

Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado*

Medical students' perceptions about the potential and limitations of humanized care (abstract: p. 18)

Percepciones de alumnos de medicina sobre las potencialidades y limitaciones para el cuidado humanizado (resumen: p. 18)

Maria Elisa Gonzalez Manso^(a)

<maria.manso@prof.saocamilo-sp.br> 

Mayumi Uchoa Nawa Pagotto^(b)

<mayumi.pagotto@prof.saocamilo-sp.br> 

Renata Laszlo Torres^(c)

<renata.torres@prof.saocamilo-sp.br> 

^(a, b, c) Curso de Medicina, Centro Universitário São Camilo São Paulo. Avenida Nazaré, nº 1501, Ipiranga. São Paulo, SP, Brasil. 04263-200.

Esta pesquisa tem como objetivo apresentar as percepções e reflexões que emergiram dos alunos participantes da disciplina “Medicina e narrativas”. O *corpus* desta pesquisa foi constituído pelos portfólios destes 21 educandos e, para sua análise, utilizou-se o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, IRaMuTeQ®. Emergiram dois subcorpora: “Refletindo sobre possibilidades e barreiras na relação médico-paciente” e “Ferramentas para a humanização”. Pode-se inferir que os educandos representam a profissão médica com componentes relacionais importantes, associando a competência técnica a um olhar diferenciado sobre o outro, apesar de diferenças entre os sexos e semestres cursados por esses graduandos terem surgido. As habilidades comunicacionais e a empatia foram valorizadas pelo grupo, porém, esta última é descrita como sendo algo que se perdeu. Pode-se depreender que a disciplina propiciou reflexões importantes para estes educandos.

Palavras-chave: Currículo. Educação médica. Narrativas em saúde. Humanização da assistência.

Introdução

O currículo dos cursos de graduação médica, desde o início do século XX, vem sendo sistematicamente questionado. Esse modelo curricular trouxe inegáveis avanços à saúde das populações, principalmente no que tange às doenças denominadas agudas, reduzindo consideravelmente a mortalidade.

Porém, é um modelo que hoje em dia mostra-se insuficiente para lidar com as questões trazidas pelas doenças crônicas, pelos problemas de saúde relacionados à saúde mental e pela presença de incapacidades, situações que podem, inclusive, ser sobrepostas e que compõem uma grande parte do quadro epidemiológico atual, impondo uma prática diferenciada para sua abordagem^{1,2}.

Esses problemas de saúde, altamente influenciados por comportamentos individuais, determinam uma nova forma de cuidado, na qual as relações vinculares entre profissionais de saúde e adoecido; a interprofissionalidade; a integralidade da atenção; e o respeito às vontades e desejos dos enfermos são considerados fundamentais. Hoje em dia, é necessário formar médicos com um olhar mais cuidador, críticos, com capacidade de reflexão e aptos a dar conta dessa nova realidade^{1,3}.

A fim de atingir essas mudanças nas graduações em saúde, foram aprovadas, a partir de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina. Essas diretrizes foram revistas em 2014 e vão além da mudança da grade curricular, destacando a formação de vínculo, o respeito à autonomia de quem procura o serviço de saúde e outras competências e habilidades³.

As diretrizes destacam a necessidade de os cursos de Medicina deixarem de ser apenas transmissores de conhecimentos, permitindo também compartilhar experiências e resultados; e propiciando condições para a inovação e reflexão. Aprender é tido como muito mais do que apenas apreender um conceito técnico-científico, incluindo também um processo de transformação e reconstrução de teorias³.

A fim de consolidar a implementação dessas diretrizes em um centro universitário localizado na cidade de São Paulo, foi gestado o projeto “Ensino baseado em narrativas”, pautado na utilização de narrativas de adoecimento por parte de alunos do curso de Medicina da referida instituição de ensino superior.

Narrativas de adoecimento são estruturas linguísticas que tomam forma a partir de variados processos mentais e sociais. Compostas por uma sequência temporal de fatos, envolvem tanto o narrador quanto o ouvinte em uma coconstrução intersubjetiva. As narrativas selecionam aspectos que são importantes para aquela versão do fato e envolvem componentes relacionais e hermenêuticos. Hurwitz⁴ destaca que as narrativas permitem ao médico ter um olhar para além dos mecanismos biológicos que produzem as doenças, focando a linguagem, as representações, as emoções e as relações que permeiam as práticas diárias na área da saúde. Charon⁵ ressalva que os médicos entram nas vidas dos enfermos em momentos de extrema fragilidade e que as narrativas que estes trazem refletem a complexidade e a subjetividade desse momento, daí a importância de saber ouvi-las e interpretá-las.

Autores referem ser a prática médica uma constante escuta de narrativas dos pacientes na coleta da anamnese. Porém, o enfoque tecnicista durante a formação médica leva os discentes a serem treinados a “completar”, “limpar” e “padronizar” a narração dos pacientes, atribuindo sentidos, entendimentos e desenvolvimentos; inferindo situações; e adaptando-as às doenças por eles aprendidas. Dessa forma, os saberes do enfermo são desvalorizados^{2,6}.

Há mais de 30 anos, narrativas diversas da anamnese são utilizadas nas práticas médicas, a fim de estimular a competência narrativa dos discentes, a qual, conforme as evidências demonstram, permitem aos futuros profissionais integrar excelência técnica e traços humanísticos⁷. Narrativas de adoecimento buscam capturar a complexidade do comportamento humano e da experiência, considerando os diversos contextos sócio-históricos e discursivos dos quais emergem as compreensões individuais e coletivas da experiência da doença. Propiciam também conhecer os diferentes e até contraditórios modos que cada sujeito utiliza para atribuir sentido aos seus sintomas e doenças e entender o sentido que as pessoas atribuem a suas experiências^{8,9}.

Na área médica, há experiência com a utilização de narrativas de adoecimento desde o início da graduação^{10,11} até a formação continuada¹², sendo empregadas em diversas formas, como obras clássicas da literatura, ensaios fotográficos, análise de textos cinematográficos ou artísticos; e confecção de histórias de adoecimento pelos próprios educandos ou mediante a coleta de narrativas advindas dos próprios enfermos^{9,11,13-15}. Independentemente da forma como são geradas, as narrativas são consideradas transformadoras das práticas assistenciais, promovendo empatia, responsabilização do graduando para com o adoecido, formação de vínculo; estimulando a escuta ativa; e favorecendo a ampliação do olhar sobre o processo do adoecer^{7,16}.

Tendo o acima exposto como contexto, foi proposta a disciplina eletiva “Medicina e narrativas”, inserida no escopo do projeto “Ensino baseado em narrativas”. São chamadas de “disciplinas eletivas” as atividades extracurriculares e opcionais abertas a todos os educandos do curso de Medicina no centro universitário anteriormente citado. A finalidade desta disciplina eletiva foi apresentar à comunidade discente do curso o que são narrativas de adoecimento e como estas podem ser trabalhadas dentro do currículo médico.

Durante essa disciplina, com duração de um semestre e carga horária de 20 horas, foram trabalhadas várias formas de narração. Os alunos discutiram narrativas de adoecimento coletadas de pessoas portadoras de doenças crônicas obtidas em diversos contextos de aprendizagem, tiveram que produzir um texto após se colocarem na situação de uma pessoa com uma determinada doença e discutiram uma obra literária (“A morte de Ivan Ilitch”, de Leon Tolstói) e obras de arte de pintora(e)s como Frida Kahlo. Vários textos acessórios foram ainda utilizados, conforme demanda dos educandos, sendo que todos versavam sobre empatia e comunicação. Ao fim desta, os graduandos participantes apresentaram um portfólio reflexivo sobre seu percurso e suas inquietações durante a participação na disciplina.

Esta pesquisa tem como objetivo apresentar as representações que emergiram dos portfólios dos alunos participantes desta disciplina eletiva, bem como as reflexões por eles postas.

Metodologia

Esta é uma pesquisa qualitativa que apresenta as representações dos alunos participantes da disciplina eletiva “Medicina e narrativas”, desenvolvida durante o segundo semestre de 2018.

Compõem o grupo estudado 21 alunos do curso Medicina de um centro universitário localizado na cidade de São Paulo, todos espontaneamente matriculados na disciplina eletiva já descrita. Deve-se ressaltar que os estudantes não têm acesso ao conteúdo das disciplinas durante a escolha. Participaram educandos que cursavam do 2º ao 7º semestres. Por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esses alunos tomaram ciência de que o portfólio por eles produzido seria analisado.

O *corpus* desta pesquisa foi constituído pelos portfólios reflexivos desses 21 alunos e, para sua análise, utilizou-se, inicialmente, o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ®). Trata-se de *software* livre, criado por Pierre Ratinaud, desenvolvido na linguagem Python e que utiliza funcionalidades providas pelo *software* estatístico R¹⁷.

Esse *software* auxilia na análise das representações sociais, entendidas como o conjunto de conceitos, proposições e explicações geradas no cotidiano e que traduzem a forma como os indivíduos produzem sentido em relação à sua prática, sustentando-se na comunicação e nas atitudes. Essas representações expressam-se nos discursos, são traduzidas em palavras e se materializam em condutas e comportamentos, já que tanto a coletividade quanto os indivíduos pautam-se, em seu dia a dia, em função delas, e não necessariamente na realidade social¹⁸. Como destacam Souza e colaboradores¹⁹, desde a década de 1970 já se utilizam *softwares* para análises lexicométricas nas pesquisas sobre representações sociais.

No Brasil, o IRaMuTeQ® é utilizado desde 2013 e disponibiliza várias possibilidades de processamento de dados qualitativos, permitindo diferentes formas de explorações estatísticas de textos. O *software* considera a palavra como unidade, permitindo análise lexical a partir da inserção desta no *corpus*, composto pelos conteúdos semânticos que serão analisados¹⁷.

O IRaMuTeQ® executa o reconhecimento de dados textuais segundo estatísticas descritivas, como o cálculo do número e frequência de palavras, identificação de palavras únicas (coeficiente de Hapax), busca conforme classes gramaticais e com base na raiz (lematização) e geração de nuvem de palavras. O *software* realiza, além destas, análises multivariadas, tais como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análises de Similitude. Possibilita ainda verificar a Análise de Especificidades, ou Análise de Contrastes, permitindo comparar a distribuição de formas linguísticas de acordo com variáveis categóricas. Para variáveis com, pelo menos, três modalidades, também é possível efetuar a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), método que representa de forma gráfica as relações em um plano fatorial de duas dimensões, cujos resultados são úteis para identificar oposições que estruturam o conteúdo investigado^{17,19}.

Para esta pesquisa, considerou-se apenas os textos produzidos pelos alunos, salvos como documento de texto com codificação de caracteres-padrão UTF-8 (Unicode Transformation Format 8 bit codeunits)¹⁷. Formou-se assim o *corpus* final, permitindo a análise dos dados pelo programa. Em seguida, empreendeu-se, além das estatísticas textuais descritivas, a CHD e as análises de especificidades para as variáveis sexo e semestre de matrícula.

A CHD gera agrupamentos (*clusters*) sobre o *corpus*, permitindo assim obter uma classificação na qual os segmentos de texto são distribuídos em classes lexicais homogêneas. Nessa etapa, o IRaMuTeQ® realiza testes de qui-quadrado (χ^2), revelando a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe. Essa força associativa é analisada quando o teste é maior que 3,84, representando $p < 0,0001$ ¹⁷. A partir das classes assim elaboradas, é produzido um dendrograma, representação gráfica dos diferentes conjuntos lexicais e suas palavras mais características. A interpretação dos resultados da CHD se sustenta na hipótese de que o uso de formas lexicais similares se vincula a representações sociais comuns^{17,19-20}.

A partir da CHD, é possível começar a traçar interpretações e buscar compreender as aproximações e afastamentos entre as classes concebidas. Além do dendrograma, o programa gera um filograma de palavras por classe, permitindo ao pesquisador verificar as principais palavras que as formam. Quanto mais no topo da lista e maior o tamanho da palavra, maior influência esta tem para aquela classe¹⁹. O programa atribui, além do citado, um *score* para cada unidade de sentido, sendo que, quanto maior o seu valor, maior será a densidade do segmento de texto e sua importância dentro de cada classe²⁰.

Vale ressaltar que o *software* apenas auxilia e agiliza a geração de informações, não concluindo a análise do *corpus*, cabendo ao pesquisador o papel de ser o agente interpretativo. No caso desta pesquisa, após a geração das informações pelo programa, passou-se à Análise do Conteúdo²¹, efetivada em etapas sequenciais: análise prévia; exploração do material e inferência; e interpretação feita a partir do referencial teórico-científico atual. Essa análise teve por propósito atingir uma compreensão mais aprofundada das representações que emergiram do *corpus*²².

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 90936618.8.0000.0062, parecer n. 2.913.142.

Resultados

Dos 21 graduandos participantes, 14 são do sexo feminino (67%) e sete, (33%) do sexo masculino. Destes alunos, sete cursavam o 7º semestre do curso e quatro, o 6º semestre. Os semestres 4º e 3º foram representados por três educandos cada, sendo que o 5º e o 2º foram representados apenas por dois alunos.

O *corpus* foi composto pelos 21 portfólios reflexivos, separados em 1.257 segmentos de texto, com aproveitamento de 78,90% destes. Ressalta-se que o aproveitamento deve ser sempre acima de 70%; caso contrário, o resultado não será considerado representativo do grupo social estudado.

Realizada a CHD, emergiram dois subcorpora denominados “Refletindo sobre possibilidades e barreiras na relação médico-paciente” e “Ferramentas para a humanização”, sendo que o primeiro englobou 54,65% dos textos analisados, e o segundo, 45,35%.

Esses *subcorpora*, por sua vez, foram subdivididos pelo *software* em cinco classes, sendo que as classes “Tratando a doença e não o doente”, “Entraves para o cuidado humanizado” e “Reflexões” compuseram o primeiro *subcorpus*. Já as classes “Empatia” e “Comunicação” surgiram no segundo *subcorpus*, como pode ser visualizado no dendrograma apresentado na figura 1. Por sua vez, a figura 2 apresenta o filograma com as palavras geradas para cada uma dessas classes a partir do teste χ^2 . Serão citados apenas os elementos textuais quando p for menor que 0,0001 e as respectivas transcrições dos textos nos quais estes se inserem desde que tenham obtido os maiores escores dentro de cada classe, ressaltando-se, porém, que todo o *corpus* foi analisado.

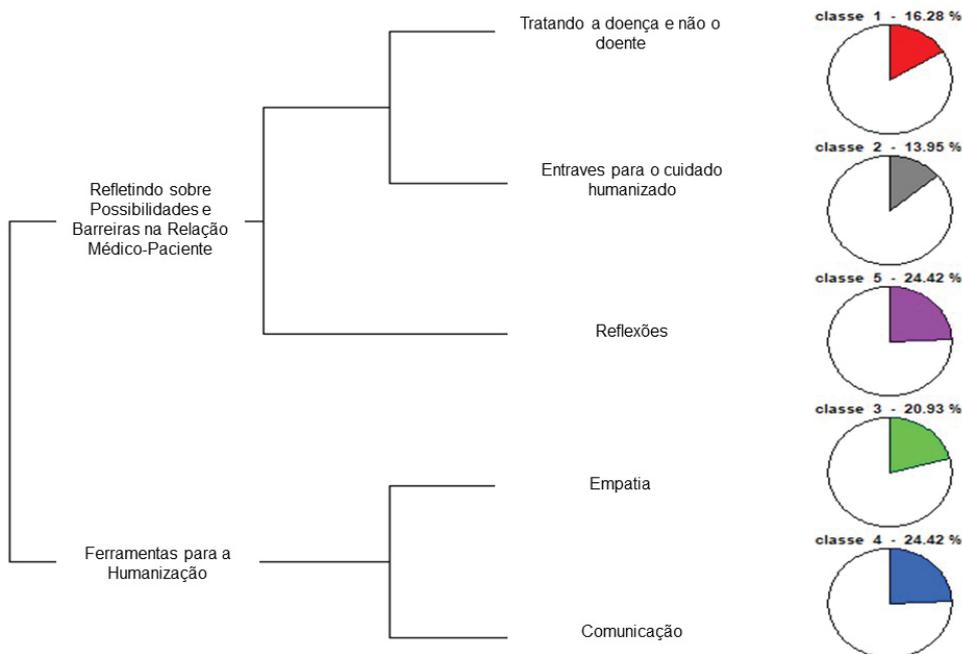


Figura 1. Dendrograma com os subcorpora e classes analíticas dos portfólios dos educandos da disciplina “Medicina e narrativas”, São Paulo, 2018

Fonte: IRaMuTeQ®

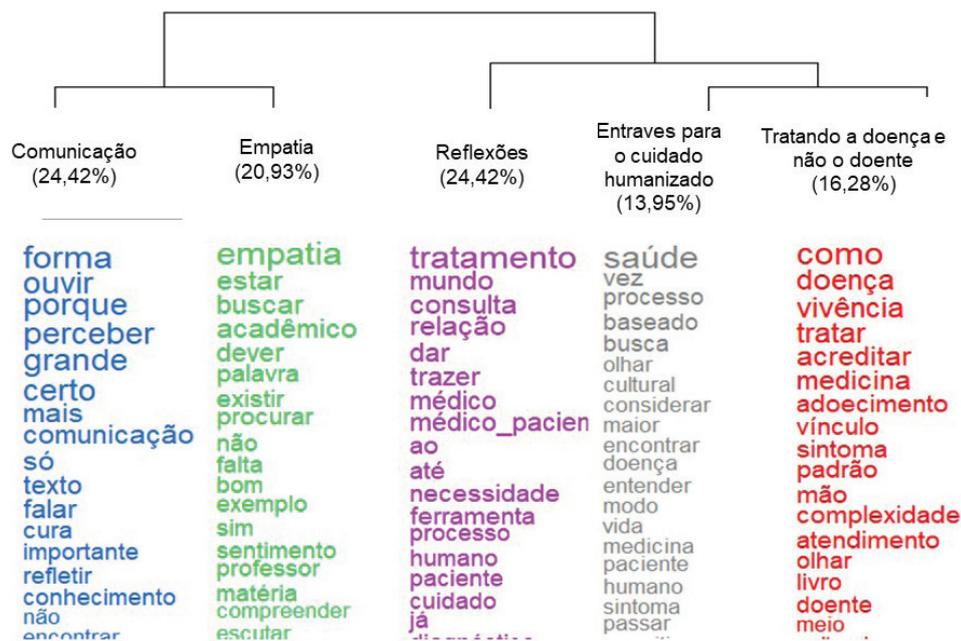


Figura 2. Filograma com as palavras geradas para cada classe dos portfólios dos educandos da disciplina “Medicina e narrativas”, São Paulo, 2018

Fonte: IRaMuTeQ®

Inicia-se com a análise do primeiro subcorpus – “Refletindo sobre possibilidades e barreiras na relação médico-paciente” – na qual a classe “Tratando a doença e não o doente” representa 16,28% do *corpus* e traz as ponderações desses alunos sobre o que é ser médico a partir de suas vivências, advindas tanto da formação que recebem quanto de experiências próprias. As palavras que se destacam nessa classe são “como”, “doença” e “vivência”, conforme se observa nos trechos a seguir transcritos:

Desde os primórdios da Medicina ocidental, a doença tem sido, na maioria das vezes, o objeto da atenção dos médicos. Muitos médicos esquecem o ônus de sua função como profissionais da saúde, cegos pela presunção de serem donos da verdade, inatingíveis e inabaláveis, ignoram as histórias e modos de vida de seus pacientes. (A12, 2º semestre, feminino, escore 101,52)

O médico, recém-formado ou não, adotou o hábito de tratar a doença, e não o doente. (A5, 7º semestre, masculino, escore 75,91)

Na faculdade de Medicina, nós somos ensinados a seguir diretrizes, artigos científicos e padrões para tratar doenças, e, assim, olhamos o paciente como uma doença única e esquecemos que estamos lidando com uma pessoa em sua totalidade. (A9, 6º semestre, masculino, escore 58,99)

Já na classe “Entraves para o cuidado humanizado” (13,95% do *corpus*), o elemento mais citado foi “saúde”, entendida como sendo a área na qual os médicos se inserem e tida como um agente externo que faz com que os médicos se tornem frios. Essa ação externa é uma justificativa para as críticas expressas na classe anteriormente exposta, com a qual se encontra relacionada. O próprio lidar com doenças crônicas e a morte também surgem como justificativa para o distanciamento em relação à pessoa, como se observa a seguir:

Muitas vezes é difícil para o paciente entender é que nós, profissionais da saúde, somos, acima de tudo, seres humanos. É realmente péssimo ser atendido por alguém que não te escuta, que parece estar em outra dimensão. Mas, ao mesmo tempo, nossas rotinas são extremamente desgastantes. (A4, 7º semestre, feminino, escore 96,27)

[As condições de trabalho]... tal fato pode muitas vezes transformar o olhar do médico da visão que tinha sobre a profissão para a visão que realmente vê na vida profissional. (A13, 7º semestre, masculino, escore 89,51)

O indivíduo raramente tem a oportunidade de trabalhar aspectos para humanização da Medicina e se torna frio mediante situações corriqueiras em sua profissão como doenças terminais ou luto. (A8, 4º semestre, masculino, escore 58,34)

Por seu lado, a classe “Reflexões” (24,42% do *corpus*) apresenta os segmentos de texto “tratamento”, “mundo”, “consulta” e “relação” e pode ser vista como uma tentativa de síntese das classes anteriormente expostas e que compõem o mesmo subcorpus. Praticamente todos os textos alocados nessa classe traduzem reflexões sobre os materiais disparadores utilizados na disciplina “Medicina e narrativa” cursada por estes alunos.

Ressalta-se aqui uma visão do médico embasado na ciência, porém, tendo sua prática permeada pela preocupação com os outros. Entretanto, em alguns textos, observou-se ceticismo sobre a possibilidade de ocorrer essa mudança.

Neste mundo ideal, médico e paciente participam ativamente desde o processo diagnóstico até as diretrizes do tratamento. Me questiono se seria capaz de praticar esta medicina sustentável. (A7, 7º semestre, masculino, escore 62,42)

Existe uma harmonia em qualquer tratamento quando o médico consiga atingir além de competência técnica a proximidade ao paciente, compaixão e a sensibilidade. (A20, 7º semestre feminino, escore 58,53)

Pude refletir sobre como o médico afeta a vida de seu paciente muitas vezes sem perceber. (A15, 6º semestre, feminino, escore 58,34)

No subcorpus “Ferramentas para a humanização”, a classe “Empatia” (20,93% do *corpus*) tem o elemento que a denomina como a mais citada, sendo evidenciada como uma qualidade necessária para estes futuros profissionais, porém, parece perdida durante a formação destes, como se nota a seguir:

[...] insatisfação dos pacientes e familiares com a falta de algo que deveria existir em todos: a empatia. Esta, que hoje é procurada e desejada pelo profissional ao longo de seu curso e carreira, deveria estar presente em cada um sem esforços. Apenas ser e compreender o próximo. (A1, 7º semestre, feminino, escore 82,53)

Por mais cursos que existam, muito da empatia vem do próprio ser. É preciso buscar esse sentimento perdido em nossas vidas. Florescer e espalhar a boa relação, com poucas palavras ou muitas. Apenas colocar-se no lugar do outro. (A21, 7º semestre, feminino, escore 79,66)

Já na classe “Comunicação” (24,42%), os elementos “forma”, “ouvir”, “porque” e “perceber” se destacaram. Aqui, são evidenciados aspectos tanto da linguagem verbal quanto da não verbal como sendo importantes para que se concretize tanto a empatia quanto uma relação médico-paciente mais humanizada.

É apenas através dela [a comunicação] que conseguimos mostrar a imagem da nossa alma; que conseguimos transbordar. (A4, 7º semestre, feminino, escore 53,19)

Pensei que esse tipo de relação é ainda mais agravante em uma profissão na qual o indivíduo depende do grupo para que seja ouvido. Nesse sentido, as diferentes formas de comunicação se tornam pontes principalmente na Medicina. (A2, 4º semestre, feminino, escore 42,27)

A comunicação no sentido mais abrangente possível, abordando de gestos às palavras e como esses podem tanto contribuir para a cura quanto atuar como uma barreira intransponível entre o comunicando e o comunicado. Vejo que esse dilema acomete não só o médico e o paciente, mas também a sociedade como um todo. (A2, 4º semestre, feminino, escore 41,92)

Apresenta-se na figura 3 a AFC do *corpus*, que permite verificar, no plano fatorial, as palavras que diferenciam e caracterizam cada classe e observar suas intersecções. Nota-se que os *subcorpora* “Refletindo sobre possibilidades e barreiras na relação médico-paciente” e “Ferramentas para a humanização” encontram-se em oposição, existindo poucas palavras em comum entre ambos, principalmente quando se nota a classe “Comunicação”. Já as classes “Tratando a doença e não o doente”, “Entraves para o cuidado humanizado” e “Reflexões” apresentam grande sobreposição.

Essa disposição encontrada no plano fatorial reforça o que já foi comentado anteriormente: estes educandos percebem e explanam críticas aos profissionais médicos com os quais têm contato, mas trazem justificativas para a forma fria como esses profissionais agem, principalmente relacionadas às condições de trabalho, ao tipo de enfermidades que tratam e ao ato de lidar com a morte. Ao serem chamados a refletir pelos materiais disparadores postos pela disciplina que cursam, propõem mudanças, principalmente destacando o papel da empatia e da comunicação; do ouvir o outro, como importantes para consecução dessas modificações.

Porém, destacam-se diferenças encontradas entre os textos segundo a variável sexo ou semestre cursado. Para as graduandas, as palavras que aparecem com maior força estatística em seus portfólios são “texto” (referente aos materiais disparadores), “saber”, “tornar”, “forma”, “outro” e “medicina”. Essas palavras surgem em textos mais relacionados às classes “Tratando a doença e não o doente”, “Reflexões” e “Comunicação”. Já os alunos citam mais “médico”, “saúde”, “tratamento” e “paciente”, com textos concentrados nas classes “Entraves para o cuidado humanizado” e “Reflexões”.

Quanto ao semestre cursado, essas diferenças podem ser visualizadas na figura 3, na qual se observa que os alunos de semestres mais avançados trazem segmentos de textos principalmente relacionados à classe “Comunicação”, mostrando-se preocupados com a forma de exercer uma comunicação eficaz. Ainda no subcorpus “Ferramentas para a Humanização”, os educandos do 3º semestre preocupam-se mais com a classe “Empatia”. Os graduandos dos 2º, 4º e 5º semestres, cujos textos concentram-se no subcorpus “Refletindo sobre possibilidades e barreiras na relação médico-paciente”, mostram-se os mais preocupados com o tratar a pessoa e em ter uma atitude mais compreensiva.

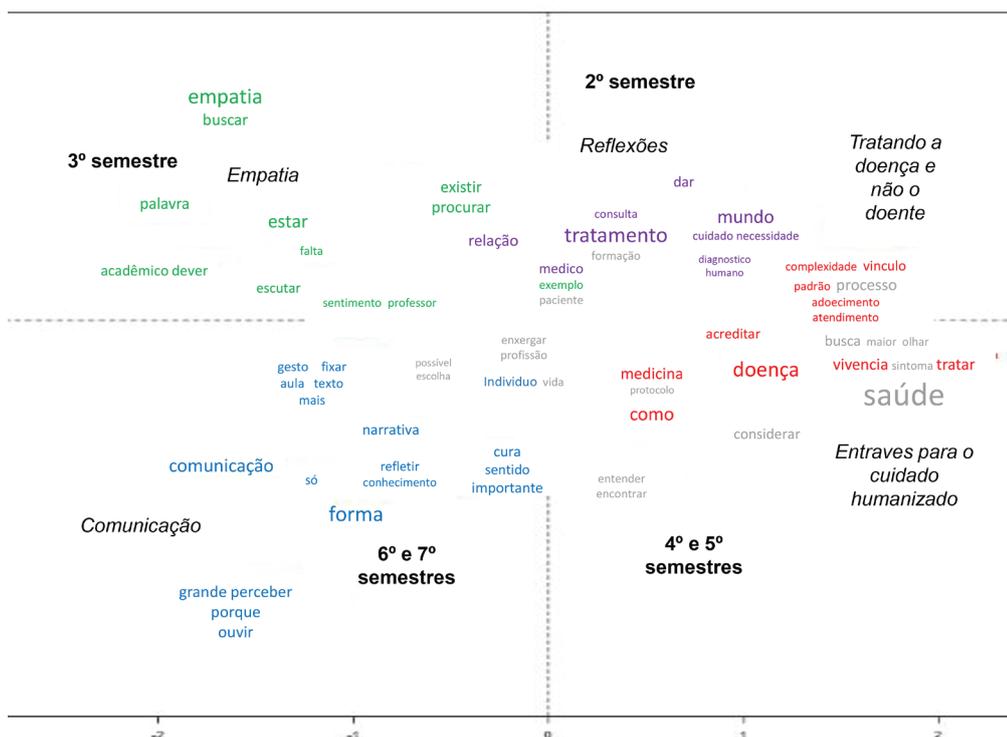


Figura 3. AFC do corpus e distribuição segundo semestre cursado dos portfólios dos educandos da disciplina “Medicina e narrativas”, São Paulo, 2018

Fonte: IRaMuTeQ®

Discussão

O portfólio reflexivo é uma das inúmeras ferramentas avaliativas que podem ser utilizadas pelo professor com vistas ao acompanhamento da construção do conhecimento. Considerada uma das mais completas, nada mais é do que um processo individual e uma narrativa que vai sendo construída pelo aluno à medida que este pondera sobre sua aprendizagem e sobre o que desta é importante para seu futuro profissional. Conforme o aluno narra e reflete sobre seu trajeto, lendo e relendo sua escrita, ocorre mudança na forma como se compreende e compreende o outro²³.

Stelet *et al*²⁴ mencionam que a cultura avaliativa dos cursos de Medicina é principalmente voltada para a construção cumulativa do conhecimento, pouco crítica, sem priorizar o andamento dos graduandos no que tange às competências e habilidades necessárias à prática profissional; desta forma, habilidades psicomotoras e afetivas deixam de ser apreciadas. O portfólio assumiria então esse *locus*, no qual o professor e o aluno, agora leitor e narrador, assumem o diálogo, permitindo emergir significados pedagógicos, sendo ferramenta que produz reflexão para a prática.

Tendo estes pressupostos como base, optou-se pela análise dos portfólios reflexivos dos graduandos de Medicina que cursaram a disciplina já citada, na busca não só das representações que emergiram dos textos, mas também da construção de aprendizagem durante a trajetória destes.

Na análise do *corpus*, não causou estranheza que tenha emergido a classe “Tratando a doença e não o doente”, já que, desde os séculos XVIII e XIX, os médicos têm sua formação pautada em um modelo curricular considerado cada vez mais tecnicista, no qual o foco não é a pessoa que adocece, mas sim os órgãos e sistemas acometidos pelas diversas enfermidades tidas como universalidades. Há pouco espaço, nesse currículo, para o exercício da autonomia do sujeito que adocece, considerado um paciente. Alguns desses graduandos vivenciaram essas questões não só como alunos, mas também considerando suas próprias experiências familiares ou pessoais.

Autores como Foucault²⁵, Le Breton²⁶ e Good⁶, entre outros, destacam que a Medicina, a partir da cosmovisão que se instala com a modernidade, pauta-se pela fragmentação do ser, pela hiperespecialização e pelo reducionismo, modelo baseado primordialmente nas ciências biológicas, nas quais a ciência é tida como a única verdade. A Medicina, cada vez mais tecnológica e especializada, desqualifica o doente e realça a doença, que passa a ser entendida como seu único objeto de trabalho e ponto principal do currículo, como se observa nos textos desses alunos.

Quando se fala em currículo, não se pode esquecer que este não é neutro e que apresenta em sua composição não só elementos pedagógicos, mas também políticos, sociais, econômicos e culturais, com reflexos para a sociedade. Dessa forma, o currículo reproduzirá a cultura e racionalidade entendida como sendo representativa daquela formação profissional. Assim, um currículo tecnicista e biologizante impactará em um perfil de egresso que pode não ser o socialmente desejado ou o apregoado pelas DCN.

Além do denominado currículo formal, em todo ambiente de aprendizagem há o currículo velado, oculto, que se traduz tanto em práticas quanto em processos educativos e que levam a resultados de aprendizagem que não foram explicitados ou que são diversos dos desejados. Esse currículo oculto é fortemente influenciado pela cultura e pelas representações sociais tanto dos professores quanto dos alunos^{27,28}, sendo percebido e reproduzido por esses educandos, como se nota em seus textos.

Pesquisas demonstram que, a partir da metade dos cursos de Medicina, com o contato cada vez maior com médicos já formados, o currículo oculto passa a predominar. Esse currículo oculto ressalta que o médico não deve ter emoções nem sentimentos, pois estes devem ser negados na relação médico-paciente. Portanto, um distanciamento entre médico e paciente passa a ser engendrado^{10,11,28}.

Para esse grupo de alunos, as condições do trabalho justificam o distanciamento da pessoa, o foco na doença e a perda de empatia. Além dessas condições, a ausência de vínculo é também fundamentada pelas próprias doenças crônicas com as que devem lidar e pela vivência da morte, sendo destacada a ausência de um currículo que os possa preparar para serem mais humanizados frente a esses eventos.

Aguiar *et al*²⁹ destacam estudos que demonstram que os estudantes de Medicina, ao longo de sua graduação, modificam seu comportamento influenciados tanto pela exposição ao sofrimento quanto pela vivência da inadequação da assistência prestada ao paciente. Dessa forma, o idealismo inicial se reduz e o distanciamento entre médico e paciente surge como uma defesa, ocorrendo um declínio da empatia. Nesse grupo de educandos, os textos transcritos e a AFC do *corpus*, principalmente quando analisada segundo os semestres cursados pelos alunos, parecem demonstrar esse comportamento, concentrando a classe “Empatia” os segmentos de texto dos graduandos que se encontram nos semestres iniciais do curso.

Machado e Antunes³⁰ descrevem a experiência que tiveram com a implantação de uma disciplina optativa sobre narrativas em um curso de medicina português, na qual ressaltam que os alunos inexperientes têm um diálogo mais empático, preocupando-se mais com aspectos psíquicos e sociais, quando comparados aos alunos mais avançados, como aqui observado. Em estudo realizado no Jefferson Medical College, Hojat *et al*³¹ avaliaram, mediante escala, a empatia dos alunos no ingresso na faculdade de Medicina e no final de cada ano letivo. Esses autores puderam observar que ocorre um declínio significativo na empatia durante o terceiro ano da faculdade, exatamente durante o período em que o currículo está mudando para atividades de atendimento ao doente, quando esta é mais requisitada.

O declínio da empatia em estudantes de Medicina é associado ainda, pela literatura, a pressão, estresse, perda da qualidade de vida e despreparo para assumir responsabilidades – todos eventos que se tornam frequentes com o avançar do curso, podendo associar-se ao esgotamento emocional ou *burnout*²⁹.

A cada dia, mais estudos surgem demonstrando o incremento de doenças como as síndromes depressivas e *burnout* entre os médicos, principalmente os mais jovens. Este fato seria consequência, segundo alguns autores, do despreparo desses profissionais, notadamente estudantes e recém-formados, para atender doentes que exigem uma aptidão emocional diferenciada, tais como as pessoas que tem doenças crônicas e/ou

doenças mentais. Além desse despreparo, estes médicos estão expostos a práticas de gestão que desconhecem essas novas demandas, daí o surgimento de estresse e elevados índices de drogadição e suicídio³².

Como mencionado, as três classes que compõem o subcorpus “Refletindo sobre possibilidades e barreiras na relação médico-paciente” apresentam forte inter-relação entre si. Assim, na primeira classe – “Tratando a doença e não o doente” –, o médico é representado como um técnico impessoal; já na segunda – “Entraves para o cuidado humanizado” –, esse profissional aparece como uma pessoa sujeita a pressões externas que a modificam e moldam, tendo pouca formação para o cuidado humanizado; e, na última – “Reflexões” –, principalmente no que se refere aos materiais disparadores utilizados na disciplina, traz tanto o que esse grupo de educandos crê que deva ser uma relação médico-paciente humanizada quanto a descrença de que seja possível modificar o panorama atual. A preocupação de grande parte desses alunos em conseguir trabalhar com a pessoa e não somente com a doença e em recuperar a empatia – que, segundo eles, perderam – parece demonstrar que a maioria encontrou significado nas discussões propostas e ressoa a síntese necessária entre competências técnicas e humanísticas que devem pautar o profissional médico.

Empatia, considerada como fundamental na relação médico-paciente, pode ser conceituada como sendo a qualidade pessoal necessária para que ocorra o entendimento, por parte do profissional de saúde, das experiências e sentimentos dos pacientes. É um conceito que envolve os domínios tanto cognitivo quanto afetivo e emocional. Hojat *et al*³¹ destacam que, na área médica, a empatia caracteriza-se por três componentes: cuidado compassivo, colocar-se no lugar do outro e tomada de perspectiva, sendo que médicos empáticos são considerados pela sociedade como melhores cuidadores.

Há muita discussão na literatura sobre se é possível ensinar empatia. Alguns autores apontam que não, já que se trata de um atributo pessoal; porém, a maioria ressalva que existe essa possibilidade de aprendizado, desde que ocorram atitudes educacionais direcionadas, como ocorre na Medicina Narrativa em todas as suas vertentes, como mencionado^{7,8,10-13,28,30}. A expectativa de aprendizado da empatia é demonstrada por este grupo de educandos, tanto em seus textos quanto na procura por textos complementares.

Para os educandos deste grupo, as classes “Empatia” e “Comunicação” surgiram como qualidades importantes e desejáveis para um futuro profissional. Em relação à última, principalmente relacionada aos elementos textuais dos educandos de semestres mais avançados, apesar de reconhecida como fundamental na relação médico-paciente, parece gerar preocupação. A solicitação de textos complementares que tratassem do tema, a preocupação com a geração de conflitos por uma má comunicação e a dificuldade de trabalhar com situações em que más notícias devam ser dadas foram explicitadas nos textos. Sua posição na AFC, em oposição às demais classes, parece demonstrar que esses graduandos, apesar de reconhecerem sua importância, ainda não conseguem incorporá-la às suas práticas.

Quanto à diferenciação dos textos do *corpus* segundo o sexo, estudos demográficos³³ vêm demonstrando uma maior participação das mulheres na área médica, porém, estas ainda se concentram em especialidades ligadas à atenção a criança, à clínica, à maternidade e ao corpo feminino, estando em menor número em especialidades ainda

tidas como masculinas, como as cirúrgicas. Esses achados encontram-se ancorados em papéis de gênero socialmente construídos, nos quais as mulheres profissionais da saúde trazem mais evocações relacionadas à humanização, trabalho em equipe e dedicação, reproduzindo representações sociais que atribuem à mulher o papel de cuidadora³⁴. Pode-se inferir, pelos segmentos de texto relacionados ao sexo feminino, que essas alunas reproduzem essas representações, mostrando-se mais preocupadas com a humanização. Já as palavras e textos dos alunos demonstram maior preocupação com seu desempenho enquanto futuros médicos e mais ceticismo em relação às mudanças na relação médico-paciente.

A literatura mostra que a capacidade de reflexão pode ser estimulada principalmente por meio da escrita, quando esta versa sobre experiências, vivências, ideias e sentimentos. Estas mesmas pesquisas mostram que alunos que refletem sobre suas vidas mostram-se mais disponíveis e empáticos^{5,7,8,11}. Como esta pesquisa baseia-se em portfólios, pode-se entender que os textos desses alunos trazem esse componente reflexivo importante, podendo ser visualizada a influência das experiências e vivências postas pela disciplina eletiva nesses conteúdos textuais, principalmente na classe “Reflexões”. Pesquisas realizadas com a utilização de narrativas de adoecimento demonstram que os alunos sentem admiração pelos doentes, já que as histórias de vida trazem pontos que os fazem refletir sobre situações pessoais e familiares^{13,15}. A empatia é sempre destacada, além do entendimento de significados, vivências e sentimentos envolvidos no adoecer, como citado em vários textos do *corpus* aqui analisado.

Conclusão

Há muito se discute a mudança do ensino médico, que deve equilibrar competências tanto técnicas quanto humanísticas. Ao realizar a análise do conteúdo dos portfólios desses alunos, pode-se perceber que a disciplina tema da pesquisa propiciou reflexões nesse sentido, mas que o currículo oculto, impregnado pela racionalidade instrumental, ainda persiste e exerce grande influência no aprendizado.

Ao analisarem-se as percepções que emergiram dos textos produzidos por este grupo de educandos, pode-se notar, apesar da diferença de representações que emergiram entre as alunas e os alunos e entre os diferentes semestres, que o grupo pode representar a profissão médica com componentes relacionais importantes, associando a competência técnica a um olhar diferenciado sobre o outro: o paciente. As habilidades comunicacionais e a empatia foram valorizadas pelo grupo. Reflexões sobre o papel do médico, a forma como o atendimento à saúde vem ocorrendo e a necessidade de humanizar disciplinas também se mostraram importantes.

Deve-se ressaltar que este estudo utilizou o *software* IRaMuTeQ® para análise de conteúdo, ferramenta ainda pouco divulgada e utilizada em pesquisas no Brasil, principalmente na área da saúde. Outra limitação é o próprio desenho do estudo e grupo estudado, que não permite generalizações.



*O projeto “Ensino baseado em narrativas” recebeu financiamento parcial do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde – Prêmio Inovasus, Gestão da Educação em Saúde.

Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

As autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor associado

Cesar Augusto Orazen Favoreto

Submetido em

18/06/20

Aprovado em

26/12/20



Referências

1. Manso MEG. Saúde e doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido. São Paulo: Max Limonad; 2015.
2. Fernandes I. A pertinência da medicina narrativa na prática clínica. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014; 30:289-90.
3. Brasil. Conselho Nacional De Educação. Câmara Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Parecer CNE/CES n.116/2014. Brasília: CNES; 2014.
4. Hurtwitz B. Narrative (in) medicine. In: Spinozzi P, Hurtwitz B, editors. *Discourses and narrations in the biosciences.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Unipress; 2011.
5. Charon R. O corpo que se conta: por que a medicina e as histórias precisam uma das outras. São Paulo: Letra e Voz; 2015.
6. Good BJ. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective.* New York: Cambridge Press; 1994.
7. Milota MM, van Thiel GJM, van Delden JJM. Narrative medicine as a medical education tool: a systematic review. *Med Teach.* 2019; 41(7):802-10.
8. Souza NA, Rocha A, Gomes MK, Bastos DF. A narrativa de adoecimento e as práticas formativas na construção da realidade clínica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2014.
9. Martínez-Hernaéz A. Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Tarragona, ES: URV; 2015.
10. Claro LBL, Mendes AAA. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de medicina. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(65):621-30.
11. Cunningham H, Taylor D, Desai UA, Quiah SC, Kaplan B, Fei L, et al. Looking back to move forward: first-year medical students' meta-reflections on their narrative portfolio writings. *Acad Med.* 2018; 93(6):888-94.
12. Gowda D, Curran T, Khedagi A, Mangold H, Jiwani F, Desai U, et al. Implementing an interprofessional narrative medicine program in academic clinics: Feasibility and program evaluation. *Perspect Med Educ.* 2019; 8:52-9.
13. Charon R. Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Med.* 2013; 42(1):3-5.
14. Gallian D. *A literatura como remédio - os clássicos e a saúde da alma.* São Paulo: Martin Claret; 2017.
15. Biasco PG, Gallian DMC, Roncoletta AFT, Moreto G. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação humanística. *Rev Bras Educ Med.* 2005; 29 (2):119-28.
16. Favoreto CA, Camargo Junior KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(37):473-83.
17. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS, Universidade Federal de Santa Catarina; 2013 [citado 2 Abr 2015]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
18. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social.* Petrópolis: Vozes; 2009.



19. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado DCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesqui Prat Psicos*. 2020; 15(2):e3283.
20. Ramos MG, Lima VMR, Amaral-Rosa MP. Contribuições do software IRAMUTEQ para a análise textual discursiva. *Atas CIAIQ 2018 investigação qualitativa em educação*. 2018 [citado 4 Out 2020]; 1:1-10. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1676>
21. Bardin L. *Análise de conteúdo: edição revista e ampliada*. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
23. Vilarinho LRG, Leite LS, Ribeiro MB, Pimentel SRG. O portfólio como instrumento de avaliação: uma análise de artigos inseridos na base de dados e-AVAL. *Meta Aval*. 2017; 9 (26): 321-36.
24. Stelet BP, Romano VF, Carrijo APB, Teixeira Junior JE. Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):165-76.
25. Foucault M. *A História da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.
26. Le Breton D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
27. Araujo VPC. O conceito de currículo oculto e a formação docente. *Rev Estud Aplicados Educ*. 2018; 3(6):29-39.
28. 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>.
29. Aguiar CS, Formiga NS, Cantilino A. Empatía en los estudiantes de medicina: un levantamiento de literatura. *Eureka*. 2017; 14(2):290-303.
30. Machado MC, Antunes JL. Narrativa da doença: uma disciplina optativa na faculdade de medicina de Lisboa. *Acta Med Port*. 2016; 29(12):790-2.
31. Hojat V, 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(9):1182-91.
32. Moreira H, Souza KN, Yamaguchi MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Ocup*. 2018; 43:e3.
33. Scheffer M. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2018.
34. Oba MV, Kinouchi FL, Scanduzzi RJ, Soares DW, Brandão ML. Ser mulher mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. *J Health Sci Inst*. 2012; 30(4):343-8.



This article presents the perceptions and reflections of students doing the course “Medicine and Narratives”. The *corpus* of the study consisted of the portfolios of 21 students, analyzed using the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, IRaMuTeQ®. Two *subcorpus* emerged: “Reflecting on Possibilities and Barriers in the Doctor-Patient Relationship” and “Humanizing Tools”. It can be inferred that the students represent the medical profession, showing important relational components associating technical competence with a different way of looking at the other, despite the differences between sexes and semester. The group emphasized communication skills and empathy, although the latter was described as something that has been lost. It can be concluded that the module helped the students make some important reflections.

Keywords: Curriculum. Medical education. Health narratives. Humanization of care.

Esta investigación tiene el objetivo de presentar las percepciones y reflexiones surgidas de los alumnos participantes de una asignatura denominada “Medicina y Narrativas”. El *corpus* de esta investigación lo constituyeron los portafolios de 21 alumnos y, para su análisis, se utilizó el software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, IRaMuTeQ®. Surgieron dos *subcorpus*: “Reflexión sobre posibilidades y barreras en la relación médico-paciente” y “Herramientas para la humanización”. Se puede inferir que los alumnos representan la profesión médica con componentes relacionales importantes, asociando la competencia técnica a una mirada diferenciada sobre el otro, a pesar de haber surgido diferencias entre los sexos y semestres cursados por estos alumnos. El grupo valoró las habilidades de comunicación y la empatía; sin embargo, esta última se describe como algo que fue perdido. Se puede concluir que la disciplina proporcionó reflexiones importantes para estos alumnos.

Palabras clave: Currículo. Educación médica. Narrativa de salud. Humanización de la asistencia.