cultura que é, em definitivo, saber adotar um modo de posicionar-se no mundo, e perante os semelhantes (ORTEGA Y GASSET, 1999). Se a Universidade se preocupa apenas de treinar, ou capacitar profissionais, e descuida a promoção da cultura, é natural que o profissional esqueça os caminhos da compreensão, o gosto pela reflexão, o exercício filosófico que leva consigo a sua atuação prática.

Essa era a função das assim chamadas artes liberais, base da original educação universitária. O qualificativo de liberais implicava que não estavam diretamente destinadas a um aprendizado técnico específico - treino ou capacitação. Denominavam-se liberais porque não eram servis, já que não serviam para algo peculiar; sua utilidade consistia em construir o homem, o intelectual, e ajuda-lo a situar-se no mundo (NEWMAN, 1996)

Para ilustrar esta necessidade de metodologia não consigo evitar um exemplo cinematográfico. Trata-se de uma cena de **Trezentos** (300 - 2006), produção que certamente não conto entre as minhas preferidas, uma mistura de filme histórico e concurso televisivo de luta livre, maquiada de *comics*. Mas a cena é impactante. Leónidas, rei de Esparta, parte com seus 300 homens para enfrentar os persas de Xerxes na famosa batalha das Termópilas. No

caminho, encontra um exército que pretende somar-se na empreitada, visto que esse pequeno número de 300 é desprezível perante os milhares de soldados persas. Leónidas recusa a ajuda, porque não quer amadores lutando do seu lado. “Qual é a tua profissão?” - pergunta o espartano a um soldado do exército de voluntários. “Ceramista, senhor” –responde o interpelado. “E você?” - continua perguntando Leónidas. “Eu sou ferreiro”. A pergunta se sucede, e nova resposta: “Sou escultor”. Volta-se para os seus homens e pergunta: “Espartanos, qual é a vossa profissão?” Um grito estarrecedor das 300 gargantas dissipa qualquer dúvida da competência bélica dos espartanos. Leónidas sorri e olhando o comandante dos voluntários afirma: “Parece que eu trouxe mais soldados do que você”. Há uma diferença enorme entre a boa vontade, e o profissionalismo.

Qual é o custo? Eis uma terceira pergunta nas reflexões que nos ocupam de capital importância. Os projetos de humanização –aqueles que têm consistência, atingem o núcleo da pessoa, apoiam-se num método sistemático- não saem muitas vezes do papel, porque não são financiados adequadamente. Isto pode obedecer a dois motivos: um deles, ingênuo, pensando que humanizar implica uma atitude (o que é absolutamente correto) e as atitudes as pessoas as carregam consigo porque provavelmente as mamaram na infância e na sua educação familiar, e que seria algo que tem de se dar por suposto. O engano aqui é tremendo, porque as pessoas não incorporam as atitudes de por vida: podem, perfeitamente, abandoná-las em situações de cansaço, ou com as decepções que o dia a dia lhes traz. Por exemplo, a falta de agradecimento e a ausência de retorno diante da sua dedicação. A indiferença perante o esforço de alguém provoca uma terrível erosão das atitudes.

O segundo motivo, que é o mais grave, deve-se mesmo a uma falta de vontade política dos gestores, que não abrem espaço no orçamento nem na agenda para os projetos de humanização. Evidentemente, nunca se apresenta uma oposição aberta às iniciativas humanizantes, mas não são contempladas no setor financeiro. Com imensa frequência, comprovamos como congressos e fóruns de saúde, manejam polpidos orçamentos no referente à tecnologia –que é sempre o grande negócio- e deixam os temas que fomentam a humanização por conta de alguns idealistas que trabalham, na maior parte das vezes, gratuitamente. A injustiça é enorme, porque o chamado do evento costuma incluir o termo ‘humanização’, visto que tem apelo; mas na hora de fazer as contas, o Oscar de protagonista vai sempre para a tecnologia.

Humanizar a saúde tem o seu custo, e este vai acoplado às pessoas que tem competência em gerenciar o projeto, não apenas ao visual de hotelaria como equivocadamente

se quer pensar, nem mesmo aos sistemas de tecnologia de informação. Querer fugir disso é insensatez e gestão deficiente, como seria contratar um regente de orquestra barato, porque já se gastou demais com os instrumentos e com o teatro; ou um técnico de futebol medíocre, porque o salário dos jogadores consumiu o orçamento. As consequências desse corte de despesas são fáceis de adivinhar.

Educando as emoções: uma dimensão pedagógica esquecida

9

O universo da afetividade - sentimentos, emoções e paixões - vêm assumindo um crescente papel de protagonista no mundo da educação. As emoções do aluno não podem ser ignoradas neste processo. Cabe ao educador contemplá-las e utilizá-las como verdadeira porta de entrada para compreender o universo do estudante. Formar o ser humano requer educar sua afetividade, trabalhar com as emoções. Como fazer isto de modo ágil, moderno, compreensível, eficaz? O Cinema mostra-se particularmente útil na educação afetiva, por sintonizar com o universo do estudante onde impera uma cultura da emoção e da imagem. Educar as atitudes supõe mais do que oferecer conceitos teóricos ou simples treinos; implica promover a reflexão que facilita a descoberta de si mesmo, e permite extrair do núcleo íntimo do ser humano um compromisso por melhorar (BLASCO, 2002).

É justamente no âmbito afetivo onde o personalismo se impõe como condição eficaz de aprendizado e assimilação de atitudes. Explicamos. Não deve haver muita diferença em expor os conceitos da física quântica, da astronomia, ou da fisiopatologia do câncer gástrico de modo objetivo ou levando em conta os sentimentos, que dificilmente modificarão as informações científicas. Mas quando se trata de promover atitudes, tomar decisões, provocar a reflexão, estimular a conduta ética, construir, enfim, a personalidade, não é em absoluto equivalente enunciar os princípios do bem agir –a modo de manual de boas maneiras- ou levar em consideração “o sabor desses princípios” e tentar torna-los palatáveis (BLASCO, 2006).

Aqui pode se encontrar o fracasso de tantas tentativas de “ética por atacado”, “cursos intensivos de final de semana”, ou mesmo a pouca eficácia dos códigos de ética de muitas profissões: falta-lhes “sabor”, e sobram-lhes conceitos e regras que, por outro lado, são amplamente conhecidas. Se não se praticam não é por desconhecimento, mas por falta de motivação. Os sentimentos são, pois, como o tempero que facilita a ingestão do alimento, conferindo um toque especial de personalíssimo que faz do comer –por seguir a metáfora- algo que vai muito além da simples nutrição. E os temperos - que implica elaboração de

molhos, condimentos e muita arte- devem ser preparados com alma de artista. A educação da afetividade requer arte de quem educa, criatividade para adaptar-se às necessidades de cada um, ao gosto de cada paladar –como fazem as mães e, nem dizer, às avós- e que conquista a vontade, a nutre, e estimula para que cada um de o melhor de si. A afetividade modula o conhecimento dando-lhe um toque pessoal, como um prisma que amplifica, focaliza, dá *zoom*, destaca ou mesmo deforma a rigorosa objetividade dos conceitos e das ideias. Deve-se esperar de quem pretende educar as emoções que entre em sintonia com todo esse mundo subjetivo, que é afinal criação e arte.

A educação com o cinema arranca desejos profundos do jovem, motiva-o para grandes sonhos, para novos desafios. Lembro uma ocasião, num congresso de universitários, quando projetávamos a cena da batalha em *O Último Samurai* (THE LAST SAMURAI – 2003). Aqueles homens medievais, valentes, enfrentam as modernas metralhadoras, com a coragem e a espada. Mas a atitude de serviço –parece que esse é o motivo de ser dos Samurais, servir- e de chegar até o fim, arranca do inimigo o reconhecimento, a veneração e até a vitória moral. Esse é o modo de promover novos Samurais, mesmo com tecnologia moderna, de entre os jovens soldados que ficam atônitos vendo a valentia daqueles no combate. Quando acabou a conferência e os comentários das cenas, antes de sair, um aluno veio até a frente, me segurou pelo braço e me disse com os olhos brilhando: “Professor, eu quero ser um Samurai!!!”.

O cinema é também um modo de se entender, de exprimir o aquilo que a racionalidade levaria muito tempo para explicitar, e acabaria resultando até enfadonho. Vale reproduzir o comentário de uma conhecida nossa, professora e mãe de família numerosa, a respeito de *King Kong* (KING KONG - 2005). “Esse é o homem que toda mulher gostaria de ter do lado!” “Mas como um homem? –exclamo eu- estamos falando de um gorila”. E ela continua sorrindo; “Engano seu, meu caro; ele luta por ela, a defende, se bate, se deixa ferir...e aprende dela a delicadeza, os modos, a poesia. E quer somente ela. As outras mulheres que lhe apresentam ele as descarta.” Surpreso pelo comentário, lembrei-me do pensamento de Ortega (ORTEGA Y GASSET, 1980) que diz: “Nada imuniza tanto um homem do universo das mulheres, como a amor apaixonado por uma delas.” E, em outra ocasião, quando o filósofo comenta “A mulher muda o ambiente e o homem, como o clima trabalha os vegetais, sem fazer aparentemente nada, formando-o à sua imagem e semelhança”.

O Cinema, um promotor de reflexão

Vale esclarecer que a educação através da estética, que atinge as emoções e a sensibilidade não é uma tentativa de apoiar na emotividade a educação do jovem. Trata-se de suscitar uma reflexão sobre os valores e atitudes. É possível incorporar um conhecimento técnico ou mesmo treinar uma habilidade sem refletir sobre eles; mas é impossível adquirir valores, progredir em virtudes, incorporar atitudes, sem um prévio processo de reflexão. É justamente desencadear este processo de reflexão, mediante recursos próximos ao estudante, o que se pretende com a estética, da qual o aprendizado através do cinema faz parte (BLASCO, MORETO, RONCOLETTA LEVITES, JANAUDIS, 2006). Dito de outro modo: estabelecer um ponto de partida para uma atitude reflexiva, pista de decolagem para futuros aprendizados, sensibilização para ensinamentos posteriores que virão através de conteúdos específicos e, na maior parte das vezes, personalizadas em exemplo.

Este processo requer tato, habilidade, evitar precipitações, promovendo um aprendizado que respeite, de alguma maneira, o ritmo quase fisiológico da emotividade. Não se pode obrigar a ninguém a sentir o que não sente. Pode-se simplesmente mostrar, e o tempo – e a reflexão sobre as emoções- se encarregarão de aprimorar o paladar afetivo. Um processo que foi denominado, com sabor clássico, “educação sentimental”. Esta seria a função do educador, afinal um promotor da cultura que deve despertar o desejo por aprender, contagiar o entusiasmo por conhecer e conseguir que o estudante invista o melhor dos seus impulsos para procurar, também por meios próprios, o conhecimento que lhe será de utilidade.

Este poder de estimular a reflexão torna-se sobremaneira evidente com a figura do clássico *O Rei Leão* (THE LION KING - 1994). Simba está na boa vida, e não quer assumir que cresceu. O macaco lhe interroga e lhe pergunta “Quem é você?” E esta pergunta vira do avesso o confortável *Hakuna Matata* em que Simba vivia para trazê-lo à realidade. A seguir, o macaco lhe mostra o caminho para encontrar o seu pai. Simba tem dificuldade porque não está acostumado a refletir e, no início, apenas vê a própria imagem refletida na água. “Olhe com mais atenção, Pense. Reflita”. E chega o grande susto: “Simba, você me esqueceu. Sim, você me esqueceu, porque esqueceu quem você é. Você não é um gatinho, mas o meu filho, o verdadeiro Rei Leão”. O que de melhor se pode fazer é promover a reflexão, para que o jovem se vá construindo. Algo muito próximo ao que o macaco Rafiki faz com Simba. Não são as respostas as que devem vir prontas, fabricadas, mas sim as perguntas a modo de provocações que o professor deve continuar e serenamente dirigir ao seu interlocutor. A ficha tem de cair por si só - por utilizar uma linguagem moderna. E, nesta empreitada de provocar reflexões, o Cinema é um prato cheio, uma oportunidade excelente.

O cinema faz refletir, as cenas são verdadeiros questionadores. Lembremos de *O Resgate do Soldado Ryan* (SAVING PRIVATE RYAN - 1998). Tom Hanks, o capitão, está morrendo. O soldado Ryan inclina-se sobre ele. E o capitão apenas lhe diz; “James, faça por merecer”. 40 anos depois, James Ryan comparece ao cemitério acompanhado da sua família: mulher, filhos e netos. Esse é o seu curriculum vitae, o que ele andou fazendo nestes anos. E vem prestar contas: “Todos os dias penso no que você me disse aquele dia na ponte. Procurei viver a minha vida do melhor modo possível. Espero que pelo menos diante dos teus olhos eu tenha feito por merecer aquilo que todos vocês fizeram por mim”. E, não satisfeito, procura a avaliação doméstica da sua vida, de que a sua vida prestou, foi útil, e convoca a sua mulher e lhe diz; “Diga que sou um homem bom, que tive uma vida digna”. O capitão –que era na vida civil um professor- educou James Ryan com essa simples frase – “faz por merecer”- e com o seu exemplo de vida. Para qualquer um que medite nesse contexto, basta lembrar-lhe que faça por merecer, para que tudo venha à tona na cabeça e no coração.

Mas tudo isto não será muito perigoso? Não levantará problemas com os quais não saberemos depois lidar? Vem à minha memória um fato acontecido num Congresso Internacional em Florença há mais de dez anos. Foi durante um *workshop* onde apresentamos a metodologia reflexiva que o cinema oferece ao educador (BLASCO, 2013). Curiosamente a platéia –mais de 100 pessoas- estava composta integralmente por outros que não latinos: finlandeses, ingleses, alemães, dinamarqueses, noruegueses, belgas, holandeses. Diante desse público, novidade para mim, tive um momento de hesitação. Funcionaria com eles como tinha funcionado no Brasil e em ambientes latinos? Projetar trechos de filmes, fazer comentários simultâneos? Uma audiência onde, possivelmente, a manifestação dos sentimentos teria uma linguagem de expressão diferente? A sessão correu bem, em silêncio profundo, e deixavam-se ouvir –mesmo sem a estrondosa componente latina- alguns suspiros emocionados. No final, um professor britânico pediu a palavra:

- “Isto que vocês fazem é muito perigoso!!!”
- ????
- “Sim. Este despertar emoções nos jovens pode trazer à tona graves problemas que estão lá enrustidos”.

Enquanto me preparava para responder com a maior delicadeza possível, um finlandês levantou a mão e respondeu:

- Meu caro amigo. Os problemas estão lá e virão à tona, conosco, sem nós ou apesar de nós. Isto funcionará perfeitamente no meu país, e na minha universidade.

Faltou tempo para que um outro assistente, um professor da Noruega com feições de Viking, comentasse de modo contundente:

- “Penso que somente pode ter medo de fazer algo assim quem tem medo das próprias emoções”.

Não houve necessidade de nenhum esclarecimento da nossa parte. E, confortavelmente, a sessão prolongou-se por mais meia hora, entre comentários e sugestões com sotaque britânico, eslavo e germânico.

Humanização Sustentável: Promover o hábito da reflexão

A humanização da saúde começa pelo desejo sincero e real que o profissional deve ter de humanizar-se ele próprio. O conhecimento próprio é o ponto de partida. A reflexão honesta sobre quem somos e os objetivos que nos propomos, é condição imprescindível para reconstruir-se na dimensão humanista. Bem o advertiam os antigos, quando destacavam como início da sabedoria o “conhece-te a ti mesmo”.

Um ensaio elegante de anos atrás coloca a questão com acerto. (BOGDEWIC, 2000). Relata-se a história de certo filósofo inglês que tinha uma curiosa gravação que atendia os chamados telefônicos quando ausente. A secretária eletrônica - *answering machine*, em inglês, textualmente “máquina de responder”- dizia: “Isto não é uma máquina de responder; é uma máquina de fazer perguntas –*questioning machine*. Quem é você e o que quer da vida?” Diante da surpresa, o perplexo interlocutor ouvia alguns segundos depois prosseguir a gravação: “Não se assuste. A maioria das pessoas vêm a este mundo e vão embora, sem ter respondido estas duas simples questões”. Saber quem somos e o que queremos é condição *sine qua non* para atuar de modo consciente e responsável.

Certamente não se chega a estas profundidades reflexivas na prática médica diária, e talvez o problema se encontre aí; e o dilema persiste enquanto se buscam soluções teóricas desatendendo o centro real da questão. E por esse mesmo motivo a fácil tentação do conhecimento crescente –a confortável sedução da informação científica- nos distrai daquilo que deveria ser a principal ocupação: o crescimento pessoal. Bem o adverte outro pensador quando afirma: “Não é difícil entender porque gostamos tanto de aumentar nosso

conhecimento e tão pouco de aumentar a capacidade de amar. O conhecimento traduz-se automaticamente em poder, enquanto o amor se traduz em serviço” (CANTALAMESSA, 1998).

O amor pela tarefa que temos entre as mãos é fonte de sabedoria, e abertura para um humanismo cheio de competência. As sábias palavras de Gregório Maraño –paradigma de médico humanista- lembrando os antigos médicos familiares, ilustram este ponto de modo comovente: “Eles tinham um sentido da Medicina mais cordial, mais humano. Permanecia neles a figura do velho médico familiar, conselheiro, sacerdote, amigo nos momentos difíceis em cada lar. É provável que não soubessem tanto como nós, mas certamente foram melhores e mais sábios. Infelizmente, vamos esquecendo que a sabedoria não é somente saber as coisas, mas também amá-las” (MARAÑO, 1967).

A reflexão que nos ocupa é de caráter fenomenológico e vital. Não é possível medir quantitativamente, pois diz respeito à atitude do profissional, ao interesse. Talvez a cristalização deste interesse –a imagem é também de Maraño- seja a cadeira, que ele considerava o elemento humanizante por excelência na prática médica. Quando o médico se senta para conversar com o paciente está lhe indicando com a sua atitude que tem todo o tempo do mundo para escutá-lo. Hoje temos computadores, prontuários eletrônicos, técnicas sofisticadas, mas talvez nos falem cadeiras; ou, pior, perdemos o gosto por sentar-nos nelas, do lado do paciente. A boa medicina à beira do leito tinha este componente humanístico da proximidade física com o paciente, do tempo gasto em companhia dele.

Outra cena cinematográfica acode à minha mente. Trata-se do filme de **Hannah Arendt** (HANNAH ARENDT - 2012) e a explicação acadêmica na Universidade sobre a reportagem realizada para *The New Yorker*, que depois converteu-se em livro (ARENDR, 1963) era contundente. Cinco minutos de filme, definitivos. “Quando vi Eichmann não me pareceu ser o demônio, ou um criminal sádico. Insistiu, uma vez e outra, que nunca tinha feito nada por iniciativa própria, que somente tinha cumprido ordens. O maior mal no mundo é cometido por pessoas comuns, não por diabos ou monstros; são pessoas que simplesmente deixam de pensar, de refletir. Este fenômeno é o que eu denomino a banalidade do mal. O que encontrei nesse homem foi a chocante mediocridade de um homem que abriu mão da maior das qualidades humanas: a capacidade de pensar. Esta atitude de irreflexão é o que permite que gente comum acabe cometendo as maiores barbaridades e crimes”

Desvenda-se assim o processo através do qual as pessoas –os médicos incluídos- abdicam da própria responsabilidade. Não maltratamos os pacientes porque somos malvados

ou porque não nos preocupamos com eles. Simplesmente temos tanto que fazer, estamos tão ocupados buscando as melhores evidências e possibilidades de abordagem científica, os melhores tratamentos, que nos distraímos. E nessa distração descuidamos os detalhes, nos omitimos na percepção empática, esquecemos o protagonista do cenário: o paciente. Seguimos os protocolos e os *guidelines*, nos certificamos de escolher sempre o melhor. Sem dúvida obedecemos também às ordens que o comando científico nos recomenda. E nesse empenho, que por vezes raia o burocrático, nem sempre damos ouvidos ao que o paciente tem a nos dizer. Como se as vezes esquecêssemos que tratamos com seres humanos.

As maiores tragédias procedem não dos demônios, mas de gente normal que simplesmente parou de pensar. É o sistema de saúde no qual estamos envolvidos que funciona como desculpa para deixar de refletir, para abrir mão da responsabilidade pessoal. É fazer o que todos fazem, o que sempre se fez; deixar como está para ver como é que fica. E quando as catástrofes acontecem –os erros, as queixas dos pacientes maltratados, os descasos corriqueiros- nos escandalizamos e qualificamos o colega que protagonizou o evento como um monstro. Lembro de ter comentado sobre esta vivência com uma professora de humanidades, também admiradora de Hannah Arendt, que leciona numa Universidade americana. Sorriu e me disse: “É muito confortável qualificar alguém como um monstro. É como se pertencesse a uma classe de seres diferentes de nós mesmos, e nós estamos a salvo. Mas, ao contrário, quando reconhecemos que a maldade procede de seres comuns que deixam de pensar, reparamos que a qualquer momento podemos ser nós mesmos os protagonistas dessa triste ação. Basta deixar de refletir no que estamos fazendo”.

A Formação Humanista: Um desafio permanente

Ensinar humanismo é fomentar a reflexão sobre a condição humana, situação que envolve não apenas o paciente, como os próprios interessados: alunos e professores. Não é um processo inócuo, onde quem o estuda se situa em posição isenta. Legisla-se em causa própria, e as conclusões comprometem, em primeiro lugar, o próprio legislador - o estudioso-, que não tem como furtar-se às consequências das suas próprias reflexões. E assim, o que muitas vezes começou como pouco mais que uma curiosidade cultural, ou como necessidade instrumental da profissão que se quer exercer, debruça-se sobre a própria vida, envolvendo-a e interferindo sobre os próprios valores e perspectivas. A competência que buscamos na formação dos futuros médicos implica Humanismo. Sem Humanismo, não há competência possível.

Formar médicos humanistas vai muito além de dar um verniz humanitário ao futuro médico, mas instalar um processo de reflexão que lhe permita, de modo continuado, reavaliar sua opção vocacional, sua resposta como pessoa e como profissional. Um elemento essencial que se insere na alma do profissional e se faz vida da sua vida. (LEVITES, BLASCO, 2009)

O tema do humanismo médico –ou da humanização da medicina- não é algo novo, mas preocupação sempre presente nos acadêmicos que comentam acerca do equilíbrio que sempre se deu na medicina, entre as duas facetas que a compõem: a medicina como ciência, e a medicina como arte. (ROBB, 1985) Os vertiginosos avanços científicos requereriam, para manter esse equilíbrio, uma ampliação do âmbito do humanismo, quer dizer, um humanismo que fosse proporcional ao progresso técnico. Quando essa atualização moderna do humanismo não acontece, os resultados são profissionais formados tecnicamente, mas com sérias deficiências humanas. Profissionais disformes, com hipertrofias científicas e atrofia humanísticas, que não são capazes de inspirar confiança ao paciente. Como resolver este dilema? Ou melhor: Como resolvê-lo de modo sustentável e instalar um processo sólido de volta ao Humanismo Médico? Afinal, como formar este profissional do qual precisamos? Na verdade, a questão é vital, porque se trata de resgatar a essência do ser médico. Humanizar o médico é no fundo um contrassenso. O humanismo é inato à profissão médica. Um médico sem humanismo não será propriamente médico. Na melhor das hipóteses trabalhará como um mecânico de pessoas (BLASCO, 1997).

Toda a responsabilidade recai, assim, no processo de formação do profissional. E aqui o desafio é enorme, porque não se trata de importar conceitos humanistas de outrora, num saudosismo estéril, abominando do progresso. Não se pode ser médico humanista, com um humanismo do século passado. Requer-se a construção de um novo humanismo médico que integre todas as dimensões da atuação médica em unidade harmônica, em sólida competência.

O pensador francês Gustave Thibon (THIBON G, 2005) reúne um conjunto de ensaios num volume que intitula “O Equilíbrio e a Harmonia”. O equilíbrio é composição de forças contrárias, solução de compromisso, resultante de vetores que se anulam entre si. A harmonia é o encaixe perfeito das partes de um todo, em colaboração perfeita para uma mesma finalidade. E, citando Vitor Hugo, comenta: ‘Por cima do equilíbrio encontra-se a harmonia, por cima da balança encontra-se a harpa’.

É bem possível que as tentativas humanizantes na saúde incidam neste erro: uma busca do equilíbrio, ao invés de promover a harmonia. O equilíbrio da por suposto que a ciência moderna apoiada em evidências tem de ser temperada com atitudes humanistas, ou

humanitárias. Assim escutar com carinho a história do paciente, sentir compaixão, e posturas análogas. Mesmo reconhecendo nesses modos um notável avanço sobre o descaso que diariamente contemplamos para com o paciente e a família, pode se entrever um equilíbrio frágil, de pouca consistência. Na prática continuaremos admitindo duas posturas que não se misturam, como o azeite e a água. Água clara das evidências, e o azeite que conforte. Mas cada um com densidade própria, aplicados no seu tempo e no momento pertinente. Esta “esquizofrenia da atuação médica” é insustentável em si mesma, dura pouco, e quando o médico se cansa prestará atenção a um aspecto em detrimento do outro.

A ciência médica, a medicina de ponta, exige hoje um novo humanismo. É necessário instalar uma postura que saiba colocar no mesmo raciocínio a função hepática e as sequelas neurológicas, com o sentido da vida; as transaminases e a albumina combinadas com a humilhação, o sofrimento e a perda. Uma ciência que é arte e por isso consegue situar na mesma equação dimensões tão dispares, que aparentemente não se misturam. Na verdade, estão misturadas completamente na própria vida: a protrombina e o desânimo, os neurotransmissores e o cansaço de viver, os hepatócitos e a indignação (BLASCO, 2006).

Este novo humanismo médico deve construir-se pautado pela harmonia, para saber tocar, com diferentes cordas, o acorde perfeito. Equilíbrio é optar por uma composição unitônica, ora ciência, ora arte; um pouco de albumina, e medidas doses de afeto. Harmonia é colocar cada competência no seu lugar, ter alma de artista para saber tocar a harpa dos cuidados médicos, incorporar a polifonia com variedade de instrumentos, com silêncios e compassos de espera, na sinfonia de cada vida humana que nos é confiada. Estes são os acordes que permitem ao médico percorrer o caminho entre a pessoa doente e o significado que a doença tem para o paciente, já que a enfermidade é para o paciente um modo de estar na vida. Uma forma de vida que tem sua própria linguagem e deve encontrar no médico sensível, o receptor necessário para decodificar corretamente os significados. O novo humanismo médico é verdadeira antropologia ativa, e não simples especulação teórica. “Para o profissional da medicina, humanismo e antropologia são possibilidades da sua auto exigência, desafios ao seu pensamento racional, níveis de conhecimento em aspiração ascendente de inconformismo” (MONASTERIO, 1982).

O humanismo médico é fonte de conhecimento que o médico utiliza para melhor cuidar do ser humano que lhe é confiada. Caminhos diversos de conhecimento que encontram na pessoa do paciente o terreno comum de atuação, a unidade de missão. Um humanismo que vai além do equilíbrio que pretende compensar os excessos da técnica colocando na balança

esporádicas atitudes humanitárias. Um humanismo que representa a harmonia do verdadeiro virtuosismo musical e não apenas de um apêndice cultural. Uma atitude científica, ponderada, resultado de um esforço consciente de aprendizado possuidor de metodologia consistente (RONCOLETTA et al, 2003; BLASCO, BENEDETTO, REGINATO, 2015).

A proposta de um novo modelo de humanismo médico surge assim como uma possibilidade sustentável para humanizar a Medicina, porque moldaria o processo de formação do médico na mesma fonte acadêmica. E deste modo, poderia viabilizar-se esse modelo humanista que resulta da harmonia precisa que sabe combinar em perfeita sintonia a ciência de uma medicina moderna, baseada em evidências, com a arte e os cuidados que implica entender o enfermo como pessoa, centrar-se no paciente e não apenas na doença que lhe acomete (BLASCO; MORETO, 2012). Cabe aos educadores e gestores o compromisso de fazer do processo de humanização em saúde um caminho real, concreto e prático. Na construção deste caminho a educação com o Cinema (BLASCO, 2011) oferece uma metodologia simples, acessível e divertida para aperfeiçoar seu desempenho.

Referências

300 (2006). 117 min. Director: Zack Snyder. Gerard Butler, Lena Headey, David Wenham.

Cfr: <http://www.imdb.com/title/tt0416449/>

ARENDDT, H: *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil*(1963)

BLASCO et al. (*Humanities Through Cinema: Using Movie Clips to Teach Family Medicine Core Values and address students emotions*. 2006. Seminar. 12th Wonca Europe 2006 Meeting: Toward the Medical Renaissance. Bridging the gap between Biology and Humanities, Firenze, Italy) in BLASCO PG. *Lições de Liderança no Cinema*. SOBRAMFA Educação Médica & Humanismo, São Paulo. 2013, v.1. p.299.

BLASCO PG, BENEDETTO MAC, GARCIA DSO, MORETO G, RONCOLETTA AFT, TROLL T. Cinema for educating global doctors: from emotions to reflection, approaching the complexity of the Human Being. *Primary Care*.2010. 10: 45 – 47.

BLASCO PG, BENEDETTO MAC, REGINATO V. *Humanismo em Medicina*. SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo. São Paulo. 2015.

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

BLASCO PG, JANAUDIS MA, LEVITES MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria*. 2006;38(4):225-9.

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

BLASCO PG, MORETO G. I Feel Your Pain: Empathy in Medicine In: *Cinemeducation: Using Film and Other Visual Media in Graduate and Medical Education*. 1 ed. London, UK : Radcliffe Publishing Ltd, 2012, v.II, p. 527-541.

BLASCO PG. *Educação da Afetividade Através do Cinema*. IEF- SOBRAMFA. São Paulo. 2006.

_____. *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. Cfr. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309>

_____. *Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema*. Centro Universitário São Camilo. São Paulo. 2011.

_____. *O Médico de Família, hoje*. Sobramfa. São Paulo. 1997

BOGDEWIC S. The Questioning Machine. *Fam Med*. 2000.**32**(10):670-2

CANTALAMESSA, R. *Il Canto dello Spirito*. Ed Ancora. Milano. 1998.

DECOURT LV. William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. *Revista do Incor*, 2000

HANNAH ARENDT (2012)113 min Director: Margarethe von Trotta. Barbara Sukowa, Axel Milberg, Janet McTeer. Cfr: <http://www.imdb.com/title/tt1674773/>

KING KONG (2005). 187 min. Director: Peter Jackson. Naomi Watts, Jack Black, Adrien Brody. Cfr: <http://www.imdb.com/title/tt0360717/>

LEVITES MR, BLASCO PG. Competencia y Humanismo: La Medicina Familiar en Busca de la Excelencia. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2009. **6**: 2 - 9

MARAÑÓN G. Mi homenaje a Francisco Huertas. in *Obras Completas*, vol III Espasa Calpe. Madrid, 1967

MONASTERIO F. Planteamiento del Humanismo Médico. *Humanismo y Medicina II* Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. 1982.

NEWMAN JH. *Discursos sobre el fin y la naturaleza de la educación universitaria*. Eunsa. Pamplona. 1996.

ORTEGA Y GASSET J. “Missão da Universidade” EdUERJ. Rio de Janeiro 1999

ORTEGA Y GASSET J. *Estudios sobre el Amor*. Revista de Occidente. Madrid. 1980

ROBB D. “Ciência, Humanismo e Medicina”. Rasegna, n.3, 21-32. 1985

RONCOLETTA AFT, MORETO G, LEVITES MR, JANAUDIS MA, BLASCO PG, LEOTO RF. *Princípios da Medicina de Família*. SOBRAMFA. São Paulo 2003.

SAVING PRIVATE RYAN (1998). 169 min. Director: Steven Spielberg. Tom Hanks, Matt Damon, Tom Sizemore. Cfr: <http://www.imdb.com/title/tt0120815/>

THE LAST SAMURAI (2003). 154 min. Director: Edward Zwick. Tom Cruise, Ken Watanabe, Billy Connolly. Cfr: // <http://www.imdb.com/title/tt0325710/>

THE LION KING (1994). 88 min. Cfr: <http://www.imdb.com/title/tt0110357/>

THIBON G. *El Equilibrio y la Armonía*. Belacqua. Barcelona 2005.

Como lidar com a incerteza do cisne negro chamado Covid-19? Ensinaamentos de Taleb e Churchill

¿Cómo lidiar con la incertidumbre del cisne negro llamado Covid-19? Enseñanzas de Taleb y Churchill

How to deal with the uncertainty of the black swan called Covid-19? Teachings of Taleb and Churchill

Marcelo Levites, Maria Auxiliadora Craice De Benedetto,** Pablo González Blasco.****

* Doutor em Medicina. Diretor Comercial de SOBRAMFA. Educação Médica e Humanismo. ** Doutora em Medicina. Diretora de Publicações de SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo. *** Doutor em Medicina. Diretor Científico de SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo.

Correspondencia: Dr. Marcelo Levites. **Correo electrónico:** marcelolevites@sobramfa.com.br

Resumo

A disseminação do novo coronavírus em níveis pandêmicos atingiu o mundo como uma bomba e teve como consequência a morte de um grande número de pessoas e a necessidade de diferentes graus de isolamento social para a maior parte da população mundial. A questão que se coloca é: como lidar com tudo isso? Para responder a tal questão evocamos o conceito de antifragilidade, característica de pessoas que são estimuladas de forma positiva pelos desafios que se apresentam, o que as leva a trabalhar construtiva e criativamente em momentos de crise. Essa aptidão está por trás de tudo aquilo que muda através do tempo e não deverá ser diferente em relação ao coronavírus. Neste artigo, colocamos alguns exemplos que ilustram a antifragilidade e que representam fontes de inspiração para que possamos potencializar as nossas melhores capacidades e seguir em frente, ainda que todas essas considerações estejam sendo feitas no momento da pandemia e que nós, como médicos da trincheira, podemos ser vítimas do vírus.

Palavras-chave: Covid-19. Incerteza. Antifragilidade.

Resumen

La propagación del nuevo coronavirus a niveles de pandemia golpeó al mundo como una bomba y resultó en la muerte de un gran número de personas y la necesidad de diferentes grados de aislamiento social para la mayoría de la población mundial. La pregunta es: ¿cómo lidiar con todo esto? Para responder a esta pregunta, evocamos el concepto de antifragilidad, característico de las personas que se sienten positivamente estimuladas por los desafíos que surgen, lo que los lleva a trabajar de manera constructiva y creativa en tiempos de crisis. Esta capacidad está detrás de todo lo que cambia con el tiempo y no deberá ser diferente en relación con el coronavirus. En este artículo, ponemos algunos ejemplos que ilustran la antifragilidad y que representan fuentes de inspiración para que podamos aprovechar nuestras mejores capacidades y avanzar, a pesar de que todas estas consideraciones se están haciendo en el momento de la pandemia y que nosotros, como médicos desde la trincheira, podemos ser víctimas del virus.

Palabras-clave: Covid-19. Incertidumbre. Antifragilidad.

Abstract

The spread of the new coronavirus at pandemic levels hit the world like a bomb and resulted in the death of many people and the need of different degrees of social isolation for most of the world population. The question is: how to deal with this situation? To answer this question, we evoke the concept of antifragility, characteristic of people who are positively -

stimulated by the challenges that arise, which leads them to work constructively and creatively in times of crisis. This ability is behind everything that changes over time and should not be different concerning the coronavirus. In this article, we put some examples that illustrate antifragility and represent sources of inspiration so that we can potentialize our best capabilities and move forward, even though all these considerations are being made at the time of the pandemic and that we, as doctors working in the trench, can be victims of the virus.

Keywords: Covid-19. Uncertainty. Antifragility.

O cisne negro e o antifrágil

A disseminação em níveis pandêmicos do novo coronavírus, o Sars-Cov-2, causador da Covid-19, atingiu o mundo como uma bomba. Trata-se de uma nova doença, cuja história ainda está sendo escrita, uma vez que parece adquirir apresentações variadas conforme se expande ao longo do tempo e espaço. E em meio à tempestade – a rápida possibilidade de expansão com a contaminação de um grande número de pessoas, muitas pessoas morrendo e grande parte da população mundial em graus diferentes de isolamento social, conforme a situação regional e as políticas de saúde pública adotadas em cada país – é que temos de aprender a lidar com o novo vírus.

As árduas buscas efetuadas em todo o mundo por uma terapia medicamentosa adequada e pelo desenvolvimento de uma vacina efetiva contra esse mal ainda não propiciaram a resposta almejada e não sabemos até quando teremos de lutar da melhor forma possível com as armas que temos, isto é, fomentando o isolamento social e tentando proporcionar acesso ao tratamento das complicações da doença para o maior número possível de pessoas. E, por questões pré-existentes relacionadas aos serviços de saúde e por características culturais, isso não tem sido fácil em nosso país, o Brasil. Assim, embora, entre erros e acertos, grandes esforços têm sido realizados na tentativa de se propiciar o melhor cuidado a todos e minimizar os estragos, ainda continuamos a lamentar o aumento da quantidade dos pacientes infectados e do número de mortes. E, se a incerteza é intrínseca à prática da Medicina, nas atuais circunstâncias ela se mostra ainda mais evidente.

A questão que se impõe é: como lidar com tudo isso? Por ora, pouco sabemos. A nossa ignorância em relação ao vírus é visível pela rápida disseminação da doença e a grande quantidade de mortes por ela causada em um curto período de tempo.

Infelizmente, situações não previstas são inerentes à condição humana. A doença, por exemplo, muitas vezes, quando menos esperamos, bate à nossa porta, afetando nossas vidas. De um ponto de vista particular, não deve existir ninguém que não tenha enfrentado, em relação a si próprio ou a seus familiares, traumatismos ou doenças como câncer, derrames, infartos ou doenças degenerativas. Por outro lado, outras epidemias, como meningites, tuberculoses e gripes, já estão inscritas na história da humanidade.

Nassim Taleb, economista mundialmente conhecido, pode nos ajudar a encontrar respostas para o enfrentamento dessa crise. Ele descreveu a possibilidade de acontecimentos que definiu como improváveis e que causam rupturas em todo o campo de conhecimento e ação humanos.¹ Em seu trabalho sobre o cisne negro, o autor comenta que, antes que descobrissem a Austrália, as pessoas do Antigo Mundo estavam convencidas de que todos os cisnes eram brancos. Essa era uma crença inquestionável por ser absolutamente confirmada por evidências empíricas. Deparar-se com o primeiro cisne negro pode ter sido uma surpresa interessante para alguns ornitólogos, mas a importância desta história encontra-se no fato de ela ilustrar a fragilidade de nosso conhecimento e a possibilidade de uma iluminação severa no aprendizado por meio de observações ou experiência. A observação de um único cisne negro pode invalidar uma afirmação originada pela existência de milhões de cisnes brancos, os únicos até então conhecidos. Isso nos faz refletir acerca do significado de um único cisne negro.^{2,3}

Na medicina, a incerteza é uma certeza. As frases “a medicina é a ciência das certezas absolutas e transitórias” e a “medicina é a ciência da incerteza e a arte da probabilidades” são muito conhecidas e ditas por inúmeros professores em universidades de todo o mundo. Muitos estudam o impacto da incerteza e tentam nos ensinar a lidar com ela.⁴⁻⁷

Como lidar com os impactos do cisne negro chamado coronavírus? Como lidar com a incerteza deste momento? De acordo com Taleb, não podemos desprezar a ideia de que algumas coisas se beneficiam dos impactos; elas prosperam e crescem quando são expostas à volatilidade, ao acaso, à desordem e aos agentes estressores, e apreciam a aventura, o risco e a incerteza. E isso ocorre graças ao impulso proporcionado pela presença do antifrágil, termo criado pelo autor para designar exatamente o oposto do frágil. Apesar da universalidade desse fenômeno, não existia até então uma palavra para designá-lo.

A antifragilidade não se resume à resiliência ou à robustez. O resiliente resiste a impactos e permanece o mesmo; o antifrágil fica melhor e trabalha construtiva e criativamente com os desafios que se apresentam. Essa capacidade está por trás de tudo aquilo que muda ao longo do tempo: a evolução, a cultura, as ideias, as revoluções, os sistemas políticos, as inovações tecnológicas, o sucesso cultural e económico.⁸ A antifragilidade pode fazer toda diferença em nossa resposta individual, familiar, empresarial e coletiva à crise do coronavírus.

O cisne negro chamado coronavírus trouxe uma crise sanitária, humanitária e econômica sem precedentes e abalou as estruturas da sociedade em todo o planeta. Além disso, outra questão importante diz respeito aos outros problemas de saúde que parecem estar sendo de alguma forma negligenciados. Um amigo, por exemplo, contou-nos que cortou a orelha, teve um grande sangramento e não sabia se deveria ir ou não ao hospital, pois estava com medo do coronavírus.... Um filho de uma paciente estava com medo de trazê-la para consulta e exames, ainda que ela estivesse com sintomas de infecção urinária. Vários pacientes crônicos estão tendo agravamento de sua condição clínica ou necessitam ajustes em sua medicação e recusam-se a procurar seu médico e até mesmo a recebê-lo em suas casas para uma consulta domiciliar. O que fazer? Não adianta não se infectar de coronavírus e falecer de infarto em casa.

A atual pandemia tem se mostrado tão devastadora quanto uma guerra. Ainda que lutemos contra um inimigo comum que ameaça toda a humanidade, um vírus que se comporta sornateiramente, em nosso país, divisões têm ocorrido, o que dificulta ainda mais a luta. Certamente, assim como tudo passa nesta vida, esta crise sanitária, econômica e política sem precedentes, mais cedo ou mais tarde, também passará. Sua duração será determinada pelas atitudes e comportamentos tomados pela sociedade como um todo, os quais são determinados pela visão de mundo predominante.

Mesmo a partir da perspectiva de nosso pequeno grupo de médicos que atua em dois hospitais privados de pequeno porte e em alguns residenciais para idosos – cuidando de cerca de 600 idosos – fica evidente a gravidade da presente situação. Neste momento, a existência de líderes que encarnem a postura do antifrágil é vital, pois, mesmo resolvida a crise sanitária, muito restará a ser feito em todos os campos. Nosso país e muitos outros terão de ser recriados, com muito trabalho e criatividade. Talvez esse seja o motivo pelo qual Winston Churchill, o primeiro ministro britânico durante a Segunda Guerra Mundial, tenha sido tão evocado pela mídia atualmente.

Ensinaamentos da História de como lidar com a crise: Churchill e a Segunda Guerra Mundial

Um jornal de grande circulação em nosso país publicou recentemente um artigo denominado “Lições de Winston Churchill para líderes globais em tempos de crise”⁹, em que, baseado na autobiografia de Churchill – Memórias da Segunda Guerra Mundial¹⁰, o autor, Daniel Fernandes, elenca atitudes e características do ---

primeiro ministro da Inglaterra, que poderiam ser considerados lições de vida e liderança. Tomamos a liberdade de afirmar que as atitudes e os comportamentos descritos enquadram-se no que entendemos como características do antifrágil.

Diante do cisne negro chamado nazismo e do despreparo inicial britânico para enfrentar o inimigo, Churchill soube conduzir sua nação até a vitória aliada após cinco anos de uma guerra cruel. Acreditamos que algumas das lições transmitidas por Churchill em sua autobiografia possam servir como fonte de inspiração não somente para os líderes governamentais, mas também para todas as pessoas de boa vontade, que buscam atuar como antifrágéis e fazer a parte que lhes cabe em seu círculo de influências, não importa quão humilde ou amplo este possa parecer.

Churchill era dotado de um humor inteligente e do dom da palavra. Seus discursos e frases de impacto, que denotam sua profunda perspicácia acerca da natureza humana, ainda são lembrados até o momento, e mantiveram a esperança e força de seu povo e de todos os que ousaram fazer frente ao nazismo que ameaçava todo o mundo livre. Algumas de suas lições são sintetizadas em seguida e cada qual é ilustrada por uma de suas célebres frases.

Conhecer o inimigo

“Se Hitler invadissem o inferno, eu faria uma referência favorável ao diabo na Câmara dos Comuns.”

Antes mesmo da deflagração da segunda guerra, Churchill já vinha fazendo uma análise bastante precisa de Adolf Hitler, aquele que haveria de ser seu principal inimigo – e também inimigo de grande parte da humanidade – durante cinco longos invernos. Considerava-o um inconformado com a derrota. Na visão deturpada do cabo alemão que literalmente perdera transitoriamente a visão durante a Primeira Guerra, a derrota alemã na primeira guerra havia ocorrido por processos não convencionais. Deveria ter ocorrido em decorrência de uma traição em algum lugar.

Aparentemente, “sozinho e ensimesmado, o soldadinho ponderou e especulou sobre as possíveis causas da catástrofe, guiado apenas por sua reduzida experiência pessoal”. Infelizmente, Hitler não estava sozinho. Encontra pares, nacionalistas alemães e radicais que sabem a quem culpar pela derrota. “Em Viena, ele se misturara com grupos nacionalistas alemães radicais e ali ouvira histórias de atividades sinistras e sabotadoras de uma outra raça, inimiga e exploradora do mundo nórdico, os judeus”, conclui Churchill. E a tempestade perfeita estava armada.

Confiar para ir até o fim

“Se estiver passando pelo inferno, continue caminhando.”

Em outra passagem, já carregada pelo drama da guerra, Churchill havia promovido com êxito e de forma quase milagrosa a retirada de tropas – muitas delas, inúmeras delas, todas elas? – de Dunquerque. Lá estavam encurralados praticamente todo o exército inglês e parte das tropas francesas e, caso falhasse, a inevitável derrota teria se dado pouco após o início da Segunda Guerra. No entanto, não falhou. Antes do ocorrido, com a crença de que seria impossível resgatar tantos soldados, alguns membros do governo britânico defenderam a assinatura de um tratado de paz com Hitler, com a mediação de Mussolini, ao que Churchill se negou terminantemente. E, ao reunir-se com o parlamento, durante o que ele considerou a hora mais escura, expôs com precisão as circunstâncias vigentes e concluiu seu discurso assim: “Muito embora grandes pedaços da Europa e muitas nações antigas e famosas tenham caído ou venham a cair sob o jugo da Gestapo e de todo o odioso aparato de dominação nazista, não esmoreceremos nem fracassaremos. Vamos até o fim”. E foram.

Ousar pedir união

“...se nós cairmos, então o mundo inteiro vai afundar no abismo de uma nova Idade das Trevas, ainda mais sinistra e talvez mais prolongada pelo uso de uma ciência pervertida. Que nós nos unamos para cumprir nosso dever e, dessa forma, nos elevemos de tal modo que, se o Império Britânico e sua comunidade durarem mil anos, as pessoas ainda digam: ‘aquele foi seu melhor momento.’”

Em dado período da guerra, quando tudo ainda ia mal para os aliados, Churchill escreveu indicando que o leitor deveria compreender “quão espesso e desconcertante é o véu do desconhecido”. E acrescentaria: “Agora, à plena luz da posteridade, é fácil discernir onde fomos ignorantes ou alarmados demais, e onde fomos descuidados ou inábeis”. No espírito do momento, o primeiro-ministro sentencia: “Essa foi uma época em que toda a Inglaterra trabalhou e se esforçou até o limite máximo e esteve mais unida do que nunca”. E essa unidade, em que cada qual contribuiu com seus melhores dons, talentos e parcela de sacrifício, foi o que permitiu que os ventos soprassem para outra direção.

Recomeçar e recomeçar

“O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo.”

A França havia caído rapidamente diante da exuberante máquina de guerra conduzida por Hitler. Havia sido subjugada, porém, quase sem resistência. Pelo rádio, devastado, Churchill não esconde a gravidade da situação. No entanto, reforça sua crença inabalável num futuro menos sombrio. “Defenderemos nossa ilha em casa e, junto com o Império Britânico, prosseguiremos na luta sem nos deixarmos conquistar, até que a maldição de Hitler seja retirada dos ombros da humanidade. Temos certeza de que no fim tudo sairá bem.”

Aguentar...

“Iremos até o fim. Lutaremos na França. Lutaremos nos mares e oceanos, lutaremos com confiança crescente e força crescente no ar, defenderemos nossa ilha, qualquer que seja o custo. Lutaremos nas praias, lutaremos nos terrenos de desembarque, lutaremos nos campos e nas ruas, lutaremos nas colinas; nunca nos renderemos, e se, o que eu não acredito nem por um momento, esta ilha, ou uma grande porção dela, fosse subjugada e passasse fome, então nosso Império de além-mar, armado e guardado pela Frota Britânica, prosseguiria com a luta, até que, na boa hora de Deus, o Novo Mundo, com toda a sua força e poder, daria um passo em frente para o resgate e libertação do Velho.”

Há quem diga que as frases emblemáticas e os discursos de Churchill tiveram seu papel na vitória aliada. Ainda assim, só discursos não bastavam para conter o inimigo. E Londres era bombardeada continuamente, noite após noite. Eram discursos de alguém que realmente acreditava em suas próprias palavras e vivia aquilo que falava. Assim, a cidade ousava aguentar, sob a liderança de alguém que conseguiu manter a unidade e esperança da população. No primeiro volume de suas Memórias sobre a Segunda Guerra Mundial, o primeiro-ministro relembra uma visita trivial a um vilarejo quando sobrevém um ataque aéreo. O líder teve de se abrigar em um túnel, local que abrigava um imenso número de moradores que lá viviam permanentemente. E isto o comoveu intensamente e resultou em ação realizada para o bem maior de todos.

...E ajudar

“É inútil dizer ‘estamos fazendo o possível’. Precisamos fazer o que é necessário.”

Quando Churchill saiu do túnel, quinze minutos depois, contempla a destruição. Um pequeno hotel que lá existia foi totalmente destruído e, ainda que ninguém tivesse sido ferido, o local foi reduzido a escombros repletos de móveis, louças e utensílios destruídos. Churchill relata: “o proprietário, sua mulher, os cozinheiros

e as garçonetes estavam em prantos. Onde estava seu lar? Onde estava seu ganha-pão? Eis aqui um privilégio do poder. Tomei uma decisão imediata. No caminho de volta, ainda no trem, ditei uma carta para o ministro das Finanças, Kingsley Wood, estabelecendo o princípio de que todos os danos resultantes do fogo inimigo ficassem por conta do estado, e de que se pagassem indenizações integrais em caráter imediato. Assim, o ônus não recairia apenas sobre aqueles cujas casas e estabelecimentos comerciais fossem atingidos, mas seria equanimente distribuído sobre os ombros da nação.”

Saber liderar

“Os problemas da vitória são mais agradáveis que aqueles da derrota, mas não são menos difíceis.”

Cinco anos antes da comemoração da vitória aliada em maio de 1945, tal desfecho parecia pouco provável, quando poucos ousaram opor-se a Hitler, o líder enlouquecido que parecia invencível. Churchill, um dos principais responsáveis por esse desfecho, era admirado por todos, até mesmo por seus adversários políticos e podemos imaginar a explosão de alegria que se espalhou pelo planeta, quando todo o mundo livre se entregou à euforia da vitória. Naquele momento, dirigindo-se à nação que havia sofrido o impensável, Churchill, como era seu habitual, surpreendeu a todos por suas palavras: “Gostaria de poder dizer-lhes esta noite que toda a nossa labuta e todos os nossos problemas estão terminados. Mas, ao contrário, devo adverti-los, como fiz ao iniciar esta missão de cinco anos – e ninguém sabia, na época, que ela duraria tanto – de que ainda há muito por fazer, e de que vocês devem estar preparados para novos esforços da mente e do corpo e para novos sacrifícios em nome de causas grandiosas, se não quiserem recair na vala da inércia, da confusão de objetivos e do medo covarde de serem grandes.” Celebra e, ao mesmo tempo, chama todos à responsabilidade que o amanhã reserva. Pois os problemas não estavam terminados e os anos subsequentes à guerra, em que se deu a reconstrução do país, foram árduos e difíceis, embora em um nível diferente de dificuldade.

Suas palavras denotam que ele não se deixou seduzir pelos louros da vitória, e que é necessário atuar de acordo com as necessidades e demandas de cada momento, o que sempre foi a marca de sua grande capacidade de liderança.

Aprender com o passado e vigiar sem cessar

“Se o presente tentar julgar o passado, perderá o futuro”

Em 1948, no prefácio da edição de suas *Memórias da Segunda Guerra Mundial*, Churchill relembra a conversa que teve com o presidente Franklin Roosevelt. O norte-americano lhe pergunta sobre como a guerra deveria se chamar. Churchill retrucou de pronto: “A Guerra Desnecessária”, pois, para ele, “nunca houve guerra mais fácil de impedir do que esta que acaba de destroçar o que restava do mundo após o conflito anterior.” Churchill, talvez fazendo uma de suas pausas dramáticas, retoma o raciocínio. “A tragédia humana atinge seu clímax no fato de que, após todos os esforços e sacrifícios de centenas de milhões de pessoas, e após as vitórias da Boa Causa, ainda não encontramos Paz ou Segurança e estejamos sujeitos a perigos ainda maiores do que aqueles que superamos.”

Ainda que estejamos vivenciando a história, é preciso distanciamento para compreender com exatidão a natureza dos acontecimentos. Churchill entende como foi e como poderia ter sido o mundo e reflete acerca das possibilidades de aprendizado e atuação a partir de eventos passados, sugerindo que se tivessem apreendido as lições da Primeira Guerra, talvez a segunda pudesse ter sido evitada. “É meu objetivo, sendo alguém que viveu e foi atuante nesses dias, mostrar com que facilidade a tragédia da Segunda Guerra Mundial poderia ter sido evitada; como a maldade dos perversos foi reforçada pela fraqueza dos virtuosos; como faltam à estrutura e aos hábitos das nações democráticas, a menos que elas se agreguem em organismos maiores, os

elementos de persistência e convicção que são os únicos capazes de dar segurança às massas humildes; e como, mesmo nas questões de autopreservação, nenhuma política é seguida sequer por períodos de dez ou 15 anos de cada vez.”

A grande lição – A herança de Churchill para o século XXI

Churchill abre suas Memórias com as seguintes palavras, as quais sintetizam seu pensamento e modo de vida:

“Na guerra: determinação
Na derrota: desafio
Na vitória: magnanimidade
Na paz: boa vontade.”

Sabemos, pela história e de modo gráfico pela ilustração que o cinema faz dela, a influência que Winston Churchill teve na formação da atual soberana britânica, a Rainha Elizabeth II. ¹¹ Por isso, emociona assistir o recente discurso da Rainha desde o Castelo de Windsor, animando o seu povo -como o fez inúmeras vezes- e lembrando um pensamento que, mesmo em sua boca, tem a marca do antigo primeiro ministro britânico: “Se estivermos unidos e com resolução, superaremos esta crise (...) O orgulho do que somos não é só parte do passado: mas define o nosso presente e o nosso futuro”. ¹²

A Guerra Metafórica Contra a Covid-19

Ainda que não estejamos passando por uma terceira guerra mundial, vivemos uma guerra metafórica contra um inimigo comum, que é o SARS-Cov-2. As consequências da ação desse vírus têm mostrado similaridades com as de uma guerra em seu sentido literal: grande número de pessoas infectadas e com outras doenças ou traumatismos que perdem a possibilidade de ter um tratamento adequado pela sobrecarga dos sistemas de saúde; aumento da mortalidade geral, especialmente entre os grupos de risco; grandes prejuízos econômicos em curto, médio e talvez longo prazo, com a fome batendo à porta dos mais vulneráveis. As lições de Churchill se mostram necessárias, não apenas aos líderes que comandam o país e os serviços de saúde, mas também a todas as pessoas, as quais necessitam lidar com uma situação aparentemente tão desesperadora quando a dos ingleses, que no início da guerra tiveram de fazer frente sozinhos a um inimigo que ameaçava toda a humanidade. No que diz respeito aos profissionais de saúde e a temas relacionados à saúde podemos fazer algumas considerações de alguma forma vinculadas às ideias expostas anteriormente.

É imperativo buscar conhecer cada vez melhor nosso inimigo, o coronavírus 19, e isto está sendo realizado com afinco na maioria dos países graças ao trabalho incansável de pesquisadores, epidemiologistas, generalistas, infectologistas e demais especialistas que estão atuando nas linhas de frente. Conforme novos sintomas desse vírus ardiloso se manifestam, as condutas médicas para manutenção da vida vão sendo melhor adequadas para que as defesas do organismo consigam eliminar o vírus e a cura sobrevenha, ainda que não se tenha chegado a um medicamento eficaz para o tratamento. A produção de uma vacina que atenda à população mundial também não é uma possibilidade para esse momento. Assim, o que podemos fazer e como ajudar nossos pacientes e seus familiares?

Como médicos, é nosso dever fomentar as medidas de higiene, a quarentena para indivíduos afetados com boa evolução que não tiveram necessidade de internação e o isolamento social no grau recomendado pelas autoridades sanitárias, que são medidas que comprovadamente diminuem a velocidade de contágio. É sabido que essas medidas não extinguem o vírus e estimativas apontam que 70% da população mundial poderá ser contaminada mais cedo ou mais tarde. ¹³ Seu objetivo é impedir que muitas pessoas sejam contaminadas ao -

mesmo tempo e precisem de atendimento médico, saturando os sistemas de saúde, o que ocasionaria um aumento de mortalidade. No entanto, isso não garante que não sejamos contaminados. Assim, até que tenhamos uma vacina efetiva, ainda que a incidência da Covid-19 diminua conforme a evolução esperada para qualquer epidemia, graus variados de isolamento social serão necessários por certo tempo.

A questão é que, com o decorrer do tempo, mesmo as pessoas que concordam e apoiam o isolamento começam a desgastar-se e ressentir-se de suas consequências emocionais, sociais e econômicas. E os profissionais de saúde devem estar sempre prontos a lhes transmitir confiança, a estimulá-las a aguentarem firme e a ajudarem-se uns aos outros, pois tudo isso passará. Parece que essas atitudes têm sido a escolha de parte da população e temos visto uma onda crescente de solidariedade para com os mais vulneráveis e um florescimento de ideias criativas e atitudes que propiciam novas formas de convívio. A impressão é que muita gente busca oferecer o que tem de melhor aos demais, o que se evidencia, por exemplo, pelo grande número de professores, profissionais de saúde, filósofos e palestrantes que transmitem *lives* gratuitamente e pelas aulas de ginástica, yoga e meditação que abundam nas redes sociais.

Vale ressaltar que as pessoas têm características diferentes e respondem de formas diferentes ao estresse criado pela pandemia. Assim como alguns são passíveis de serem imobilizados pelo medo, outros ignoram a presença do vírus e continuam agindo como se nada estivesse acontecendo. Isso tem ocorrido em determinados segmentos da população de nosso país, talvez influenciados por mensagens ambíguas transmitidas pelas *fake news* que abundam nas redes sociais e por uma pequena porcentagem de autoridades governamentais que contestam as medidas adotadas e consolidadas ao redor do mundo. Esta é mais uma situação problemática e desafiadora aos nossos sistemas de saúde pública e privada. Isso demonstra o quão necessário é que os diversos segmentos da sociedade se unam para combater um inimigo comum a todos. Certamente, aprender com as lições de um passado recente transmitidas pelas experiências compartilhadas de países que já passaram pelo período crítico da pandemia antes de nós é uma condição altamente desejável nesses dias em que vivemos.

Ainda que em nosso país estejamos em uma curva crescente de incidência da covid-19 e haja muitas questões a serem resolvidas ou minimizadas, muitas pessoas já se perguntam: como será nossa vida após o afrouxamento do isolamento? Poderemos voltar ao normal? Ou haverá um novo normal? Não iremos mais nos encontrar com amigos? Não iremos mais ao clube, ao shopping, ao cinema ou ao jogo de futebol? Para nos proteger, solicitaremos semanalmente testes de PCR para Covid-19 para verificar se fomos contaminados ou para avaliar nossos pais ou pacientes mais idosos?

Algumas Reflexões

Essa guerra metafórica contra a Covid-19, traz variantes importantes que não podem ser ignoradas. A atitude de Churchill, amplamente analisada anteriormente, implicava uma postura diante do caos bélico, mas também identificava um culpável, aquele que renderia um voto de confiança até ao próprio diabo na câmara dos comuns. No nosso caso, buscar um culpável a todo custo – como parece que se empenham as frágeis lideranças políticas e de saúde do momento – está fora de questão. Quando se busca desesperadamente alguém em quem colocar a culpa, é porque se elude – mesmo inconscientemente – da responsabilidade que cabe a cada um de nós. Vale neste ponto citar o pensamento de Jordan Peterson, conhecido psicólogo clínico, que esclarece o dilema dos culpáveis pelos desastres globais:

Como Hitler poderia deixar de acreditar que estava correto quando todos em torno dele se curvavam às suas ordens? Não seria excepcional resistir à tentação do poder absoluto, livremente oferecido, democraticamente concedido – até insistido? Como alguém consegue permanecer humilde sob tais condições? Se todos ao redor pensarem que você é o salvador, quem sobrar para apontar seus

defeitos e te manter conscientes deles? Não é uma apologia de Hitler, apenas reconhecer que era humano. Hitler era humano, Stalin também, Idi Amin também. O que isto nos ensina? Concedida a oportunidade, quantos de nós não seria Hitler? Nunca esquecer significa conhecer-te a ti mesmo; reconhecer e compreender esse gêmeo ruim, esse inimigo mortal que faz parte e integra todo indivíduo”.

Como médicos e de um ponto de vista particular fizemos algumas reflexões oriundas dos questionamentos de nossos pacientes e de nossas vivências em cenários clínicos. Seguramente, é essencial planejarmos como nos comportaremos assim que for possível um retorno à quase normalidade. Ainda estamos buscando respostas até para questões aparentemente simples, mas que no fundo envolvem grande complexidade. Como será o convívio social e o lazer? Como as empresas deverão cuidar dos funcionários quando voltarem a funcionar após o afrouxamento do isolamento? Trabalhar com distância de um metro e usar máscaras é uma possibilidade. Em cada ambiente que frequentamos é mister refletir sobre a tênue linha divisória que existe entre ser cauteloso e continuar a viver ao menos próximo à normalidade. É isto que devemos fazer agora e não ficar diante da televisão acompanhando números de óbitos pelo mundo. Precauções e regras de convívio não são o fim do mundo e não devem gerar pavor. Significam apenas que teremos de mudar nossos hábitos. E com a perspectiva em mente de que esta seja uma condição transitória, tudo fica mais suave.

O medo do vírus pode mudar muito a sociedade. A única solução é encarar o medo e voltar a viver. Claro que obediência civil é necessária, pois está baseada em estudos epidemiológicos realizados por pesquisadores competentes, os quais guiam as diretrizes fornecidas pelas secretarias de saúde para determinar o grau e o tempo necessário para o isolamento.

É importante ter cuidado e respeitar o vírus, sem, contudo, entregar-se ao medo. Porque ter medo é viver pela metade. O vírus é um problema grande. Mas não vai dizimar a humanidade. O medo, sim, pode causar grandes prejuízos em todos os níveis. Viver em plenitude e valorizar as coisas simples da vida, mesmo dentre de condições limitantes, são atitudes que podem fazer toda a diferença e determinar a forma como sairemos de tudo isso.

Por que, então, não nos cuidamos de maneira geral? Ter saúde não é uma questão binária em ter ou não ter coronavírus. Nossa vida e nossa saúde devem continuar, conforme nos adequamos ao grau de isolamento necessário em cada fase. É necessário atentarmos para nossas dimensões física, mental, emocional e espiritual. Portanto, cuidem-se em sua totalidade. Valorizem as coisas simples, como boas risadas, uma taça de vinho e alimentação em família, liberada no momento para os que residem na mesma casa. Evitem discussões com seus pares e filhos. Se todos estão estressados, você pode fazer a diferença mostrando alegria e confiança. Pratiquem atividade física, que, certamente, representa um poderoso antídoto contra a ameaçadora depressão, além de seus benefícios já bem estabelecidos para a saúde. Claro que com o isolamento fica mais difícil. Porém, uma caminhada solitária na rua, usando máscara, não fará mal a ninguém. Não fazer exercícios não faz sentido. Não se esqueçam da possibilidade de realização de atividade física em domicílio, com a orientação de experts que se dispuseram a transmitir aulas em aplicativos e vídeos gratuitos. Continuem a cuidar da sua saúde e falem com seu médico, venham ao consultório e se for o caso passem pelas cirurgias que forem necessárias. As clínicas e hospitais já estão totalmente preparados para recebê-los. Um verdadeiro esquema de guerra vai se delineando para cuidarmos da nossa saúde geral em tempo de Covid-19. Assim, seguir as orientações para evitarmos a propagação do vírus é essencial. Todavia, parar a vida em decorrência do medo é uma atitude equivocada. Se teremos de conviver com "ele" por um bom tempo, sigamos em frente e busquemos, ao mesmo tempo, abolir o medo e manter nossa segurança, com a certeza de que essas diferentes visões são complementares e não opostas e deve haver um equilíbrio em sua adoção.

E que assim seja até que cheguemos ao sonhado dia em que a notícia acerca de uma vacina eficaz disponível em todo o planeta será veiculada por todos os meios de comunicação e novamente uma explosão de alegria se expandirá pelo planeta e todo o mundo livre se entregará à euforia da vitória.

Últimas Palavras

Finalizamos essas reflexões com uma consideração circunstancial acerca do momento em que escrevemos este artigo. Estamos em meio à pandemia de Covid-19. Somos médicos da trincheira e estamos cuidando de pacientes com e sem coronavírus em hospitais, ambulatorios e residenciais para idosos. Estamos expostos ao vírus, assim como nossas famílias e passando pelas mesmas agruras que os demais. E, como todos, buscamos afastar o medo e manter em mente a firme ideia de que não iremos ser infectados, adoecer e morrer. Estamos em meio à tempestade e queremos ajudar os nossos pacientes e os familiares daqueles que pereceram na batalha. Assim, não podemos ser acusados de ter escrito por diletantismo.

Vale lembrar a conhecida frase de Ortega¹⁵: “Eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo, eu também não me salvo”. Frase muito citada, mas a maior parte das vezes de modo incompleto. Coloca-se -na cultura popular- a circunstância como uma desculpa, e não como um desafio que é preciso salvar, redimir. Por isso acrescenta o filósofo: “Temos de buscar para nossa circunstância o que tem de peculiaridade, o lugar acertado na imensa perspectiva do mundo. Não nos deter diante dos valores fixos, mas conquistar na nossa vida individual o local oportuno entre eles. Em resumo: a reabsorção da circunstância é o destino concreto do homem”. Daí que, na mesma obra, Ortega nos lembre por boca de D. Quixote: “Bem poderão os encantadores tirar-me a ventura (a sorte) mas o esforço e o ânimo são impossíveis”. E acrescenta: “Se resistimos a que a herança e o meio nos imponham ações determinadas, é porque procuramos assentar em nós mesmos -somente em nós- a origem de nossos atos. Quando o herói quer, não são os antepassados ou os costumes do presente os que querem, mas ele mesmo. A heroicidade consiste justamente neste querer ser ele mesmo quem tem de ser”. Assim, o que importa é que busquemos a parte que nos cabe sem delegar responsabilidades ou encontrar desculpas.

Mantenhamos em mente as palavras de Churchill: “antes que alguém possa levar a plateia à emoção é preciso que se deixe arrebatar. Se quiser despertar indignação, seu coração tem que transbordar de ódio. Antes de provocar lágrimas, terá de derramar as suas. Para convencer alguém, ele tem que ser o primeiro a acreditar. Suas opiniões podem mudar à medida que as impressões esmoreçam, mas todo orador crê no que diz no momento em que profere as palavras. Jamais é conscientemente insincero”.¹⁶ Pois talvez esta seja a melhor forma de despertarmos o antifrágil adormecido em nosso interior.

Referências

1. Taleb NN. *The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable*. New York: Random House; 2007.
2. Taleb NN. *The Black Swan of Cairo*. *Foreign Affairs*. 2011; 90 (3): 33-9.
3. Garner R, Ash M. Review: *The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable* by Nassim Nicholas Taleb. *Science & Society*. 2010; 74 (2): 248-58.
4. Applegate, WB. Physician Management of patients with adverse outcomes. *Archives of Internal Medicine*. 1986; 146: 2249-52.
5. Bursztajn H, Feinbloom RI, Hamm RM, Brodsky A. *Medical choices, medical chances: how patients, families, and physician can cope with uncertainty*. New York: Delacort; 1981.
6. Gerrity MS, White KP, DeVellis RF, Dittus RS. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and Emotion*. 1995; 19 (3): 175-91.

7. Levites MR, Azevedo RS, Blasco PG. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza. *Revista Brasileira de Medicina*. 2011; 68: 13-18.
8. Taleb NN. *Antifragile: Things That Gain from Disorder*. New York: Random House; 2012.
9. Fernandes D. Lições de Winston Churchill para líderes globais em tempos de crise. Available in: <https://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,licoes-de-winston-churchill-para-lideres-globais-em-tempos-de-crise,70003269705>.
10. Churchill W. *Memórias da Segunda guerra Mundial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Harper Collins Brasil; 2015.
11. *The Crown*. [TV Series (2016-)]. Available in: <https://www.imdb.com/title/tt4786824/>.
12. Elizabeth II. We will meet again - The Queen's Coronavirus broadcast | BBC. Available in: <https://www.youtube.com/watch?v=2klmuggOEIE&feature=youtu.be>.
13. Hamner L, Polly Dubbel MPH, Capron I, Ross A, Jordan A, Lee J, et al. High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice — Skagit County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wlly Rep*. 2020; 69: 606-610. DOI:
14. Peterson J. *Mapas de Significado. A Arquitetura da Crença*. São Paulo: É Realizações Editora; 2018. 696 pg.
15. Ortega Y Gasset J. *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Alianza Editorial; 1981.
16. Enright D. *A Verve e o Veneno de Winston Churchill*. Rio de Janeiro: Odisseia Editorial; 2009.

O que vai entrar por essa porta? A Experiência Osler

¿Qué pasará por esa puerta? La experiencia de Osler

What Will go Through That Door? Osler's Experience

Marco Aurelio Janaudis MD.PhD,* Graziela Moreto MD, PhD,** Marcelo R. Levites. MD. PhD. ***

*Diretor de Graduação e Conteúdos em SOBRAMFA - Educação Médica e Humanismo **Diretora de Programas Educativos em SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo. ***Diretor de Divulgação e Comercial em SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo

Revisando as várias contribuições da presente edição de *Archivos*, acodem facilmente à memória histórias e comentários de colegas médicos veteranos que militam, há muito tempo, neste fascinante campo profissional: a medicina de família, a medicina integral, centrada no paciente.

“O grande desafio da minha especialidade -dizia um deles- é que eu nunca sei o que vai entrar pela porta do consultório. Se meu foco profissional fosse a cardiologia, ou a traumatologia, ou qualquer outra especialidade, eu sempre posso encaminhar o paciente para o colega correspondente, se a doença dele estiver fora do meu escopo. Mas, se ele me procura porque eu sou seu médico, para quem vou enviá-lo?”. A pessoa do paciente e não a doença que padece é o plano onde se situa o relacionamento. Algo que Ian Mc Whinney, um dos pais da medicina de família, deixou claro em muitas -talvez em todas- suas publicações.^{1,2}

A prática desta postura médica consiste em resgatar a pessoa do enfermo que se encontra diluída (e muitas vezes oculta) na doença e nos seus desdobramentos (exames complementares, diagnósticos, terapêuticas complexas). Aprender a exercer esse estilo médico implica, em primeiro lugar, em reconhecer que existe uma pessoa, um ser humano frequentemente esquecido, que é o protagonista do processo. A doença é um comemorativo, e o médico um ator coadjuvante que deve estar atento para não se deixar seduzir pelo “embrulho da doença” esquecendo o objeto e conteúdo da sua ação que é o paciente.

Se a medicina centrada no paciente se define mais pelo relacionamento e cuidados do que pelo tipo de serviços que se presta ao paciente, parece lógico que para se ensinar esse estilo, se pratique continuidade e o relacionamento no aprendizado. Não se pode aprender tudo isto com teorias sobre relacionamento e comportamento humano, sem relacionar-se com pessoas, com tudo o que isso leva consigo. Esse cenário é condição imprescindível para mostrar ao estudante o que o médico de família realmente faz: não o serviço, ou procedimento (que pode se aprender com outro médico) mas o modo como se relaciona.

Essa descoberta -simples e óbvia, mas infelizmente pouco praticada nas escolas de medicina- é o que seduz o estudante quando exposto a estas vivências. Daí o título que o autor, estudante, confere ao seu relato: Curso prático de habilidades de comunicação. Ou seja, não atenta tanto ao conteúdo, mas ao modo de gerenciá-lo, de comunicar-se, de tornar-se claro com o paciente e a família. De nada adianta saber muito, ou possuir recursos, se o destinatário não recebe o que precisa. É como na educação : o bom professor não se distingue pelos títulos e conhecimento, mas pela capacidade de comunicar e estimular os alunos a ele confiados.

A competência profissional do médico é avaliada, sempre, pelo paciente. O que nos leva até outra história. “O que faz um médico bom -perguntava-se outro colega veterano? Não são os diplomas, nem os prêmios, nem mesmo os presentes que ganha dos pacientes. Médico bom é aquele que faz com que o paciente saia do consultório melhor do que entrou!”. Perceber a grandeza desse encontro é pedagogia eficaz. O encontro de uma confiança (do paciente) perante uma consciência (do médico) – costumava dizer o Professor Decourt.³

Desse encontro também nos falam os relatos de uma aluna de sexto ano, às vésperas de se formar médica, quando repara que os protocolos dos Cuidados Paliativos tornam-se insuficientes para cuidar de alguém que está morrendo. O protocolo pretende ser o aprimoramento do sistema, para não deixar escapar nada: controle de sintomas, amenização da dor.....Mas não entra no protocolo -não tem como entrar- o nível de sofrimento, a sensação de omissão da família perante o paciente quase agonizante, a perda que se apalpa a cada instante. Protocolos ajudam sim...mas é uma moral, uma ética de mínimos. Evita erros e equívocos, mas não garante a criatividade que leva a fazer o nosso melhor, tudo o que está ao nosso alcance. Algo que vai além dos protocolos.

Para isso é necessário treinar antes, não esperar o momento decisivo -às portas da morte, quando a técnica se declara incompetente- para buscar esse encontro com o paciente. Sugestiva reflexão da mesma estudante quando atarefada e entusiasmada no campo cirúrgico onde se lhe permitiu o acesso, repara que nada sabe do paciente, da sua identidade. E contempla, depois, como acorda em total solidão, sem conexão humana com o mundo. “Que nenhum paciente olhe à sua volta buscando um rosto de carinho, de alento e apoio, e somente encontre caras indiferentes, compenetradas com o seu trabalho. Que encontre não apenas um médico que trabalha, mas um médico que serve”.

Novos encontros, em variações sobre o mesmo tema, surpresas que adentram pela porta sem avisar, são apresentados no relato *Canções do Coração*. Um artigo sugestivo e provocador, que arrancando de uma música tocante – a médica que arranca pedaços do meu coração- elabora toda uma metodologia pedagógica, que desperta o estudante para a pessoa do paciente: a música, como recurso educacional em medicina, transporta o educando para além da patologia fazendo-lhe descobrir a pessoa do paciente, aparentemente oculta pela doença que sempre assume o protagonismo. Isso leva, naturalmente, ao risco de envolver-se com o paciente. Afinal ninguém é seduzido por uma doença, por uma pessoa jurídica.....mas sim por alguém que tem nome e sobrenome, uma história de vida, um universo de emoções que rodeia o processo de adoecer.

As experiências das práticas dos estudantes que facilitam esses encontros com surpresas contínuas do outro lado da porta fazem pensar no impacto educacional que tem vivenciar a vida como ela é. Até aqui nenhuma novidade, pois William Osler já advogava pela medicina à beira do leito como recurso imprescindível para ensinar medicina³. Sem dúvida, hoje os formatos de atendimento e de gestão são outros, mas a essência da medicina continua sendo esse encontro fascinante. “Mais importante do que conhecer a doença -diz Osler- é conhecer a pessoa que a padece”. E acrescenta em outro momento: “O paciente nos respeita pelo nosso conhecimento, mas nos ama pela compaixão que temos para com ele. Estamos para dar conforto, e mesmo que sejamos cientistas -que de fato somos - muito do que fazemos está compreendido no nebuloso termo (embora real) da *arte médica* que nos permite ver por trás da anatomia e fisiopatologia a pessoa que está atrás”.⁴

Os programas educacionais desenvolvidos pela SOBRAMFA em forma de estágios para estudantes de medicina tem objetivos determinados,⁵ e apresentam resultados alentadores.⁶ Mesmo assim, o imponderável é sempre a surpresa, o que encontramos entrando pela porta. A figura única da pessoa que nos desafia em seu pedido de ajuda, nos permite aprender, e construir-nos como médicos. Uma vivência que pode ser intitulada com propriedade como a *Experiência Osler!*

Referências

1. Mc Whinney: The importance of being different. *British Journal of General Practice*, 1996, 46, 433-436.
2. Mc Whinney. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press. Second Edition, 1997
3. Decourt LV. *A Didática Humanista do Professor*. Atheneu. São Paulo. 2005
4. Kolotyluk T. A day in life Canadian Family Physician, 2000. 46: 46-50
5. Cfr: <https://sobramfa.com.br/estagio-para-estudantes-de-medicina/>
6. Vachi VHB, Silva VR, Muller LB, Blasco PG. Promovendo a Educação Médica Centrada no Paciente para os Estudantes de Medicina: Uma experiência de duas décadas no Brasil. *Archivos en Medicina Familiar* 2019;21:103-110.