

## Praticando Humanização: a Utilização de Narrativas de Adoecimento na Graduação Médica

Maria Elisa Gonzalez MANSO<sup>i</sup>

### Resumo

O propósito desta pesquisa é apresentar como os graduandos de um curso de medicina de um Centro Universitário localizado na cidade de São Paulo, SP, vivenciaram a coleta de narrativas de adoecimento de pessoas portadoras de doenças crônicas e qual o impacto causado por essa vivência. É uma pesquisa qualitativa desenvolvida durante os anos de 2018 e 2019, cujo *corpus* foi composto por transcrições de diários de campo e rodas de conversa de acolhimento. Observou-se que os alunos ressaltam aspectos apreendidos aos quais não teriam acesso seguindo apenas o roteiro da anamnese, marcada por interrupções e direcionamentos para a doença, procedimento tido por eles como normal. A influência do currículo oculto ficou clara, mas a coleta de narrativas proporcionou para esses alunos um momento de vivência de empatia e escuta ativa, mobilizando afetos e emoções.

**Palavras-chave:** currículo; educação superior; narrativas pessoais; empatia.

### *Practicing Humanization: the Use of Narratives of Illness in Medical Graduation*

### *Abstract*

*The purpose of this research is to present how the undergraduate students of a medical course linked to a University Center located in the city of São Paulo, SP, experienced the collection of narratives of illness from people with chronic diseases and the impact caused by said experience. It is a qualitative research developed during the years of 2018 and 2019, whose corpus was composed of field diaries and transcripts of welcoming conversation circles. It was observed that the students highlighted learning aspects which they would not have access following only the anamnesis script, well-marked by interruptions and overly directed towards the disease, a procedure considered to be normal. The influence of the hidden curriculum was clear, but the collection of narratives provided these students with a moment of empathy and active listening, mobilizing affections and emotions.*

**Keywords:** curriculum; education higher; personal narrative; empathy.

---

<sup>i</sup> Doutora em Ciências Sociais pela PUC-SP. Médica e bacharel em Direito. Professora titular do curso de medicina e direito Centro Universitário São Camilo/SP. E-mail: [mansomeg@hotmail.com](mailto:mansomeg@hotmail.com) – ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5446-233X>.

*Practicando la Humanización:  
el Uso de Narrativas de Enfermedades en la Graduación Médica*

**Resumen**

*El propósito de esta investigación es presentar cómo los estudiantes de un curso de medicina en un Centro Universitario ubicado en la ciudad de São Paulo, SP, experimentaron la recopilación de narrativas de enfermedad de personas con enfermedades crónicas y el impacto que esta experiencia generó. Se trata de una investigación cualitativa desarrollada durante los años 2018 y 2019, cuyo corpus estuvo compuesto por transcripciones de diarios de campo y círculos de conversación de bienvenida. Se observó que los estudiantes resaltan aspectos aprendidos a los que no tendrían acceso, siguiendo únicamente la anamnesis, marcada por interrupciones e indicaciones de la enfermedad, procedimiento considerado por ellos como normal. La influencia del currículum oculto fue clara, pero la colección de narrativas brindó a estos estudiantes un momento de experiencia de empatía y escucha activa, movilizando afectos y emociones.*

**Palabras clave:** currículo; educación superior; narrativa personal; empatía.

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a época hipocrática, a medicina reconhece a narrativa da doença como parte do encontro clínico, lugar onde o médico deve analisar tanto o doente quanto a doença, a fim de aliviar o sofrimento.

A partir do século XVIII, entretanto, impõe-se na área médica uma nova cosmovisão, em que, em nome da obtenção de dados objetivos, exclui-se a autonomia do doente, cujos projetos de vida, vivências, experiências, expectativas, deixam de ser privilegiados. Nesse novo paradigma, o foco da atenção do médico passa a ser unicamente alcançar a doença, priorizando-se a análise pautada pelas ciências biológicas, o que favorece a fragmentação e a hiperespecialização. A finalidade médica é, dessa forma, a obtenção de um diagnóstico e correspondente tratamento centrado nos órgãos, sistemas, células, genes. O adoecimento é tido como uma universalidade, afastando-se assim a subjetividade de quem padece. É o modelo que permeia os currículos universitários e a prática médica desde então, consolidando um saber-poder, e que engendra um distanciamento entre o médico-único detentor do saber e o enfermo-considerado um paciente (Good, 1994; Foucault, 2001; Fernandes, 2014).

Essa forma de pensar foi transplantada para todos os cursos da área da saúde, sendo, no Brasil, reforçada pela legislação para a educação superior até que, no ano de 2001, foram aprovadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais propõem um

distanciamento desse modelo. Essas diretrizes destacam a crítica ao modelo hegemônico anteriormente comentado, o qual prioriza a relação profissional de saúde-paciente realizada preferencialmente na atenção hospitalar. As novas DCN ressaltam a necessidade de mudar a abordagem das doenças para as pessoas que adoecem, deslocando a atenção à saúde do hospital para a atenção à saúde de forma integral, a ser realizada preferentemente na atenção primária (Brasil, 2001a; 2001b; 2014).

As DCN vigentes trazem ainda a importância de não apenas modificar a grade curricular ou a metodologia de ensino, mas também a premência na mudança da forma como os educandos percebem o adoecer, o qual deve ser entendido como um processo singular, subjetivo, inscrito na cultura, socioeconômica e historicamente condicionado. É preciso de igual modo possibilitar aos graduandos vivências do trabalho em equipe e propiciar, na prática, a formação de vínculo e o respeito à autonomia de quem procura o serviço de saúde, entre outras competências e habilidades (Brasil, 2001a; 2001b; 2014).

O adoecer pode ser traduzido como uma “síndrome de experiência” (Good, 1994, p. 28), um conjunto de palavras, significados, vivências, representações, sentimentos, que ocorrem juntos. Essa síndrome insere-se em redes de significação e interação, multiplicando-se em uma série de modelos que justificam, tanto para quem adoecer quanto para seu grupo social, o porquê de estar enfermo.

Dessa forma, existirá uma *illness*, doença-sujeito ou doença na primeira pessoa, que expressa o que o indivíduo enfermo reconhece como seu processo de adoecimento, mas, para o profissional de saúde, haverá uma *disease*, doença-objeto ou doença na terceira pessoa, construída por meio do aprendizado da anatomia, fisiologia, patologia, entre outras disciplinas. Quando ocorre o encontro profissional de saúde-enfermo, nem sempre esses dois modelos explicativos coincidem. O profissional de saúde, seguindo um roteiro preestabelecido e concebido para chegar à *disease*, cala o saber do enfermo, desvalorizando-o (Kleinmam, 1980; Laplantine, 2010; Stewart *et al.*, 2010).

A fim de apreender a experiência com a enfermidade, as narrativas de adoecimento ganham relevância como método de ensino que pode fortalecer a capacidade do profissional de saúde de compreender o adoecido, suas representações e vivências (Kleinmam, 1980; Charon *et al.*, 2017; Biglino *et al.*, 2019). A prática terapêutica pode ser, portanto, considerada como

interpretativa, um constante trabalho hermenêutico, a fim de alcançar as narrativas dessa experiência que o sujeito que padece evoca.

Consideradas como um conjunto de estruturas linguísticas, as narrativas de adoecimento ganham forma a partir de vários processos mentais, corporais e sociais, inseridos em um contexto cultural e sócio-histórico. Essas estruturas fornecem sentido à vivência da doença, ao integrarem representações sociais, estereótipos, informações, aspectos da vida, conhecimentos e práticas, tanto próprias ao sujeito quanto ao grupo familiar e social. Mediante a narração, o fato se transforma em experiência, permitindo a análise das perturbações advindas do adoecer e a reconstrução da realidade. Traduzidas em linguagens verbais e não verbais, propiciam a análise dos desequilíbrios advindos do adoecer (Carelli; Pompílio, 2013; Manso *et al.*, 2019).

Desde a metade do século XX, narrativas de adoecimento são aplicadas no ensino médico como ferramenta que estimula a escuta ativa, a empatia, a formação de vínculo, a humanização da relação médico-paciente (Charon *et al.*, 2017). No Brasil, há relatos de seu emprego na formação de médicos, enfermeiros e psicólogos, tanto na graduação quanto na pós-graduação (Souza *et al.*, 2014; De Benedetto; Gallian, 2018; Manso *et al.*, 2019; Manso; Torres, 2020). As narrativas romperiam a tecnicidade dos currículos médicos, incorporando saberes populares e permitindo ir além do biológico, contextualizando o adoecimento como um fenômeno complexo, multifacetado, não redutível, protagonizado por quem sofre.

A fim de consolidar a implementação dos pontos trazidos pelas novas DCN até aqui destacados para os cursos da área da saúde, foi gestado e implementado o projeto denominado “Ensino Baseado em Narrativas”, envolvendo os cursos de fisioterapia, medicina e nutrição de um Centro Universitário privado, localizado na cidade de São Paulo. O objetivo primordial do projeto é transformar a prática do educando no momento do encontro com o outro, a fim de apreender as necessidades de saúde dos adoecidos. Para tanto, ocorre a coleta, por cada educando participante do projeto, de narrativas de adoecimento de pessoas portadoras de doenças crônicas.

O propósito desta pesquisa é apresentar como os graduandos do curso de medicina vivenciaram essa coleta de narrativas e qual o impacto causado por essa vivência.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se uma pesquisa qualitativa realizada com 11 educandos do curso de medicina participantes do projeto “Ensino Baseado em Narrativas” desenvolvido durante os anos de 2018 e 2019.

Esses graduandos foram selecionados segundo os critérios constantes de um edital público, aberto a toda a comunidade discente. Após aprovação, os educandos tomaram ciência que, de acordo com os objetivos do projeto “Ensino Baseado em Narrativas”, sua produção pessoal (diários de campo, participação em rodas de conversa e em grupos) seria analisada. Para tanto, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em seguida, o projeto foi iniciado, tendo os educandos coletado narrativas de adoecimento de pessoas portadoras de afecções crônicas em um serviço de saúde localizado no município. Depois da coleta, os graduandos participantes eram recepcionados pelos professores envolvidos no projeto em rodas de conversa de acolhimento, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. O material resultante das transcrições das rodas de conversa e dos diários de campo escritos pelos educandos compôs o *corpus* utilizado nesta pesquisa, o qual foi validado por eles e, somente após, analisado. Consideraram-se apenas as falas dos alunos, sendo as demais retiradas.

Buscou-se analisar as representações trazidas por esses graduandos. Representações sociais traduzem a forma como os sujeitos produzem sentido a suas práticas por meio de um conjunto de conceitos, proposições e explicações gerados em seu cotidiano e em seu grupo social. Explicitam-se nos discursos e moldam comportamentos e atitudes (Moscovici, 2009). Podem ser apreendidas pela análise lexicométrica por meio de *softwares* (Sousa *et al.*, 2020).

Assim, para a análise dos dados do *corpus*, utilizou-se o *software* IRaMuTeQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), *software* livre, desenvolvido na linguagem Python e que utiliza funcionalidades providas pelo *software* estatístico R (Camargo; Justo, 2013). No Brasil, é utilizado desde 2013 e disponibiliza processamento de dados qualitativos obtidos a partir de entrevistas ou documentos. Considera a palavra como unidade, permitindo análise lexical a partir da inserção dela no *corpus*, composto por conteúdos semânticos que formam o banco de dados analisado (Camargo; Justo, 2013; Souza *et al.*, 2018).

Para utilização do *software*, o *corpus* foi revisto e salvo como documento de texto com codificação de caracteres-padrão UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*).

O IRaMuTeQ® executa estatísticas descritivas, tais como o cálculo do número e frequência de palavras; reconhece palavras únicas (coeficiente de Hapax); agrupa segmentos de texto conforme classes gramaticais e com base na raiz (lematização); e propicia a criação de nuvem de palavras. Efetua também análises multivariadas, entre elas a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Para variáveis com, pelo menos, três modalidades, realiza a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), representação gráfica das relações em um plano fatorial de duas dimensões, possibilitando identificar oposições. A fim de revelar a força associativa entre as palavras e sua respectiva classe, usa o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ): quando o teste for maior que 3,84, representando  $p < 0,0001$ , a força associativa é relevante (Camargo; Justo, 2013; Souza *et al.*, 2018).

Para esta pesquisa<sup>1</sup>, os segmentos de texto foram analisados quanto à frequência e cálculo do  $\chi^2$ , gerando a CHD que agrupa as palavras estatisticamente significativas em classes. Esse grupamento traduz as representações sociais comuns ao grupo, permitindo interpretações. A CHD é graficamente representada por um dendrograma, mas o programa ainda traça um filograma de palavras para cada, em que quanto mais no topo da lista e maior o tamanho da palavra, maior influência esta tem para aquela classe (Camargo; Justo, 2013; Souza *et al.*, 2018).

Realizou-se, por fim, a AFC, a qual foi desmembrada conforme as variáveis sexo e semestre cursado. Todos esses passos foram feitos pelo *software*, sendo a posterior análise realizada pelos pesquisadores. Para tanto, utilizou-se Análise do Conteúdo (Bardin, 2016) em etapas sequenciais: análise prévia, exploração do material e inferência e interpretação a partir do referencial teórico-científico atual.

### 3 RESULTADOS

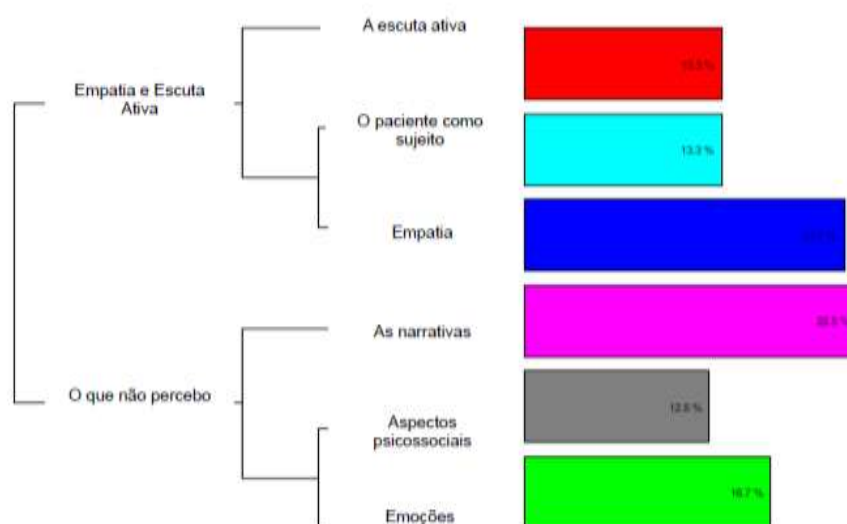
Dos onze graduandos selecionados seis eram do sexo feminino (55%) e cinco (45%) do sexo masculino. Quanto ao semestre cursado: (i) três alunos estavam, respectivamente, nos semestres 7.º e 6.º do curso; (ii) dois nos semestres 4.º e 3.º, nesta ordem; e (iii) um no segundo semestre. Ressalva-se que o curso apresenta duração de 12 semestres.

O *corpus* foi composto pelos 11 diários de campo e 11 transcrições de rodas de conversa de acolhimento, totalizando 22 Unidades de Contexto Inicial (UCI), com número total de palavras de 5.332, das quais 749 apresentaram uma única ocorrência. Geraram-se 151 segmentos de texto ou Unidades de Contexto Elementares (UCE), das quais foi possível um aproveitamento de 79,47%. Ressalta-se que, caso o aproveitamento fosse abaixo de 70% dessas UCE, o resultado não seria considerado representativo do grupo estudado.

A CHD trouxe dois grandes *subcorpora* como se observa na Figura 1. O primeiro *subcorpus*, denominado “Empatia e Escuta Ativa”, que representa 48,3% dos segmentos de texto, foi, por sua vez, desmembrado em três classes: “A escuta ativa”, “O paciente como sujeito” e “Empatia”, estas duas últimas inter-relacionadas.

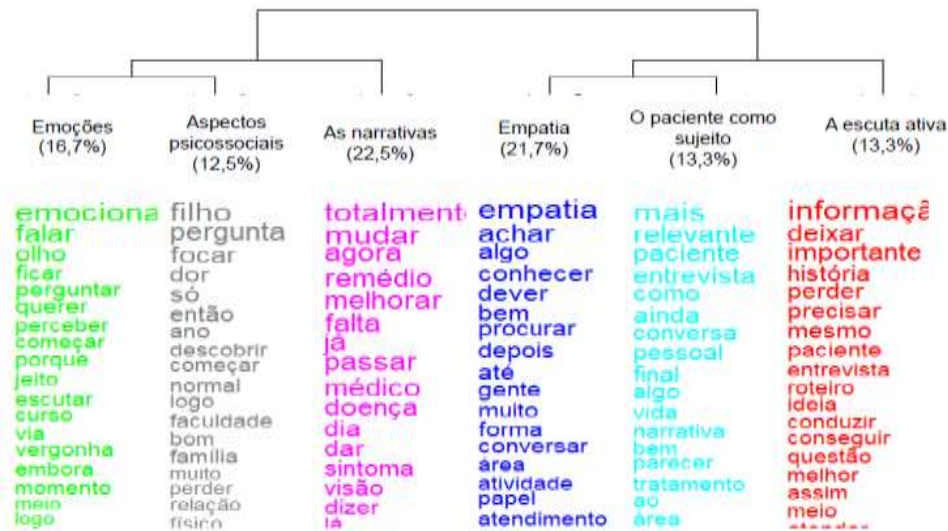
O segundo *subcorpus*, “O que não percebo”, evidenciou, por sua vez, 51,7% dos elementos textuais, com as classes “Aspectos psicossociais” e “Emoções” interligadas e agrupadas com a classe “As narrativas”. Na Figura 2, pode-se visualizar o dendograma com as palavras geradas para cada classe a partir do teste  $\chi^2$ .

Serão apresentadas apenas as palavras com  $p < 0,0001$  e serão transcritos somente textos que possuem os maiores escores, apesar de todos terem sido analisados.



**Figura 1** – *Subcorpora* e classes analíticas, Projeto Ensino Baseado em Narrativas, curso medicina, São Paulo, 2018-2019

Fonte: IRaMuTeQ®.



**Figura 2** – Dendrograma com as palavras geradas para cada classe, Projeto Ensino Baseado em Narrativas, curso medicina, São Paulo, 2018-2019  
Fonte: IRaMuTeQ®.

A classe “A escuta ativa” traduz 13,3% do *corpus*, tendo as palavras com maior destaque: *informação, deixar, importante, história, perder*, mostrando a comparação feita por esses educandos entre a anamnese médica tradicional e a utilização de narrativas. Os alunos ressaltam aspectos apreendidos da vida dessas pessoas que entrevistaram aos quais não teriam acesso seguindo apenas o roteiro da anamnese, porém evidenciam que os instrumentos podem ser complementares. Para esses graduandos, a coleta da anamnese, como aprendida por eles, é marcada por interrupções e direcionamentos para a doença, procedimento considerado normal. Durante a coleta das narrativas, porém, os pacientes puderam se expressar livremente, protagonizando assim suas experiências com o adoecer, conforme se observa nos textos a seguir transcritos:

*Eu me senti feliz por deixar o paciente falar. Eu achei uma forma eficiente de guardar a história, de obter as informações. Quando direcionamos a entrevista, precisamos conduzir o paciente enquanto ele fala, repetir as informações a fim de que nenhuma ideia se perca e eu diria que nós construímos a história. Parece artificial. Deixar o paciente falar tornou a situação mais real. Eu me senti conversando com uma pessoa (A9, 3.º semestre, escore 178,89).*

*Deixei ela conduzir a conversa e construir uma história que é dela. Isso me surpreendeu, porque eu não acredito que poderia obter esse nível de*



*detalhamento das informações se eu ficasse interrompendo o paciente (A9, 3.º semestre, escore 128,78).*

“O paciente como sujeito”, classe com a mesma representação percentual da anterior (13,3%), traz comentários desses educandos sobre o quanto se sentem distanciados dos pacientes, vistos no dia a dia apenas como uma doença e/ou uma pessoa sem autonomia. Aqui é novamente destacada a importância de deixar o paciente falar e comentar livremente sobre sua vida e suas vivências. As palavras mais citadas foram *mais*, *relevante* e *paciente* ( $p < 0,0001$ ), como exposto nos textos a seguir:

*[...] não restringir o paciente apenas ao tratamento em questão, mas sim tratar o paciente como um todo. Isso foi algo bem relevante, ainda mais vindo da boca dele, então eu acho que seria muito relevante eu relatar aqui (A3, 7.º semestre, escore 116,67).*

*Acredito ainda mais que muitas vezes a conversa é a melhor terapia e quero levar isso adiante no modo como lidar com os pacientes. Julgo a maneira como fazemos a medicina bastante errada, olhamos os pacientes como objetos e os restringimos meramente às suas doenças, enquanto o certo seria observá-los como autores de todo seu processo de adoecimento (A8, 2º semestre, escore 114,67).*

Empatia é a única palavra com  $p < 0,0001$  na classe “Empatia”, a qual exprime 21,7% do *corpus*, categorizada pelo *software* com a classe anterior. Nesta, os educandos do grupo destacam o quanto se emocionaram ouvindo as histórias dos pacientes. Os graduandos evidenciam ainda seu espanto por poderem sair de uma postura que consideram normal para um profissional de saúde, distante e fria, e ressaltam a falta de empatia que observam em suas práticas, como se nota a seguir:

*E isso deve ser o nosso maior bem, eu serei médica, meus colegas serão médicos e antes de tudo eles são seres humanos. Há uma necessidade de empatia, algo que não é trabalhado conosco e que muitos profissionais não possuem (A1, 6.º semestre, escore 59,08).*

*Esta empatia automática e intensa fez com que me emocionasse em vários momentos e me segurasse para não chorar junto ao paciente. Foi bem legal, eu senti que a gente sai daquela postura de médico, do normal do profissional de saúde (A7, 3.º semestre, escore 40,14).*

*Eu acho que essa conversa que eu tive com o paciente e todas as conversas que nós tivemos desde o início da iniciação científica foram muito relevantes para o meu crescimento pessoal, para uma ideia de ampliar os espaços, de buscar atrelar outras áreas à área que eu vou seguir, são essas situações, e a*

*situação da empatia, que foi algo que ficou muito pertinente para mim (A3, 7.º semestre, escore 39,75).*

Analisando-se as três classes que compõem o *subcorpus* “Empatia e escuta ativa”, evidencia-se que esses graduandos, apesar de identificarem que o curso busca trabalhar a humanização, observam-na pouco durante suas vivências no curso.

Quando se verifica o segundo *subcorpus* “O que não percebo”, que aglutina mais da metade dos segmentos de textos trabalhados nesta pesquisa, a classe “Aspectos psicossociais” (12,5%) aponta novamente para a preocupação desses educandos com a falta de escuta, principalmente além dos aspectos físicos trazidos por esses enfermos. As dores e as perdas das pessoas entrevistadas são ressaltadas e esses alunos salientam o quanto isso não surge nas anamneses que fazem. As palavras que se destacam nessa classe são *filho, pergunta, focar e dor*.

*Eu acho que ouvir o paciente muda tudo. Por exemplo, hoje eu comecei focando na parte física dela e só depois que eu fui descobrir que ela tinha perdido um filho, sendo que isso para ela é muito pior do que todas as dores dela, numa consulta rápida de 15 minutos, essa informação não vai chegar para o médico, ele vai ver as dores, prescrever um remédio e não vai adiantar muito, porque muitas vezes o problema não é somente físico (A5, 6.º semestre, escore 114,97).*

*Eu acho que todos os alunos deveriam fazer isso, pelo menos uma vez por ano, todos, deveria ser obrigatório na faculdade, você só sentar pra escutar, sem ter aquela obrigação do atendimento, sabe? (A6, 7.º semestre, escore 32,7).*

Por sua vez, a classe “Emoções”, 16,7% dos elementos textuais, representa o impacto causado pela escuta das narrativas nesses alunos. A emoção de conhecer o outro além da doença e de se permitir ver a emoção, tanto em si quanto no outro, são os destaques. Os segmentos de texto que a caracterizam são *emocionado e falar*.

*Aí eu percebi que quando ela começava a falar de como as pessoas em volta dela estavam se sentindo, o olho dela enchia de água, ela ficava muito emocionada, porque é uma coisa que ela tem vergonha, de ter essa dor (A6, 7.º semestre, escore 103,81).*

*Eu acho que é isso que falta, não basta ficar lá e dizer vou fazer seu diagnóstico, agora toma o remédio que você tem que tomar, agora pode ir embora. Eu não quero, se for para ser assim, eu nem quero ser médica, desse jeito, sei lá. Eu não chorei, eu fiquei emocionada várias vezes, de o olho começar a lacrimejar, mas eu estava emocionada de contente, não estava emocionada de triste, sei lá, eu gostei (A10, 4.º semestre, escore 78,23).*

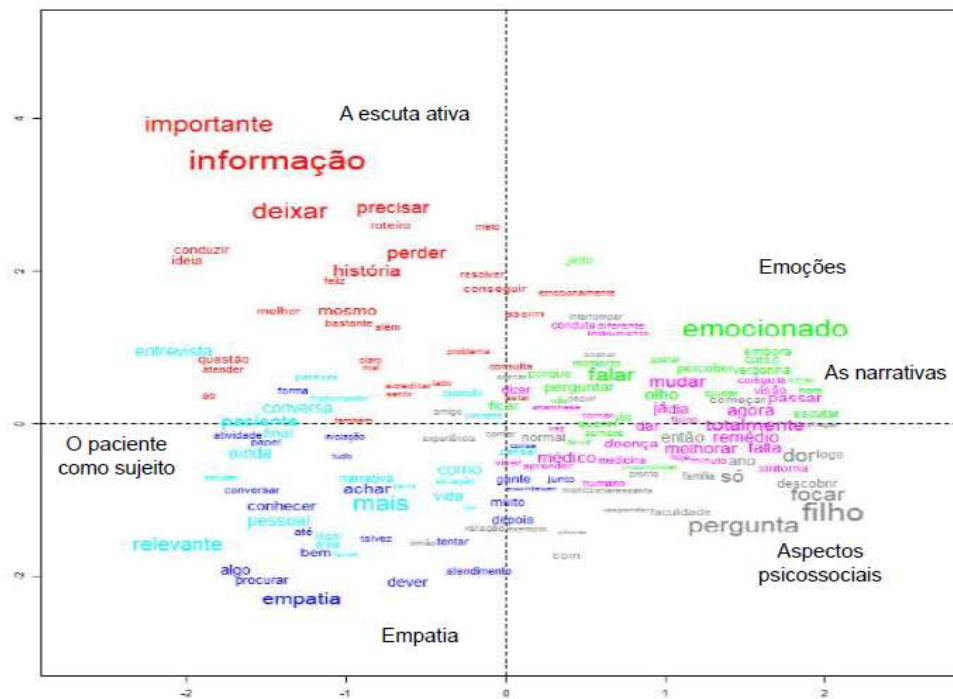
Pode-se inferir que as classes “Aspectos psicossociais” e “Emoção” estão relacionadas pela emoção, tanto sentida pelos educandos quanto percebida nos pacientes, e como isso é considerado significativo, pelos primeiros, para seu futuro profissional. Os sentimentos surgem como algo que ainda não haviam experienciado quando colhem anamneses, mas que reputaram relevante. Por sua vez, a classe “As narrativas” volta-se novamente para a comparação entre a coleta da anamnese, destacando-se o quanto essas narrativas impactaram esse grupo de educandos e suas práticas. Os graduandos ressaltam a importância de considerar a pessoa nos aspectos psíquicos-físicos-sociais e o quanto priorizar o aspecto físico restringe a atenção à saúde dessas pessoas entrevistadas. As palavras aqui são *totalmente* e *mudar*.

*Esse tipo de abordagem com o paciente é muito melhor do que a anamnese comum, pois o paciente conta sobre a vida dele, a trajetória dele, a experiência dele com a doença, como ele foi afetado, como a vida dele mudou e isso transforma totalmente a visão do profissional, você começa pensar em outros tipos de tratamento que poderiam melhorar a qualidade de vida dele sem ser apenas com o uso de remédios (A2, 7.º semestre, escore 76,09).*

*[...] tinha milhares de coisas ligadas que eu não ia perguntar na anamnese. Isso pode mudar totalmente a conduta que o médico teria (A4, 4.º semestre, escore 62,47).*

*[...] porque o paciente está se entregando ali pra gente, mas ele não tá só se entregando de corpo físico e doença, ele tá se entregando inteiro, então acho que vai mudar nesse sentido, acho que já me ajudou a ter um olhar mais... não digo humano, mas sem dúvida mais profundo, sobre o processo de adoecimento, o processo de vida do paciente, isso ficou bem marcado pra mim com essa narrativa (A7, 3.º semestre, escore 59,23).*

Apresenta-se na Figura 3 a AFC do *corpus* categorizado em classes, o que permite verificar, no plano fatorial, as palavras que diferenciam e caracterizam cada classe e observar suas intersecções.



**Figura 3** – AFC do *corpus* e distribuição categorizado em classes, Projeto Ensino Baseado em Narrativas, curso medicina, São Paulo, 2018-2019  
Fonte: IRaMuTeQ®.

No *subcorpus* “Empatia e escuta ativa”, nota-se a inter-relação importante entre as classes “O paciente como sujeito” e “Empatia”, podendo-se inferir que, para esse grupo de graduandos, a empatia é um veículo para que se alcance o sujeito. A classe “A escuta ativa” assume um papel de oposição a essas duas, o que parece demonstrar que o grupo vê a escuta atenta como um ferramental para o alcance das demais classes que compõem esse *subcorpus*, porém ainda distante de seu cotidiano.

No *subcorpus* “O que não percebo”, por seu turno, todas as classes aparecem bem interpenetradas, quase que totalmente sobrepostas, mostrando o quanto a coleta de narrativas proporcionou para esses alunos um momento de vivência de empatia e escuta ativa, mobilizando afetos e emoções.

Ainda no plano fatorial, observa-se que as palavras com maior destaque no *corpus* foram *informação* e *emocionado*, reforçando que esses alunos puderam perceber, com a coleta das narrativas de adoecimento, o quanto deixam de conhecer as pessoas que os procuram e como essa coleta os afetou.

Ressalta-se que, quando realizada a AFC segundo sexo ou semestre cursado, a análise não apontou diferenças.

#### 4 DISCUSSÃO

Anamnese, trazer de novo à memória, é uma entrevista realizada pelos profissionais da saúde que busca conduzir à tona fatos que permitam a elaboração de um diagnóstico. Em semiologia médica, é considerada o núcleo pelo qual se efetiva a relação médico-paciente, base para a decisão clínica. Não se trata de uma conversa livre, e sim da reconstituição de fatos relacionados à doença, sendo comum seguir um roteiro predeterminado, dirigindo-se a entrevista (Porto; Porto, 2019). O roteiro da anamnese é o mesmo em qualquer especialidade médica, com algumas diferenças relacionadas à idade e sexo do enfermo. Pressupõe que a doença é uma universalidade, que sua causalidade é linear e que a partir da soma das partes pode-se reconstituir o todo (Camargo Jr., 2005).

As pessoas procuram os médicos em momentos de fragilidade e as narrativas que trazem são complexas, porém pesquisas demonstram que, durante uma anamnese, esses profissionais escutam os pacientes, em média, 16 segundos antes de interromperem seu relato livre e iniciarem o interrogatório-padrão. Este, feito com perguntas diretas, busca apenas respostas, e não a experiência do adoecimento (Mallet *et al.*, 2016).

Essa prática reduz o indivíduo que tem alguma enfermidade, o qual passa a ser um objeto passivo, e não mais um sujeito ativo. Durante a graduação, isso propiciaria um “tipo de surdez” (Masana, 2015, p. 54), consequência do processo de se tornar estudante de medicina e, principalmente, vir a ser médico. Dessa forma, a doença é ressaltada e se deixa de ouvir o doente.

Good e Delvechio Good (2000) assinalam que os médicos são treinados desde o início da graduação a limpar e padronizar a narrativa do enfermo, descontextualizando as pessoas. Seguir um roteiro de atendimento prefixado e universal impede que o vínculo se estabeleça, distanciando o saber e as experiências vividas pelo adoecido. A fim de diminuir esse distanciamento, hoje se propõe a modificar a formação do futuro médico, a qual deve priorizar os vínculos e o aprender a ouvir o doente, tendo por base um binômio competência/cuidado,

em que o primeiro polo diz respeito ao conhecimento cognitivo e habilidades técnicas e o segundo trata da compaixão, empatia, atitude, relações.

Ouvir atentamente envolve saber como perguntar, como responder, não interromper indesejavelmente, respeitar os tempos da história, todas essas ações implicadas em uma relação de comunicação. É parte de qualquer interação social, associada a respeito, sensibilidade e empatia. O modelo médico atual, por não propiciar a escuta, torna-se um modelo de poder sobre o outro, desvalorizando o doente e produzindo distanciamento (Good; Delvechio Good, 2000).

Esse distanciamento médico-paciente e a não escuta são ressaltados pelo grupo de alunos participantes. Os educandos narram as interrupções e os direcionamentos que aprendem, procedimento que consideram normal na busca pela objetivação e certezas que os levem a um diagnóstico, e se mostram surpresos ao praticarem a escuta atenta. O grupo ainda ressalva o quanto ouvir as narrativas foi importante para o entendimento da experiência de adoecimento dessas pessoas que entrevistaram e destacam pontos que não observam na coleta da anamnese, tais como a importância dos aspectos psicossociais. A restrição do sujeito que ocorre ao conversar somente sobre a doença ficou evidente, assim como a descoberta das emoções, tanto nas pessoas das quais colheram as narrativas quanto em si próprios.

Em pesquisas realizadas com coletas de narrativas de adoecimento de pessoas que têm alguma afecção crônica, observa-se que muitos entrevistados sofrem ao reviver momentos passados, o que pode ser notado por esses alunos. Essas emoções nem sempre são valorizadas quando da obtenção da anamnese tradicional, impedindo assim a criação de um vínculo (Kleinmam, 1980; Good; Delvechio Good, 2000; De Benedetto; Gallian, 2018).

Ao trabalhar com narrativas, nota-se ainda a relevância das percepções e sentimentos que a escuta atenta provoca. Esse grupo de alunos sensibilizou-se com essas escutas, mas pesquisas ressaltam que os graduandos, apesar de admirarem os pacientes, têm dificuldades de lidar com as emoções e com o sofrimento, podendo haver, inclusive, sobrecarga emocional (Claro; Mendes, 2018; De Benedetto; Gallian, 2018). Daí a importância do acolhimento feito aos educandos participantes do projeto logo após a coleta pelos educadores.

Esses graduandos participantes apontam ainda a falta de empatia que percebem em seu dia a dia como futuros médicos e que a coleta de narrativas surgiu como uma oportunidade que propiciou reflexões sobre suas práticas atuais e futuras. Empatia pode ser definida como uma qualidade pessoal necessária para que ocorra o entendimento, por parte do profissional de

saúde, das experiências e sentimentos das pessoas que os procuram. Envolve domínios cognitivos, afetivos e emocionais, caracterizando-se, na área médica, por três componentes: cuidado compassivo, colocar-se no lugar do outro e tomada de perspectiva. A sociedade reconhece médicos empáticos como melhores cuidadores, valorizando-os (Hojat *et al.*, 2009).

A queda da empatia em alunos de medicina é ressaltada por várias pesquisas, as quais atribuem essa progressiva diminuição a vários fatores, tais como: (i) excesso de competitividade e estresse durante a graduação; (ii) tempo de duração do curso; (iii) sobrecarga de atividades; (iv) não priorização de discussões sobre empatia e humanização durante a formação; (v) condições adversas de trabalho, como excesso de responsabilidades, despreparo e pressão do tempo para realização de múltiplos atendimentos; e (vi) interação com pares e/ou professores, com destaque para a importância do currículo oculto (Hojat *et al.*, 2009; Ahrweiler *et al.*, 2014; Rios; Sirino, 2015; Batley *et al.*, 2016; Aguiar; Formiga; Cantilino, 2017).

Para a formação do futuro médico, o currículo oculto mostra-se de extrema relevância. Portanto, além do currículo formal, adequado conforme a legislação vigente e anseios sociais, há outro currículo, inscrito na cultura, reprodutor de comportamentos, normas e atitudes. Esse currículo oculto, nascido da cosmovisão que se forma a partir do século XVIII já comentada, molda e dita normas de como os futuros profissionais devem agir, comportar-se, falar e exercer seu papel de médico, sendo socializado e aprendido durante a graduação (Giroux, 1997; Araujo, 2018; De Benedetto; Gallian, 2018).

Pesquisas demonstram que, aproximadamente a partir da metade dos cursos de medicina, conforme se intensifica o contato com médicos já formados, os alunos passam a ser fortemente influenciados pelo currículo oculto. Estimula-se a negatividade da autonomia do sujeito adoecido, a ênfase na doença e o distanciamento entre médico e paciente, ressaltando-se que o médico não deve ter emoções nem sentimentos (Batley *et al.*, 2016; Aguiar; Formiga; Cantilino, 2017; Milota; Van Thiel; Van Delden, 2019), todos esses fatos evidenciados pelos graduandos participantes em suas reflexões. Observa-se que alguns desses educandos já colocam esse comportamento como *normal*, esperado e até desejado e estimulado por boa parte dos professores médicos.

Essa construção cultural do que é ser médico, trazida pelo currículo oculto, dita ainda a importância curricular dada ao ensino das humanidades. Ainda persiste a visão de que estas são acessórias, não essenciais para a formação do futuro médico. Essa visão compreende também

qualquer disciplina que demande um olhar mais cuidador, voltado para a pessoa e para os determinantes sociais do adoecer, tidas como de menor importância (Ayres *et al.*, 2013).

O excesso de treinamento biológico parece ser o responsável pela formação de profissionais médicos distantes e frios, causador da diminuição da capacidade de sentir empatia e compaixão (Aguiar; Formiga; Cantilino, 2017; Milota, Van Thiel; Van Delden, 2019). Por sua vez, reconhecer as dimensões psicossociais do cuidado; exercer a interdisciplinaridade; participar de práticas ativas de interações diferenciadas com pacientes; envolver-se em atividades extracurriculares; buscar o autodesenvolvimento estimulado por práticas reflexivas e interagir com colegas e/ou professores que demonstram comportamento empático, são questões associadas a um aumento da empatia nos graduandos de medicina (Aguiar; Formiga; Cantilino, 2017).

As narrativas buscam estimular o ensino e o resgate da empatia em estudantes de medicina, ao trazerem não só as experiências dos narradores, mas por propiciarem reflexões. Há autores que ressaltam que não seria possível ensinar empatia, pois esta é um atributo pessoal, porém outros destacam ser possível, porquanto as narrativas se constituem uma ação educacional direcionada. Para tanto, podem ser utilizadas diferentes formas de narração, além das narrativas de adoecimento, tais como: obras literárias (Charon *et al.*, 2017; De Benedetto; Gallian, 2018), fotografias (Tapajós, 2002) e cinema (Blasco, 2010). Deve-se também incentivar o ensino das humanidades (Ayres *et al.*, 2013).

Salienta-se ainda a necessidade de realização de diários de campo pelos educandos que participaram do projeto. O hábito de escrever sobre experiências não é uma atividade estimulada nos cursos de medicina (Stelet *et al.*, 2017), porém pesquisas demonstram que, quando a escrita trata de sentimentos, ideias, vivências, os graduandos refletem sobre sua vida, o que os torna mais empáticos e disponíveis (Charon *et al.*, 2017; Claro; Mendes, 2018; De Benedetto; Gallian, 2018).

Há muito se discute a reconstrução do conhecimento pelos educandos, que necessitam encontrar significado, pessoal e próprio, no que aprendem. Além de significado, devem relacionar novas informações com as que já possuem, com as novas exigências postas pelo exercício profissional e, principalmente, com as necessidades da população com a qual vão trabalhar (Gimeno Sacristán, 2000).



Aprender é um processo de crescimento e desenvolvimento pessoal em sua totalidade, não bastando conhecimento teórico, mas também afetivo-emocional, de habilidades humanas, de atitudes e valores (Masetto, 2015). Acredita-se que esses objetivos foram alcançados com esse projeto, como se pode observar em várias falas dos graduandos.

Outro ponto importante a assinalar quanto à aprendizagem é a utilização de outros espaços que não a sala de aula, como aqui ocorreu. O aprendizado na prática é inclusivo, não apenas um transmissor de conhecimentos, e permite compartilhar experiências e resultados, por ser problematizador. Consente a troca de ideias, trajetórias, experiências e propicia condições para a inovação e reflexão crítica, um saber-fazer e saber-ser constantes, um movimento ação-reflexão-ação. Aprender é tido como muito mais do que apenas apreender um conceito técnico-científico, e sim como um processo de transformação e reconstrução. Como ressalta Freire (1988), a *práxis* é a conquista da colaboração dos sujeitos para efetuarem uma análise crítica da realidade.

Ressalva-se a necessidade de os educandos se colocarem respeitosamente perante os saberes trazidos pelos narradores, não os menosprezando e propiciando o protagonismo destes. Valorizar os saberes acumulados pelas pessoas, a experiência de vida, traduz “o saber de experiência feito” (Freire, 2006, p. 70). Assim, rompeu-se o paradigma de que o profissional de saúde detém o conhecimento e os demais devem apenas ouvi-lo e receber informações. “Não sou se você não é, não sou, sobretudo, se proíbo você de ser” (Freire, 2006, p. 100).

Por fim, vale ressaltar que, como o *software* utilizado trabalha com a força das palavras, as críticas ao uso das narrativas, por serem poucas, não se mostraram representativas, mas devem ser citadas. Dois alunos se sentiram “*invadindo a intimidade*” da pessoa que narrava, e mencionaram ter experiências de adoecimento semelhantes na família, o que muito os incomodou.

Esse é um processo denominado contratransferência e se trata de um conjunto de sensações, sentimentos, percepções, que emergem no profissional de saúde a partir da pessoa por ele atendida. Pode ser desencadeado por acontecimentos ou aspectos que foram demasiadamente penosos para esse profissional de saúde, principalmente no âmbito familiar, e leva ao bloqueio da relação profissional de saúde-pessoa adoecida. Assim, o não escutar com atenção, o interromper precocemente a fala do outro, o julgar, são seus efeitos (Stewart *et al.*, 2010). Fenômenos raramente discutidos durante a graduação afetam a relação profissional de

saúde-pessoa atendida ao trazer questões irracionais, inconscientes, irrealistas para esta, daí a importância de seu reconhecimento, de refletir sobre o fato e do acolhimento aos graduandos feito por educadores-mediadores.

## 5 CONCLUSÃO

Acredita-se que a atividade aqui descrita alcançou seus objetivos, despertando nesse grupo de educandos do curso de medicina onde foi desenvolvido a preocupação com a escuta ativa, a relevância de incorporar aspectos psicossociais para o entendimento da pessoa, o quanto as emoções estão presentes na experiência de adoecimento e a necessidade da empatia. A importância do currículo oculto e as representações sociais sobre o ser médico também se destacaram nesse *corpus*. Pode-se ainda perceber o impacto do projeto como propiciador de reflexões a esse grupo de graduandos.

Por fim, aponta-se como limitações a esta pesquisa seu próprio desenho, o qual não permite generalizações. Destaca-se ainda a opção metodológica deste estudo que utilizou o *software* IRaMuTeQ® para auxílio na análise de conteúdo, ferramenta ainda pouco usada em pesquisas na área da educação.

## REFERÊNCIAS

Aguiar, Camila Stor; Formiga, Nilton S.; Cantilino, Amaury. Empatía en los estudiantes de medicina: un levantamiento de literatura. **Eureka**, v. 14, n. 2, p. 290-303, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905778>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Ahrweiler, Florian; Neumann, Melanie; Goldblatt, Hadass; Hahn, Eckhart G.; Scheffer, Christian. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. **BMC Medical Education**, v. 12, n. 122, p. 1-12, 2014. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-122>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Araujo, Viviane Patrícia Colloca. O conceito de currículo oculto e a formação docente. **Revista de Estudos Aplicados em Educação**, v. 3, n. 6, p. 29-39, 2018. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_estudos\\_aplicados/article/view/5341](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_estudos_aplicados/article/view/5341). Acesso em: 8 jan. 2019.

Ayres, José Ricardo Carvalho M.; Rios, Izabel Cristina; Schraiber, Lilia Blima; Falcão, Marcia Tereza C.; Mota, André. Humanidades como disciplina da graduação em medicina.

**Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 455-463, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JYMLBFkT45jR8MzXpxFtCms/abstract/?lang=en>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Bardin. Laurence. **Análise de conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.

Batley, Nicholas J.; Nasreddine, Zeina; Chami, Ali; Zebian, Dina; Bachir, Rana; Abbas, Hussein A. Cynicism and other attitudes towards patients in an emergency department in a middle eastern tertiary care center. **BMC Medical Education**, v. 6, n. 36, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0539-y>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Biglino, Giovanni; Bucciarelli-Ducci, Chiara; Caputo, Massimo; Hurwitz, Brian *et al.* Towards a narrative cardiology: exploring, holding, and re-presenting narratives of heart disease. **Cardiovascular Diagnosis Therapy**, v. 9, n. 1, p. 73-77, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6382652/>. Acesso em: 8 dez. 2019.

Blasco, Pablo G. É possível humanizar a medicina? Reflexões a propósito do uso do cinema na educação médica. **Mundo da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 357-67, 2010. Disponível em: [https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010\\_dez\\_e\\_possivel\\_humanizar\\_a\\_medicina.pdf](https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_dez_e_possivel_humanizar_a_medicina.pdf). Acesso em: 8 jun. 2018.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. CNES. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Parecer CNE/CES n.º 1133/2001. Brasília: CNES, 2001a.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. CNES. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Parecer CNE/CES n.º 04/2001. Brasília: CNES, 2001b.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. CNES. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Parecer CNE/CES n.º 116/2014. Brasília: CNES, 2014.

Camargo, Brígido Vizeu; Justo, Ana Maria. **Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. 2013. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Camargo Jr., Kenneth Rochel. A biomedicina. **Physis**, v. 15, p. 177-201, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/BmZ6PN6vDQyXgntsPXqWrRL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Carelli, Fabiana Buitor; Pompilio, Carlos Eduardo. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 677-681, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yDwxhYgkMnn6xrzW4zr4Bzz/#>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Charon, Rita; Dasgupta, Savantani; Hermann, Nellie; Irvine, Craig *et al.* **Principles and Practice of Narrative Medicine**. New York: Oxford University Press, 2017.

Claro, Lenita Barreto Lorena; Mendes, Ana Alice Amorim. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 621-30, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8sbztxcRPsVKGMdKRLgzFPp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2019.

De Benedetto, Maria Auxiliadora Craice; Gallian, Dante Marcelo Claramonte. The narratives of medicine and nursing students: the concealed curriculum and the dehumanization of health care. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1197-1207, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WHPJt7wnscmbYBt7dhL76ZD/?lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2019.

Fernandes, Izabel. A pertinência da medicina narrativa na prática clínica. **Revista Portuguesa Medicina Geral Família**, v. 30, p. 289-90, 2014. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11384>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Foucault, Michel. **A história da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

Freire, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

Freire, Paulo. **Pedagogia da esperança**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

Gimeno Sacristán, José. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Giroux, Henry. Educação social em sala de aula: a dinâmica do currículo oculto. *In*: Giroux, Henry. **Os professores como intelectuais**: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 55-77.

Good, Byron. **Medicine, Rationality and Experience**: An Anthropological Perspective. New York, E.U.A: Cambridge Press, 1994.

Good, Byron; Delvechio Good, Mary Jo. **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. California: University of California Press, 2000.

Hojat, Mohammadreza; Vergare, Michael J.; Maxwell, Kaye; Brainard, George; Herrine, Steven K.; Isenberg, Gerald A.; Veloski, Jon; Gonella, Joseph S. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19707055/>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Kleinmam, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Cultures**. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Los Angeles: University of California Press, 1980.

Laplantine, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

Mallet, Ana Luisa Rocha; Andrade, Luciana; Geovanini, Fatima; Carvalho, Silvia Barbosa. Medicina narrativa: para além de uma história única. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 29, n. 3, p. 233-235, 2016. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/ijcs/english/sumario/29/pdf/v29n3a11.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Manso, Maria Elisa Gonzalez; Mello, Isabella Gonzalez Raposo; Costa, Nicolle de Souza Duarte; Costa, Nicole Bueno. Convivendo com o câncer: narrativas de adoecimento de um grupo de pessoas idosas na cidade de São Paulo. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 3, p. 67-84, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/46758>. Acesso em: 8 jun. 2020.

Manso, Maria Elisa Gonzalez; Torres, Renata Laszlo. Narrativas de adoecimento: metodologia para a educação continuada em enfermagem. **Revista Recien**, v. 10, n. 30, p. 159-167, 2020. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/275>. Acesso em: 8 dez. 2020.

Masana, Lina. Entre médicos y antropólogos. La escucha atenta y comprometida de la experiencia narrada de la enfermedad crónica. In: Martinez-Hernaéz Àngel; Masana, Lina; Digiacomio Susan. **Evidencias y narrativas en la atención sanitaria**. Tarragona: URV, 2015. p. 191-224.

Masetto, Marcos T. **Desafios para a docência universitária na contemporaneidade: professor-aluno em inter-ação adulta**. São Paulo: Avercamp, 2015.

Milota, M. M.; Van Thiel, G. J. M. W.; Van Delden, J. J. M. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. **Medical Teacher**, v. 41, n. 7, p. 802-810, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983460/>. Acesso em: 8 dez. 2020.

Moscovici, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2009.

Porto, Celmo Celso; Porto, Arnaldo Lemos. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2019.

Rios, Izabel Cristina; Sirino, Caroline Braga. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gTydDcCgK9NHfWJVDR4R6Fc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2020.

Sousa, Yuri Sá Oliveira; Gondim, Sonia Maria Guedes; Carias, Iago Andrade; Batista, Jonatan Santana; Machado, Katlyane. O uso do *software* IRAMUTEQ na análise de dados de entrevistas. **Pesquisa Prática Psicologia**, v. 15, n. 2, p. e3283, 2020. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015). Acesso em: 8 dez. 2020.

Souza, Alicia Navarro; Rocha, Hélio Antônio; Gomes, Maria Katia; Bastos, Daniela Freitas. **A narrativa de adoecimento e as práticas formativas na construção da realidade clínica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

Souza, Marli Aparecida Rocha; Wall, Marilen Loewen; Thuler, Andrea Cristina de Moraes Chaves; Lowen, Ingrid Margareth Voth; Peres, Aida Maria. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2019.

Stelet, Bruno Pereira; Romano, Valeria Ferreira; Carrijo, Ana Paula Borges; Teixeira Junior, Jorge Esteves. Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 165-76, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KMjBkSkxFFtbMZxggDP9cRL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Stewart, Moira; Brown, Judith Belle; Weston, W. Wayne; McWhinney, Ian R.; McWilliam, Carol L.; Freeman, Thomas R. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Tapajós, Ricardo. Introducing the arts into medical curricula. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 27-36, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xQHjcnfXrtsL9Z54LXycqPH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2018.

---

**NOTA:**

<sup>1</sup> Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE): 90936618.8.0000.0062, Número do Parecer: 2.913.142.

Recebido em: 06/05/2021

Aprovado em: 31/08/2022

Publicado em: 08/09/2023



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.