

Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto^(a)
Dante Marcello Claramonte Gallian^(b)

De Benedetto MAC, Gallian DMC. The narratives of medicine and nursing students: the concealed curriculum and the dehumanization of health care. *Interface* (Botucatu).

A predominantly biomedical focus attributed to teaching and practice in health sciences contributes to a dehumanization process, which is one of the main complaints of Brazil's health system users. Any strategy that intends to address the issue depends on the presence of well-educated health professionals from both the technical and humanistic point of view. The greatest deficits concern humanistic education. The present article presents part of a larger study that aimed to investigate the effectiveness of using narratives as a didactic resource in humanistic education of medical and nursing students. Among the themes that emerged from the qualitative methods, emphasis goes to the concealed curriculum, which permeated all the other themes and against which students could be inoculated through exposure to a patient-centered teaching model that gives priority to ethical reflections.

Keywords: Narratives in health. Medical and nursing education. Humanization in health. Concealed curriculum.

Um enfoque predominantemente biomédico atribuído ao ensino e à prática das Ciências da Saúde contribui para o processo de desumanização, que representa uma das principais queixas dos usuários dos sistemas de saúde em nosso país. Qualquer estratégia para enfrentar a questão depende da presença de profissionais de saúde bem formados de um ponto de vista técnico e humanístico. As maiores deficiências concernem à formação humanística. Este artigo constitui um recorte de um estudo cujo objetivo foi investigar a efetividade da utilização de narrativas como recurso didático na formação humanística de estudantes de Medicina e Enfermagem. Entre os temas emergentes a partir de métodos qualitativos, destacou-se o currículo oculto, que permeou todos os demais e contra o qual os estudantes poderiam ser imunizados mediante a exposição a um modelo de ensino centrado no paciente e que prioriza a reflexão ética.

Palavras-chave: Narrativas em saúde. Educação médica e de enfermagem. Humanização em saúde. Currículo oculto.

^(a, b) Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi), Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo. Rua Loeffgreen, 2032, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04040-003. macbet@sobramfa.com.br; dante.cehfi@epm.br

Introdução

O paradigma cartesiano-newtoniano que fundamenta a pesquisa científica desde o século XVII estendeu-se, a partir da física clássica, aos diferentes campos do conhecimento, incluindo a Biologia e as Ciências Sociais e Humanas. O modelo biomecânico decorrente dessa visão positivista é alicerçado na especialização, fragmentação e avanços tecnológicos. A metáfora do universo como uma grande máquina, um imenso relógio, cuja totalidade é a soma das partes, foi o grande trunfo desse paradigma. Ao adotar-se essa metáfora em relação aos seres vivos, incluindo os seres humanos, estabeleceu-se o modelo biomédico de ensino e de prática da medicina, que predomina na atualidade. Neste, deixou-se de contemplar as dimensões sutis do ser humano, as quais, por milênios, foram consideradas importantes no que concerne à forma como os indivíduos adoecem e aos processos de cura¹. Além disso, na atualidade, comparar-se o médico a um mecânico que repara as partes avariadas do corpo humano não chega a causar estranheza entre profissionais de saúde e leigos².

Não podemos negar que o modelo biomédico assegurou a diminuição de grande parte do sofrimento humano decorrente de doenças e traumas e ainda mantém a promessa de que todos os problemas médicos têm ou terão, em curto prazo, uma solução propiciada pelo vertiginoso progresso científico, visão essa constantemente veiculada nos meios de comunicação, o que faz com que os leigos também valorizem e coloquem todas suas esperanças nesse estilo de prática da medicina. Todavia, profissionais e usuários dos sistemas de saúde em todo o mundo têm consciência de que muitas promessas jamais poderão ser cumpridas e sentem que algo está faltando. Este modelo fracassa, por exemplo, especialmente nas questões em que a tecnologia não pode mais prover soluções definitivas, como é o caso dos cuidados paliativos³. McWhinney⁴ considera que a fragmentação da profissão e a ênfase na tecnologia tiveram um efeito muito sério, que é a deterioração do relacionamento médico-paciente, sendo que este foi – e sempre será – a base de uma boa prática da medicina⁵. Na verdade, o que o paciente quer é ser cuidado por alguém que, além de competência técnica, saiba entendê-lo como um ser humano com sentimentos, que busca uma explicação para sua enfermidade e que anseia por respeito e amparo em seu sofrimento⁶.

Por não comportar aspectos essenciais dos indivíduos, tais como singularidade e subjetividade, que denotam sua humanidade, a aplicação exclusiva do modelo biomédico propicia a desumanização do cuidado à saúde. Em nosso país, esta tem sido largamente divulgada pela mídia e explicitada em pesquisas de opinião⁷, sendo caracterizada por sintomas tais como: filas desnecessárias; descaso e descuido com as pessoas; incapacidade de lidar com histórias de vida, sempre singulares e complexas; práticas éticas descabidas, que incluem a discriminação, intimidação e submissão a práticas e procedimentos desnecessários; e exclusão e abandono⁸. Esses são sintomas que persistem apesar de todas as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) para suprimi-los, entre as quais destacamos o Programa de Saúde da Família (PSF)⁹ e o Humaniza SUS¹⁰.

Certamente, qualquer iniciativa que vise à humanização em saúde requer a presença de profissionais motivados, idealistas e bem formados tanto do ponto de vista técnico quanto humanístico. Essas questões não são alheias ao Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação do Brasil, conforme evidenciam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área de saúde. Estas recomendam a formação de um profissional capaz de atuar de acordo com uma visão biopsicossocial que abranja as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. O perfil almejado do formando egresso/profissional é um enfermeiro ou médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva¹¹.

Assim, não se trata de abolir o modelo biomédico, mas sim de incorporar novos modelos que possam suprir as deficiências concernentes à formação humanística na área de saúde. Nesse sentido, o ensino das humanidades médicas tem sido introduzido em faculdades de medicina ao redor do mundo. Em nosso país, essa tendência apenas se inicia e é caracterizada por algumas iniciativas isoladas acerca das quais temos notícias eventualmente¹². Consideram-se humanidades médicas como algumas combinações de disciplinas relevantes do campo das modernas artes liberais – ética e filosofia, estudos acerca da espiritualidade, literatura e assim por diante – enfocadas em contextos médicos¹³. Shapiro et al.¹⁴, cientes da falta de clareza em relação ao objeto de estudo da disciplina, referem que

as humanidades médicas utilizam métodos e conceitos de uma ou mais disciplinas que compõem as humanidades e ensinam aos estudantes uma reflexão crítica visando a uma prática mais humanista e são por sua própria natureza interdisciplinares e colaborativas.

Um modelo que vem se desenvolvendo nas últimas décadas em cenários clínicos e didáticos da área de saúde – medicina baseada em narrativas (MBN)¹⁵, medicina narrativa ou *narrative medicine*¹⁶ – tem-se demonstrado congruente com as humanidades médicas. O fundamento da MBN consiste em escutar as histórias dos pacientes com atenção e empatia, mesmo aquelas que aparentemente nada tenham a ver com suas histórias clínicas, e utilizá-las como instrumento terapêutico e didático. A MBN refere-se às narrativas médicas, que são aquelas que emergem e são contempladas em cenários de ensino e prática da medicina e disciplinas afins, incluindo narrativas reais de pacientes, seus familiares, profissionais e estudantes da área de saúde e também as ficcionais, quando aplicadas a este contexto. Rita Charon, que cunhou o termo *narrative medicine*, afirma que a prática da medicina requer competência em narrativa, o que significa a capacidade para reconhecer, assimilar, interpretar e atuar de acordo com as histórias e dificuldades dos pacientes. A leitura e discussão acerca de obras literárias e a escrita reflexiva complementam o método e auxiliam a clarificar situações difíceis¹⁶.

Em educação médica, a aplicação de um enfoque narrativo permite ao estudante de medicina um maior entendimento da enfermidade graças à combinação do conhecimento biomédico obtido por meio das abordagens educacionais tradicionais com o conhecimento pessoal, afetivo e experiencial obtido por meio da inter-relação entre estudantes, pacientes e familiares propiciado pelas narrativas¹⁷. Essa abordagem didática envolve o compartilhamento de narrativas médicas para a promoção da reflexão.

Este artigo apresenta um recorte de um estudo intitulado “Narrativas como recurso didático na formação humanística dos estudantes de medicina e enfermagem”. O objetivo geral deste estudo foi investigar a efetividade da utilização de diferentes tipos de narrativas como fonte de reflexão e recurso didático na formação humanística dos estudantes de medicina e enfermagem.

Metodologia

Uma disciplina eletiva – Narrativas em Saúde: um caminho para a humanização – representou o objeto deste estudo. Esta teve uma duração de 36 horas divididas em nove encontros semanais e foi dirigida sequencialmente a dois grupos em que foram mesclados 25 estudantes de medicina e enfermagem de segundo e terceiro anos. Nessa disciplina, promoveu-se a reflexão a partir de três tipos de narrativas – histórias de vida em primeira pessoa de pacientes transplantados cardíacos e de seus familiares obtidas a partir das entrevistas realizadas em um projeto de história oral de vida denominado Memória do Coração, desenvolvido pelo Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); narrativas médicas que emergiram em cenários de cuidados paliativos, que fazem parte de artigos publicados em revistas científicas^{3,18}; e uma narrativa literária – a novela *A morte de Ivan Ilitch*¹⁹.

Dada a natureza das questões a serem investigadas, optamos por métodos qualitativos enfocados na história oral de vida²⁰ e na fenomenologia hermenêutica²¹ para nortear este estudo.

Os dados utilizados para análise foram as narrativas oriundas de três fontes: observação participante²², em que os autores anotaram em um diário de campo suas impressões e tudo que julgaram relevante para a construção de sentido; entrevistas de oito estudantes (cinco de medicina e três de enfermagem) obtidas por meio da abordagem da história oral de vida²⁰; e histórias apresentadas pelos alunos em uma sessão de narrativas, que representou a avaliação final da disciplina.

Os textos foram interpretados de acordo com técnicas de imersão/cristalização (I/C)²³ inspiradas na fenomenologia hermenêutica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPM, Unifesp, via Plataforma Brasil. Todos os estudantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cientes de que suas falas poderiam ser citadas, mas que o anonimato seria garantido.

Resultados e discussão

A partir das referidas narrativas emergiram muitos subtemas, que foram organizados nos seguintes temas maiores: da morte ao renascimento da narrativa – um caminho para a reflexão; quebrando o isolamento para reconhecer questões emocionais e sentimentos; empatia; das narrativas à humanização: fomentando o profissionalismo; e currículo oculto.

Nos primeiros encontros, a afirmação de Benjamin datada da década de 1930 de que a arte de narrar estava em vias de extinção parecia ter-se cumprido quase plenamente²⁴. Os alunos, embora já estivessem interagindo com pacientes e professores em cenários de prática da medicina e enfermagem, nunca haviam sequer ouvido falar acerca do modelo MBN. Mesmo estimulados pelas narrativas utilizadas em sala de aula com o intuito de deflagrar a reflexão, poucos, em um primeiro momento, sentiram-se encorajados para narrar suas histórias ou vivências pessoais que se esperava terem sido despertadas pelos textos enfocados.

Felizmente, poucos deles – para quem o ato de contar histórias, quicá por características de personalidade ou decorrentes de influências familiares, representava uma tendência natural – apresentaram o impulso de relatar histórias emergentes em cenários clínicos dos quais haviam participado. Isso ocorreu em ambos os grupos. Na verdade, o ato de contar histórias é uma tendência fortemente arraigada ao *core* do ser humano. O antropólogo Pedreño define o ser humano como bípede com mãos que conta histórias²⁵. Segundo Frank²⁶, essa ideia aplica-se em especial às pessoas doentes.

Talvez seja por isso que esse movimento inicial contagiou outros alunos que, aos poucos, foram sentindo-se mais à vontade para expor suas ideias, sentimentos e emoções, percebendo que fazer isso por meio das histórias que começavam a vivenciar tornava essa exposição mais leve, fluida e fácil, conforme se entregavam ao itinerário de discussão¹² inspirado pela narrativa que servia como base de reflexão a cada encontro. Pudemos observar que ninguém fica indiferente a uma boa história, principalmente se esta é contada com o coração.

Por meio das narrativas, os graduandos conscientizaram-se da importância e necessidade de reflexão para todos que atuam na área da saúde. Referiram que, em decorrência do currículo extremamente exigente em relação ao conteúdo técnico, faltam-lhes tempo e oportunidade para pensar, refletir e organizar o caos²⁷ que tantas vezes assoberba suas mentes. Certamente, a formação adequada na área da saúde exige a capacidade de reflexão, essencial ao enfrentamento das adversidades e incerteza inerentes à prática diária²⁸. Um estudante de medicina afirmou:

Tivemos poucas oportunidades como esta, em que temos o ensejo de falar livremente aquilo que se passa em nossas mentes e corações. No terceiro ano, com a Semiologia, nossa situação melhorou um pouco. Mas de forma geral, durante a maior parte do tempo, ou estamos estudando ou ouvindo um professor lendo *slides* no Power Point. O impacto de ter contato com conteúdos que vão além das ciências biológicas duras em minha formação como profissional de saúde é muito positivo.

O poder das narrativas em estimular a reflexão foi se evidenciando naturalmente a cada encontro. Uma estudante de enfermagem afirmou: “sem narrativa não há reflexão; são as narrativas que medeiam a reflexão”.

Não causou estranheza o fato de que, na maioria das narrativas pessoais compartilhadas, temas concernentes à incerteza, dor, morte, aos dilemas e ao sofrimento estivessem quase sempre presentes, uma vez que estes são recorrentes no cotidiano de profissionais e estudantes da área da saúde. Certamente, tais tópicos despertam emoções e sentimentos, que parecem ser ignorados ou colocados à margem ao longo da graduação²⁹. A morte e a impossibilidade de tratamento para certas condições clínicas são confundidas com fracasso e incompetência e as emoções e os sentimentos despertados nessas circunstâncias não se adequam à imagem do médico herói que parece fazer parte do imaginário dos estudantes de medicina.

A impressão que ficou é a de que os alunos, na medida em que avançam na graduação, vão aprendendo a ocultar ou ignorar suas emoções e sentimentos, quer seja para não revelar sua eventual

sensação de impotência, para fugir do sofrimento, para imitar os mais velhos que lhes servem como modelo ou por não terem suporte para lidar com as dificuldades que se revelam em cenários clínicos. Um estudante de medicina relatou a experiência marcante vivida por um colega em fase precoce do curso. Este foi observar uma consulta na oncologia, em que o paciente era um rapaz de dezoito anos, portador de um tumor cerebral, para o qual haviam dado uma previsão de três meses de vida.

Meu colega tinha quase a mesma idade do paciente e ficou muito afetado com o que presenciou. Tratou-se de uma consulta enfocada basicamente em aspectos técnicos, quando seria procedente fazer muito mais que isso. Ele colocou-se no lugar do paciente e chorou muito quando chegou em casa. Assim como o paciente não teve nenhuma oportunidade de receber um atendimento que também suprisse suas necessidades emocionais e/ou espirituais, meu colega também não teve nenhum suporte para lidar com essa experiência. Deveria haver uma forma de concluir aquele atendimento ocorreu. E esse meu colega criou uma barreira psicológica em relação a situações similares. Sofreu tanto, não soube lidar e disse: “nunca mais vou prestar atenção nisso para não me prejudicar, para não sofrer”. Se a pessoa cria essa barreira já no início do curso, fica difícil aprender como se envolver sem mergulhar em tanto sofrimento. Penso que fatos assim podem levar à desumanização.

Alguns alunos referiram-se ao isolamento que de alguma forma dificulta o compartilhamento de emoções e sentimentos, o qual os acomete desde os primeiros anos da graduação e aparentemente decorre das referidas exigências do curso e também de características pessoais. O isolamento e a dificuldade para refletir acerca do compartilhamento de emoções e sentimentos parecem ser agravados por um traço de personalidade que ficou explicitado nas narrativas de alguns alunos: a timidez. Por outro lado, a troca de narrativas em sala de aula mostrou-se um bom recurso para se lidar com tal característica. Uma estudante de medicina afirmou:

Sou muito tímida. A timidez atrapalha minha aproximação com os pacientes. Entretanto, conforme fui aprofundando o relacionamento com meus colegas de classe, os quais iam exteriorizando seus sentimentos e emoções, entendi que todo o mundo tem suas limitações. E, então, comecei a falar mais facilmente com os pacientes internados e com os colegas. O interesse em suas histórias e a constatação que todos temos nossas fraquezas e limitações fez-me esquecer da timidez.

Emoções evocam empatia e este foi um tema muito focado a partir de diferentes pontos de vista. Os estudantes concordaram que, para uma boa prática, esta atitude humanística deveria estar sempre presente. Muitos deles tinham, intuitivamente, o entendimento de que “empatia significa olhar mais profundamente para o paciente, colocar-se em seu lugar e tratá-lo como gostariam de ser tratados”, o que foi explicitado muitas vezes em suas falas.

Colocar-se no lugar do outro foi a frase-chave com a qual insistentemente definiam empatia. A reação de um aluno de medicina que relatou um fato que presenciou relacionado a um paciente considerado difícil que foi tratado de forma muito inadequada por um residente ilustra essa ideia. Quando o paciente se mostrou enraivecido e disse: “tenho vontade de dar um tiro”, o estudante buscou acalmá-lo.

Tentei acalmá-lo, mas eu também havia ficado com raiva. Também tive a vontade de dar um tiro. Parece que o tão falado discurso da humanização não chegou à prática. É importante desenvolvermos atividades voltadas para questões humanas relacionadas ao sofrimento e que estimulem a empatia e a compaixão.

Falas como essa resultaram no seguinte questionamento: será que se formos empáticos não vamos sofrer junto com o paciente e, assim, perder o discernimento e a capacidade de julgamento? O estudante acima, por exemplo, experimentou inicialmente sentimentos e emoções semelhantes às

vivenciadas pelo paciente e sofreu junto com ele. Por outro lado, relatou ter conseguido se distanciar o suficiente para atuar a contento na situação e ajudar o paciente da melhor forma.

Outra questão que veio à tona foi a seguinte: é necessário que eu experimente doenças, sofrimento e situações difíceis para exercer empatia? Algumas narrativas pessoais apontaram para essa ideia. Os estudantes transmitiram a impressão de que quando alguém vivencia circunstâncias difíceis envolvendo doença e sofrimento, sua capacidade para entender situações similares vividas por pacientes e seus familiares aumenta significativamente.

A empatia é considerada uma característica pessoal inata e difícil de ser ensinada, enquanto outros advogam que ela representa um estado pessoal que pode declinar ao longo da graduação médica, mas que também pode ser melhorada por meio de atitudes educacionais direcionadas³⁰. Os graduandos reproduziram ideias similares em sala de aula. Parte deles concluiu que algumas pessoas são naturalmente mais sensíveis, empáticas e compassivas e outras são mais racionais. Isto se daria por causas multifatoriais. E que até mesmo essas pessoas mais racionais poderiam desenvolver esse olhar compassivo e empático ao longo do curso de medicina e enfermagem desde que houvesse um esforço da vontade e bons exemplos daqueles que comumente servem de modelo aos jovens estudantes. E que sem esse reforço positivo, os mais empáticos também poderiam perder ou apresentar a diminuição dessa característica. Por outro lado, alguns dos graduandos revelaram que as narrativas adotadas para servir de suporte ao processo reflexivo foram capazes de lhes despertar a empatia, especialmente as concernentes a cuidados paliativos.

A empatia foi muitas vezes relacionada à ou confundida com humanização em saúde. Na verdade, questões pertinentes à humanização apareciam frequentemente mescladas aos demais temas enfocados nas narrativas pessoais e discussões em sala de aula. A ideia de que um bom profissional de saúde deva ser necessariamente "humanizado", ainda que o significado do termo tenha adquirido diferentes conotações, não foi de forma alguma contestada.

Para uma pequena porcentagem de estudantes, especialmente de enfermagem, a questão pareceu estar bem resolvida, sendo que humanização foi claramente associada a características pessoais que conduziriam a certos comportamentos e atitudes adequadas.

Acho que, sem humanização, a nossa área não funciona. Você tem que ter amor ao próximo, compaixão, empatia e proporcionar às pessoas o mesmo tratamento que gostaria de receber. Penso que humanização é isso. Sem humanização não é possível ser um bom profissional de saúde.

A humanização em saúde já havia sido discutida em sala de aula com os graduandos em disciplinas como Psicologia Médica e Saúde Coletiva. No entanto, julgaram que isso ainda é muito pouco, principalmente pela falta de conexão entre teoria e prática. Um estudante de medicina comentou:

Acho as discussões em sala de aula muito válidas. Entretanto, estas, muitas vezes, dão-se em um nível muito abstrato. Não há conexão com a prática. Para mim não há nada que substitua uma experiência de vida. E ter a oportunidade de compartilhar tal experiência com os colegas e com quem tenha mais vivência é fundamental.

Alguns alunos consideraram que há pessoas que apresentam a humanização interiorizada dentro de si. Estas demonstrariam um interesse natural pelas sutilezas que caracterizam os seres humanos e buscariam se aprofundar nesse conhecimento por considerá-lo essencial para um cuidado efetivo e integral, em que a dor e o sofrimento especialmente presentes nas pessoas doentes não fossem ignorados. Para tais alunos, essas sutilezas concernem especialmente à vida afetiva das pessoas, que deveria ser perscrutada e valorizada no atendimento ao paciente.

Os graduandos também constataram que as narrativas podem auxiliar no processo de humanização, pois elas representam uma forma de se contemplar o ser humano em sua totalidade. Ao adotarem, por conta própria, o modelo MBN em cenários clínicos que começavam a frequentar, perceberam que, ao considerar a afetividade dos pacientes pela escuta atenta, conseguiram

estabelecer um vínculo mais estreito com estes e exercer a empatia, o que propiciou uma maior adesão ao tratamento e o fortalecimento do vínculo profissional de saúde-paciente, ainda que se deparassem com pacientes difíceis. A narrativa de um estudante de medicina em especial ilustra o papel humanizador das narrativas:

Ouvir os pacientes com empatia e compaixão e ir além dos protocolos pode parecer uma perda de tempo, mas não é. Quando atendi aquele paciente considerado difícil devido a seu mau humor e péssimo comportamento, do qual todos os residentes e estudantes tinham vontade de fugir, tentei fazer algo diferente. Olhei em seus olhos, mostrei interesse em sua vida. E demonstrei que estava disposto a escutá-lo, não importava o que quisesse dizer, ainda que, inicialmente, ele houvesse caçoado de mim e de meus colegas. Logo senti que havia aberto uma espécie de portal e pude estabelecer um excelente relacionamento profissional-paciente, o qual perdurou por muitas consultas, até que eu saísse do estágio no ambulatório. O paciente melhorou o seu comportamento, aderiu ao tratamento e deixou de causar aversão aos estudantes e profissionais que o atendiam, sempre que era tratado com um mínimo de respeito, é claro.

A MBN mostra-se alinhada com a escuta atenta, ponto importante da Clínica Ampliada e Compartilhada, estratégia desenvolvida pelo Humaniza SUS para fomentar a humanização e que engloba os seguintes cinco eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios e instrumentos de trabalho e suporte para profissionais de saúde³¹.

A visão dos graduandos acerca da humanização em saúde apresentou paralelos com um tema muito focado em educação médica: o profissionalismo médico. Este é caracterizado por comportamentos pelos quais os médicos demonstram ser merecedores da confiança que recebem dos pacientes por estarem trabalhando para o seu bem. Swick identifica alguns comportamentos que caracterizam o profissionalismo, tais como: busca de altos padrões éticos e morais; compromisso contínuo com a busca de excelência; busca de aprimoramento graças à constante aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades; capacidade para lidar com altos graus de complexidade e incerteza; manifestação do que o autor chama de valores humanísticos e que inclui empatia e compaixão; honestidade e integridade; cuidado e altruísmo; respeito pelos outros e lealdade; e, finalmente, reflexão sobre decisões e ações³². Certamente, a formação de tal profissional requer o foco não apenas no ensino da biomedicina, mas também uma incorporação harmônica de outros corpos de conhecimentos relacionados ao estudo das humanidades.

A ideia de que a predisposição para atuar com humanização – ou seja, para demonstrar atitudes humanísticas em ambientes clínicos – pode ser adquirida ou estimulada por meio de exemplo veio à tona. A presença de professores ou familiares que desempenham o papel de modelos ou exemplos mostrou-se contundente.

Ao relatarem suas experiências pessoais, os alunos demonstraram que suas fontes de aprendizado ultrapassam o conteúdo que a instituição, por meio de uma grade curricular bem estabelecida, propicia ou tem a intenção de ensinar. Para o bem ou para o mal, comportamentos e atitudes de professores, tutores, residentes e veteranos os afetam profundamente, servindo de exemplos ou contraexemplos passíveis de nortear o estabelecimento de prioridades em relação aos temas a serem estudados e à forma como será conduzida a futura vida profissional. Apesar de não conhecerem o termo currículo oculto³³, como poderíamos chamar essa dimensão informal do processo educacional, sua influência se faz sentir especialmente em ambientes clínicos, conforme os graduandos sugeriram em suas narrativas.

Professores que para eles representaram modelos de coerência ao cumprirem totalmente seu discurso acerca da humanização, compaixão e empatia – atitudes que para alguns deles representam o *core* de valores que influenciou sua escolha da profissão – no trato aos pacientes foram muito valorizados e elogiados. Nessa fase precoce da formação, também foram muito tocados por comportamentos e atitudes que julgaram reprováveis, referindo que iriam esforçar-se para evitá-los em sua atuação profissional, mas que temiam não ser fortes o suficiente para tal. No entanto, para

eles, o mais chocante pareceu ter sido a dicotomia entre discurso e prática que caracterizava alguns de seus orientadores que proferiam um discurso maravilhoso e convincente acerca da humanização e que, em cenários clínicos, chegavam a destratar os pacientes. Felizmente, deu-se também o contrário. Uma estudante de enfermagem relatou:

Fiquei surpresa, positivamente, em relação a uma professora. Ela parecia tão rígida e austera e não demonstrava seus sentimentos nas aulas teóricas. Mas, diante dos pacientes, ela se revelou outra pessoa. Muito carinhosa, compreensiva. Olhava-os nos olhos e conversava com eles naturalmente, deixando-os muito à vontade. Tratou os pacientes como eu gostaria de ser tratada por um profissional de saúde. Sempre vou me lembrar dela como um grande exemplo a ser seguido em minha carreira.

Quando se iniciam as primeiras atividades clínicas, os estudantes focam-se nesses bons exemplos, procurando adotá-los em seu relacionamento com os pacientes. Por outro lado, afirmaram que em algumas vezes em que tentaram propiciar um atendimento mais humanizado e individualizado, que incluía a escuta atenta, foram desencorajados pelos estudantes veteranos, residentes e até mesmo por profissionais mais experientes. Assim, a ideia de que não há tempo a perder com as narrativas dos pacientes e que, por isso, é necessário ater-se exclusivamente aos aspectos técnicos vai aos poucos se delineando como outra, talvez única possibilidade a ser adotada pelo graduando em formação.

Estava fazendo o atendimento inicial a um paciente antes que o residente chegasse para passar a conduta. Fui instruída a perguntar o essencial, mas o paciente teve a necessidade de me falar o quanto a doença havia afetado sua vida. Escolhi deixá-lo falar, mas quando o residente chegou, ainda não havia obtido todas as informações que ele necessitava. Fui repreendida por isso. E, para completar, na frente do paciente. O residente saiu bravo do consultório, mas me deu mais um tempo para completar minha tarefa. De minha parte, fiquei muito satisfeita ao perceber que havia criado um bom vínculo com o paciente, que se mostrou muito solícito, parecendo estar querendo me ajudar.

Cada história que ilustrava um fato positivo relacionado a uma abordagem narrativa era frequentemente acompanhada por um contraexemplo em que os estudantes reportavam terem sido desencorajados em incorporar os recém-adquiridos recursos humanísticos. Nos cenários de prática, a referida falta de tempo ia aos poucos se tornando um argumento importante para uma abordagem preferencialmente técnica e pragmática. A questão que se apresentou foi a seguinte: até que ponto conseguirão, com o predomínio de contraexemplos a que são submetidos e a escassez de reforço positivo, manter os ideais que inicialmente os nortearam? Alguns comentários ilustram essa dúvida.

Apesar de minha curta experiência, já constatei inúmeras vezes o quão relevante é ouvir os pacientes além de suas histórias clínicas. Ficou claro que a qualidade da escuta é mais importante que a quantidade, que a linguagem subliminar também conta e que um toque ou um olhar nos olhos faz toda a diferença. Faltam pouco mais de três anos para que eu termine o curso. Tenho medo de acabar perdendo esse aprendizado. Somos tão sobrecarregados com horas e horas de estudo e fica difícil ter tempo ou força para refletir em relação a essas questões. O ideal seria que a abordagem narrativa fosse adotada em todos os anos do curso, especialmente por professores que atuam em ambulatórios e enfermarias.

Outro argumento para a adoção de um enfoque puramente pragmático e técnico foi o fato de que um envolvimento com o paciente caracterizado pela compaixão e empatia possa resultar em sofrimento para o profissional. Assim, a mensagem subliminar "não se envolva, senão você vai sofrer e perder o discernimento" é constantemente transmitida, especialmente em cenários clínicos nos quais são frequentes os temas relacionados à incerteza, dor, morte ou ao sofrimento. A falta de modelos que norteiem uma forma adequada de lidar com tais situações e que contemplem não apenas a técnica,

mas também a afetividade, pode gerar resultados desastrosos, como mostrou a narrativa do estudante que se mostrou bloqueado após presenciar o atendimento em oncologia.

Considerações finais

Ainda que o tema humanização em saúde seja extremamente complexo e decorrente de múltiplos fatores, um enfoque puramente tecnicista e as influências do currículo oculto podem colaborar para um processo de desumanização ainda na fase de graduação do profissional de saúde. O ensino das humanidades e a incorporação de um enfoque narrativo aos cenários didáticos e clínicos representam alguns dos recursos que poderiam minimizar esse processo. Os resultados da experiência didática aqui relatada sugerem que as narrativas representam um instrumento capaz de auxiliar os graduandos a estabelecerem um repertório de condutas muito satisfatórias a serem adotadas em sua futura vida profissional. É importante que educadores e tutores estejam atentos ao currículo oculto, contra o qual os estudantes poderiam ser “imunizados” mediante a exposição a um modelo de ensino fortemente centrado no paciente e que prioriza a formação do caráter profissional e a reflexão ética³⁴.

Colaboradores

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto teve participação ativa na pesquisa de campo e na elaboração, discussão dos resultados, redação, revisão e aprovação final do manuscrito e Dante Marcello Claramonte Gallian teve participação ativa na elaboração, discussão dos resultados, revisão e aprovação final do manuscrito.

Referências

1. Capra F. O ponto de mutação. Cabral A, tradutor. 26a ed. São Paulo: Cultrix; 2006.
2. Blasco PB. O médico de família hoje. São Paulo: SOBRAMFA; 1997.
3. De Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, Sanogo R, Blasco P. From suffering to transcendence: narratives in palliative care. *Can Fam Physician*. 2007; 53(8):1277-9.
4. McWhinney IR. Textbook of family medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
5. Helliwell JA. A shave, a chat, and a bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice. *Can Fam Physician*. 1999; 45:859-61.
6. Calman KC. Literature in the education of the doctor. *Lancet*. 1997; 350(9091):1622-4.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional da assistência hospitalar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [citado 14 Mar 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
8. Pasche DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Ministério da Saúde. Caderno humaniza SUS 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 25 Feb 2016]. p. 63-71. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos-humanizaSUS.pdf>.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa de saúde da família. Brasília: COSAC; 1994.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado 5 Nov 2015]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
11. Ministério da Educação (BR). Secretaria de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [citado 16 Mar 2016]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192.
12. Lima CC, Guzman SM, De Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):139-50.
13. Brody H. Defining the Medical humanities: three conceptions and three narratives. *J Med Humanit*. 2011; 32(1):1-7.
14. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Acad Med*. 2009; 84(2):192-8.
15. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*. 1999; 318(7175):48-50.
16. Charon R. Narrative medicine. a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*. 2001; 286(15):1897-902.
17. Kumagai AK. Conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Acad Med*. 2008; 83(7):653-8.
18. De Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. Even little magic. *Can Fam physician*. 2008; 54(8):1146-7.
19. Tolstoi L. A morte de Ivan Ilitch. São Paulo: Editora 34; 2006.
20. Meihy JCSB, Holanda F. História oral – como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2010.
21. Dartiegues A. O que é fenomenologia. São Paulo: Moraes; 1992.
22. Bogdewic SP. Participant observation. In: Miller WL, Crabtree BF, organizadores. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
23. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Miller WL, Crabtree BF, organizadores. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
24. Benjamin W, organizador. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 7a ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 197-221.
25. Pedreño HM. De dominio público: ensayos de teoría social y del hombre. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 1997.
26. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*. 1998; 16(3):197-212.
27. Shapiro J, Ross V. Applications of narrative theory and therapy or practice of family medicine. *Fam Med*. 2002; 34(2):96-100.
28. Levites MR, Azevedo RS, Blasco PG. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza. *Rev Bras Med*. 2011; 68:13-8.
29. Shapiro J. Does medical education promote alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Acad Med*. 2011; 86(3):326-32.

30. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurements, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatr*. 2002; 159(9):1563-9.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 20 Feb 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
32. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med*. 2000; 75(6):612-6.
33. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998; 73(4):403-7.
34. Mahood SC. Beware the hidden curriculum. *Can Fam Physician*. 2011; 57(9):983-5.

De Benedetto MAC, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina y Enfermería: currículo oculto y deshumanización en Salud. *Interface (Botucatu)*.

Un enfoque predominantemente biomédico atribuido a la enseñanza y práctica de las Ciencias de la Salud contribuye al proceso de deshumanización que representa una de las principales quejas de los usuarios de los sistemas de salud de nuestro país. Cualquier estrategia para enfrentar la cuestión depende de la presencia de profesionales de salud bien formados desde un punto de vista técnico y humanístico. Las mayores deficiencias se refieren a la formación humanística. Este artículo constituye un recorte de un estudio cuyo objetivo fue investigar la efectividad de la utilización de narrativas como recurso didáctico en la formación humanística de estudiantes de Medicina y Enfermería. Entre los temas emergentes a partir de métodos cualitativos se subrayó el currículo oculto que estuvo presente en todos los demás y contra el cual los estudiantes podrían inmunizarse mediante la exposición a un modelo de enseñanza centrado en el paciente y que prioriza la reflexión ética.

Palabras clave: Narrativas en salud. Educación médica y de enfermería. Humanización en salud. Currículo oculto.

Submetido em 02/05/17. Aprovado em 27/11/17.

