



ISSN 1806-5031

CADERNOS DA ABEM

Ensino de Habilidades
de Comunicação em
Escolas Médicas no Brasil:
reflexões e experiências

VOLUME 10
DEZEMBRO / 2014



Copyright Associação Brasileira de Educação Médica
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por
qualquer meio, sem a prévia autorização deste órgão.

Editor

Suely Grosseman

Normatização

Danielle Torres de Souza

Revisão Gramatical

Fani Knoploch

Diagramação e Formatação

Abreu's System

Impressão

Mangava Comercial Ltda.

Secretaria Executiva

Toda correspondência e submissão de trabalhos deverão ser
encaminhados à Secretaria Executiva, no endereço abaixo:
Av. Brasil, 4036 - Sala 1008 - Manguinhos | CEP: 21040-361 / Rio
de Janeiro - RJ

Tel: (21) 2260-6161 / 2573-0431 | Fax: (21) 2260-6662 | E-mail:
secretaria@abem-educmed.org.br

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação
Biblioteca da Associação Brasileira de Educação Médica

Cadernos da ABEM

Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. 10 (de-
zembro 2014) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Edu-
cação Médica, 2014.

Anual
ISSN 1806-5031

I. Educação Médica. II. Associação Brasileira de Educação
Médica

Tiragem 500 exemplares

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ABEM

Conselho Diretor

Diretora Presidente - Prof. Sigisfredo Luis Brenelli (Unicamp)
Diretor Vice-Presidente - Profª. Lucia Christina Iochida (USP)
Diretor Tesoureiro - Profª. Maria Luisa Carvalho Soliani (EBMSP)
Diretor Secretário - Profª. Marcia Hiromi Sakai (UEL)
Diretora Executiva - Prof. Francisco Barbosa Neto
(UNIGRANRIO)

Regional São Paulo

Victor Evangelista de Faria Ferraz (USP)

Regional Sul I

Sandro Schreiber de Oliveira (FURG/UCPEL)

Regional Sul II

Olavo Franco Ferreira Filho (UEL)

Diretores Regionais

Regional Centro-Oeste

Antonio José de Amorim (UFMT)

Regional Norte

Tânia de Fátima D Almeida Costa (UFPA)

Regional Nordeste

Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC)

Regional Minas Gerais

Geraldo Cury (UFMG)

Regional Rio de Janeiro e Espírito Santo

Filomena Euridice Carvalho de Alencar (UFES)

ABEM

Av. Brasil, 4036 / sala 1008

Rio de Janeiro – RJ – 21040-361

Tel: (21)2260-6161 – 2573-0431

Fax: (21) 2260-6662

Internet: www.abem-educmed.org.br

e-mail: abem@abem-educmed.org.br

SUMÁRIO

Habilidades de Comunicação e Qualidade de Vida/Saúde	3
<i>Jadete Barbosa Lampert</i>	
Projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde: uma Trajetória Inicial	7
<i>Suely Grosseman / Leandro Francisco Moraes Loures / Ana Paula Mariussi / Eloisa Grossman / Evelin Massa e Ogatta Muraguchi</i>	
Práticas do Eixo Humanístico no Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	13
<i>Dolores González Borges de Araújo / Célia Maria Correia Salles / Mônica da Cunha Oliveira / Antonio Carlos Costa</i>	
Ensino de Habilidades de Comunicação a Estudantes de Medicina: Caminhos Percorridos pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus de Fortaleza.....	21
<i>Francisco das Chagas Medeiros¹ / Valeria Goes Ferreira Pinheiro / Álvaro Jorge Madeiro Leite / Maria Goretti Frota Ribeiro / Maria Neile Torres Araújo / Antonia Ionésia Araújo do Amaral</i>	
É conversando que a gente se entende.....	28
<i>Sergio Zaidhaft</i>	
Metodologias Ativas para o Ensino de Empatia na Graduação em Medicina – Uma Experiência da Unicamp.....	36
<i>Marcelo Schweller / Jamiro Wanderlei / Márcia Strazzacappa / Flavio Cesar Sá / Eloisa Helena Rubello Valler Celeri / Marco Antonio de Carvalho-Filho</i>	
A Narrativa de Adoecimento e as Práticas Formativas na construção da Realidade Clínica.....	47
<i>Alicia Navarro de Souza / Hélio Antonio Rocha / Daniela Freitas Bastos / Maria Kátia Gomes / Valdes Roberto Bollela</i>	
Medicina, Comunicação e Narrativa	58
<i>Eloisa Grossman</i>	
O Uso da Técnica Problem Based Interview (PBI) na Formação de Especialistas em Medicina de Família e Comunidade – Sistematização de uma Experiência Pioneira Realizada em Florianópolis (SC) no período de 2010 a 2014.....	63
<i>Naarai Camboim Bezerra / Ronaldo Zonta / Fernanda Lazzari Freitas / Marcela Dohms / Bibiana de M. Arns / Dalet C. Bizerra</i>	
O Ensino da Comunicação na Formação Profissional em Saúde no Brasil: Análise da Literatura Especializada Posterior à Homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais	69
<i>Adriana Cavalcanti de Aguiar / Irene Rocha Kalil / Martha Silvia Martínez-Silveira / Wilson Couto Borges / Pedro Henrique de Freitas Martins da Motta / Guilherme Canedo Borges</i>	

EDITORIAL

Habilidades de Comunicação e Qualidade de Vida/Saúde

O uso adequado de habilidades de comunicação (HC) entre profissionais e clientes, parceiros, familiares e comunidade é indispensável para bons e efetivos desdobramentos em toda interação humana. Na formação dos profissionais da saúde, a capacitação para a comunicação se mostra essencial no aprimoramento do cuidado, seja nos processos de promoção da saúde e prevenção de doenças, seja nos meios de diagnóstico, tratamento e/ou reabilitação.

Em meio aos avanços técnicos e científicos, tem sido comprovada uma relação positiva entre a comunicação efetiva na atenção à saúde e a recuperação mais rápida de pessoas com determinadas doenças agudas e crônicas, resultando em melhor qualidade de vida e maior satisfação dos envolvidos. Desta forma, ao se discutirem competências necessárias aos futuros médicos ao final do curso de graduação, fica evidente a relevância das HC.

A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), de acordo com sua missão de desenvolver a educação médica visando formar um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, identifica nesse contexto a necessidade de as escolas se voltarem para o estudo de como estão e como podem ser aprimoradas as HC na formação. Natural, portanto, que se busque identificar trabalhos que tratam desta tarefa específica que deve permear todo o processo de formação e atuação do profissional na área da saúde.

Então, sobejamente se justifica esta publicação e o projeto que propõe diagnosticar a situação no atendi-

mento da competência nesta habilidade e promover ações que venham a aprimorá-la e ampliar seu escopo nas instituições formadoras.

A professora Suely Grosseman (UFSC), reconhecida especialista nesta área de estudo, foi desafiada a compor este número dos Cadernos da Abem com as experiências de ensino de HC que ocorrem no Brasil. Em oficinas com escolas realizadas em eventos de educação médica, regional e nacional, a professora discutiu e revisou a proposta do Projeto de Habilidades de Comunicação, que, sob sua coordenação, propõe construir um consenso brasileiro sobre as HC necessárias ao alcance da competência em comunicação pelo futuro egresso dos cursos de graduação na área da saúde e fornecer subsídios para o ensino e avaliação dessas habilidades.

Como em outros países, nosso desafio é construir consenso sobre as HC necessárias aos estudantes da área da saúde, para que alcancem as competências requeridas para melhores resultados no exercício da profissão.

Neste panorama, nos deparamos com a necessidade de bons sistemas avaliativos, seja no diagnóstico situacional das escolas, seja no acompanhamento de processos e resultados na formação de competências. Assim, é oportuno enfatizar que o sistema avaliativo deve incluir, além das habilidades de comunicação institucionais internas e externas, as condições e a qualificação dos recursos humanos para facilitar e orientar o desenvolvimento das HC nos estudantes em formação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação (MEC/CNE, 2014) para serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação dos cursos, indicam para concretizar, na Seção I, da área da atenção à saúde, art. 5º, item VII: *comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.*

A integralidade da atenção em saúde necessita de abordagem e cuidado em equipe. Portanto, para manter a saúde e prevenir as doenças, a sociedade contemporânea deve contar com profissionais que, dispondo de uma gama de conhecimentos e tecnologias, deem suporte ao

acompanhamento do ciclo vital e contribuam na quantidade e qualidade dos anos vividos.

Neste quadro surge, então, a relevância do processo de formação dos profissionais da área da saúde, na relação institucional entre a escola, os serviços e a comunidade. Nos cenários de prática, os discentes, futuros profissionais, devidamente acolhidos e orientados, estarão aprendendo com a vivência de situações-problema reais. Orientados e acompanhados, estes estudantes, durante a formação, podem contribuir para a construção e o aprimoramento do sistema de saúde existente. Todos os olhares mostram a importância das HC (compreensão e interpretação – hermenêutica) para as transformações almejadas.

Neste Caderno, contribuições na construção de HC, para melhor qualidade de vida.

Jadete Barbosa Lampert

Projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde: uma Trajetória Inicial

Suely Grosseman^I / Leandro Francisco Moraes Loures^{II} /
Ana Paula Mariussi^{III} / Eloisa Grossman^{III} / Evelin Massae Ogatta Muraguchi^{IV}

Palavras-chave: Relações Profissional-Paciente. Habilidades de Comunicação. Ensino Na Saúde. Educação Superior.

RESUMO

Apresenta-se uma síntese dos encontros realizados em 2014 em eventos organizados pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), relativos ao projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde no Brasil. Descreve-se o ensino de habilidades de comunicação em algumas instituições de ensino superior, bem como algumas habilidades de comunicação e os próximos passos para o projeto, recomendados pelos participantes das oficinas.

INTRODUÇÃO

O ensino de habilidades de comunicação tem sido progressivamente incluído nos currículos de instituições do ensino superior que formam profissionais de saúde em todo o mundo.

O processo que levou a tal inclusão foi precipitado por uma série de fatores, que desencadearam um progressivo descontentamento da população com a atenção à saúde recebida e tiveram como uma de suas consequências o aumento de processos contra profissionais de saúde a partir da década de 1960¹⁻³.

Pesquisas sobre as causas desses processos constataram que, embora a maioria dos pacientes tenha sofrido

lesões ou problemas graves resultantes da atenção recebida, a decisão deles e/ou de suas famílias de buscar recurso jurídico contra a instituição de saúde ou a equipe era baseada, geralmente, na insatisfação com a qualidade da comunicação do médico ou da equipe de saúde⁴⁻⁶.

Outros estudos foram realizados sobre a comunicação entre profissionais de saúde e paciente e suas famílias. Os objetivos eram variados, e alguns deles incluíam compreender como esta comunicação estava ocorrendo, identificar aspectos que a facilitavam e a limitavam, analisar os desfechos de uma comunicação efetiva ou a efetividade de estratégias para ensino e avaliação de habilidades de comunicação. Entre os vários desfechos positivos da comunicação efetiva entre profissional de saúde e paciente e sua família foram constatados: diminuição da dor pós-operatória e do tempo de permanência hospitalar após artroplastia⁷; melhora da qualidade das estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer⁸; diminuição da limitação funcional em diabéticos⁹; percepção de diminuição da intensidade dos sintomas clínicos em algumas doenças¹⁰; melhora na saúde mental e melhor ajuste psicológico e emocional¹¹⁻¹⁴; maior satisfação do paciente com o médico^{10,14-20}; menor estresse e maior satisfação do médico com o trabalho^{4,14,20-22}; diminuição de queixas contra más práticas^{4,14,20-21}.

^I Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina; Doutorado em Engenharia de Produção, área de concentração Ergonomia na Universidade Federal de Santa Catarina; Pós-doutorado em Habilidades de Comunicação na Drexel University College of Medicine; Aluna do Brasil-Faimer Regional Institute 2008-2010.

^{II} Acadêmico do primeiro período do Curso de Medicina de Univille

^{III} Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/Uerj); Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); Brasil-Faimer Regional Institute 2014 Fellow.

^{IV} Professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina.

Artigos de revisão evidenciaram os aspectos da comunicação do profissional e da equipe de saúde associados a melhores desfechos, abrangendo o acolhimento, a consulta e seus desdobramentos^{12-14,20, 22-28}.

A partir da década de 1990, nos Estados Unidos e na Europa, as habilidades de comunicação (HC) foram incorporadas nas diretrizes para a formação do profissional de saúde, e recomendações acerca do processo de ensino e avaliação foram elaboradas²⁹⁻⁴⁰. Consensos sobre processos, conteúdos e objetivos de aprendizagem para a comunicação na área da saúde também foram estabelecidos⁴¹⁻⁴⁶.

No Brasil, a partir de 2001, as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação na área da saúde passaram também a incluir a comunicação como uma das competências a serem alcançadas pelos futuros egressos⁴⁷. Em 2014, as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Medicina inseriram diversos aspectos da comunicação a serem incluídos na atenção, gestão e ensino na saúde⁴⁸.

Algumas instituições de ensino superior (IES) na área da saúde no Brasil têm conseguido ensinar as habilidades de comunicação ao longo de todo o curso de forma pontual e de forma integrada ou não a outras disciplinas e/ou módulos. Entretanto, percebe-se a necessidade de maior visibilidade sobre o que já está sendo ensinado em cada escola, bem como de uma sistematização do conteúdo de habilidades de comunicação que deve ser ensinado, e sobre processos para facilitar seu ensino-aprendizagem, como, por exemplo, compartilhamento de experiências bem-sucedidas e desenvolvimento docente.

Levando em consideração tais necessidades, o projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde no Brasil foi elaborado em 2014. Ele tem por objetivos a construção coletiva de um consenso sobre as competências em comunicação a serem alcançadas pelo futuro egresso dos cursos de graduação na área da saúde, assim como a elaboração de estratégias para a promoção, continuidade e sustentabilidade deste ensino, incluindo o desenvolvimento docente no Brasil. Espera-se que este projeto impulse e sustente o ensino-aprendizagem e a avaliação da comunicação nos cursos de graduação na área da saúde, contribuindo para a promoção da atenção à saúde da população e da qualidade de vida dos que a recebem e a prestam.

As ações propostas em curto prazo são: alcançar um consenso nacional sobre as HC necessárias ao profissional de saúde; o diagnóstico do ensino das HC nas institui-

ções de ensino superior (IES) na área da saúde; a realização de oficinas para compartilhar experiências no ensino de HC; a definição de estudos colaborativos sobre o tema no Brasil. Em médio prazo, as ações propostas são: desenvolvimento docente para ensino-aprendizagem de estratégias de ensino e avaliação de HC; oficinas com estudantes, residentes e profissionais de saúde que não tiveram a oportunidade de aprender HC; elaboração de material para ensino e avaliação de HC; avaliação de impacto do desenvolvimento docente no processo ensino-aprendizagem e avaliação das HC. As ações em longo prazo são: monitoramento do ensino e da avaliação de HC nos cursos de graduação na área da saúde; elaboração de estratégias para facilitar a implantação do ensino e da avaliação de HC em escolas que não os contenham; e publicações sobre esta área de saber.

Um dos recursos que poderá ser disponibilizado para algumas escolas interessadas em aliar o ensino à pesquisa é o Programa DocCom, desenvolvido pela American Academy on Communication in Healthcare (AACH) e pela Drexel University College of Medicine (Ducom, Filadélfia). Ele é constituído por 42 módulos *online* sobre diversos temas de ensino-aprendizagem de habilidades de comunicação, que incluem a teoria e vídeos curtos que modelam as habilidades ensinadas. Após assistirem ao módulo, os estudantes ou profissionais devem ter um encontro presencial com facilitadores, para fazer reflexões sobre o tema e uma síntese sobre que foi aprendido, seguidas por atividades práticas variadas para consolidar este conhecimento – como, por exemplo, *role-playing*, consulta com paciente simulado, consulta com paciente real, visitas a asilos. Em 2012, os editores do DocCom autorizaram a tradução para o português de 12 módulos, e algumas escolas brasileiras poderão utilizá-los, desde que aliem o ensino à pesquisa para verificar seu impacto.

No 51º Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em 2013, o professor Dennis Novack, da Ducom, e facilitadores brasileiros realizaram uma oficina sobre ensino-aprendizagem de habilidades de comunicação, com duração de oito horas. Ao longo de 2014, três eventos sobre HC apresentaram palestras curtas sobre referenciais teóricos e um diagnóstico parcial sobre o que as escolas das profissões de saúde ofertavam a seus alunos sobre este tema, além de discutir as HC consideradas fundamentais no currículo.

O objetivo deste artigo é apresentar uma síntese dos encontros que ocorreram em 2014, realizados em even-

tos organizados pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), relativos ao projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde no Brasil.

MÉTODOS

Neste artigo, relatam-se os frutos iniciais de dois encontros relativos ao projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde no Brasil, em eventos realizados em 2014, apoiados pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). O primeiro encontro ocorreu no 6º Congresso Nordestino de Educação Médica (Conem), em Salvador (BA), no dia 5 de abril de 2014; o segundo ocorreu no Simpósio de Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde, realizado no 52º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), em 31 de outubro de 2014, contando com cerca de 150 participantes.

CAMINHOS TRILHADOS NO PROJETO ENSINO DE HC

O primeiro encontro, realizado no 6º Congresso Nordestino de Educação Médica (Conem) em abril de 2014, incluiu uma palestra sobre a evolução do ensino de HC no Brasil e no mundo, seguida por uma oficina que contou com participantes de dez IES da área da saúde da Região Nordeste, uma do Sudeste e uma do Sul do País. Após breve introdução (nome, área de atuação e instituição de origem), os participantes dividiram-se em três grupos para mencionar o que já era ensinado em suas instituições no que tange às HC, com sua posterior apresentação. Como o processo da oficina não incluiu projeto de pesquisa submetido a comitê de ética nem termo de consentimento para sua divulgação, apresentamos, no Quadro I, as atividades desenvolvidas em cada instituição (citadas apenas por letra para evitar identificação) concernentes ao ensino de HC.

Quadro I. Atividades desenvolvidas nas instituições de ensino superior (IES) na área da saúde, relativas ao ensino de habilidades de comunicação

IES	Currículo e atividades desenvolvidas
A	Currículo contém eixo de abordagem humanística e ética ao longo de todo o curso. Além disto, a temática HC é abordada no terceiro ano na saúde coletiva.

B	Currículo contém eixo longitudinal do primeiro ao quarto ano, com abordagem da comunicação em saúde entre a universidade e a comunidade, envolvendo o Programa Saúde da Família (PSF). Também durante o curso acontecem dois momentos de abordagem das HC pela Psicologia Médica, e há um grupo de estudos sobre HC composto por um professor da área de Cirurgia, um da área clínica e um professor não médico.
C	Currículo contém eixo humanístico do primeiro ao oitavo semestre. No sétimo semestre, há uma abordagem sobre a ética, como, por exemplo, erros médicos e comunicação. São abordados, de forma não sistemática, diversos temas na área de HC.
D	No programa de Clínica Médica, há pacientes simulados e <i>role play</i> ; no internato de Pediatria, ministra-se o tema comunicação de notícias difíceis.
E	Diversos temas são ensinados. No primeiro semestre, um professor médico e um professor psicólogo abordam as HC do médico. No segundo semestre, o professor médico mantém a abordagem do tema. Na Pediatria, no terceiro semestre, há gravações de vídeos sobre HC. No quarto semestre, a comunicação de más notícias é abordada pela Oncologia. No quinto e sexto semestres, os alunos participam de um Laboratório de Habilidades de Comunicação com pacientes atores. No sétimo semestre, o professor psicólogo retorna, abordando comunicação de notícias difíceis na UTI. Também há uma abordagem de HC na programação da Clínica Médica.
F	Ao longo do curso, há diversas abordagens para ensino de HC realizadas de forma não sistemática. No primeiro semestre, há psicologia médica com abordagem da comunicação. De forma multidisciplinar, são trabalhados os meios de comunicação com a comunidade. No terceiro semestre, aborda-se o desenvolvimento do ciclo de vida com tópicos específicos na comunicação e enfrentamento da morte. No quarto semestre, utiliza-se Laboratório de HC (LHC) com enfoque nas diversas relações com o médico. Há também experiências no PSF. Neste período, também há coleta de anamnese com paciente simulado. No quinto semestre, trabalha-se a semiologia em saúde mental com visitas ao hospital onde são feitas anamneses e prática com avaliação estruturada. No oitavo semestre, há uma abordagem biodinâmica da Clínica Médica e o PSF.
G	No quinto semestre, professores psicólogos abordam temas na área de HC de forma estritamente teórica. No sétimo semestre, a Psiquiatria também aborda o tema. No internato, o PSF também aborda HC.
H	Não há abordagem específica de HC.
I	No primeiro ciclo do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), são discutidos temas na comunicação em saúde com a comunidade (políticas, direitos, etc.). No segundo ciclo, a temática de HC é abordada, de forma geral, nas aulas de Ética, Psiquiatria e Psicologia Médica.
J	No primeiro ano, há Bioética e ensino de medicina baseada em narrativas. No terceiro ano, há quatro encontros sobre HC, que abordam empatia, comunicação de más notícias e como lidar com emoções fortes, e que associam o programa <i>online</i> denominado Doc.Com com encontros presenciais com reflexão, síntese sobre o que foi aprendido e prática na enfermagem, dramatização ou paciente simulado. Na Interação Comunitária, há aulas sobre HC e prática e avaliações com pacientes simulados.
K	Currículo contém módulo longitudinal sobre Ética e Psicologia Médica. No oitavo semestre, há prática em LHC sobre comunicação de más notícias e outros temas.
L	No terceiro e sétimo períodos, a Pediatria aborda comunicação de más notícias e morte; na sexta fase, abordam-se as HC na disciplina de Bioética.

M	Do primeiro ao quarto período, há a disciplina Comunicação em Saúde. Trabalham as aulas práticas em LHC. Praticam HC com complexidade crescente. A disciplina também abrange os cursos de Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Farmácia.
---	--

Após as apresentações, pôde-se perceber que algumas escolas inserem o ensino das habilidades vinculado a Ética, Bioética, Psicologia, Psiquiatria e Saúde Pública, de forma longitudinal ou pontual.

Em seguida, após a leitura de um artigo com o consenso de 33 escolas do Reino Unido sobre as HC que deveriam ser contempladas nos currículos de escolas médicas⁴⁴, iniciou-se uma discussão em grupos pequenos sobre HC consideradas fundamentais nos cursos de graduação na área da saúde. Foram elencadas áreas e habilidades que deveriam ser ensinadas e processos a serem trabalhados durante a formação acadêmica. Estes foram: estratégias de comunicação, comunicação escrita, comunicação não verbal (incluindo contato visual), empatia, escuta ativa, espaço de escuta, acolhimento, respeito pela diferença, respeito pessoal e interpessoal, geografia da comunicação, apresentação do médico, *feedback*, enfrentamento e mediação dos conflitos, presença (estar totalmente presente durante o encontro com o paciente), capacidade de síntese, ética, comunicação verbal (linguagem adequada), como lidar com o paciente com dificuldade de falar e pactuação.

Devido ao limite de tempo, os participantes sentiram que este foi apenas o início de um processo para instituir no futuro as habilidades de comunicação a serem ensinadas no território nacional, havendo necessidade de mais encontros.

No segundo encontro, realizado no 52º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), em outubro de 2014, foram feitas duas breves apresentações, uma sobre o projeto Ensino de Habilidades de Comunicação, apoiado pela Abem, e outra sobre medicina baseada em narrativas. Em seguida, os coordenadores solicitaram que os participantes preenchessem uma planilha, com seus dados e menção quanto à intenção de participar do projeto como gestor ou pesquisador, e de oficinas, como facilitador ou ouvinte. Preencheram a planilha 89 representantes de 52 instituições de ensino e de uma secretaria de saúde.

Seguiu-se então uma dinâmica, com divisão dos participantes em grupos. A metade dos grupos deveria responder à questão: “Que HC o profissional de saúde

deve ter, além das já listadas na oficina anterior?”; a outra metade deveria responder à questão: “Quais são os próximos passos que queremos no projeto?”. Para embasar a discussão, foi distribuído material que incluía o artigo de Von Fragstein *et al.*⁴⁴ e as Diretrizes Nacionais para os cursos de graduação em Medicina⁴⁷.

Após discussão nos grupos, as HC listadas foram: definir com clareza os significados de comunicação e de habilidades de comunicação; respeito, empatia e questões interculturais e éticas (sistemas culturais específicos, fontes de identidades e de alteridades) no desenvolvimento dos processos, visto que o nosso país tem dimensões continentais e grande diversidade regional; nomear o paciente como protagonista, com integração de sua perspectiva na entrevista e pactuação do plano terapêutico; enfatizar a importância do estabelecimento de um interesse genuíno nas relações entre profissional de saúde e paciente; adaptação de apresentações e da fala à plateia para a qual se está falando; como motivar o paciente; como estimular a reflexão crítica e autocrítica; comunicação entre pares e com outros profissionais, comunicação com a equipe de saúde e ampliação do entendimento de cuidados; argumentação; grau de maturidade dos alunos; como criar e sustentar o vínculo com uma comunidade específica no espaço comunitário; comunicação sensível, verbal e não verbal; mediação de conflitos; segurança do paciente; limites do envolvimento emocional entre profissionais da saúde e paciente.

Foi ainda ressaltada a necessidade de: visitas domiciliares e outros cenários de prática; resgatar e preservar o interesse genuíno afetivo do médico; integrar o médico na prevenção e promoção de saúde; estimular a ampliação do tempo da consulta, permitindo a exposição das angústias e do plano terapêutico; trabalhar os sentimentos e as angústias do profissional de saúde. Alguns grupos ressaltaram a importância de legitimar as HC nos currículos, em contraposição à existência de iniciativas individuais isoladas. Outros mencionaram estratégias para a promoção deste, entre elas: utilizar diferentes cenários, em todos os níveis de atenção, para treinar as habilidades de comunicação, inclusive o laboratório de HC; melhorar o aproveitamento das práticas do aprendiz por meio das vivências e do ensino com filmagem e outras técnicas para melhorar a comunicação; sensibilizar docentes e discentes para a aprendizagem da comunicação; capacitar os professores, por serem eles mode-

los do que se está ensinando; incluir a simulação como estratégia de ensino em ambiente seguro.

Entre as propostas para o projeto foram elencadas: inserir oficinas de comunicação em todos os fóruns da Abem, incluindo docentes e discentes, facilitando trocas de experiências e propiciando o desenvolvimento docente para o ensino de HC; sistematizar o ensino das HC nos currículos de Medicina de forma transversal e currículo em espiral do primeiro ao sexto ano do curso; estabelecer uma sistemática de avaliação e disseminar os aspectos discutidos nessa ocasião.

Os temas sugeridos para as próximas oficinas foram: métodos de ensino e de avaliação de HC com enfoque formativo e *feedback* apreciativo; formas de comunicação (narrativas, verbal e não verbal e escrita) em anamneses, prescrições, prontuários; como construir um laboratório de comunicação; prática reflexiva e reconhecimento das HC de cada participante para identificar pontos fortes e fracos; troca de experiências sobre estratégias utilizadas pelas diversas IES para o ensino de HC; “método clínico centrado na pessoa”.

Após as dinâmicas, foi criado um consenso entre os grupos, determinando pontos importantes a abordar antes de iniciar a criação das oficinas. Foram determinados cinco fatores primordiais: definir melhor o que é comunicação (definições e referencial teórico); estabelecer um consenso sobre HC; sistematizar o ensino das HC não só em espiral, mas também com ênfase nos laboratórios de comunicação, desde a primeira até a sexta série do curso; o processo de inserção curricular das HC e o papel do professor; disseminar a importância das HC nas instituições de origem, em um movimento coordenado docente/discente para sensibilizar outros atores da escola a fim de deslanchar o ensino de HC.

No final do simpósio, os participantes mencionaram uma palavra para expressar sua avaliação sobre o encontro. Foram mencionadas, entre outras, as palavras transformação, construção, sensibilidade, envolvimento, esperança, silêncio, integração, pouco tempo, caminho, desafio, escuta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde no Brasil, da Associação Brasileira de Educação Médica, está em seu primeiro ano, e já houve al-

guns avanços na busca de um consenso, de compartilhamento de experiências e desenvolvimento docente. Espera-se que, em 2015, consigamos finalizar um consenso apoiado nas Diretrizes e em oficinas sobre as HC a serem ensinadas e avaliadas na área da saúde, bem como realizar oficinas para desenvolvimento docente, visando facilitar sua inserção no processo de formação na IES.

REFERÊNCIAS

1. Sloan FA, Mergenhagen PM, Burfield WB, Bovbjerg RR, Hassan M. Medical malpractice experience of physicians. Predictable or haphazard? *JAMA*. 1989; 262(23):3291-7.
2. Thorpe KE. The medical malpractice 'crisis': recent trends and the impact of state tort reforms. *Health Aff (Millwood)*. 2004; Suppl Web Exclusives:W4-20-30.
3. Grosseman S, Patrício ZM. Relação médico-paciente: evidências de fragilidades e de possibilidades de sua superação por meio do ensino de habilidades em comunicação. In: Marins JJ, Rego S, orgs. Educação Médica: gestão, cuidado avaliação. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2011: 223-257
4. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997; 277(7):553-9.
5. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*. 1994; 343(8913): 1609-13.
6. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*. 2004; 79(2):186
7. Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*. 2000; 38(8):807-19.
8. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*. 1990; 301(6752):575-80.
9. Rost KM, Flavin KS, Cole K, McGill JB. Change in metabolic control and functional status after hospitalization. Impact of patient activation intervention in diabetic patients. *Diabetes Care*. 1991; 14(10):881-9.
10. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001; 323(7318):908-11.
11. Roter DL. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. *Md State Med J*. 1983; 32(4):260-5.
12. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002; 288(6):756-64.
13. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002; 325(7366):697-700.
14. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000; 49(9):796-804.
15. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*. 1981; 22(1):18-30.

16. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *SocSci Med*. 2003; 57(5):791-806.
17. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez del Rey JA, Dewitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161(1):44-9.
18. Brown JB, Boles M, Mullooly JF, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999 7;131(11):822-9.
19. Heszen-Klemens I, Lapinska E. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *SocSci Med*. 1984;19(1):9-18.
20. Rotter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health*. 1989;10:163-80.
21. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(4):351-4.
22. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freedman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. California: Sage; 1995.
23. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *SocSci Med*. 1995; 40(7):903-18.
24. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board FamPract*. 2002; 15(1):25-38.
25. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):595-608.
26. O'Keefe M. Should parents assess the interpersonal skills of doctors who treat their children? A literature review. *J Paediatr Child Health*. 2001; 37(6):531-8.
27. Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine. The consultation. *BMJ*. 2002; 324(7353):1567-9.
28. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
29. General Medical Council. Education Committee. *Tomorrow's Doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London; 1993 [capturado 12 out. 2010]. Disponível em: http://www.gmc-uk.org/Tomorrows_Doctors_1993.pdf_25397206.pdf.
30. Association of American Medical Colleges. *Report III Contemporary Issues in Medicine: communication in medicine*. Washington, DC; 1999 [capturado 12 jan. 2011]. Disponível em: https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version89.pdf&prd_id=200&prv_id=241&pdf_id=89.
31. Klass D, De Champlain A, Fletcher E, King A, Macmillan M. Development of a performance-based test of clinical skills for the United States Medical Licensing Examination. *Fed Bull*. 1998;85:177-85.
32. Tate P, Foulkes J, Neighbour R, Champion P, Field S. Assessing physicians' interpersonal skills via videotaped encounters: a new approach for the Royal College of General Practitioners Membership examination. *J Health Commun*. 1999; 4(2):143-52.
33. Whelan GP. Educational Commission for Foreign Medical Graduates: clinical skills assessment prototype. *Med Teach*. 1999;21(2):156-60.
34. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (Millwood)*. 2002; 21(5):103-11.
35. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in Medicine*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press; 2005.
36. Kurtz SM, Laidlaw T, Makoul G, Schnabl G. Medical education initiatives in communication skills. *Cancer Prev Control*. 1999; 3(1):37-45.
37. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Can Meds 2000 Project: skills for the new millennium: report of the societal needs working group*. Ottawa; 1996. [capturado 02 jun. 2013]. Disponível em: http://www.easom.org/data/documentation/CanMEDS_e.pdf
38. Van Thiel J, Ram P, Van Dalen J. *MAAS-Global Manual 2000. Guidelines to the rating of communication skills and clinical skills of doctors with the MAAS-Global*. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient EducCouns*. 2001;45(1):23-34.
39. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9.
40. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991; 303(6814):1385-7.
41. Consensus statement from the workshop on the teaching and assessment of communication skills in Canadian medical schools. *CMAJ*. 1992; 147(8):1149-52.
42. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001; 76(4):390-3.
43. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin S. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008; 42(11):1100-7.
44. Kiessling C, Dietrich A, Frabry G, Hölzer H, Langewitz W, Münlinghaus I et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel Consensus Statement. *Pat Educ and Counseling*. 2010; 81: 259-266.
45. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Pat Educ and Counseling*. 2013; 93:18-26.
46. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4 CNE/CES de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov; 2001 [capturado 20 jul. 2010]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
47. Brasil. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina, Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, pp 8-11.
48. American Academy on Communication in Healthcare, Drexel University College of Medicine. Doc.com. [Capturado 28 mar. 2011]. Disponível em: <http://webcampus.drexelmed.edu/doccom/user/>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Suely Grosseman
 Rua Arno Hoeschel 121 apto 802
 Centro – Florianópolis
 CEP: 88015-620 SC
 E-mail: sgrosseman@gmail.com

Práticas do Eixo Humanístico no Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

*Dolores González Borges de Araújo^I / Célia Maria Correia Salles^{II} /
Mônica da Cunha Oliveira^{III} / Antonio Carlos Costa^{II}*

Palavras-chave: Relações Médico-Paciente. Assistência Centrada no Paciente. Educação Médica. Humanização da Assistência.

RESUMO

Mudanças introduzidas na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública a partir de 2000 contribuíram para privilegiar o enfoque nos aspectos subjetivos do paciente, estimulando o desenvolvimento de habilidades comunicacionais favorecedoras da escuta sensível, centrada na pessoa do doente. Este artigo descreve como se desenvolve de forma transversal a abordagem dos aspectos subjetivos do paciente. Enfatizam-se três componentes curriculares: Psicologia Médica, Laboratório de Habilidades em Comunicação e Semiologia Mental II. Quatro temas permeiam a construção dos elementos curriculares: a relação médico-paciente, a abordagem integral do paciente, a humanização do atendimento e a compreensão dos aspectos subjetivos do estudante de Medicina. Apresentam-se perspectivas para a ampliação da abordagem humanística e do aprendizado de habilidades comunicacionais. A experiência da EBMSp inclui aspectos do aprender a conhecer, a fazer, a viver juntos e a ser.

INTRODUÇÃO

O curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSp) foi criado em 1952 e se caracteriza por formar profissionais com apurada visão huma-

nista, que se destacam pela qualidade da relação médico-paciente. Além de oferecer ao aluno um currículo relacionado com o desenvolvimento de competências técnico-científicas, enfatiza conhecimentos, habilidades e competências relacionados com saber escutar, acolher e cuidar das pessoas.

No ano 2000, iniciou-se no seio da instituição um profundo processo de mudança, em que se construiu um novo projeto pedagógico, com significativas alterações curriculares, sob a supervisão de consultores especialistas em educação^I. A partir da pergunta “Que médico queremos formar?”, ampliou-se a disciplina de Psicologia Médica, aumentando o número de professores e de polos de aprendizagem. Na perspectiva de introduzir o fator humano no atendimento, foram efetuadas inovações, ousadas e desbravadoras, que se tornaram possíveis pela persistência e firmeza do corpo docente, num movimento de não recuar frente às resistências surgidas diante das mudanças inseridas no currículo. Estas foram norteadas e sustentadas por pressupostos teóricos que advogam o resgate do fator humano no atendimento médico, entendendo a complexidade da experiência de adoecimento, que constitui um processo que atinge o indivíduo em todas as dimensões do seu ser. Passou-se a ensinar ao aluno, na coleta de dados da anamnese, uma escuta sensível, centrada na pessoa do doente, ao invés de focada unicamente na

^I Mestre em Medicina e Saúde, Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

^{II} Professores Assistentes da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

^{III} Professora Auxiliar da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

doença. Começou-se a privilegiar uma escuta que inclui-se questões sobre o que aflige o paciente, afetando sua qualidade de vida, e deslocando o foco da pergunta: “Qual a doença?” para se questionar: “Quem é o doente?”².

A disciplina Psicologia Médica, localizada originalmente no quinto semestre, expandiu-se para o quarto semestre com a disciplina denominada Psicodinâmica da Clínica Médica, que trabalha questões relacionadas ao Ser Médico. Posteriormente, Psicologia Médica passou a ser ensinada no primeiro semestre. Nessa ocasião, como estratégia para diferenciar os polos de ensino, no quinto semestre mudou sua denominação para Semiologia Mental, e, no segundo semestre, criou-se a disciplina Desenvolvimento do Ciclo de Vida. Em 2006, a Bahiana inicia o ensino em ambulatório para o sexto semestre e implanta a disciplina de Semiologia Mental II para este cenário de aprendizagem. No quinto semestre, há Semiologia Mental I, em que, entre outras experiências, os alunos têm a oportunidade de realizar anamneses em contexto hospitalar. Posteriormente, as duas disciplinas passaram a fazer parte, respectivamente, da Clínica Integrada I e da Clínica Integrada II. Em 2012, criou-se o Laboratório de Habilidades em Comunicação, módulo do componente curricular Biofunção II.

Um aspecto particularmente importante no desenvolvimento desses componentes curriculares foi o desenvolvimento de um modelo de HPS Psicodinâmica. Observou-se que os alunos elaboravam a história psicossocial de forma metódica, colhendo dados cuja finalidade desconheciam e que, conseqüentemente, não sabiam utilizar. Assim, mudou-se de um saber morto de coleta de dados para um modelo que, dando vida à HPS (história psicossocial), faz surgir nos alunos o desejo de aprender sobre a subjetividade dos pacientes, trabalhando com eles o saber-fazer, a escuta atenta. Ao invés de investigar dados referentes a uma história de vida cronológica, passa-se a um modelo que origina nos alunos o desejo de aprender sobre a subjetividade dos pacientes.

Estimulando-se o aluno a atuar como ouvinte atento das questões subjetivas trazidas pelo paciente, desenvolvem-se habilidades de comunicação que propiciam uma transferência positiva com o doente, gerando empatia e uma relação de interatividade entre eles.

Temos o paciente que se defronta, que experimenta o encontro com o real, e, do outro lado, o aluno, que, do lugar de médico, no papel de prestador de cuidados, é o

observador deste encontro, mas não o vivencia na própria carne. O ponto de tensão consiste em: como transmitir ao estudante o encontro que está sendo vivenciado pelo paciente? Uma possibilidade é expor o aluno à escuta de pacientes e à apresentação do caso, ocasião em que o professor atuaria como intermediário entre o paciente que vivencia o encontro e o aluno que escuta este encontro.

Os alunos são ensinados a utilizar os dados subjetivos obtidos do paciente na lista de problemas de cada caso, assim como a empregá-los como meios de ampliar o raciocínio clínico, condutas diagnósticas e terapêuticas, e planos educacionais. A percepção de quão útil se torna a investigação da subjetividade do paciente estimula os estudantes a refinar suas habilidades de coleta de dados e a desenvolver sua percepção acerca dos pacientes.

Atualmente, os componentes curriculares referidos têm a seguinte distribuição:

Semestre	Componente curricular
1º	Psicologia Médica
3º	Desenvolvimento do Ciclo de Vida (DCV)
4º	Laboratório de Habilidades em Comunicação (LHC)
5º	Semiologia Mental I
6º	Semiologia Mental II
7º	Psicodinâmica da Clínica Médica

O objetivo deste artigo é descrever como se desenvolve de forma transversal a abordagem dos aspectos subjetivos do paciente no curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Teremos como foco os componentes curriculares Psicologia Médica, Laboratório de Habilidades em Comunicação (LHC) e Semiologia Mental II, uma vez que há maior integração entre eles, havendo, inclusive, docentes comuns.

Para a análise dessa abordagem transversalizada, utilizaremos quatro temas que permeiam a construção dos elementos curriculares: a relação médico-paciente, em seus aspectos psicológicos e comunicacionais; a abordagem integral do paciente, numa dimensão biopsicossocial; a humanização do atendimento; e a compreensão dos aspectos subjetivos do estudante de Medicina e do médico em sua prática profissional. Em cada semestre, tais temas são abordados de modo a se respeitar o estágio em que se encontra o aluno, incorporando sua progressiva experiência no trato com os pacientes.

Para este trabalho, foram empregados como fonte de dados planos de ensino dos componentes curriculares, reflexões de docentes neles envolvidos e resultados de avaliações realizadas pelos alunos sobre suas experiências.

Nossa análise se inicia com considerações acerca da metodologia de ensino-aprendizagem e estratégias de avaliação adotadas, enfocando a seguir os temas acima referidos e finalizando com considerações acerca das perspectivas.

METODOLOGIA

Partindo-se do pressuposto de que “aprendemos a comunicar nos comunicando”, utilizam-se metodologias ativas de aprendizado, em que a discussão em grupo dos temas abordados assume papel fundamental. O substrato teórico é adquirido por meio da leitura de textos, feita previamente pelos estudantes em casa. Empregam-se diversas dinâmicas de grupo em Psicologia Médica e no Laboratório de Habilidades em Comunicação (LHC), visando estimular a participação dos alunos. Trabalhar em pequenos grupos – média de 17 alunos em Psicologia Médica, 12 em LHC – favorece particularmente tal propósito, uma vez que, no decorrer do semestre, cresce entre os estudantes a intimidade e o senso de confiança, o que é particularmente útil aos mais tímidos.

Em Semiologia Mental II, parte do trabalho também está fundamentada em discussões de grupo (média de dez alunos), em que os estudantes trocam ideias acerca de suas experiências, com base nos casos atendidos em ambulatório de Clínica Médica e também nos casos teóricos estudados a cada semana.

Gostaríamos de destacar dois elementos que têm sido utilizados em Psicologia Médica e no Laboratório de Habilidades em Comunicação: dramatização e emprego de filmes e vídeos. Na educação médica, a dramatização tem o objetivo de facilitar a percepção objetiva de sentimentos e atitudes frente à prática profissional. Permite que a pessoa vivencie medos e ansiedades presentes no papel profissional, compreendendo as tensões existentes nesse papel. Possibilita, além disso, a experimentação dos pontos de vista de outra pessoa, ao fazer o seu papel³. Assim, os estudantes são convidados a desempenhar papéis relacionados com a prática médica, e se discute depois o que aconteceu durante as cenas. Em geral, são curtas dramatizações, a partir de situações pré-espe-

cificadas. Exploram-se, assim, situações sob a perspectiva não só do profissional como do paciente.

Em Psicologia Médica, há também dramatizações mais elaboradas, em que há um artigo que serve de base. Os alunos, após a leitura do texto, fazem um roteiro para apresentá-lo sob a forma de dramatização, criando as diversas cenas. No dia especificado, cada grupo (em média, cinco alunos) apresenta o seu texto, com o auxílio de diversos recursos, como música, indumentária, iluminação, vídeos e filmagens. Criam-se, assim, pequenas peças que mobilizam bastante os alunos, várias delas atingindo alto nível de qualidade. As dramatizações são seguidas da discussão do tema abordado. Atualmente, empregamos três textos relacionados com as questões da formação do estudante de Medicina^{4,5} e o preparo para lidar com a morte⁶. Essa atividade é muito apreciada pelos alunos, e, na avaliação final que fazem de Psicologia Médica, comumente aparece entre as mais valorizadas. É interessante ressaltar que, mesmo semestres depois, estudantes se lembram de cenas das dramatizações das quais participaram ou a que assistiram.

Outro recurso proveitoso é trabalhar com filmes e vídeos. Por vezes, utiliza-se um filme completo, visto em casa ou em sala de aula, que então é discutido com os alunos. Um exemplo é *Um Golpe do Destino*⁷, empregado atualmente em Psicologia Médica e também já visto em Laboratório de Habilidades em Comunicação, bastante adequado para abordar questões relativas à relação médico-paciente. Também empregamos trechos de filmes ou versões editadas deles. O impacto dramático dos filmes é muito útil para mobilizar e sensibilizar os alunos. Em Psicologia Médica, também constitui uma das atividades mais apreciadas, conforme os alunos assinalam na avaliação final da disciplina. Tem sido destacada a utilidade do cinema na educação médica, favorecendo oportunidades para um diálogo amplo sobre questões que realmente interessam ao estudante e que nem sempre são abordadas em sua formação. Os alunos mostram-se hábeis em extrair das imagens metafóricas dos filmes as consequências educacionais implícitas, sobretudo as relacionadas com a promoção de atitudes e valores. O cinema serve também como um meio de o estudante revelar seu universo interior, ao transportar o que ali vivenciou para sua vida pessoal, possibilitando a expressão de realidades que as palavras não conseguiriam tornar transparentes⁸.

No Laboratório de Habilidades em Comunicação, também temos selecionado recentemente, com a ajuda de monitores, diversos vídeos de curta duração, ligados aos temas a serem discutidos naquele encontro. Utilizamos, então, uma linguagem próxima à dos alunos, hoje tão conectados com o mundo através da internet. Assim, por exemplo, o discurso de Steven Jobs em Stanford⁹ se presta bem para abordar questões relativas à história de vida e à morte.

Seguindo uma tendência crescente nas universidades, em diferentes áreas, utiliza-se como recurso didático a Plataforma de Aprendizagem Virtual¹⁰, constantemente acessada por nossos alunos. Ela contém informações tais como cronograma de atividades, planos de ensino, ficha de avaliação do aluno, assim como diversos textos que os alunos usarão em suas atividades. Além disso, a plataforma se presta a atividades de avaliação, uma vez que possibilita o envio de tarefas pelos estudantes, obedecendo a prazos predeterminados. Tais possibilidades contribuem para uma adequada organização e planejamento dos componentes curriculares. A Plataforma Moodle, ferramenta empregada mundialmente no ensino, tem-se prestado bem a tais objetivos. O primeiro curso de graduação da Escola Bahiana de Medicina a empregá-la foi Medicina, em Psicologia Médica, e atualmente serve a diversos propósitos nos demais cursos. Estudos demonstram que as TICs beneficiam o processo de aprendizagem em saúde¹⁰.

Um aspecto que contribui para criar um ambiente particularmente aconchegante e descontraído, favorecedor da livre expressão de ideias, é a configuração da sala utilizada nas aulas de Psicologia Médica: piso com tatame de borracha, sem cadeiras, com almofadas. Habitualmente, suas atividades se iniciam com um breve relaxamento, o que possibilita maior concentração posterior dos estudantes.

AVALIAÇÃO

Embora existam em cada um dos componentes curriculares aqui abordados peculiaridades no processo de avaliação, há algumas características comuns a eles. Parte do processo avaliativo se baseia no desempenho do aluno nas atividades didáticas, observando-se critérios como pontualidade, participação, assiduidade, discussão de casos atendidos em ambulatório, etc. Além disso, levam-se em conta apresentações em seminários, elaboração de

trabalhos, etc. Em Psicologia Médica, Laboratório de Habilidades em Comunicação e Semiologia Mental II, há ficha de avaliação padronizada do aluno, que registra os critérios utilizados e respectivos pesos. Tal ficha é de conhecimento de todos os alunos e apresentada a eles no início das atividades no semestre.

Em Psicologia Médica e Laboratório de Habilidades de Comunicação, os estudantes preenchem no final do curso um questionário de avaliação sobre as atividades desenvolvidas, o que tem se mostrado útil para o planejamento do semestre posterior. Esse instrumento representa uma forma de o aluno apontar aquilo que considerou positivo em sua experiência, avaliar seu aprendizado e dar sugestões para melhor aproveitamento. Um exemplo disso é a inclusão da abordagem do tema morte em Psicologia Médica, sugerido por estudantes, e cuja importância tem sido destacada na literatura^{11,12}.

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Em Psicologia Médica, no primeiro semestre, boa parte da carga horária se refere à questão da comunicação. Este aprendizado se faz de forma teórica, mediante leitura e apresentação de textos sob forma de seminário pelos alunos, assim como de forma vivencial, por meio de dinâmicas de grupo, dramatizações e da própria experiência de relacionamento com os colegas. Abordam-se temas como princípios gerais da comunicação, competência interpessoal e relação médico-paciente e o cuidado humano, empregando-se dois textos elaborados especialmente para este fim e um artigo¹³. Cada um dos temas é apresentado e discutido em grupo, de modo a se firmarem conceitos essenciais em termos da comunicação, analisada prioritariamente em seus aspectos relativos à relação médico-paciente. Outra atividade que tem obtido bons resultados inclui a dramatização de entrevista com paciente, realizada por alunos, com posterior análise. No final do curso, a exibição e a discussão de um filme centrado na história de doença de um médico⁷ mostraram-se proveitosas na consolidação desse aprendizado, como já referido. Essa discussão conta com a participação de profissionais do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (Napp) da EBMS, que enriquecem a análise do filme.

Ao chegarem ao quarto semestre, os alunos já dispõem de alguma experiência no trato com pacientes, como, por exemplo, em Saúde da Mulher. Têm também a oportunidade de fazer suas primeiras anamneses, em

pacientes hospitalizados. Uma parte dos alunos, ao cursar o Laboratório de Habilidades em Comunicação (LHC), já frequentou um serviço desenvolvido de acordo com o referencial de Saúde da Família. Este estágio é intercalado no semestre com LHC, ou seja, metade dos alunos passa inicialmente por Saúde da Família e depois em LHC, e a outra metade faz o percurso inverso. Assim, no Laboratório de Habilidades em Comunicação, as questões abordadas se referem mais diretamente à prática clínica. Trabalham-se aspectos relacionados com o ciclo do cuidado¹⁴, o contexto da consulta, o paciente, a família e o médico. Mais recentemente, foi incluída a comunicação de más notícias, seguindo-se o protocolo Spikes¹⁵. Os estudantes são estimulados a relatar experiências pessoais com os pacientes, e os docentes e monitores a referir as suas. A dramatização funciona bem como um recurso para abordar aspectos relativos à comunicação médico-paciente.

No sexto semestre, os alunos de Semiologia Mental II atendem pacientes ambulatoriais em duplas, uma tarde a cada 15 dias. Sempre que necessário, a docente do componente curricular pode ser chamada na sala de consulta para auxiliar os estudantes em sua abordagem do doente. Na semana seguinte, são discutidos em sala de aula aspectos relativos aos atendimentos realizados, enfocando-se, entre outros pontos, facilidades e dificuldades encontradas na comunicação com o paciente.

ABORDAGEM INTEGRAL DO PACIENTE

A concepção do processo saúde-doença é abordada inicialmente de forma mais teórica, em Psicologia Médica, por meio de um trabalho de pesquisa, seguindo temas predeterminados, aplicando-os numa discussão de caso em sala de aula. Utiliza-se como fundamentação teórica a teoria dos quatro quadrantes de Wilber¹⁶, que possibilita uma abordagem didática dos elementos incluídos no processo saúde-doença, enfocando o paciente em seus aspectos individuais (objetivos e subjetivos) e coletivos (objetivos e subjetivos). Posteriormente, no Laboratório de Habilidades em Comunicação, a concepção do processo saúde-doença é ampliada e aprofundada, com o auxílio de textos e discussões. Neste semestre, na anamnese, os estudantes aprendem a elaborar a história psicossocial (HPS), introduzida como meio de explorar aspectos subjetivos do paciente, contribuindo para uma abordagem integral do indivíduo. Os alunos aprendem a explorar aspectos relativos a profissão, família, relaciona-

mento de casal, vida social e lazer do paciente, além de elementos referentes ao “eu” do indivíduo (estado emocional, satisfação com a vida, planos, religião, etc.), nos quais se inclui uma dimensão importante: a experiência do adoecer. Esta representa a experiência pessoal e subjetiva da pessoa doente, ou seja, sentimentos, pensamentos e comportamentos alterados de quem se sente doente. Embora determinada doença tenha elementos comuns presentes nos indivíduos que a apresentam, a experiência da doença de cada pessoa é única¹⁷.

O aprendizado da HPS se aprofunda no quinto e sexto semestres, em Semiologia Mental I e II, onde há diversas oportunidades de colher anamneses de pacientes. Lidar com um maior número deles permite entender melhor como os dados da HPS auxiliam no raciocínio clínico, possibilitando ampliar possibilidades de diagnóstico e tratamento. Nos atendimentos ambulatoriais em Semiologia Mental II, cada paciente é discutido simultaneamente com um docente de Semiologia Médica e outro de Semiologia Mental no mesmo dia, permitindo uma integração efetiva de aspectos biopsicossociais. Além disso, em todas as semanas, os alunos analisam um caso clínico teórico, em que se exploram aspectos da Semiologia Médica, Semiologia Mental e Farmacologia. Pede-se ao estudante que elabore uma lista de problemas e uma formulação diagnóstica de cada caso, incluindo questões de ordem psíquica e social. Esta tarefa é postada individualmente na plataforma de aprendizagem virtual e discutida em sala de aula.

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Atualmente, ao ingressarem no curso de Medicina, os alunos da EBMSJ já estão sensibilizados quanto à humanização do atendimento. Isto decorre de mudanças no vestibular, chamado Processo Seletivo Formativo, em que uma de suas partes inclui três etapas, realizadas em uma manhã: exibição e discussão de filme especialmente editado para esse fim, vivência de grupo e dramatização de uma situação da prática médica. Embora este processo não receba pontuação específica, conteúdos nele abordados são resgatados na redação do vestibular. Dessa forma, cursinhos e escolas do ensino médio de Salvador trabalham com textos relacionados com a humanização não só junto aos candidatos ao curso de Medicina da EBMSJ, como aos de outras faculdades, uma vez que estas recentemente também têm privilegiado o tema em seus vestibulares.

O tema humanização permeia todos os aspectos relacionados ao atendimento do paciente, desde Psicologia Médica, no primeiro semestre. Os alunos são estimulados a utilizar a empatia, colocando-se no lugar do paciente, exercendo uma escuta ativa do indivíduo, valorizando seus medos, preocupações e necessidades. Também aprendem a adotar atitudes e condutas baseadas no respeito ao ser humano à sua frente, considerando a sua singularidade.

O contato com a morte, a dor e o sofrimento pode levar ao desenvolvimento de mecanismos rígidos de defesa nos estudantes de Medicina, contribuindo para criar uma barreira afetiva frente aos pacientes, que deixam de ser identificados como “pessoas” e passam a ser vistos como “objetos de aprendizagem”. Esses primeiros contatos estabelecidos pelos discentes são fundamentais para o tipo de relacionamento posteriormente adotado com o paciente⁴. Experiências em pequenos grupos, onde é possível incluir os componentes emocionais envolvidos na prática médica, tal como ocorre na EBMS, têm um efeito positivo no sentido de evitar a negação da angústia e a geração de mecanismos de defesa que contribuem para a desumanização do paciente.

Em Desenvolvimento do Ciclo de Vida (DCV), no terceiro semestre, os alunos são solicitados a elaborar um “Livro da Vida”, estratégia autobiográfica que lhes possibilita implicar-se de forma subjetiva no conteúdo da disciplina e de sua futura profissão, articulando o que foi aprendido à sua própria história¹. O aprendizado acerca das diversas fases do ciclo de vida amplia a possibilidade de o estudante perceber com maior clareza as diversas peculiaridades do paciente, chamando a atenção para o fato de que este dispõe de uma identidade própria, tem sua história, seus problemas. Esta visão ampliada é essencial para um atendimento humanizado, em que o paciente não constitui um mero objeto de observação e representa mais do que o portador de determinada doença.

ASPECTOS SUBJETIVOS DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Tem-se destacado a importância de recuperar na prática médica os seus aspectos inter-relacionais, em que o legítimo interesse e a preocupação com o outro se mostram essenciais, o que constitui tarefa árdua na cultura institucional da escola médica, predominantemente tecnicista. Treinam-se profissionais para subestimar as manifestações da subjetividade humana, necessitando-se, portan-

to, investir na aliança de elementos objetivos e subjetivos na medicina, de modo que o seu objeto deixe de ser apenas o corpo para focar a pessoa^{18,19,20}.

Acreditamos que não se podem formar estudantes sensíveis aos aspectos subjetivos dos pacientes sem que os estimulemos a entrar em contato com a própria subjetividade. Apenas reconhecendo a si mesmo, identificando seus pensamentos e sentimentos, podem eles se mostrar sensíveis às questões subjetivas do paciente. Assim, há uma preocupação em nossa prática de continuamente abordar questões próprias da experiência como estudante de Medicina, tais como as diversas etapas do curso, formação da identidade profissional, qualidade de vida, etc. Dessa forma, criam-se espaços em que os alunos se sentem à vontade para expressar seus temores, dúvidas, preocupações, etc.

A prática de favorecer o contato do estudante com aspectos pessoais é interessante para desenvolver a habilidade de compreender a si próprio, lidar com suas emoções, entender os outros e manejar relacionamentos. Tal prática tem sido reconhecida como importante no aumento da empatia e como fator de contribuição positiva para a relação médico-paciente. Recomenda-se, assim, que seu treinamento constitua parte do currículo médico^{21,22}.

Perceber que não está sozinho e que os demais colegas também passam pelas mesmas incertezas constitui um aspecto importante dessa troca de ideias e sentimentos. Esta possibilidade de compartilhamento é muito interessante, pois ajuda os alunos a lidar melhor com as agruras da formação profissional.

Outro aspecto importante dessa criação de um espaço próprio para a expressão de aspectos pessoais do estudante é que isso faz com que ele se sinta escutado, cuidado pelo docente, o que se sabe ter influência positiva em sua formação. Reconhece-se que a relação professor-aluno serve de modelo para a relação médico-paciente, e a atenção e o cuidado que o docente conferem ao estudante podem ser espelhados no contato com os pacientes^{5,23,24}. Além disso, o compartilhamento de experiências é particularmente significativo para criar um clima de grupo favorável a uma união maior com os colegas, diluindo a competitividade tão comum entre os estudantes de Medicina²⁵.

Como exemplos de atividades voltadas para o tema da formação do estudante de Medicina, temos em Psicologia Médica a dramatização de artigos relacionados com essa questão^{4,5} e, no Laboratório de Habilidades em Co-

municação, a discussão de excerto de tese sobre a qualidade de vida do estudante de Medicina²⁶. Neste último caso, por vezes, ocorre uma partilha particularmente carregada de emoção, uma vez que os alunos podem se sentir sobrecarregados com a quantidade de tarefas acadêmicas. Por outro lado, o próprio perfil habitual do estudante de Medicina, perfeccionista e altamente exigente em relação a si mesmo²⁵, contribui para dificultar mais a situação. Assim, não é incomum que se queixem de que não lhes sobra tempo para outros aspectos de sua vida não relacionados com a medicina.

Numa das turmas do Laboratório de Habilidades em Comunicação, após discussão de texto sobre a importância de o médico estar atento às suas necessidades e dar espaço em sua vida para seus relacionamentos e o lazer²⁷, os alunos se sentiram motivados a promover um passeio de escuna semanas depois, ao qual compareceu mais da metade dos alunos daquele semestre.

Embora o foco principal da abordagem dos aspectos subjetivos dos alunos seja a sua experiência como estudante de Medicina, surgem diversas oportunidades, ao longo das dinâmicas e discussões, de trazer à tona aspectos referentes aos relacionamentos interpessoais em geral. Dessa forma, a questão “Qual foi o seu principal aprendizado neste semestre?”, habitualmente incluída na avaliação final de Psicologia Médica e do Laboratório de Habilidades em Comunicação, costuma ter respostas relativas ao crescimento pessoal do aluno. Colares e Andrade²⁸ destacam que os benefícios de atividades em grupos reflexivos com estudantes de Medicina podem atingir áreas mais amplas das relações humanas e de seus problemas. Quintana *et al.*⁴ assinalam também a importância de atividades de tutoria e ensino em pequenos grupos, como forma de favorecer a emergência das emoções e a possibilidade de reflexão.

Em Psicodinâmica da Clínica Médica, sétimo semestre, cria-se também espaço para abordar o processo individual de crescimento do estudante de Medicina ao atuar como cuidador, e trabalham-se angústias, necessidades e dificuldades pessoais enfrentadas e vivenciadas pelos alunos.

PERSPECTIVAS

Ainda há bastante a fazer, apesar do muito que já caminhamos até agora. Almejamos que todas as etapas do curso, numa complexidade crescente, apresentem a reflexão cotidiana do fazer médico através da teoria e da

prática. Assim, há esboços de vários projetos a serem implementados na EBMSp, tais como:

- Fortalecer a pesquisa qualitativa por meio de estímulo à orientação de TCCs que incluam a subjetividade dos indivíduos envolvidos;
- Elaborar *checklists* dos casos mais frequentes, junto com os próprios estudantes que atuam em ambulatório, a fim de aprimorar a coleta de dados da HPS;
- Incluir no programa de cursos optativos práticas complementares e integrativas e de teorias subjetivas em interface com a medicina;
- Favorecer a criação de grupos do tipo Balint, direcionados para alunos dos últimos semestres do curso, que carecem de espaços para a reflexão sobre sua prática;
- Estimular a construção da HPS Psicodinâmica desde o primeiro contato com o paciente, respeitando a escuta atenta da pessoa e de suas singularidades;
- Incrementar e refletir sobre nossa prática por meio de reuniões e debates entre as distintas áreas de saúde, com atuação dos professores de diferentes cursos, pois a interdisciplinaridade é fundamental nesse eixo integrador.

Quanto a este último aspecto, gostaríamos de acrescentar que há alguns semestres tem ocorrido um movimento de integração entre Psicologia Médica e Psicologia e Saúde, oferecida em outros cursos de graduação da EBMSp, de modo que, respeitando-se as peculiaridades de cada graduação, chegou-se a uma ementa comum. Esse processo continua em andamento, através de reuniões periódicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública no desenvolvimento de seu eixo humanístico inclui os quatro pilares da educação no século XXI descritos por Delors²⁹. Procuramos, assim, trabalhar conteúdos que possibilitem ao aluno conhecer melhor aspectos importantes da sua prática e formação profissionais, estimulando a discussão e a visão crítica acerca desses saberes (*aprender a conhecer*).

Temos a preocupação de criar oportunidades, dentro e fora da sala de aula, para que o aluno consiga exercer da melhor forma possível as habilidades comunicacionais que lhe possibilitarão uma relação médico-paciente pau-

tada numa visão ético-humanística (*aprender a fazer*). Utilizamos metodologias que favorecem uma interação mais próxima dos estudantes em grupos de pequeno tamanho, num contexto igualitário, tendo objetivos e projetos comuns (*aprender a viver juntos*).

Por fim, investimos em estratégias que estimulam a autoconsciência dos alunos, o que contribui para a abertura à relação com o outro e o desenvolvimento da empatia diante do paciente (*aprender a ser*).

Conscientes da magnitude de nossa tarefa, constantemente nos empenhamos em discutir, refletir e modificar a nossa prática, de modo a contribuir para a construção de uma formação médica mais integrativa e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Daltro MR, Bueno G. Ludicidade e narrativa: estratégias de humanização na graduação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(4):497-505.
2. Almeida HO, Alves NM, Costa MP, Trindade EMV, Muza GM. Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. *Rev Bras Educ Med.* 2005;29(3):208-216.
3. Jucá NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGCH, et al. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(1):57-64.
4. Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA, Cecim OS, Santos MS. A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):7-14.
5. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3): 301-308.
6. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética.* 2005;13(2):51-63.
7. Um golpe do destino (The doctor). Direção: Randa Haines. Intérpretes: William Hurt, Elizabeth Perkins. Studio Touchstone Pictures, EUA, 1991. DVD (122 min), son., color.
8. Blasco PG, Gallian DMC, Roncoletta AFT, Moreto G. Cinema para estudantes de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2005;29 (2):119-128.
9. Steven Jobs – Discurso em Stanford (2005) Legendado HD. (14 min, 24 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PX_jsF-tCzO8>. Acesso em: 21 set. 2014.
10. Vasconcelos DFP, Vasconcelos ACCG. Desenvolvimento de um ambiente virtual de ensino em histologia para estudantes da saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2013; 37(1): 132-137.
11. Marta GN, Marta SN, Filho AA, Job RPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):416-27.
12. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(1):37-43.
13. Silva MJ. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética.* 2002;10(2):73-88.
14. Pendleton D, Schofield, Tate P, Havelock P. A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011.
15. Buckman RA. Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community Oncology.* 2005;2(2):138-142.
16. Wilber K. A visão integral. São Paulo: Cultrix; 2008.
17. Brown JB, Weston WW, Stewart M. O primeiro componente: explorando a doença e a experiência da doença. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mc Whinney IA, Mc William CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):90-97.
19. Liboni M, Siqueira JE. Competência moral do estudante de medicina. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(2): 226-228.
20. Rios IC. Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina. São Paulo; 2010. Doutorado [Tese] – Universidade de São Paulo.
21. Sonal A, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Medical Education.* 2010;44:749-764.
22. Stoller JK, Taylor CA, Farver CF. Emotional intelligence competencies provide a developmental curriculum for medical training. *Medical teacher.* 2013;35(3), 243-247.
23. Kaufman A. Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica. São Paulo: Agora; 1992.
24. Aragaki SS, Spink MJP. Os lugares da psicologia na educação médica. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;32(1):85-98.
25. Torres AR, Oliveira GM, Yamamoto FM, Lima MCP. Ligas acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. *Interface Comun Saúde Educ.* 2008;12(27):713-720.
26. Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. São Paulo; 2008. Doutorado [Tese] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
27. Solano JPC. Carta a um jovem médico. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2009;55(5):512-513.
28. Colares MFA, Andrade AS. Atividades grupais reflexivas com estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(1):101-14.
29. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1998.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dolores Araújo
Rua Com. Horácio Urpia, 1 – apto 1001
Graça – Salvador
CEP 40150-250 – BA
E-mail: doloresaraujo@bahiana.edu.br

Ensino de Habilidades de Comunicação a Estudantes de Medicina: Caminhos Percorridos pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus de Fortaleza

Francisco das Chagas Medeiros^I / Valeria Goes Ferreira Pinheiro^{II} /
Álvaro Jorge Madeiro Leite^I / Maria Goretti Frota Ribeiro^{II} / Maria Neile Torres Araújo^{III} /
Antonia Ionésia Araújo do Amaral^{III}

Palavras-chave: Comunicação Médico-Paciente. Habilidades de Comunicação. Educação Médica.

RESUMO

A comunicação com pacientes é indubitavelmente a atividade da prática médica mais comum e mais importante, entretanto ela recebe relativamente pouca ênfase no currículo de Medicina. Recentemente a comunicação entre médicos e pacientes tem atraído uma atenção crescente nos estudos relacionados aos cuidados de saúde e suas inserções nos currículos médicos. Todavia os ganhos com estes esforços ainda são limitados. Discorre-se sobre estes esforços que desafiaram a nossa Faculdade nos últimos anos no sentido da inserção da comunicação no currículo como uma competência chave no cuidar dos pacientes. Descreve-se sobre o ensino de habilidades de comunicação a estudantes de Medicina e os caminhos percorridos pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Fortaleza.

INTRODUÇÃO

A história da medicina se caracteriza por uma relação em grande parte silenciosa entre médico e paciente, baseada em um modelo de benevolência e paternalismo. A justificativa deste modelo foi baseada em várias suposições, que incluem: (i) o médico sabe mais; (ii) médico e paciente compartilham agendas idênticas; (iii) os pa-

cientes não querem, não conseguem entender e precisam ser protegidos de informação médica; (iv) os pacientes não têm capacidade para participar do processo médico complexo de tomada de decisão. Assim, através da lente do paternalismo, não havia necessidade real de comunicação além da mínima necessária para garantir a adesão do paciente ao tratamento médico e, mais recentemente, para obter o consentimento informado para um plano médico decidido em comum, compartilhado. O papel da “conversa” foi ainda mais reduzido com a ascensão da moderna medicina, particularmente ao longo do século passado. O paciente tornou-se marginalizado na medida em que os médicos passaram a acreditar que a doença – em vez de “a pessoa com a doença” – seria o alvo de terapia e que, além disso, os aspectos científicos e tecnológicos da prática não representam parte do “ser um médico”, mas a totalidade da medicina e sua prática^{1,2,3}.

A pesquisa e o ensino da comunicação clínica contemporânea refletem uma importância axiomática da construção de um relacionamento clínico entre duas pessoas e do “empoderamento” dos pacientes como parceiros. Dados recentes sobre a importância da comunicação se bifurcam em dois grandes princípios. Primeiro, a relação clínica é um veículo essencial mais circunscritamente rela-

^I Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

^{II} Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

^{III} Departamento de Patologia e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

cionado ao objetivo de tomar informações e compartilhar os planos de conduta médica (cuidados, tratamentos clínicos ou cirúrgicos). A construção do relacionamento deve, portanto, ser uma comunicação integral para ser efetiva. Segundo, os pacientes devem ser parceiros no seu cuidar e devem ajudar no seu papel de compartilhar informações e decisões. A medicina, abraçando a comunicação com disciplina, insere esses valores em sua prática ⁴.

Os médicos devem ser comunicadores competentes para efetivamente praticar a medicina, e a comunicação é uma das seis competências requeridas para a acreditação pelo Conselho Americano de Educação Médica. O ensino e a avaliação na comunicação são extremamente complexos e mais recentemente têm sido realizados por meio de exercícios simulados (*role play*), filmagens e *feedback*.

A habilidade em comunicação, sem dúvida um dos componentes fundamentais da interação médico-paciente, vem ganhando recentemente maior destaque nos currículos dos cursos de Medicina, do que decorrem novas ideias e práticas para o seu desenvolvimento ^{5, 6, 7, 8}.

Desde 2001, quando um novo projeto pedagógico, orientado pelas Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de Medicina de 2001, foi implantado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, a preocupação com a formação social, de cidadania e ética foi bem explicitada e formalmente inserida no sistema modular do currículo. Passaram a ser visivelmente valorizados temas como o pleno desenvolvimento do aluno como ser humano, a priorização da relação médico-paciente, o estímulo ao pensamento crítico para preparação para a argumentação e a tomada de decisões, a formação ética, o desenvolvimento mais adequado das relações interpessoais e o preparo do estudante para a vida social ⁹.

O módulo longitudinal de Desenvolvimento Pessoal inserido no currículo vigente propôs a reunião de assuntos relacionados aos aspectos humanísticos da medicina, agregando as disciplinas relacionadas à Ética, à Psicologia e às Ciências Sociais. Os objetivos propostos deveriam extrapolar os limites do módulo e perpassar todas as atividades que compõem o currículo do curso, aproveitando as oportunidades para aprimorar a formação ética, psicológica e humanística dos alunos. A continuidade do módulo deveria se fazer a cada semestre (Quadro I). Embora o desenvolvimento de competências em habili-

dades de comunicação estivesse implícito em todas as atividades do Módulo de Desenvolvimento Pessoal, bem como nos demais, um programa estruturado não foi inserido no processo de mudança da Famed-UFC.

Quadro I. Estrutura curricular do curso de Medicina da UFC com previsão teórico-prática de temas em Humanidades Médicas e Comunicação

Semestre	Módulo/Disciplina
1º	Evolução histórica, científica e ética da medicina
2º	Psicologia Médica. Meios de comunicação com a comunidade (interdisciplinar)
3º	Saúde, cultura, ambiente e trabalho
4º	Psicologia Médica: diversas relações com o médico; experiências no Programa Saúde da Família
5º	Bioética e cidadania
6º	Psicopatologia e saúde mental
7º	Medicina Preventiva: abordagem biodinâmica da Clínica Médica e o Programa Saúde da Família
8º	Medicina Legal e Deontologia Médica
9º ao 12º	Internato – estágio supervisionado com atendimento direto a pacientes e familiares

Nos demais módulos/disciplinas, o conjunto de habilidades considerado como componente fundamental das competências clínicas continuava a ser “ensinado” da maneira tradicional e não estruturada, ou seja, a simples observação de um professor ou de um profissional em ação servia de base para a aprendizagem.

Na primeira avaliação curricular do curso de medicina da UFC realizada em 2006, foi observado que, embora o currículo tenha mudado estruturalmente, a funcionalidade não ocorreu da forma esperada. Em relação à ênfase no desenvolvimento de atitudes e habilidades profissionais que favorecessem uma relação médico-paciente e uma prática profissional responsável, pautada numa comunicação eficiente, em valores éticos e no aperfeiçoamento permanente, evidenciou-se uma clara necessidade de intervenção. Muitas eram as oportunidades perdidas de inserção do desenvolvimento de habilidades de comunicação tanto no ciclo básico, quanto no profissional e particularmente no internato. Entretanto, de forma pontual, foram abordados com sucesso temas específicos em comunicação com uso de metodologias ati-

vas de ensino, ocupando espaços e cenários de prática do curso de Medicina, como pode ser exemplificado nas iniciativas de alguns módulos de Ginecologia e Pneumologia e no Módulo de Comunicação, introduzido no oitavo semestre a partir de 2010, por iniciativa de um pequeno grupo de professores.



Figura 1. Um dos primeiros OSCE em comunicação. Situação: caso de esquecimento de pílula e risco de gravidez indesejada. O objetivo é comunicar o uso adequado de pílulas anticoncepcionais ou pílula do dia seguinte, bem como os riscos de DSTs. Educação terapêutica a paciente era a competência idealizada. Todas as avaliações eram documentadas e pacientes-simuladas assim como estudantes assinavam consentimento informado. Note a cartela de anticoncepcional mostrando as pílulas esquecidas e um gravador sobre a mesa. Referências teóricas^{10,11}.



Figura 2. Vídeos de cerca de 10 a 12 minutos realizados por grupos de alunos para discussão posterior por professores e por pares. Neste caso, uma mulher jovem com câncer de mama. Competência de comunicar má notícia e prognóstico. Referencial teórico^{12,13}.

O Módulo de Comunicação foi organizado objetivando o treinamento de habilidades básicas de comunicação com o paciente e seus familiares, com membros de equipe de trabalho e com outras relações interpessoais. O módulo tem duração de 32h. As turmas são de 20 alunos e exploram temas como: relação médico-paciente (método centrado no paciente Calgary–Cambridge), consul-

ta estruturada, comunicação não verbal, consulta íntima, comunicação de más notícias, entre outros. As práticas incluem dramatizações, exploração de vídeos, análise de fotografias, exposições dialogadas, discussões em grupo, técnicas de narrativas e reflexões e críticas de textos selecionados.

HISTORIANDO O TRAJETO

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará tem participado do movimento das escolas médicas em busca do estabelecimento de um Consenso Brasileiro. Em abril de 2014, durante o 6º Congresso Nordeste de Educação Médica (Conem) em Salvador (BA), houve uma oficina sobre Habilidades de Comunicação nas Escolas Médicas com a participação de 12 instituições. Cada participante expôs iniciativas em comunicação desenvolvidas em sua escola e pôde-se perceber que o ensino é muito variado. Enquanto algumas instituições adotam tais iniciativas de forma mais sistematizada, outras o fazem mais pontualmente. De forma errática, as escolas inserem o ensino das habilidades vinculado à Ética, Bioética, Psicologia, Psiquiatria e Saúde Pública. As escolas elencaram habilidades de comunicação consideradas fundamentais nos cursos de graduação na área da saúde: comunicação verbal e não verbal, comunicação escrita, relação médico-paciente (empatia, escuta ativa, acolhimento, respeito pela diferença, respeito pessoal e interpessoal, capacidade de síntese, negociação), mediação dos conflitos, geografia da comunicação, *feedback*, ética, lidar com o paciente difícil.

Numa segunda oficina em Fortaleza (CE), ocorrida em maio de 2014 com a participação de grande parte do corpo docente da UFC e professores de outras instituições, após intensas discussões sobre o *core* mínimo em habilidades de comunicação no currículo médico, estabeleceu-se que deveria ser enfatizada a compreensão das bases conceituais, componentes e princípios do método clínico centrado no paciente e as habilidades e atitudes de condução da consulta médica de forma estruturada, observando o respeito ao paciente e à alteridade, instaurando uma recepção acolhedora, de atenção ao conforto do paciente; e ainda que se deveria estabelecer uma negociação compartilhada para o manejo do problema, incluindo investigações diagnósticas, plano terapêutico e seguimento. Atenção especial deveria ser dis-

Quadro 2. Capacitação estruturada de habilidades de comunicação proposta ao longo do curso de Medicina

Metas	Atividades	Acompanhamento e Avaliação
<p>Elaboração de um programa de capacitação de habilidades de comunicação do primeiro ao oitavo semestre, em módulos selecionados e no internato;</p> <p>Reestruturação dos planos de ensino dos módulos e programação do internato com incorporação das atividades de treinamento de habilidades de comunicação;</p> <p>Reestruturação do sistema de avaliação dos estudantes, incluindo avaliação de habilidades/ atitudes nos módulos selecionados e no internato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboração de um programa de capacitação de habilidades de comunicação; – Seleção dos módulos em cada semestre para a capacitação de habilidades de comunicação; – Inclusão do treinamento de habilidades de comunicação nos programas do internato; – Realização de oficinas para reestruturação dos módulos selecionados e dos respectivos sistemas de avaliação dos estudantes; – Capacitação de professores e preceptores; – Criação de uma equipe de gestão de cada semestre; – Implantação do laboratório de habilidades de comunicação e execução das atividades planejadas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Análise crítica dos planos de ensino e dos programas do internato; – Acompanhamento das atividades dos módulos pelo Colegiado de Coordenação do curso, pelos coordenadores dos módulos e pela equipe de gestão do semestre; – Aplicação sistemática da satisfação de alunos e professores com as atividades de treinamento de habilidades de comunicação; – Avaliação dos módulos por professores e alunos; – Realização de avaliação de habilidades de comunicação dos alunos.

pensada à linguagem não verbal, à comunicação escrita, ao desenvolvimento de habilidades para a abordagem de pacientes nas diversas faixas etárias e em diferentes cenários de atenção, bem como ao treinamento em técnicas de abordagem aos pacientes de difícil relacionamento e à comunicação de más notícias.

Em função desses objetivos e da revisão em andamento no currículo do curso de Medicina da UFC, observando o disposto nas Diretrizes Nacionais Curriculares homologadas em 2014 no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades de comunicação para a consolidação do perfil do egresso, elaboramos a proposta apresentada no Quadro 2.

A proposta da Faculdade de Medicina é desenvolver um eixo horizontal para o módulo de habilidades de comunicação, com ênfase programática em temas específicos em cada semestre, preferentemente abordados em atividades práticas que possam contar com a participação global do corpo docente. O Quadro 3 apresenta exemplos de oportunidades.

Uma ampla base de evidências científicas no campo da educação médica justifica a estruturação do ensino de habilidades adequado a cada nível de aprendizagem em que o estudante se encontra e que vai desde uma fase inicial de reconhecimento de estruturas até a execução de procedimentos complexos. Um programa de treina-

Quadro 3. Exemplos de oportunidades ligadas aos objetivos de aprendizagem no curso de Medicina da UFC

Objetivo de aprendizagem	Oportunidade
Atendimento centrado no paciente	Consultas ambulatoriais nos diversos níveis de atenção Atendimento hospitalar Ambiente de simulação
Comunicação de notícias difíceis	Serviços de emergência, cirurgia, atendimentos ambulatoriais, terapia intensiva, oncologia Ambiente de simulação (Laboratório de Habilidades Clínicas e de Comunicação)
Comunicação interprofissional	Atuação na rede básica, serviços de emergência, cirurgia, atendimentos ambulatoriais, terapia intensiva, entre outros Ambiente de simulação
Mediação de conflitos	Atuação na rede básica, serviços de emergência, cirurgia, atendimentos ambulatoriais, terapia intensiva, entre outros Ambiente de simulação
Comunicação escrita	Elaboração e análise de documentos médicos
Relacionamento com familiares	Atuação na rede básica, serviços de emergência, cirurgia, atendimentos ambulatoriais, terapia intensiva, entre outros Ambiente de simulação
Feedback	Atuação na rede básica, serviços de emergência, cirurgia, atendimentos ambulatoriais, terapia intensiva, entre outros Elaboração e análise de documentos médicos Ambiente de simulação

mento de habilidades tem que prover oportunidades de o estudante atuar por diversas vezes, em situações de crescente complexidade e risco, até torná-lo apto a atuar autonomamente em situações reais. O treinamento deve ser iniciado com práticas em condições presenciais ou de simulação controladas, com o emprego de metodologias apropriadas, que viabilizem a observação, a prática associada a *feedback* e novas oportunidades de execução, a fim de diminuir o estresse do estudante e preservar a segurança e a qualidade do atendimento prestado ao paciente¹⁴.

Deve-se ressaltar o entendimento de que existem sólidas evidências da efetividade de programas com estratégias educacionais adequadas a esta finalidade. O treinamento inicial em situações de simulação se impõe não só por questões metodológicas, mas, principalmente, por questões éticas e humanas. Atualmente, com muita frequência, começamos o treinamento de habilidades pelo estágio que deveria ser o último: a prática com os pacientes reais.

Por fim, para a estruturação do ensino de habilidades de comunicação, é essencial, além de estabelecer um programa inserido no currículo, com objetivos claramente definidos, a provisão de condições estruturais, o treinamento e a incorporação de métodos efetivos para o desenvolvimento de habilidades e atitudes tanto dos docentes quanto dos profissionais do SUS responsáveis por atividades de ensino nas Unidades de Saúde. No contexto atual, em que se busca uma “humanização” da prática médica, ganha especial relevância o ensino de habilidades de comunicação médico-paciente e de atitudes requeridas para o profissionalismo médico^{15, 16, 17, 18}.

QUEM DEVE ENSINAR HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO?

A responsabilidade pelo ensino das habilidades de comunicação recai, muitas vezes, num grupo multidisciplinar de professores que não tem um “modelo comum”, estruturado para o ensino, e que não tem experiência docente em comunicação, nem lida com pequenos grupos^{19, 20, 21}.

No caso da nossa faculdade, não foi muito diferente. Em primeiro lugar, uma abordagem em duas fases ajudou a identificar professores com habilidades de comunicação fundamentais e com alguma motivação para estas atividades. Num segundo momento, durante o

planejamento do programa, houve uma iniciativa de capacitação desses docentes mediante um curso de 40 horas ministrado pelo Instituto Inovare, já utilizando técnicas de “ensino” que iríamos empregar: apresentação de vídeos, momentos de reflexão e comentários, avaliações dos vídeos por meio de *checklists* e simulações entre nós, professores, juntamente com alunos do internato. A terceira fase deu a nós, professores, a oportunidade de praticar o ensino de comunicação e estratégias eficazes para trabalhar com pequenos grupos. A partir de 2008, ensaiamos atividades com alunos do terceiro ano em módulos diferentes e basicamente desintegrados. Fizemos atividades principalmente em Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia. Os tópicos eram geralmente relacionados a construção de história clínica, orientações sobre cuidados à saúde, orientações sobre pílulas esquecidas, atendimento a pacientes difíceis e comunicação de más notícias.

Não foi necessária uma pesquisa da faculdade para identificar a falta de um corpo docente formado como uma barreira fundamental para implementar a capacitação de habilidades interpessoais em todo o currículo e desenvolver o corpo docente como o meio mais desejável para melhorar a educação nas habilidades de comunicação. Não havia editais para contratação de professores com esta *expertise*, até porque o mercado não existia à época. Restou-nos aguardar e adotar iniciativas de desenvolvimento docente com capacitações na área específica. De 2007 a 2014, pelo menos dez professores do nosso corpo docente se qualificaram com curso de especialização em educação para profissionais da saúde através do Instituto Regional Faimer Brasil. Trata-se de um programa da Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (Faimer[®]), que tem apoio e financiamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde. Tivemos ainda um curso de desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da preceptoria na residência médica pela Abem/UFC, com um número expressivo de professores e preceptores, cujo programa tratava também de capacitação para o ensino em pequenos grupos, reflexão, *feedback* e comunicação, especialmente de más notícias.

Com o desenvolvimento docente²², fomos aprimorando as atividades, desenvolvendo pacientes simulados/

padronizados e cenários que permitiam aos estudantes praticar estas habilidades essenciais. A princípio, os atores e atrizes foram voluntários de outros cursos (Enfermagem, Fisioterapia), funcionários da faculdade e alunos do programa de iniciação à docência, que eram treinados por nós em sessões de pequenos grupos. Outras vezes, os próprios estudantes atuavam em grupos e faziam vídeos-vinheta de tarefas de comunicação médico-paciente com grupos de seis a oito, para posterior discussão em grande grupo.

O QUE DEVE SER ENSINADO?

Numerosos estudos têm confirmado a importância da comunicação entre médico e paciente. A entrevista médica determina a quantidade, qualidade e precisão dos dados provocados pelo médico, o que afeta a abordagem do médico, o problema dos pacientes e os cuidados aos mesmos. A interação influencia diretamente a precisão do diagnóstico; aproximadamente 80% da informação de diagnóstico vem da coleta da história médica. Ao se comunicarem claramente, pacientes e médicos forjam uma aliança terapêutica – tão importante quanto a satisfação do paciente – que vai determinar a adesão deste ao plano de tratamento e aos regimes de medicação, assim como às alterações recomendadas no estilo de vida^{23, 24, 25}.

De início, optamos pelo modelo Macy²⁶ de comunicação médico-paciente, que desenvolve os objetivos do primeiro domínio da Iniciativa Macy, que ilustra os processos fundamentais aplicáveis a todos os encontros entre médico e paciente, e representa um conjunto completo de competências (Quadro 4). Dependendo do contexto da anamnese (por exemplo, primeira consulta, acompanhamento) ou do conteúdo (por exemplo, obtenção do consentimento informado, discutindo má notícia), o modelo fornece um quadro global para o ensino sistemático de elementos de comunicação vitais. Utilizamos o Segue de Makoul²⁷, traduzido com permissão.

Nos últimos dois anos, utilizamos ainda o método de Calgary–Cambridge²⁸, essencialmente no quarto ano e no internato. Ainda não sistematizamos nossa programação para os seis anos, mas pretendemos sanar as falhas de completude do programa de comunicação com a nova mudança curricular até meados de 2015.

Quadro 4. Habilidades nucleares de comunicação na prática médica

Iniciativa Macy, desenvolvida pela New York University School of Medicine, Case Western Reserve University School of Medicine, and University of Massachusetts Medical School¹⁸.

I. A COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

O modelo da estrutura e seqüência de uma comunicação eficaz entre médico e paciente

As três funções da entrevista médica

- Identificar o problema
- Desenvolver e manter relacionamentos
- Educação e aconselhamento

Aplicações

Tipos: nova consulta com o paciente, anamnese, entrevista com a família, usando um intérprete médico, entrevista por telefone, a comunicação por e-mail.

Situação áreas de conteúdo: diretivas avançadas, dando uma má notícia, o consentimento informado, a limitação de tratamento, doação de órgãos e tecidos, relacionamentos abusivos, abuso de substâncias, o aconselhamento genético.

2. COMUNICAÇÃO SOBRE O PACIENTE

A comunicação oral

Tipos: apresentação de casos, pedidos de telefone, consulta seletiva, comunicação de morbidade e de mortalidade.

Situação áreas de conteúdo: complicações, evento crítico, de emergência, transferência, alta, óbito, depoimento no tribunal.

A comunicação escrita

Tipos: prontuário médico, história e exame físico; relatórios de alta, e-mail, outros.

Situação áreas de conteúdo: alta, resumos de alta, de transferência, certidão de óbito.

A comunicação da equipe

Tipos: rodadas de trabalho, plantões, rondas, planejamento de tratamento.

Situação áreas de conteúdo: negociando diferenças nas opções de tratamento, negociação de questões de relva, referências, consultas, discordando de um superior.

2. COMUNICAÇÃO SOBRE A MEDICINA E A CIÊNCIA

A comunicação oral

Tipos: grandes rondas (visitas), apresentações, palestras, conferências.

Situação áreas de conteúdo: gerenciar interrupções e mudanças de contexto.

A comunicação escrita

Tipos: as informações do paciente, fórum de saúde pública, trabalhos acadêmicos e apresentações.

Situação áreas de conteúdo: permissões de direitos autorais, citações.

REFERÊNCIAS

1. Lang G, Molen H, Trower P, Look R. Problem clarification. In: Personal Conversations: Roles and Skills for Counsellors. London: Routledge; 1990. p.89-122.

2. Levinson W, Lesser CS, Epstein R. Developing Physician Communication Skills for Patient-centered care. *Health Affairs*, 2010. 29:7. 1310-1317.
3. Gask L, Usherwood T. The consultation. *BMJ* 2002; 324 (7353):1567-9.
4. Grosseman S, Patrício ZM. Relação Médico-Paciente: Evidências de Fragilidades e possibilidades de sua Superação pelo Ensino de Habilidades em Comunicação na Atenção à Saúde. In *Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação*. Marins JJN, Rego S orgs. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2011: 223-257.
5. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008; 42(11):1100-7.
6. Gary M, Reisfield, George RW. Communicating with patients And families. *Clinics In Family Practice*. 2004; 2(6):125-347.
7. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999; 281:283-7.
8. Roter DL, Hall JA. Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med*. 1987; 2:325-9.
9. Universidade Federal do Ceará. Projeto pedagógico: currículo do Curso de Medicina. Fortaleza: Imprensa Universitária; 2001
10. D'Ivernois, JF and Albano, MG. Therapeutic Patient Education: A new deal for medical education? *Medical Teacher*, 2010;32: 945-46.
11. Hulsman, RL. The art of assessment of medical communication skills. *Patient Education and Counseling*, 2011; 83: 143-144.
12. Baile WF, Buckman R; Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 2000;5:302-311.
13. Harless WG, Zier MA, Harless MG, Duncan RC, Braun MA, Willey S, Isaacs C, Warren RD. Evaluation of a virtual dialogue method for breast cancer patient education. *Patient Education and Counseling*, 2009; 76:189-195.
14. Aspergen K. Teaching and learning communications skills in medicine: a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 1999, 21(6): 2-12.
15. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76:390-3.
16. Simpson M, Buckman R, Steward M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;30:1385-7.
17. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.
18. Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, MSW Janicik, R Ferrara, E Schwartz, MD Lipkin Jr, M and Lazare, A Teaching Communication in Clinical Clerkships: Models from the Macy Initiative in Health Communications. *Acad Med*. 2004;79:511-520.
19. Salmon P, Young B. Core assumptions and reserch opportunities in clinical communication. *Patient Education and Counseling* 2005; 58:225-234.
20. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101:692-6.
21. Schirmen JM. Assessing Communications Competence: A Review of Current Tools. *Fam Med* 2005; 37(3):184-192.
22. Forrest L, Kevin E, Ramsey MG, Bruce B. Faculty Development in Communication Skills Instruction: Insights from a Longitudinal Program with "Real-time Feedback". *Acad. Med*. 2000;75:1222-1228.
23. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A (eds). *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York: Springer; 1995.
24. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
25. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.
26. Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly DK, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD, Lipkin Jr M, Lazare A. Teaching Communication in Clinical Clerkships: Models from the Macy Initiative in Health Communications. *Acad Med*. 2004;79:511-520.
27. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45:23-34.
28. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Juliet D. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *J. Acad. Med*. 2003;78:802-809.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Francisco das Chagas Medeiros
 Departamento de Saúde Materno Infantil Faculdade de
 Medicina da UFC
 Rua Professor Costa Mendes, 1608. 5º andar.
 Bairro Rodolfo Teófilo – Fortaleza
 CEP: 60430-140 CE
 E-mail: prof.fcmedeiros@ufc.com.br

É conversando que a gente se entende

Sergio Zaidhaft¹

Palavras-chave: Relação Médico-Paciente. Habilidades de Comunicação. Empatia.

RESUMO

Frente à questão “é possível alguém se colocar realmente no lugar de outro?”, é possível ensinar habilidades de comunicação médico-paciente que vão além da simples aquisição e repetição de uma técnica? Como? É possível ensinar empatia? Que estratégias seriam eficazes para atingir o objetivo de uma prática médica em que o outro seja realmente considerado como tal?

PRA COMEÇO DE CONVERSA

É possível uma comunicação sincera, real, verdadeira e profunda entre seres humanos? Ou será que estamos e somos irremediavelmente sós? Mais ainda: é possível uma comunicação sincera, real, verdadeira e profunda de uma pessoa consigo mesma? Até que ponto alguém é sincero, verdadeiro e profundo consigo mesmo, considerando-se o enorme grau de desconhecimento que cada um de nós tem de si mesmo? E em relação a um outro, como é possível saber quem realmente é o outro – um continente desconhecido por ele mesmo – por alguém, também um continente desconhecido por si mesmo, com um enorme e intransponível oceano a separá-los?

Neste caso, será que o título deste trabalho está adequado? Será que conversando a gente realmente se en-

tende? Quem inventou semelhante asneira? Alguém realmente conversa com outra pessoa, ou cada um só quer saber de si mesmo? Melhor voltar o filme, começar tudo de novo desde o título. Desculpem, leitores, mas novo título abaixo:

A GENTE SE OLHA, SE TOCA E SE CALA / E SE DESENTENDE NO INSTANTE EM QUE FALA

Isso, melhor assim. Esses versos¹ fazem muito mais sentido que o provérbio que serviu de primeiro título. E agora? Fim do trabalho. Passar bem. *(E isto lá é jeito de se começar algo? Ainda mais um texto para discutir comunicação entre médicos e pacientes? Mandando passar bem!? Se eu fosse o paciente começando a contar minha história dessa forma, algum médico iria ter a curiosidade de querer saber como isso vai continuar? Sei não. Acho difícil.)*

Mas, pensando bem, se é assim, ou melhor, se é somente assim, o que estou fazendo aqui? Não estou eu também já há alguns parágrafos tentando me comunicar? Afinal, mesmo com toda a tragicidade da condição humana, o que temos para nos sustentar, definir nossa identidade, o que nos faz apostar no futuro, ter esperanças, projetos, não desistir, querer viver, enfim? O contato

¹ Professor de Psicologia Médica, Coordenador do Programa de Educação Médica e Diretor-Adjunto de Graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ. Professor de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Autor de “Morte e Formação Médica”.

com o outro. E parece que não se inventou ainda qualquer alternativa a isto. Então, lá vai o subtítulo de novo:

PRA COMEÇO DE CONVERSA

Este o paradoxo que rege a todos nós, seres humanos: não temos como nos conhecer total e verdadeiramente, não temos como conhecer o outro total e verdadeiramente e, ao mesmo tempo, só tenho a mim mesmo (por mais que eu me seja desconhecido) e ao outro, ao contato com o outro (por mais desconhecido que para mim ele seja) para estabelecer laços, ter minha identidade, ser eu mesmo – seja lá o que isto for –, ter meu lugar no mundo e tentar entender o lugar do outro.

Poderíamos simplesmente dizer que esta história de nos comunicarmos uns com os outros é inviável, quem mandou nos metermos nisto, que seria muito melhor tratar de fazer outra coisa que não nos perturbasse nem angustiava tanto, e muita saliva, muita tinta e papel e muita tela de computador seriam poupados. E mesmo assim, mesmo que, por um lado, eu pense desta forma, por outro, cá estou eu, também tentando me comunicar, me fazer entender, compartilhar o que penso a respeito e buscando uma forma de os leitores compreenderem o que penso, procurando cada palavra, cavando o estilo, as entrelinhas que deem, se não toda a verdade do que penso, da qual eu mesmo não sei, pelo menos a aproximação mais fiel do que acredito ser o que penso, sinto e consigo pôr em palavras.

Mas o que estou dizendo? Eu? Somente eu? Ou todos nós padecemos desta necessidade de dizer o que pensamos, o que sentimos, de contar nossas histórias, de nos fazer entender, que o outro saiba quem sou, o que se passa comigo, o que sinto, desejo, sofro, padeço? Afinal, o que os seres humanos tinham em mente quando resolveram pintar nas cavernas cenas de caçadas, de relações sexuais, de partos? Não era deixar sua marca, seu registro, ser entendidos? E nós aqui, sei lá quantos séculos depois, ainda deixando pinturas nas cavernas, tentando nos fazer entender, deixando nossa marca, nosso registro.

Isto posto, como fica este paradoxo quando se trata da relação médico-paciente? Como pensar este paradoxo numa situação em que alguém está sofrendo e busca ajuda de outrem que tem a função de buscar aliviar este sofrimento e que, para isto, precisa compreender o que se passa e tomar medidas neste sentido e ainda tentar

fazer com que o que sofre também o compreenda e siga suas orientações? E o que será que se passa na mente de ambos durante este encontro? O que esperam um do outro? Como será possível fazer com que se entendam? Para discutir este ponto, vamos ao tópico seguinte.

(Aiaiai, posso perfeitamente perceber os leitores pensando: mas de que diabos tudo isto me serve? Estou querendo saber como me comunicar com meus pacientes, e esse sujeito aí falando de pinturas rupestres? Ora, tenho mais o que fazer! A estes mais apressados, por favor, um pouco de tolerância; afinal, lembrem que é fundamental dar ao paciente tempo para ele contar sua história. Por favor, não me mandem passar bem. Pelo menos, ainda não. Não fizeram a pesquisa de que o tempo médio que um médico leva para interromper o paciente no começo da anamnese é de 16 segundos? Ou seriam 23? 16 ou 23, não importa! Quem pode se fazer entender em 16 ou 23 segundos? Está bem, vocês levaram mais de 16 ou 23 segundos para chegar até este ponto do texto, eu sei. Então, aos que ainda não desistiram, vamos em frente. Aos que já estão desistindo, lembrem-se de que, assim como ocorre com seus pacientes, vocês podem estar perdendo elementos fundamentais da história que este seu paciente aqui está lhes contando para levantar as hipóteses diagnósticas necessárias para me tratar adequadamente.)

ALGUNS CA(U)SOS

Primeiro ca(u)so

Há cerca de 15 anos, numa sexta-feira à noite, enquanto jantava num restaurante, tive uma síncope vasovagal, das várias que tive ao longo de minha vida, mas felizmente a última até o momento. Diferentemente de todas as anteriores, esta foi acompanhada de uma convulsão e por um período de não consciência de cerca de uma hora. Já deitado numa cama de hospital e consciente, chega meu médico (melhor dizendo, o que já escolhera como meu médico e disto já o tinha informado, sem jamais ter ido me consultar) e, ao meu lado, coloca sua mão sobre meu peito e diz algo como: “O que houve, cara?”. O que se passou comigo naquele momento? As palavras aqui talvez não deem conta. Para lhes transmitir o que mais se aproxima da sensação que tive, imaginem um desenho animado que certamente todos já viram: a representação de uma alma, algo translúcida, ou melhor, de uma

sucessão de almas, dentro do corpo de alguém (o paciente, eu no caso), correndo todas para o local onde o médico tinha posto sua mão.

No dia seguinte pela manhã, já de pé e – como um típico paciente rebelde e onipotente – querendo ter alta, chega novamente o médico. Estranho seu rosto e lhe pergunto: “Cortou a barba hoje de manhã?”. Responde que não. Não acredito e peço que confirme. Ele assim o faz. Por que minha estranheza? Na véspera, eu deitado, a figura do médico que vi tinha uma barba comprida e não a rala que via naquele momento. Mas o que é isto? Vi barba comprida onde não tinha!? Nunca fui de ter alucinações. Meus sintomas psiquiátricos são de outra ordem, não de distúrbios da sensopercepção, a não ser que... A não ser (pense, pense, como no filme²) que eu tenha tido uma ilusão visual (pense, pense). Por quê? Pela situação emocional, claro. Sim, mas qual? O que motivou isso? (pense, pense). Qual é a figura de barba comprida que me vem à mente? (Estalo!) Deus! A figura de Deus nos meus estudos da Bíblia quando criança! Sou eu criança pondo minha alma, minha vida nas mãos do médico como se ele fosse Deus.

Segundo ca(u)so

O filho de D. Iracema (chamemos assim) nascera com lesões neurológicas e ortopédicas que, embora não lhe tivessem acarretado qualquer déficit intelectual, comprometiam enormemente sua vida, provocando sucessivas internações nas quais era acompanhado por sua mãe. Durante uma delas, D. Iracema apresenta melena, procura um médico e é internada para investigação no mesmo hospital onde seu filho estava. Numa terça-feira, ela me conta do *round* da enfermaria onde ela estava e, quando chegou sua vez, apesar de não entender perfeitamente tudo o que diziam a seu redor, percebeu que seu caso era grave. Terminado o *round*, um dos médicos se aproxima dela e, de pé junto ao leito, lhe diz que chegaram à conclusão de que tinha um tumor no intestino e que deveria ser submetida a uma cirurgia para retirada do tumor e realização de colostomia. Ela ouve atentamente tudo o que o médico lhe diz, compreende o que ele cuidadosamente está informando e, quando ele termina, diz: “Obrigada, doutor, mas não o conheço. Então, se é o senhor que vai abrir minha barriga, primeiro preciso saber quem o senhor é”. O doutor, segundo ela,

surpreso com este comentário, responde: “Pois não, o que a senhora quer saber?”, e pega uma cadeira para se sentar ao lado do leito. Ela passa os seguintes 10 a 15 minutos perguntando a ele seu nome, sua idade, seu tempo de formado, onde nascera, seu signo, se era casado, tinha filhos, quantos, seus nomes etc., e o médico a tudo responde. Findo o interrogatório, ela lhe diz: “Muito bem, doutor, ao meu marido levei alguns anos para dar intimidade enquanto namorávamos, mas o senhor, depois de me dar essas informações, já pode abrir minha barriga e penetrar na minha intimidade”.

Terceiro ca(u)so

No último Congresso da AMEE, realizado em Milão entre 30/8 e 3/9/2014, numa das oficinas de que participei, uma de suas organizadoras, uma médica de 31 anos, contou ter tido o diagnóstico de linfoma de Hodgkin há dois anos e que, de lá para cá, foi a vários médicos, nos quais percebeu uma preocupação de se comunicarem com ela, de serem empáticos, mas notou uma “empatia genuína” somente em um deles. Perguntada se poderia definir “empatia genuína”, disse que não sabia como, mas que sabia perfeitamente sentir se o profissional a tinha ou não.

TUDO JUNTO E MISTURADO

(Aflito, penso: por que fui contar meu caso? Agora é que estou lascado mesmo. Pelo menos, de histérico, pitiático, já devo estar sendo tachado, se não de coisas ainda piores, mas, por favor, doutores, não sejam preconceituosos; antes de me tacharem do que quer que seja, tentem saber da minha história, como é que, sendo ateu, vi o médico como se Deus fosse e, além disso, por que nunca tinha ido ao médico antes, por que – mesmo sendo médico e sabedor dos riscos que corro – continuo onipotente, um paciente rebelde, o que será que temo tanto, assim por diante. Se só me tacharem e isso eu perceber pelo que disserem ou sentirem, aí não falo mais nada para vocês. Quer dizer: pode ser que prefiram assim, menos um paciente chato, que fala pelos cotovelos um monte de histórias totalmente desnecessárias para vocês poderem tratar do caso. Afinal, de que serve tudo isso só para diagnosticar uma reles síncope? Então, ficamos combinados: desse jeito vocês se livram de mim e eu me livro de vocês também e vou procurar outro

médico que não vocês, mas esperem um instante. Assim não vai dar certo. Afinal, quem vou procurar se não tiver a chance, os recursos de escolher o médico que prefiro? Como vou fazer se não tiver alguém que ponha a mão no meu peito e me pergunte: “O que houve, cara?”, provocando a reação que o outro provocou? Se eu não sentir que, além de querer saber de minha síncope, quer saber também de mim? Sei não, mas acho que aí mesmo é que não vou a médico nenhum. Ouço perfeitamente os comentários: problema dele, não quer se tratar, não posso fazer nada, deixa ele, aposto que na hora do sufoco vai procurar médico sim. Está bem, pode ser que eu procure, mas, como no filme³, sob protesto. Mas será que não podem fazer nada mesmo? Nem um pequeno esforço para tentar entender quem é este paciente chato aqui para tentar conquistar minha confiança e me fazer aderir ao tratamento? Antes que me esqueça: qualquer crítica ao modo – como chamar? Informal? – de o médico falar comigo, devo esclarecer que trabalhávamos e trabalhamos juntos. Assim era e assim é nosso código de comunicação.)

O que significa um paciente ter a sensação que tive? Que elementos propiciaram que isto ocorresse? Que fatores contribuíram para que minha escolha – anterior ao evento – recaísse sobre este médico? Verdade seja dita que sabia se tratar de um profissional sério e responsável, mas, além disso, o que mais sabia? Certamente não foram meus conhecimentos de Medicina que nortearam minha escolha, bem como não fazia ideia do resultado de suas provas enquanto aluno de Medicina ou de quantos diplomas e certificados estavam afixados em seu consultório. Deviam ser outros os motivos, portanto. Por outro lado, o que diabos eu tinha na cabeça para escolher como meu médico alguém que tem o mau gosto de torcer por um time de futebol totalmente inexpressivo (como, aliás, qualquer um que não o meu) e, mesmo que esta decisão absurda tivesse sido feita na sua infância, por que a absoluta falta de discernimento, a insensatez para não mudar sua escolha à luz da razão? Melhor dizendo: o que ocorre para que, apesar de algumas características do referido médico serem totalmente absurdas e ridículas, como a do futebol, minha escolha se mantenha mesmo com estes seus defeitos, sem sombra de qualquer dúvida, gravíssimos? O que concorre para que minha confiança seja depositada nele? A transferência, ou seja, “processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um

certo tipo de relação estabelecido entre eles [...] Trata-se de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada”⁴.

Seguindo Leriche (“saúde é a vida no silêncio dos órgãos”⁵), todos sabemos, por experiência própria, como nos sentimos ameaçados quando nosso corpo resolve deixar de ficar silencioso e, como um estranho, de repente cheio de vontade própria, resolve falar e, neste caso, falar de algo que não gosto nem um pouco de pensar: que sou frágil e finito. Quem vai me recompor? Em quem invisto para buscar recuperar minha fortaleza e a crença na minha infinitude? Em quem preciso confiar, nas mãos de quem vou colocar minha vida, minha alma, de quem vou depender, quem vai me proteger de todos os perigos, do mesmo modo que me sentia protegido em minha infância? Em quem, afinal, inconscientemente projeto meus afetos derivados de meu desamparo infantil?

(Pensando agora, melhor que nenhum estudante leia este texto! Vai acabar desistindo de ser médico ou – pior – pode gostar tanto dessa ideia, ficar fascinado frente à possibilidade de ser tão poderoso – Deus – que temo pelos seus futuros pacientes, tratados não por quem eles esperam que seja todo-poderoso como um Deus, mas por quem acredita realmente sê-lo!)

E o que espero dele para além de ser, no mínimo, um semideus, como Asclepius, deus da medicina na mitologia grega? Espero que, mesmo sem que eu saiba seu signo, idade, número de filhos etc., como D. Iracema quis saber, que tenha a presença de espírito e a disponibilidade afetiva para responder a estas perguntas – caso eu as faça – para poder ter acesso à minha intimidade ou, tornando curta uma longuíssima história, que tenha uma “empatia genuína” por mim, quer dizer, que sua transferência (seus sentimentos inconscientes em relação a mim) seja, ao menos, detectada por ele e que – fruto de sua reflexão sobre ela – não fique impedido de se colocar em meu lugar, podendo, dessa forma, cuidar de mim.

Agora que a situação fica complexa. Como desenvolver, criar, manter em nossos alunos aquilo que não se sabe definir, mas que um paciente sente se existe ou não? Mas será que é esta a questão? Será que alguém consegue ter empatia por todos os seus pacientes? Ou será que, no encaixe entre médico e paciente, em cada um dos dois envolvidos na relação entram em ação forças que não temos como prever nem controlar, e o que

pode ser entendido, sentido por alguém como uma profunda e genuína empatia pode ser sentido por outro de modo totalmente diferente e vice-versa?

A propósito de expectativas e transferências, Moacyr Scliar contava o ca(u)so de, quando jovem residente, ter ido trabalhar numa cidade do interior do Rio Grande do Sul. Lá estava ele no Posto de Saúde e, logo nos primeiros dias, constatou que, enquanto um dos médicos atendia a pouquíssimos pacientes, para outro se formava uma longa fila à espera do atendimento. Sua hipótese – óbvia – é que este segundo médico seria competente, atencioso, e, como jovem desejoso de aprender, lhe solicita poder acompanhar suas consultas. A resposta que dele recebe é quase um grunhido. Do mesmo modo, constata que, desde sua chegada ao posto, o médico não cumprimentava funcionários ou pacientes, parecendo sempre estar de má-vontade e até mesmo rude quando alguém falava com ele. De qualquer forma, a fila de pacientes à sua espera o intriga e se surpreende ao perceber que durante o atendimento os pacientes sequer dispõem de uma cadeira para se sentar, o médico não olha para eles, colhe a história de modo ríspido, com a cabeça voltada para sua mesa e sendo segura por sua mão esquerda enquanto escreve. Além disso, uma expressão de distanciamento, de fastio, até que finalmente, após poucos minutos de anamnese, entrega o papel em que escrevia ao paciente e ordena que o mesmo se retire. (*Claro que a descrição de Moacyr Scliar era muito mais saborosa do que o que sou capaz de relatar, mas – creiam – assim era o que presenciou.*) Muito bem, o que Scliar descobre ao perguntar aos pacientes o porquê de preferirem ser atendidos por esse médico? Pasmem! Eles acreditavam que ele seria capaz de psicografar para eles sua receita, incorporando alguma entidade sobrenatural.

Neste singelo exemplo, fica evidente, mais do que poderíamos chamar de confiança, a credulidade de que todos somos capazes de padecer ao nos sentirmos frágeis e desamparados. Mas, como não está em questão aqui o abuso cometido por alguns profissionais que se escoram nessa credulidade para dela se aproveitar e cometer infrações éticas, vamos nos ater ao ponto. Se a confiança – fruto da transferência estabelecida – é algo sobre o qual não temos qualquer controle nem como prever, e somente podemos falar dela *a posteriori*, examinando cada situação, cada caso, cada relação estabelecida, poderíamos muito bem encerrar este texto (*o que talvez*

não seja má ideia para não aborrecer meus leitores/doutores que tiveram a paciência de me escutar até aqui), assim como qualquer tentativa de discussão a respeito das técnicas de comunicação ou das estratégias para se desenvolver uma “empatia genuína”, e deixaríamos esta questão ao sabor do vento, ao sabor de médicos vistos como capazes de psicografar, e cada um que se vire com suas expectativas em relação a seus médicos e, no máximo, desejaríamos que todos tivessem sorte em sua busca.

Entretanto, será que isto nos satisfaz? Será que não é possível fazer algo para, pelo menos, favorecer aqueles profissionais e alunos que estão genuinamente desejosos de se comunicar da melhor maneira possível com seus pacientes? Ou, como na canção, será só imaginação, será que nada vai acontecer, será tudo isso em vão⁶? Pode ser, mas, como em outra canção, esta nossa estranha mania⁷ de tentar melhorar a formação de nossos alunos, de querer oferecer um atendimento digno aos pacientes, de ter uma postura ética e filosófica em que todos tenham direitos mínimos a uma vida que poderíamos chamar de digna, e o direito à educação e à saúde obrigatoriamente entre eles; e, quando a saúde de alguém lhe faltasse, que fosse atendido com cuidado, com as devidas informações prestadas, todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos esclarecidos de modo inteligível – será que é pedir muito? Além disto, que fosse mandatória uma pitada de – como chamar? – sensibilidade, empatia, tentar se colocar minimamente no lugar do outro, perceber como ele se sente e atuar de acordo com esta percepção – será pedir muito? Se os argumentos ético-filosóficos de que todos temos direitos iguais, ou de que todos adoeceremos e morreremos um dia não convencem, e o argumento de que, desta forma, o paciente teria muito mais chances de aderir ao tratamento? Nem assim? Será que, se fosse conosco ou com alguém próximo, não é óbvio que todos gostaríamos disso? Mas, se é tão óbvio, o que impede que assim seja sempre?

Antes de qualquer outra consideração, qual afinal o objeto da medicina: a doença ou o doente? Foucault⁸ nos ensinou que a medicina se estabelece como conhecimento científico com base na verificação da lesão encontrada nos corpos dos pacientes submetidos a necropsia, o que a torna seu objeto. Clavreul⁹, seguindo Foucault, postula que não haveria relação médico-paciente, mas, sim, uma relação instituição médica-doença, ancorada na

dessubjetivação de médico e de paciente. Para além de um discurso moral e teleológico sobre como a medicina e sua prática deveriam ser, temos que nos defrontar com as ideias destes autores, que talvez respondam às perguntas feitas acima sobre os motivos de a medicina e sua prática serem como são. Se assim é, temos um ponto de partida com um paradoxo intransponível: desejamos empatia, consideração, colocar-se no lugar do outro, atributos que, no entanto, seriam inviáveis pela própria constituição da medicina e para a prática cotidiana dos profissionais. Novamente, se assim é, ou melhor, se é somente assim, se não houver qualquer contraposição a estas hipóteses, que parecem bastante condizentes com o que observamos todos os dias, o que nos resta? Novamente, desejar boa sorte a nós todos e que, pelo menos, contemos com alguns médicos que insistam em se manter com alguma sensibilidade, alguma consideração pelo sofrimento alheio por sei lá que motivos de ordem pessoal, ou mesmo problemas psicológicos pessoais muito estranhos. No entanto, praticamente em todo o mundo, e já há décadas, o que se constata é a necessidade de discutir estas questões, o que só pode advir de um mal-estar, de uma insatisfação quanto ao modo de médicos atenderem seus pacientes; e talvez sua principal causa resida no paradoxo entre como a medicina se constitui e o que pacientes esperam de seus médicos.

Por favor, sei que é indissociável, mas, pelo menos temporariamente, vamos deixar de lado as determinantes e condicionantes sociais e econômicas e vamos falar da formação médica e de que modo ela propicia este modo de (não) cuidar dos que padecem? Especificamente, nosso tema aqui é: que habilidades de comunicação ensinamos a nossos alunos? Como nossos currículos podem favorecer o desenvolvimento de uma “empatia genuína”?

Primeiríssima questão: isto é possível? Ou será que vem (ou não) – como se costuma dizer – do berço, isto é, da criação que cada um teve, dos valores que desenvolveu e, com um olhar mais profundo, será que não vem de como cada um foi cuidado na sua infância, ou melhor, de como cada um incorporou os cuidados que recebeu e como deles faz uso para cuidar ou não de outros?

Creio que não é demais repetir: se assim é, seria uma enorme perda de tempo discutir comunicação e empatia em nossos cursos. Já que a quantidade de conhecimentos cresce exponencialmente, melhor seria dedicar o

tempo exíguo que temos a algo mais produtivo e deixar que cada um se vire com o que traz “do berço”. Agora, com toda a calma possível, já que esta parte é delicada, por remeter a ideologias extremamente perigosas: vamos supor que, assim como na população geral, por uma questão chamada “de berço”, alguns estudantes e profissionais não tenham disponibilidade para o contato com o outro (o que acarretaria se importarem somente com a doença e não com o doente). Para quem acredita que nada é tão congelado assim no que concerne a seres humanos, a hipótese de que não há nada a fazer neste caso é altamente perturbadora. Por outro lado, os inúmeros atos de violência e desconsideração com o outro que se apresentam cotidianamente em todas as áreas de atividades humanas – a atividade médica incluída – nos levam a pensar se não é assim mesmo. Infelizmente, não tenho respostas para esta questão, apenas inquietação. Entretanto, talvez, quem sabe se, mesmo para esses alunos e profissionais, como na canção, o inesperado faça uma surpresa¹⁰.

Em frente: pode ser também que alguns outros alunos e profissionais, por sua vez, tenham tão arraigado o sentimento de consideração pelo outro que, independentemente do que nossos cursos ofereçam, eles não perderiam suas características “de berço”, ou seja, nossos cursos não os deformariam. *(Curiosamente, esta hipótese não me é perturbadora como a anterior. Como se nota facilmente, o autor aqui é totalmente neutro e isento em sua argumentação e nem manifesta suas preferências, não é mesmo?)*

Pode ser, no entanto, que a grande maioria de nossos alunos não esteja nos extremos da curva, sejam permeáveis e incorporem o que lhes é transmitido por professores e colegas, seja verbalmente, seja em atitudes, de acordo com suas histórias prévias. Aqui, por fim, depois de tanto lero-lero, o ponto central: o que oferecer a esses alunos para que a formação médica não os distancie de si mesmos e de seus pacientes por meio da dessubjetivação inerente à constituição da medicina? O que fazer e como para que possam se comunicar com seus pacientes? O que fazer para favorecer a “empatia genuína”?

Indo direto ao ponto *(afinal, melhor não abusar da paciência dos doutores que me acompanharam até aqui, que deixaram o paciente relatar sua história ouvindo-o atentamente e sem interrompê-lo e já devem ter informações suficientes de meu quadro e de mim mesmo)*: toda a biblio-

grafia sobre técnicas de comunicação na relação médico-paciente, todas as iniciativas de promover uma discussão sobre elas com os alunos do curso de Medicina são absolutamente imprescindíveis e por certo trazem inúmeros benefícios aos jovens que se defrontam com imensas dificuldades ao lidarem com situações tão delicadas como as apresentadas por seus pacientes.

No entanto, não consigo deixar de fazer algumas observações sobre o ensino destas técnicas. Posso estar enganado, mas, em algumas provas práticas que acompanhei, a atitude dos candidatos e dos examinados ao abordarem seus pacientes tanto reais como simulados me soava tão falsa, tão artificial que, mesmo considerando que estavam sendo submetidos ao escrutínio de examinadores, o que certamente retira a espontaneidade de qualquer um, o que presenciei não me parecia se dever somente a este fator, mas, sim, a uma repetição quase automática de algo decorado sem fazer qualquer sentido para eles, ou seja, *monkey see, monkey do*. Alto lá! Qual o problema disso? Não é assim que todos aprendemos as manobras semiológicas? Imitando o que nos ensinavam fazer? Não! Não é verdade! Mesmo se tratando de exame físico, em cada uma das técnicas subjazia um conhecimento principalmente de Anatomia e de Fisiologia, ou teríamos nos formado como técnicos em medicina. Pois bem, se a possibilidade de realizar as manobras sem qualquer conhecimento do que significam já me deixa espantado, conversar com pessoas desta forma me deixa estarrecido. Além do mais, cá entre nós, não é diferente, por um lado, perguntar sobre cor da urina ou das fezes ou palpar fígado ou auscultar bulhas e, por outro, perguntar sobre as relações, os desejos, a subjetividade (o coração) de alguém? Tudo bem, para fazer um bom exame físico há que se ter cuidado, sensibilidade etc., eu sei; mas conversar com as pessoas sobre elas mesmas, o que sentem como sendo elas mesmas é de outra ordem. Por mais que sejamos um todo, aqui é outro canal, que exige, como na canção, um tempo de delicadeza¹¹.

Bem entendido, volto a dizer que discutir técnicas de comunicação é fundamental, mas, se for somente a repetição de técnicas sem uma compreensão do porquê delas, se não houver uma incorporação do sentido delas pelos alunos, o que encontraremos será um pastiche de empatia e um pastiche de uma relação médico-paciente.

Desde o começo, para tentar ser claro: o que há de mais verdadeiro em se tratando de seres humanos? Que

cada pessoa é única! O que há de mais verdadeiro na medicina? Que cada caso é um caso! O que há de mais verdadeiro, de mais belo numa relação entre dois seres humanos, seja de amor, de amizade, médico-paciente, o que for? Que ela é única! Se é assim, como ensinar relação médico-paciente, se cada uma delas é única? A resposta possível é: criando uma “empatia genuína”, possibilitando que alunos se coloquem no lugar de cada um de seus pacientes.

(Sejam francos, por favor: vocês conseguiram se colocar no meu lugar até agora? Olhem que dei um monte de dicas sobre quem sou, por que penso como penso, daí por diante. Já sei, estão me perguntando se eu me coloquei no lugar de vocês. A meu favor posso dizer que me esforcei neste sentido. Todos sabem que explicar uma piada após contá-la tira toda a sua graça, não? Do mesmo jeito, explicar o que tentei fazer neste texto... Para bom entendedor, meia palavra etc.)

Fácil de falar, mas como fazer isso? Sendo o mais sincero possível, não sei responder. *(Posso ouvir: ora bolas, um monte de páginas para chegar a esta conclusão!? Não podíamos ter sido poupados? Bem, talvez eu devesse ter feito uma advertência neste sentido, mas agora é tarde. Lamento.)* Posso, sim, oferecer algumas ideias resultantes de quase 35 anos como professor dessa tal relação médico-paciente. Se é para tentar se colocar no lugar do outro, primeiramente há que se colocar no próprio lugar. Que lugar próprio é este? Tentar saber o mais livremente possível dos próprios sentimentos, do próprio modo de ser, das próprias limitações, das próprias simpatias e antipatias ao modo de ser dos outros e, caso estes outros sejam seus pacientes, sua contratransferência. E, no que concerne à relação médico-paciente, saber que seu lugar de médico naquele momento é transitório, que o fato de paciente e médico estarem em diferentes lugares é circunstancial e momentâneo. Dizendo de outra forma: estar consciente do próprio lugar de todos nós, seres humanos, que poderemos sofrer em algum momento talvez nos ajude a não nos destacar tão completamente do outro que sofre naquele momento. Mas alguém aguenta este rojão? Alguém suporta pensar (e sentir!) que é mortal e que antes de morrer pode sofrer de doenças terríveis? Alguém aguenta? Claro que não. Por outro lado, não é o que os pacientes esperam de nós? Que, ao menos, possamos dimensionar, tal qual na canção, como é se sentir como eles se sentem¹²? O que fazer, então, para tentar ajudar alunos e profissionais

a ter uma “empatia genuína”, a estar em seu lugar e tentar se colocar no lugar do outro? Bem, final da consulta chegando, hora da receita.

FIM DE PAPO

Para incorporar o lugar de médico: contato precoce com pacientes. Mecanismo de ação: estar com gente e não apenas com livros técnicos e em salas de aula. Afinal, é de gente que vão cuidar, ou seja, o objeto da medicina é o doente e sua doença.

Para a tessitura de uma identidade médica flexível: mentoria. Mecanismo de ação: suavizar o processo de formação médica. Como o percurso para se tornar médico é doloroso e delicado, é fundamental o estabelecimento de algum tipo de defesa contra o sofrimento inerente à prática. Entretanto, caso não haja um espaço para se falar disso, um espaço seguro e acolhedor em que se perceba que todos – professores e alunos – também sentem e sofrem, e em que se converse sobre os caminhos de cada um para lidar com estas questões, acaba-se condenando os alunos a se sentirem sós, às voltas com o próprio sofrimento, considerado impróprio, inadequado e exclusividade deles. A consequência disso é o surgimento de uma couraça defensiva inflexível e o enrijecimento progressivo da personalidade dos futuros médicos, incapazes de compreender o sofrimento alheio e de serem delicados e suaves com seus pacientes.

Para tentar se colocar no lugar de pacientes: exercícios, dramatizações, simulações de se colocar neste lugar. Mecanismo de ação: sentir como é não ser visto, não ser ouvido, não ser considerado por um médico; como no filme¹³, sentir na própria carne como é sofrer as consequências de uma doença, as restrições impostas, as dificuldades de aderir a um tratamento.

Para se colocar no próprio lugar, para tentar se colocar no lugar do outro: ARTE! Literatura, cinema, música, teatro, artes plásticas. Sempre a ARTE. Afinal, medicina não é ciência e arte? E, para além dos usos da arte no ofício de ser médico, como na canção, pela dor e delícia¹⁴ de se conhecer e conhecer o outro.

Advertência: para cada sugestão dada, como na canção, acrescentem um “ou não”¹⁵. Afinal, do mesmo modo que cada caso é um caso, que cada pessoa é uma pessoa, que cada relação é única, cada relação professor-alunos também é única. Assim, bem que eu gostaria de saber o resultado desta prescrição (se é que conquistei a confiança de vocês e vão aderir ao que propus), qual psicologia usaram, possíveis efeitos colaterais e assim por diante. Deste modo, em vez de um final, bem que poderíamos encerrar dizendo:

PRA COMEÇO DE CONVERSA...

REFERÊNCIAS

1. Na Hora do Almoço, Belchior.
2. Johnny Vai à Guerra. Diretor: Dalton Trumbo.
3. O Sétimo Selo. Diretor: Ingmar Bergman.
4. Laplanche J. Vocabulário da Psicanálise. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
5. Apud Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.
6. Será, Dado Villa-Lobos / Renato Russo / Marcelo Bonfá.
7. Maria, Maria, Milton Nascimento / Fernando Brant.
8. Foucault M. O nascimento da clínica. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1980.
9. Clavreul J. A ordem médica. São Paulo: Brasiliense; 1983.
10. Eu e a Brisa, Johnny Alf.
11. Todo o sentimento, Chico Buarque.
12. “How does it feel? How does it feeeeee!” Like a rolling stone, Bob Dylan. Obrigatoriamente a todo volume.
13. Golpe do Destino. Diretora: Randa Haines.
14. Dom de Iludir, Caetano Veloso.
15. Cabeça, Walter Franco.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sergio Zaidhaft
Rua Jardim Botânico, 635 – apto 606
Jardim Botânico – Rio de Janeiro
CEP 22470-050 – RJ
E-mail: sergio.zaidhaft@gmail.com

Metodologias Ativas para o Ensino de Empatia na Graduação em Medicina – Uma Experiência da Unicamp

Marcelo Schweller^I / Jamiro Wanderlei^{II} / Márcia Strazzacappa^{III} / Flavio Cesar Sá^{IV} /
Eloisa Helena Rubello Valler Celeri^V / Marco Antonio de Carvalho-Filho^{VI}

Palavras-chave: Empatia. Habilidades de Comunicação. Simulação. Teatro. Ensino de Medicina.

RESUMO

O estudante de Medicina ingressa no curso com expectativas positivas, mas com pouca experiência em refletir sobre contingências negativas da vida. Em contato com o sofrimento humano, busca modelos de prática profissional e pode ser influenciado por pessoas que não lidam bem com essas questões e que sugerem ser necessário se afastar afetivamente do paciente. Isto pode levar ao cinismo e dificulta o desenvolvimento de relações empáticas. Mostraremos como metodologias ativas de ensino podem responder a esse desafio. As atividades são compostas por elementos teóricos, práticos, reflexão em grupo, produções individuais dos estudantes e contato com modelos positivos de prática médica. No primeiro ano, oferecemos um curso para a conscientização do processo de formação de identidade profissional; no segundo, uma introdução à semiologia baseada em habilidades de comunicação, observação de obras de arte e reflexão; duas disciplinas eletivas, uma centrada no teatro, para desenvolver a relação médico-paciente, e outra

no ensino de ética por meio de obras de arte; por fim, para estudantes do quarto e sexto anos, uma atividade de simulação de consultas médicas com pacientes simulados, com *feedback* baseado nas emoções do paciente e do estudante. Houve ótima aceitação pelos estudantes, que demonstraram satisfação em discutir os temas propostos e em trazer demandas próprias relacionadas a experiências acadêmicas e pessoais. Encontramos aumento de empatia, avaliada por escalas psicométricas após as atividades. Acreditamos ser necessário um eixo formativo que permeie toda a formação médica, abordando a formação da identidade profissional, a relação médico-paciente e os valores e virtudes relacionados à prática da medicina.

INTRODUÇÃO

No início do curso de Medicina, é comum encontrar estudantes com muitas expectativas positivas em relação à profissão, ansiosos pelo contato com os pacientes. Quando entrevistados, o altruísmo e a vontade de ajudar

^I Médico Assistente da Disciplina de Emergências Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

^{II} Professor Associado do Departamento de Clínica Médica, FCM-Unicamp.

^{III} Professora Associada da Faculdade de Educação, Unicamp.

^{IV} Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM-Unicamp.

^V Professora Associada do Departamento de Psiquiatria, FCM-Unicamp.

^{VI} Professor Associado do Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Emergências Clínicas, FCM-Unicamp.

e de aprender sobre a espécie humana surgem como os principais elementos motivadores da escolha da medicina como profissão. O perfil do ingressante no curso de Medicina da Unicamp é de jovens com até 20 anos de idade, solteiros, bem-sucedidos na vida escolar, que nunca trabalharam, filhos de pais com alta escolaridade e com família de até quatro membros¹. Esse contexto é compatível com uma vida com poucas experiências de perda e frustração e, portanto, menos oportunidades para reflexão sobre experiências pessoais, especialmente as negativas.

É nesse contexto que o estudante entra em contato com o sofrimento relacionado às situações de doença, à morte e à desigualdade social, desafios que devem ser vivenciados com reflexão e suporte. Nesse momento, seria fundamental que o estudante tivesse a seu lado pessoas que já tenham refletido sobre isso e que estivessem habituadas ao comprometimento necessário à boa prática da medicina. Entretanto, os próprios professores e preceptores por vezes estão incomodados com os desafios da profissão e transmitem a impressão de que os estudantes devem evitar o envolvimento com o sofrimento e as demandas de seus pacientes. Isto pode confundir o estudante, que passa a questionar os motivos pelos quais escolheu a medicina, o que interfere em sua capacidade de ser empático e construir vínculos genuínos com os pacientes.

Este processo afeta a relação médico-paciente diretamente², com prejuízo à satisfação do paciente³, à aderência ao tratamento proposto⁴, aos desfechos clínicos^{5,6} e até à satisfação profissional do médico⁷. Em resposta a essa situação, podem surgir mecanismos de defesa, como o cinismo^{8,9}, que retroalimenta o afastamento afetivo e suas consequências.

Neste artigo, mostraremos como inovações curriculares, centradas em metodologias ativas de ensino, podem oferecer uma resposta a este desafio. Procuramos mostrar as nossas experiências e seus resultados, objetivando sua reprodução em outros cenários de prática educativa. Acreditamos ser necessária a construção de um eixo formativo longitudinal que permeie os seis anos da formação médica, para abordar a formação da identidade profissional, a relação médico-paciente e os valores e virtudes relacionados à prática da medicina. Sentimos que esse processo deve ser explicitado ao estudante para que ele se aproprie da própria formação.

PRIMEIRO ANO MÉDICO

O ciclo básico costuma ser um grande desafio para o estudante de Medicina. Imerso na realidade biológica do homem, tem dificuldade de se enxergar como futuro médico. Neste contexto, iniciativas de inserção precoce do estudante nos cenários de prática real são, em geral, bem-sucedidas em motivar o estudante na fase inicial do curso.

No entanto, não estamos habituados a abordar o processo de formação da identidade profissional, que começa desde o primeiro ano. A identidade profissional é construída por meio de experiências e vivências formais, curriculares, bem como informais, não planejadas, no seu conjunto conhecidas como currículo oculto¹⁰. Os modelos negativos de prática representam boa parte destas influências, assim como a forma como o estudante vivencia as estruturas de poder na faculdade, em que o trote costuma ser a experiência inicial.

Em nosso curso, mostramos aos alunos que esse processo de socialização será determinante para a formação de sua identidade profissional e que o hábito da reflexão é fundamental, pois permite a significação do processo pelo qual estão passando. Assim, é possível manter a coerência entre o que se quer e o que se faz, necessária para vivenciar a alegria. Para ajudá-los neste processo, oferecemos as seguintes atividades:

Entrevista com modelos positivos da prática médica – selecionamos no corpo docente professores que sabidamente são realizados com a medicina e primam pelo comportamento ético e maestria técnica e humana. Os estudantes têm a oportunidade de entrevistá-los, conhecer suas motivações e ouvir seus conselhos.

Entrevistas com pacientes reais – acreditamos que devemos empoderar os pacientes como professores de relação médico-paciente. Os estudantes entrevistam pacientes selecionados e podem entender o impacto que a doença tem em suas vidas e como os médicos puderam ajudá-los ou atrapalhá-los em seus processos de resignificação da doença.

As virtudes do bom médico – resgatamos o debate das virtudes relacionadas à prática médica. Aqui, fidelidade à verdade científica, fidelidade à verdade humana, compaixão, caridade, coragem, boa vontade são abordadas em contexto leigo e no contexto médico.

História da morte no Ocidente – desde o curso de anatomia, os estudantes não têm oportunidade de discu-

tir a morte. Oferecemos uma perspectiva histórica de como o homem lidou com a morte através dos séculos e discutimos morte hospitalar, cuidados paliativos e autonomia.

Uso de mídias sociais – mais de 90% dos nossos alunos estudam pelo *Facebook* ou *YouTube*, e 80% já observaram, nessas mídias, atitudes difamatórias de médicos ou estudantes de Medicina em relação a pacientes ou outros profissionais. A atividade estimula o debate sobre os novos meios de comunicação.

Consultas simuladas – apresentamos consultas simuladas filmadas, representadas por um professor e um ator. A mesma situação clínica é conduzida de três formas diferentes. Na primeira, o médico tem atitude evidentemente negativa e conduz a conversa de forma autoritária, rude, sem dar o espaço necessário às demandas do paciente, que tem seus comportamentos e ideias julgados durante a consulta. Na segunda, o médico se comporta de forma polida, mas ainda com uma série de julgamentos de valor em relação ao paciente, que continua sem o espaço adequado. Na terceira consulta, o médico demonstra intenção de criar uma parceria real e empática com o paciente, que finalmente se sente à vontade para expressar suas preocupações, sendo o resultado melhor.

A discussão é aberta após cada consulta para que os estudantes comentem, critiquem e façam sugestões ao médico. Muitos estudantes já ficam satisfeitos com a segunda consulta, pela percepção de que a polidez é característica suficiente ao médico. Ao assistirem à última consulta, surpreendem-se com o passo seguinte da relação médico-paciente e demonstram alegria ao perceberem que aquela forma de consultar não só é permitida, mas desejada. Todas as consultas apresentadas têm o mesmo tempo de duração.

Consultas caricatas – a sala de aula se transforma em um consultório simulado, em que professor e ator representam um atendimento conduzido de forma extremamente inadequada pelo médico, que não acolhe as demandas do paciente, disputa com ele a palavra e o ameaça com as complicações da doença, usando o medo como principal instrumento de convencimento. Apesar de inadequadas, são situações bastante reais e comuns. Aqui, porém, o paciente tem uma característica especial. Ele não se cala. O ator para a consulta sempre que necessário e compartilha com os estudantes o que o paciente pensa e sente em resposta às atitudes do médico.

Visitas supervisionadas ao hospital – os estudantes visitam em duplas algumas áreas de nosso hospital (Unidade de Emergência, Enfermária de Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Psiquiatria), acompanhando a rotina de médicos selecionados, que gostam de sua profissão e a praticam com intensidade e carinho. Ao final da rotina, o médico propõe um debate reflexivo com os estudantes sobre os acontecimentos do dia.

Narrativas reflexivas – após cada dia de atividade, os estudantes são convidados a escrever sobre as experiências vividas. As produções ficam disponíveis em plataforma Moodle para debate com todo o grupo.

Todas as estratégias descritas permitiram grande interação entre professores e estudantes, criando um ambiente de confiança para a discussão aberta dos temas propostos e, muitas vezes, de outros temas oriundos de demandas dos próprios estudantes. O curso foi muito bem avaliado, e houve aumento dos níveis de empatia dos estudantes, avaliada mediante escalas psicométricas.

SEGUNDO ANO MÉDICO

Refletindo sobre comunicação – os estudantes são convidados a refletir sobre características da comunicação em geral e de particularidades da relação médico-paciente. A ementa do curso é baseada no desenvolvimento de competências. São quatro encontros presenciais, intercalados com a realização de entrevistas e narrativas reflexivas sobre pinturas selecionadas.

Primeiro encontro

1 – Como iniciar uma conversa – discutimos aspectos práticos relacionados à apresentação, à identificação do paciente, ao humor de quem quer conversar e como nossas atitudes e comportamentos podem fazer a diferença enquanto ouvimos o outro.

2 – O que nos une e o que nos separa – considerando que o encontro entre médico e paciente é o encontro de duas pessoas que realizarão algo juntas, mostramos que o vínculo é construído com base em nossas vivências, experiências, crenças, atitudes, valores e, particularmente, vontades. O encontro surge daquilo que é comum e evolui para o que precisa ser comum.

3 – Como deixar uma pessoa confortável – o paciente precisa sentir a consulta como um momento bom,

em que percebe que o médico está disponível para entender sua realidade em conjunto com a realidade da sua doença, e a partir daí fazer uma proposta que faça sentido. Mostramos para o aluno como é importante criar na conversa um espaço de tolerância e amizade.

Música tema do primeiro encontro – apresentamos a música *Sinal Fechado*, de Paulinho da Viola, para retomar todos os aspectos discutidos em sala de aula.

Atividade prática I – as atividades práticas do curso foram idealizadas tendo por base a necessidade de ajudar o estudante a entender que a medicina exige uma sabedoria do fazer, um saber que começa erudito, mas termina prático, em uma ação. Esta ação terapêutica, além de eficaz, portanto tecnicamente adequada, precisa também ser virtuosa, moldada pelos interesses do paciente. Com isso em mente, os estudantes vão a campo para realizar três entrevistas, com três pessoas diferentes, abordando obrigatoriamente os seguintes temas:

- (a) Quando você vai ao médico, como espera que seja a conversa do médico com você?
- (b) Existe alguma coisa que o médico possa fazer para deixá-lo à vontade?
- (c) O que o médico pode fazer que eventualmente o deixa desconfortável?

Segundo encontro

O encontro se inicia com a apresentação das entrevistas e dos relatórios elaborados com base nas perguntas descritas acima, e os estudantes são convidados a responder duas novas perguntas: O que aprendi com esta atividade? O que ainda não aprendi com esta atividade?

Depois das apresentações, mostramos duas pinturas para que os estudantes identifiquem os sentimentos e emoções suscitados neles pelas obras e as possíveis intenções e emoções do pintor. A ideia é que toda consulta tem algo que ainda não foi dito, uma emoção ainda não revelada, um pensamento ainda subentendido. Observar arte pode estimular a observação do paciente.

Observamos *El Coloso*, de Francisco Goya, e *Une Scène de Déluge*, de Joseph-Desiré Court. Em *Goya*, o gigante solitário se senta de costas para a cidade, na qual não cabe. Debatesmos a necessidade de o médico colocar os interesses do paciente acima de seus próprios. A obra de Court lembra o desafio de tomar decisões e o ciclo da vida, do nascimento à morte.

Atividade prática 2 – os estudantes são convidados a compor uma narrativa, pintura, desenho com base na vivência em sala de aula. Todo o conteúdo gerado é armazenado em formato de fórum no Moodle. O estudante entra em contato com a diversidade de opiniões e sentimentos gerados a partir de uma vivência comum, algo que está presente em nosso dia a dia como profissionais de saúde e seres sociais. Neste momento a arte é metáfora da vida.

Terceiro encontro

4 – O impacto de sentir-se doente – o ser humano é a única espécie capaz de perceber o tempo. Temos consciência de nossa própria morte. Esta percepção pode estar sublimada pela vontade de fazer e realizar, particularmente quando são raros os convites à reflexão metafísica sobre a condição humana. A doença muda este panorama. Sentimos nossa fragilidade, nossa impotência diante do imponderável, sentimos medo, ficamos sozinhos, nos sentimos culpados. Olhamos para o passado com arrependimento e para o futuro com ansiedade. O médico pode ajudar o paciente na ressignificação da doença, pois mesmo o pior prognóstico poderá ser contextualizado. A “vida boa” continua sendo possível, bem como a alegria. Claro que não conseguimos sempre, mas tentamos compor esta parceria de vida com nossos pacientes.

5 – Como resolver conflitos – neste contexto da doença, é comum que o paciente viva diversos conflitos. O medo e a culpa provocados pela doença podem se transformar em raiva, canalizada para quem está próximo, inclusive o médico. Em geral, não resolvemos conflitos abordando diretamente a causa da discordância; precisamos buscar o que temos em comum, para depois abordar o que eventualmente temos de diferente. Será em nome da semelhança que lidaremos com a diferença de forma positiva.

6 – Como fazer um plano de ação coletivo – a definição de metas factíveis, compatíveis com a realidade afetiva e social do paciente, é o passo inicial. Não basta nos colocar no lugar do outro pensando como nós mesmos. Temos que tentar pensar os pensamentos do outro. Aí, sim, haverá a possibilidade de realmente compreender a realidade emocional do paciente. Ainda estamos culturalmente habituados a utilizar o medo

como instrumento de mobilização de ideias e atitudes, e transferimos este comportamento para a consulta, considerando que o medo irá aumentar a aderência ao tratamento. Vamos além da informação, utilizando o prognóstico como lança pontiaguda na garganta do paciente para que ele ande para frente. Quando ele dobra o joelho e não consegue, somos muitas vezes os primeiros a crucificá-lo por sua falta de vontade.

Por que não trocar o medo pela coragem? Mostrar os benefícios do tratamento e não os malefícios do não tratamento? Por que não trocar o tom de ameaça pela gentileza, pela generosidade nas palavras e atitudes? Discutimos que o objetivo não deve ser somente o controle glicêmico ou pressórico, mas a possibilidade de viver bem. É possível viver bem com medo?

Para trabalhar em equipe, devemos aproveitar as diversas *expertises* em prol do paciente. Ouvir sempre e ouvir de fato. Conceder à ideia diferente da sua, experimentá-la. Se for seguro para o paciente, até mesmo vivê-la, mas sem se abster de decidir quando a decisão se faz necessária. Decidir respeitando a autonomia, promovendo a capacidade de o paciente escolher o próprio destino.

7 – Como motivar alguém a fazer alguma coisa – a motivação que leva o médico a querer determinado plano terapêutico pode ser diferente da motivação que leva o paciente a querer o mesmo plano. Precisamos conhecer as vontades e os desejos dos nossos pacientes, sem que esta compreensão seja afetada por preconceitos ou juízos de valor que não interessam ao paciente. Este é o momento da verdadeira generosidade. Vamos sempre em busca da saúde do paciente, mas eventualmente por motivos diferentes; um pelo alvo glicêmico ou pressórico, o outro talvez pelo amor aos netos, pela alegria de dançar com a esposa, ou pelo próximo pôr do Sol.

O paciente capaz de se apropriar da doença por suas próprias motivações será aquele com maior chance de se manter aderente ao plano, conquistando maior autonomia e contextualizando a doença em sua velha, nova vida. Velha, pois com a mesma pessoa, com seus valores e vivências, e nova, pois com a doença contextualizada, harmonizada com o indivíduo.

Música tema do terceiro encontro – *Tocando em Frente*, de Renato Teixeira. Com ela voltamos às questões da resignificação da doença e à necessidade de aju-

dar o paciente a manter a felicidade ou voltar a sentir que ela é possível, mesmo no novo contexto.

Atividade prática 3 – no contexto da sabedoria prática, os estudantes fazem três novas entrevistas e um novo relatório nos mesmos moldes da atividade prática I, com os seguintes temas: (a) Alguma vez você já se sentiu desmotivado após uma consulta médica? Por quê?; (b) Alguma vez você já saiu animado para realizar o plano terapêutico do médico? Por quê?

Quarto encontro

Após as apresentações dos alunos, debatemos duas pinturas: *Le Jour de la Visite à l'Hôpital*, de Henri Geoffroy, em que um homem desamparado visita uma criança no hospital. Debatemos o impacto de sentir-se doente. Em *Udslidt*, de H. A. Brendekilde, uma mulher grita no meio de um campo recém-arado, debruçada sobre o corpo morto de um homem velho. Discutimos a necessidade de lidar com as frustrações, fantasias de poder, sofrimento e morte.

Atividade prática 4 – os estudantes são novamente convidados a escrever uma narrativa ou a fazer manifestação artística inspirada pelo debate em sala de aula. O conteúdo fica disponível no Moodle. No final do semestre, as melhores narrativas são publicadas no boletim da faculdade.

O improviso no teatro e a relação médico-paciente

Os professores envolvidos com o ensino do teatro têm ampla experiência com o ensino do improviso. Do convívio de um dos professores deste curso com a comunidade teatral surgiram as seguintes dicas para lidar com a relação médico-paciente:

1 – Estar atento à qualidade da presença – o ator precisa estar de fato na cena, para que ela se concretize com a qualidade necessária e convença o espectador; e o médico precisa estar inteiro na consulta, atento ao paciente, para que sejam criados o vínculo e uma relação de confiança.

2 – Veracidade – o ator precisa ser verdadeiro com o seu personagem, para se apropriar de suas características, pensamentos e emoções. O médico deve ser verdadeiro consigo e com o paciente, libertando-se de

questões não relacionadas à vontade de ajudar. Para isso, precisa anular preconceitos e juízos morais negativos que possam afastá-lo de seus pacientes, o que é uma oportunidade de desenvolvimento humano para o próprio médico, que se torna mais compreensivo e tolerante. Com isso, o paciente fica mais à vontade para expor pensamentos e emoções, criando oportunidades de acolhimento, entendimento clínico e conforto.

3 – Ser visto e não ser visto facilmente – no jogo teatral, os atores se alternam no diálogo, mantendo a cena interessante ao mesmo tempo em que constroem seu sentido e significado. Além da influência do texto, os atores usam suas individualidades, desde que não saiam do contexto da peça. Na consulta, o médico também atua de improviso e deseja levar o paciente em direção ao plano terapêutico. Neste processo, pode trazer à tona histórias próprias, desde que tenha certeza de que o processo será benéfico para o paciente.

4 – Contextualizar as expectativas – durante o improviso, existe expectativa por parte dos atores que estão jogando. A expectativa leva a um estado de alerta, mas também a frustrações quando esperamos mais do que recebemos. Na consulta, o paciente tem expectativas em relação ao médico, à doença e ao tratamento. O médico, por sua vez, tem expectativas em relação ao paciente, à doença e ao tratamento. Em meio às expectativas, existe a realidade. Se conseguirmos contextualizar estas expectativas, haverá menos frustração, e o diálogo será mais direto e eficiente.

5 – Viver o vazio e o silêncio – no jogo teatral, os atores precisam estar atentos à linguagem corporal, aceitando o fato de que o silêncio também comunica e que muitas vezes o universo do subentendido e do “não dito” é mais importante que as palavras verbalizadas. O médico também precisa desenvolver estas habilidades e competências. Nossos pacientes têm medo e insegurança, por vezes vergonha e não falam diretamente sobre o que incomoda, em particular quando se trata de emoções. O médico precisa buscar entendê-las ativamente. Neste contexto, os momentos de silêncio não são vazios de comunicação.

6 – Manter um estado de prontidão e alerta – o médico, assim como o ator, precisa estar o tempo todo atento ao outro, esperando o *insight* que levará ao entendimento do processo da doença, do diagnóstico e do impacto da doença na vida do paciente.

Disciplina eletiva: Ensino do teatro para aperfeiçoamento da relação médico-paciente

Esta disciplina é aberta a estudantes de Medicina e de outros cursos, sendo ministrada por professores das faculdades de Medicina e de Educação, com experiência em teatro. Ela parte da hipótese de que médico, professor e ator têm como desafio o desenvolvimento da capacidade de se colocar no lugar do outro, paciente, estudante ou personagem, pensando e sentindo como o outro, para entender suas dificuldades e, então, fazer uma proposta. Terapêutica, no caso do médico; pedagógica, no caso do professor; cênica, no caso do ator.

As três profissões têm no diálogo seu principal instrumento de trabalho e precisam que seja eficiente, loquaz e contextualizado, garantindo que o resultado contemple os interesses do paciente, estudante ou personagem. Para isso, precisam desenvolver o que os atores chamam de inteligência cênica – a capacidade de refletir sobre o diálogo enquanto este acontece. Isto possibilita eventuais correções de trajetória e permite também a percepção do subentendido, do que ainda não foi dito, valendo-se de todas as sensibilidades, sempre dando atenção à linguagem corporal.

No primeiro mês de trabalho, os professores utilizam atividades lúdicas, fundamentadas na expressão corporal, visando ao aguçamento dos sentidos, muitas vezes deixados de lado em atividades universitárias tradicionais.

Ao longo do segundo mês, os estudantes montam e representam cenas, com diversos tipos de linguagem. No início é permitido apenas comunicar-se pelo movimento, depois com ruídos, a seguir com sons, e só depois de algumas aulas as palavras e as frases são permitidas. O objetivo é despertar nos estudantes a consciência destas outras formas de comunicação.

Ao longo do terceiro e quarto meses de atividade, os alunos observam cenas cotidianas e as representam, estimulados pelas temáticas da autonomia, alegria, morte, desespero, coragem e outros temas relevantes. Durante a aula, são separados em grupos e escolhem uma das cenas para representar. Inicialmente as cenas acontecem sem interferências. Depois, os colegas podem solicitar a interrupção da cena para mudar a atitude de um personagem, assumindo seu lugar.

Esta atividade é um grande exercício de se colocar no lugar do outro, com uma proposta de comportamento

diferente, sem sair do contexto da realidade. Permite o entendimento das diferenças entre as pessoas e como isto pode impactar as atitudes e o desfecho de determinadas situações. Nossa expectativa é que este exercício ajude o estudante de Medicina a perceber que, para entendermos nosso paciente e suas atitudes, precisamos nos colocar de fato em seu lugar.

No final da disciplina os estudantes são convidados a representar uma cena escolhida por todos e praticada durante os seis meses. Para fundamentar as atividades, utilizamos música, poesia, textos indutores, filmes e pinturas.

Disciplina eletiva: Ensino de ética por meio da arte

Disciplina optativa em que em cada aula se discutem, com base nas emoções e sensações despertadas pela observação de uma obra de arte, aspectos relacionados ao cuidado com pacientes. São utilizadas várias expressões artísticas, como pintura (*A Volta do Filho Pródigo*, de Rembrandt), música (*Admirável Gado Novo*, de Zé Ramalho), dança, literatura (*Admirável Mundo Novo*, de Aldous Huxley) e histórias em quadrinhos (*Daytripper*, de Fabio Moon e Gabriel Bá).

QUARTO E SEXTO ANOS MÉDICOS

Em fases mais avançadas do curso, o estudante já carrega uma bagagem maior de informações e experiências. No entanto, muitas vezes, a vivência profissional nos ambulatórios e enfermarias o afastou da prática idealizada nos anos iniciais de formação. Não é raro que o estudante tenha sido convencido de que o distanciamento afetivo em relação ao paciente é fundamental para a preservação da qualidade de vida do médico.

Essa situação de conflito prejudica significativamente a disponibilidade do estudante de Medicina para estabelecer canais de comunicação sinceros com seus pacientes e demonstrar a atitude empática necessária ao sucesso da relação médico-paciente. Isto pode levar à insatisfação do estudante com a qualidade de suas próprias consultas, fazendo-o reavaliar negativamente sua capacidade profissional e a escolha da medicina como profissão. Nesse contexto, é comum o surgimento de sentimentos de raiva, culpa e impotência.

Apesar de extremamente negativo, esse pano de fundo emocional do estudante o coloca numa condição indiscutivelmente semelhante àquela de um paciente em contato com seu diagnóstico e seu prognóstico: a condição de fragilidade, associada aos mesmos sentimentos de revolta, medo, culpa, impotência e desamparo. Quando o estudante vislumbra a necessidade de contar com o apoio de alguém que o auxilie no desenrolar desse processo, surge uma oportunidade imperdível de aprendizado sobre o que é ser paciente e o que é ser médico. Além disso, o papel do professor nesse momento pode ser intuitivamente vinculado ao papel do médico, por meio da disponibilidade de ouvir, da empatia, do diálogo, da parceria e de um plano compartilhado.

Para os estudantes do quarto ano e do sexto ano, foi oferecida a simulação de consultas médicas com pacientes simulados, seguida por *feedback* baseado nos sentimentos do paciente e do estudante, com duração estendida.

SIMULAÇÃO COMO TÉCNICA DE ENSINO

A simulação é uma técnica que reproduz e amplifica experiências reais com uso de cenários dirigidos, que enfatizam os aspectos importantes do mundo real de maneira completamente interativa¹¹. Dessa forma, oferece aos participantes a oportunidade de resolver problemas e tomar decisões num ambiente controlado, seguro e, mesmo assim, semelhante ao original.

Uma forma de aumentar o realismo dos cenários de alta fidelidade e potencializar a experiência de aprendizado é a integração de pacientes simulados¹². Estes são pessoas treinadas para reproduzir de forma fidedigna a apresentação clínica de um paciente; não apenas sua história, mas também a linguagem corporal, os achados físicos, as características emocionais e de personalidade¹³.

A interação de pacientes simulados com os participantes da simulação permite alcançar os objetivos de cada cenário de forma sistemática e ao mesmo tempo interativa. Em um ambiente controlado, os alunos têm a chance de avaliar e aprender com as ações que realizaram e decisões que tomaram, sem a pressão da realidade. Além disso, podem experimentar as sensações de um atendimento e conhecer antecipadamente as próprias reações pessoais.

O *feedback* é, provavelmente, a variável mais importante para a promoção de um aprendizado efetivo com

simulação¹⁴. Isto deriva do entendimento de que a reflexão é um passo crucial no processo de aprendizado por experiência, ao auxiliar o aluno a integrar as revelações da experiência com suas ações futuras^{15,16}.

Uma das formas de *feedback* em simulação é o *debriefing* (não há um termo na língua portuguesa que o substitua de forma satisfatória). Em simulação clínica, costuma ser feito logo após a experiência prática e tem grande importância ao trazer à tona dilemas clínicos e situações de dúvida geradas pela experiência da simulação¹⁷. Para que o *debriefing* funcione, o aluno deve encontrar um ambiente que seja ao mesmo tempo desafiador e emocionalmente seguro, e deve se sentir à vontade para compartilhar experiências de maneira franca, aberta e honesta¹⁸.

Essas características do *debriefing* exigem a presença de um instrutor com formação especial. Ao contrário do instrutor tradicional, que monopoliza a verdade e nem sempre conquista a confiança dos participantes, o facilitador é o responsável pela criação de um ambiente acolhedor, no qual os alunos se sintam valorizados, respeitados e livres para aprender. O facilitador conduz o *debriefing* de forma a envolver todos os participantes e, quando necessário, direciona a discussão para alcançar os objetivos determinados previamente.

Intervenção didática: simulação de consultas médicas

Antes do início da atividade, conversamos com cada grupo para esclarecer seu caráter exclusivamente formativo e que o foco principal da atividade é a discussão, sendo as consultas em si apenas o gatilho para a reflexão sobre a relação médico-paciente. Além disso, combinamos que o grupo composto de estudantes, atores e professores deve manter sigilo em relação às consultas e discussões, para que todos tenham liberdade e segurança para se posicionar.

Cada grupo é composto por oito estudantes e participa de um encontro semanal durante quatro semanas. Em cada um desses encontros, dois estudantes consultam separadamente um paciente simulado, enquanto o resto do grupo e os professores observam o atendimento numa sala anexa.

Os pacientes simulados são representados por atores profissionais, com experiência em educação, após um

longo processo de treinamento. Inicialmente, os casos clínicos são elaborados pelos professores, e um roteiro é repassado aos atores, para que desenvolvam as características pessoais e familiares complementares necessárias para transmitir veracidade ao caso. Além disso, os pacientes já têm, desde o início, uma atmosfera emocional bem estabelecida, para que surjam nas consultas as situações e emoções que queremos discutir durante o *debriefing*.

A atuação se dá de forma realística, influenciada pelo teatro de Stanislavski, e busca reproduzir fielmente uma consulta real. Mesmo assim, vale ressaltar que nas consultas simuladas os desafios estão programados para surgir, o que nem sempre acontece em consultas reais, nas quais o paciente pode se inibir ou se retrair por diversos motivos e não explicitar algumas questões. Entre elas, destacam-se as emoções associadas ao processo de adoecer, ao tratamento e ao prognóstico.

Esse processo de treinamento permite vivenciar os casos de forma muito real e desencadear em cada um deles as emoções do paciente e do estudante. Existem casos elaborados para que surjam especificamente os sentimentos de perda, frustração, medo, culpa, raiva, solidão e desamparo. A questão da autonomia do paciente, bem como situações de terminalidade e cuidados de saúde no final de vida também são abordadas nos casos clínicos. Assim, podemos construir o *debriefing* com foco na discussão das emoções dos pacientes em relação à doença e ao médico, e das emoções do estudante em relação ao paciente e à consulta. Com isso é possível aliviar a ansiedade dos estudantes que imaginam que a discussão será centrada em suas ideias e atitudes demonstradas durante as consultas.

DEBRIEFING

Em cada um dos quatro encontros, reunimos o grupo de estudantes após as consultas simuladas e estimulamos uma conversa livre, relaxada, para aliviar eventuais tensões relacionadas ao atendimento e à exposição de ser filmado ou observado. Depois, os estudantes que protagonizaram as consultas são convidados a compartilhar suas sensações por terem participado da simulação e a resumir o que entenderam do caso atendido.

A partir desse momento, a própria fala dos estudantes já nos oferece uma série de dicas sobre os temas que

podem ser discutidos no *debriefing*. Assim, apesar de haver um eixo central a ser abordado com todos os grupos, basicamente os sentimentos do paciente e dos estudantes, cada grupo pode direcionar a conversa e a reflexão para temas particulares, de sua própria demanda.

Aqui, os estudantes do quarto e do sexto anos foram estimulados a realmente entrar em contato com os sentimentos do paciente e a perceber como estes influenciam o desenrolar da consulta médica e o sucesso do plano terapêutico. No mesmo sentido, uma das questões prevalentes no *debriefing* foi a percepção do tempo, desafio fundamental que nos dá um passado, com seus arrependimentos e fantasias de culpa, e um futuro, com seus medos e angústias, particularmente aqueles relacionados à morte. A doença nos lembra, médicos e pacientes, que existe uma realidade a ser encarada e, com ela, mudanças inevitáveis. A parceria com o médico pode ajudar o paciente na ressignificação de elementos do passado e do futuro de forma positiva, em busca do equilíbrio necessário para viver bem.

A forma de lidar com os desafios da medicina depende do desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica sobre cada atitude, consulta e desfecho. No entanto, a sobrecarga de atividades dos estudantes por vezes limita o tempo e a disponibilidade necessários a uma reflexão adequada após cada ato profissional. Dessa forma, o estudante não reforça as atitudes que levam a um bom resultado e nem sempre percebe as atitudes que levam a resultados negativos para o paciente, especialmente no que se refere à relação médico-paciente.

Nessa atividade, os estudantes foram estimulados a refletir por conta própria e com o grupo sobre diversos aspectos das consultas realizadas, guiados por profissionais habituados a refletir. Isto se deu por meio de um olhar cuidadoso direcionado aos detalhes da interação com o paciente simulado e ao entendimento do conjunto dos acontecimentos da consulta como base do processo de reconhecimento empático do outro. Nesse sentido, é fundamental que o professor-facilitador se dedique a criar um ambiente de *debriefing* livre, seguro e sem julgamentos, utilizando rotineiramente a educação pelo reforço positivo. Isto parece permitir que os estudantes compartilhem suas experiências e pensamentos, mesmo quando possivelmente negativos ou inadequados. Dessa forma, é possível abordar temas difíceis e fazer eventuais correções, sempre de forma sincera e gentil.

Com base nessa ideia, buscamos desenvolver um caminho para abordar diversas questões pertinentes à consulta médica, como o silêncio, o choro do paciente, a emoção do médico, a fase inicial da consulta, a forma de terminar a consulta e a importância do toque, entre outras. Nesta última, por exemplo, percebemos com frequência o constrangimento de vários estudantes ao sentirem a necessidade de amparar através do toque, mas não saber se é adequado ou permitido. Compartilhamos nossa impressão positiva em relação ao toque em medicina. Este, ao contrário do toque sensual, é de movimento único, direto, feito para ser sentido e não para sentir.

Uma característica importante da atividade foi o fato de ser realizada por professores que atuam profissionalmente em uma unidade de emergência, uma unidade de terapia intensiva, uma enfermaria de medicina interna e em medicina ambulatorial. O professor precisa de legitimidade para ensinar, e a maioria dos estudantes que participaram puderam observar a interação desses professores com pacientes reais e suas famílias. Assim, o que é discutido durante o *debriefing* não é visto pelos estudantes como algo utópico, inatingível ou fora da realidade, pois eles sabem que estão discutindo com modelos reais da prática médica. Essa coerência entre o que é feito e o que é ensinado tem sido, provavelmente, fator fundamental para que os estudantes do sexto ano escolham os professores envolvidos como homenageados em sua formatura anualmente.

O ambiente seguro e a legitimidade dada aos professores permitiram que os estudantes usassem o momento do *debriefing* como um espaço para debater questões relacionadas ao currículo oculto. Este pode ser definido como o grupo de influências transmitidas aos estudantes de forma indireta, como parte integrante, mas não abertamente aceita do aprendizado médico. A sobrecarga de trabalho, a falta de espaços formais para reflexão e o contato com modelos negativos de prática médica foram os temas mais lembrados pelos estudantes.

Ao final de cada encontro, cada um do grupo – incluindo estudantes, ator e professores – tem a oportunidade de compartilhar seus comentários finais sobre o dia de atividade. Frequentemente, os estudantes comentam o caso clínico, a atuação dos atores, as dificuldades encontradas e as lições que levam a partir daquele momento. Também é comum que falem sobre experiências pessoais e profissionais prévias, o que muitas vezes acontece de

forma bastante intensa e até emocionada. Por isso, cada dia de atividade teve duração média de 4 horas, com cerca de 1 hora para as consultas e 3 horas para o *debriefing*.

RESULTADOS: IMPACTO DA ATIVIDADE NOS NÍVEIS DE EMPATIA

Em publicação recente¹⁹, estudamos o impacto da atividade de simulação de consultas médicas com pacientes simulados nos níveis de empatia dos estudantes de Medicina. Para isso, aplicamos a Escala Jefferson de Empatia Médica (JSPE)²⁰ antes e depois da atividade. Seu objetivo é avaliar a empatia no contexto da relação médico-paciente, e existe uma versão específica para estudantes de Medicina.

Entre estudantes do quarto ano, houve aumento significativo de empatia após a atividade (aumento da média da JSPE de 115,8 para 121,1; $p < 0,001$; tamanho do efeito = 0,61). Os estudantes do sexto ano também tiveram aumento significativo (de 117,1 para 123,5; $p < 0,001$; tamanho do efeito = 0,64).

RESULTADOS: PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES

Após o último dia de atividade, os estudantes responderam um questionário anônimo, por meio do qual avaliaram características específicas da atividade e puderam comentar livremente sua percepção sobre o próprio desenvolvimento pessoal.

Apesar da exposição envolvida, 96% dos estudantes sentiram-se à vontade durante o *debriefing*, segundo eles pela abertura ao diálogo, pela sensação de amizade e proximidade com o grupo e com os professores, e pelo ambiente construtivo, livre de avaliação e de julgamentos. Quase todos os estudantes (99%) relataram que o aprendizado será útil em sua vida profissional e 91% acreditam que será útil em sua vida pessoal, principalmente pela maior capacidade de compreender os sentimentos do outro, maior empatia, maior capacidade de ouvir e lidar com conflitos.

Alguns resultados ultrapassaram os objetivos iniciais propostos pelos projetos de pesquisa. Segundo os estudantes, a atividade de simulação teve impacto positivo em sua capacidade de ouvir o próximo, em situações alheias à prática da medicina. Ao perceberem os benefí-

cios do ato de ouvir na relação médico-paciente e para os desfechos da consulta, muitos estudantes relataram o uso das mesmas técnicas ao conversarem com amigos e familiares, com bons resultados.

Essa predisposição de ouvir e perceber o outro pode também justificar a melhora da interação dos estudantes dentro do próprio grupo que participou da atividade de simulação. Ao longo das semanas, eles demonstraram cada vez mais segurança para compartilhar suas ideias e angústias, e notaram essa mudança mesmo fora do ambiente de simulação. Provavelmente, um ambiente no qual os estudantes são ouvidos estimula os próprios estudantes a ouvir.

Esta abordagem pode justificar a motivação relatada pelos estudantes para estudar diversos aspectos da profissão médica. Ao discutirem a relação médico-paciente, os estudantes puderam entender que a natureza de sua profissão é complexa e que as competências necessárias para exercê-la não se devem limitar aos aspectos técnicos do diagnóstico e da terapêutica. Com esse olhar, a atividade de simulação de consultas pode ter facilitado o processo de conscientização do sentido fundamental da profissão médica.

Ao final do questionário anônimo, havia um espaço para as manifestações livres dos estudantes. Entre as várias frases que nos chamaram a atenção, uma delas teve impacto especial:

“O contato mais humano e a atenção especial a cada paciente fazem você reafirmar a paixão pela medicina e se lembrar da visão meio utópica do primeiro ano, que por muitas vezes se perde pelos anos e pelas enfermarias”.

CONCLUSÃO

Acreditamos ser possível idealizar um eixo pedagógico longitudinal que aborde a formação da identidade profissional do médico com base em valores e virtudes fundamentais e no compromisso de colocar os interesses do paciente sempre em primeiro lugar, respeitando os princípios da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Para isso, precisamos ensinar nossos estudantes a estabelecer vínculos reais com seus pacientes, desenvolvendo habilidades de comunicação e empatia que permitam uma competência efetiva em acolher, entender, contextualizar e propor um plano terapêutico factível.

Nesse sentido, devemos ajudar nossos estudantes a lidar com as emoções do paciente, mas também com as próprias emoções. O professor pode colaborar muito neste processo ao compartilhar com seus alunos seu próprio processo de aprendizado. Ao longo da nossa carreira, aprendemos a nos envolver emocionalmente com nossos pacientes de forma efetiva, com muita disponibilidade para ajudar, mas ao mesmo tempo preservando nossa alteridade. Nossos estudantes merecem conhecer esta nossa dimensão.

REFERÊNCIAS

1. Unicamp. Comissão Permanente para os Vestibulares (COMVEST). Perfil Socioeconômico de Ingressantes. [Acessado em 10 set. 2014]. Disponível em: <http://www.comvest.unicamp.br/estatisticas>.
2. Hojat M. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York, NY: Springer; 2007. 226p.
3. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27:237-51.
4. Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47:826-34.
5. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-64.
6. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 2012;87(9):1243-9.
7. Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin Jr M. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care*. 1993;31:1083-92.
8. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;84(9):1182-91.
9. Stratton TD, Saunders JA, Elam CL. Changes in medical students' emotional intelligence: An exploratory study. *Teach Learn Med*. 2008;20:279-84.
10. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Wopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies with Medical Students and Residents. *Acad Med* 2011; 86:996-1009.
11. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1):i2-10.
12. Cantrell MJ, Deloney LA. Integration of Standardized Patients into Simulation. *Anesthesiology Clin*. 2007;25:377-83.
13. Barrows HS. *Simulated (standardized) patients and other human simulations*. Chapel Hill (NC): Health Sciences Consortium; 1987. Primary guide to the basics of SP training.
14. Issenberg SB, McGaghie WC, Hart IR et al. Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *JAMA*. 1999;282:861-6.
15. Darling M, Parry C, Moore J. Learning in the thick of it. *Harv Bus Rev*. 2005;83(7):84-92.
16. Dismukes RK, Smith GM. *Facilitation and debriefing in aviation training and operations*. Aldershot (UK): Ashgate; 2001.
17. Rudolph JW, Simon R, Rivard P et al. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiology Clin*. 2007;25:361-76.
18. Pearson M, Smith D. Debriefing in experience-based learning. *Simulation/Games for Learning*. 1986;16:155-72.
19. Schweller M, Costa FO, Antônio MÂRGM, Amaral EM, Carvalho-Filho MA. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. *Acad Med*. 2014;89(4):632-7.
20. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*. 2001;61:349-65.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcelo Schweller
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária Zeferino Vaz
Campinas – São Paulo
CEP 13083-887 – SP
E-mail: mschweller@gmail.com

Marco Antonio de Carvalho-Filho
Rua Dr. Edilberto Luis Pereira da Silva, 615 – Cidade Universitária
Campinas – São Paulo
CEP 13083-190 – SP
E-mail: macarvalhofilho@gmail.com

A Narrativa de Adoecimento e as Práticas Formativas na construção da Realidade Clínica

Alicia Navarro de Souza^I / Hélio Antonio Rocha^{II} / Daniela Freitas Bastos^{III} /
Maria Kátia Gomes^{IV} / Valdes Roberto Bollela^V

Palavras-Chave: Experiência de Adoecimento. Narrativa. Entrevista McGill MINI
Narrativa de Adoecimento. Educação Médica.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma experiência piloto realizada com estudantes de diversos períodos do curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro que, após treinamento, conduziram a entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento em diferentes cenários da prática médica. O objetivo deste estudo foi conhecer limites e possibilidades da inclusão da narrativa do adoecimento como parte integrante da história clínica que deve ser aprendida/ensinada aos estudantes de Medicina. Alguns resultados apresentados sugerem que a utilização desta entrevista no contexto do trabalho valoriza a vivência dos estudantes e o cuidado centrado no paciente, enriquecendo as práticas formativas na construção da realidade clínica.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, mudanças socioculturais têm gerado transformações importantes nos papéis sociais de pacientes e profissionais da saúde, com claras implicações para a formação e as práticas profissionais.

Na literatura médica, trabalhos sobre perspectivas teóricas diversas procuram desenvolver conceitos, técnicas, estratégias, programas, acompanhados, por vezes, de avaliações, de forma que o futuro médico desenvolva competências relacionais capazes de contribuir de forma expressiva para o manejo clínico e, conseqüentemente, para a melhora da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

No Brasil, os ministérios da Saúde e da Educação, em parceria, têm conduzido várias iniciativas para fomentar o desenvolvimento de profissionais críticos e reflexivos, capazes de transformações nos saberes e ações cotidianas de forma a construir para o Sistema Único de Saúde (SUS) uma prática que considere as reais necessidades de vida e saúde da população. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)¹ em 2005 e, mais recentemente, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)² são exemplos expressivos que fomentam a integração ensino-serviço, visando à melhoria da saúde da população.

De forma mais específica com relação à formação profissional nas universidades, desde 2001 vêm sendo instituídas diretrizes curriculares nacionais (DCN) dos

^I Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina da UFRJ; Brasil Faimer Regional Institute–Fellow 2013.

^{II} Medicina de Família – Universidade do Grande Rio (Unigranrio); Mestre em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria – UFRJ.

^{III} Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica – UFRJ.

^{IV} Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica; Coordenadora do Programa de Extensão (des)Mancha Brasil; Faculdade de Medicina – UFRJ; Brasil Faimer Regional Institute – Fellow 2014.

^V Divisão de Moléstias Infecciosas e Tropicais, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP; Philadelphia Faimer Institute – Fellow 2006 & Faculty Member desde 2008; Brasil Faimer Regional Institute – Professor desde 2007.

curso da saúde. Nesse ano, as DCN da Medicina inovaram ao propor um currículo baseado em seis competências gerais e 22 habilidades específicas para o egresso do curso médico³. Em 2014, um documento mais abrangente constitui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que preconizam:

- *comunicação com empatia, sensibilidade e interesse com usuários, familiares e membros das equipes profissionais;*
- *cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade;*
- *integralidade e humanização do cuidado;*
- *construção de projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia, e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;*
- *uma ética profissional que considera que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico (p.8-11)*⁴.

É preciso ter a clareza de que, durante a formação profissional, como bem documentaram Byron e Mary-Jo Good⁵ quanto à formação médica, os alunos são sistematicamente treinados, socializados a “limpar e padronizar a narrativa do paciente” e, desta forma, eles se tornam cada vez menos interessados na experiência de adoecimento, que é considerada menos importante no modelo biomédico. As atividades de apresentação oral e escrita de casos clínicos, realizadas pelos alunos, são “práticas formativas”, que não descrevem meramente a realidade, mas constituem formas de construí-la. A construção do paciente como um caso clínico e como um projeto médico define as informações apreciadas como relevantes para a elaboração do diagnóstico e das decisões terapêuticas. A discussão de casos clínicos propõe, portanto, uma questão central na formação profissional.

A complexidade da experiência de adoecimento recebeu a contribuição de estudos que identificaram dois outros modos menos reflexivos presentes nas narrativas de adoecimento. Para além do modelo explicativo descrito por Kleinman e colaboradores⁶, a presença de protótipos e a associação de eventos significativos relacionados temporalmente ao adoecimento foram incorporadas ao roteiro teoricamente construído da entrevista *McGill Illness Narrative Interview (MINI)*⁷. Esta entrevista é um roteiro semiestruturado, qualitativo, que possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento

ligadas a qualquer problema ou evento relacionado à saúde, incluindo sintomas, síndromes, diagnósticos médicos ou rótulos populares, e a expressão dos sentidos associados a estas experiências. Esta entrevista é estruturada em cinco sessões e objetiva que o paciente, que é quem de fato detém a *expertise* sobre sua experiência de adoecimento, nos relate:

- (a) narrativa inicial e temporal da experiência de adoecimento, organizada em termos da sequência de eventos;
- (b) narrativa sobre outras experiências prévias do entrevistado, de membros de sua família, de amigos, encontradas na mídia, e outras representações populares que importaram na significação da experiência do adoecimento do entrevistado. Estas experiências constituem protótipos relacionados ao problema de saúde do entrevistado;
- (c) narrativas na forma de modelos explicativos do sintoma ou da doença, incluindo rótulos, atribuições causais, expectativas de tratamento, curso e resultado;
- (d) narrativas sobre a procura de ajuda, relatos sobre caminhos para chegar ao cuidado e relatos sobre a experiência de tratamento e adesão;
- (e) narrativas do impacto da doença sobre a identidade, a autopercepção e as relações com os outros.

Realizar esta entrevista requer tempo e maior disponibilidade. Se isto poderia ser percebido inicialmente como uma dificuldade, por outro, proporciona uma compreensão maior e menos passível de redução simplista ou de uma assimilação pela “cultura da biomedicina”, como o próprio Kleinman nos adverte acerca da compreensão estereotipada das diferentes culturas que convivem na América do Norte, onde a “competência cultural” é exigida dos profissionais de saúde⁸. Além de propiciar uma oportunidade de conhecer a experiência de adoecimento, seus significados e comportamentos decorrentes – valorizando não só o raciocínio causal como também os raciocínios analógico e metonímico potencialmente presentes na narrativa de adoecimento –, esta entrevista propõe, de forma mais radical, o desafio de dar a *expertise* ao paciente. No início da entrevista, é necessário que o entrevistador não só se apresente, mas procure demonstrar ao paciente o quão interessado está, de fato, em conhecer o que este pensa e sente sobre seu próprio problema de saúde. É um início potente, em que a relação de saber/poder instituída deve estar em questão, e deverá permanecer em questão, para investigar o problema de saúde nomeado pelo paciente,

em função do que ele considera mais preocupante ou importante para si mesmo*.

Esta entrevista tem sido utilizada em pesquisas voltadas para a narrativa de pessoas em diversas situações clínicas⁹⁻¹². Acreditamos que a utilização desta entrevista na graduação de profissionais de saúde enriqueça as práticas formativas na construção da realidade clínica. Ao desenharmos nossa investigação, que utiliza a entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento** (ver Anexo) como um recurso clínico na formação médica – cuja experiência piloto apresentamos a seguir –, pretendemos contribuir para o eixo humanístico social do novo currículo a ser implantado na Faculdade de Medicina da UFRJ.

EXPERIÊNCIA DOS ESTUDANTES DO PRIMEIRO ANO (M2) COM A ENTREVISTA MCGILL MINI NAS USF

Ao ingressarem na Faculdade de Medicina da UFRJ, no atual currículo, os alunos têm a primeira oportunidade de vivenciar a integração ensino-serviço no terceiro semestre do curso médico, por meio da disciplina obrigatória Atenção Integral à Saúde. Com a concordância da Coordenação de Graduação, oferecemos aos alunos do segundo semestre do curso – conhecidos por M2 – a oportunidade de se inscreverem numa disciplina eletiva centrada em entrevistas com pacientes focadas no que sentem e pensam a respeito de seu principal problema de saúde, realizadas no cenário da Atenção Primária, numa unidade de saúde próxima ao principal *campus* universitário da UFRJ.

A divulgação foi veiculada pelo sistema de informação da faculdade e pela rede social Facebook para a turma de alunos que iniciariam o segundo semestre. Quinze alunos compareceram à reunião em que explicamos a proposta. Todos reafirmaram seu desejo de participação, mas dois estavam impedidos por questões acadêmicas que os impossibilitavam de se inscrever nesta proposta eletiva. Como havia apenas dez vagas previamente estabelecidas, resolvemos nos organizar para receber os 13 alunos interessados. Por se tratar de disciplina eletiva vinculada a um projeto de pesquisa, tivemos a honra de cinco destes alunos escolherem investir suas bolsas Jovens Talentos da Capes no projeto.

A UFRJ encontra-se situada no município do Rio de Janeiro, com 1.255,3 km² de área e 6.323.037 habitantes. A Clínica da Família escolhida, além de próxima ao

campus, é uma unidade de saúde onde já se realizava a integração ensino-serviço através dos alunos do internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da UFRJ. Além da gerência da unidade, as duas médicas preceptoras aceitaram participar da experiência. A primeira reação foi de grande entusiasmo pelo estreitamento do vínculo universidade-serviço. As preceptoras não só conheceram o projeto, como discutiram conosco e se prontificaram a selecionar pacientes cujo manejo clínico poderia se beneficiar da compreensão advinda da realização desta entrevista.

Os 13 alunos contavam com cinco tutores/pesquisadores – em sua maioria vinculados à UFRJ e coordenados por nós – que acompanhariam cada dupla ou trinca de alunos semanalmente. O treinamento para fazer a entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento (McGill MINI) durou três semanas. Na primeira, apresentamos a unidade de saúde aos alunos e explicamos o roteiro da entrevista McGill MINI, com destaque para aspectos relevantes da sua técnica e os objetivos gerais e de cada sessão. Para a segunda semana, combinamos aplicar a entrevista com a participação dos alunos, sendo que um teria a oportunidade de entrevistar o colega sobre uma experiência de adoecimento e tratamento progressa (simulação da entrevista). Na terceira semana, os alunos assistiram aos tutores/pesquisadores conduzindo as entrevistas com pacientes da unidade de saúde. Ao final de cada manhã, discutíamos a atividade. Nessa terceira manhã, os alunos pediram para começar a experiência de conduzir as entrevistas, mantidas as duplas e trincas acompanhadas por um tutor/pesquisador. Os pacientes eram selecionados pela equipe – agentes comunitários de saúde (ACS), residentes, alunos do internato e seus preceptores – e podiam ser entrevistados na clínica ou nas visitas domiciliares, conforme a conveniência do paciente, sendo que neste último caso sempre contávamos com a ajuda dos ACS.

O problema de saúde na perspectiva da equipe era sempre comunicado imediatamente antes da realização da entrevista. Ao final da manhã, nos reuníamos e discutíamos as entrevistas realizadas naquele dia. Dificilmente contávamos com a presença de alguém da equipe nesse momento, mas sempre fazíamos uma síntese da nossa compreensão com base na entrevista McGill MINI que era comunicada à equipe. Uma docente e um aluno do internato em MFC constituíam a interseção dos dois grupos.

Os 13 alunos realizaram 28 entrevistas McGill MINI ao longo de dez semanas, e cada aluno participou, em média, de sete entrevistas. Cada aluno entrevistador teve a responsabilidade de transcrever a entrevista e preencher uma grade de análise proposta. Algumas dessas grades e as respectivas entrevistas foram apresentadas nos três seminários mensais realizados. Ao final da experiência, os alunos foram entrevistados individualmente acerca de sua apreciação da experiência.

Cinco dos 13 alunos solicitaram continuar na análise das entrevistas no semestre seguinte, por meio do Programa de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina. Solicitamos a todos eles que escrevessem uma narrativa sobre a experiência mais marcante ao realizarem as entrevistas McGill MINI no semestre anterior. Em outubro de 2014, os alunos a apresentaram oralmente na XXXVI Jornada Giulio Massarani de Iniciação Científica, Artística e Cultural (Jictac-2014) da UFRJ. Eles receberam menção honrosa pelo trabalho que introduz a Medicina Narrativa, a entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento e discute com a literatura sobre experiências precoces de estudantes de Medicina os principais resultados da análise de conteúdo das narrativas dos alunos sobre a experiência descrita.

Com a palavra, os alunos, que enunciaram os temas: (a) emoções dos entrevistados; (b) emoções dos alunos; (c) desconforto emocional dos alunos; (d) laço afetivo formado; (e) desdobramentos para a formação profissional do aluno.

As entrevistas mais marcantes ocorreram, sobretudo, em visitas domiciliares e continham relatos do impacto afetivo em função do sofrimento decorrente da doença e das condições socioeconômicas.

“Dona Joana chorou e se emocionou muito durante a entrevista”.

“Para nós, que tivemos o luxo de sair de lá e voltar para a nossa vida, o pior passou em menos de uma hora. Mas essa realidade é constante para ela, é a sua vida”.

“Um choque. Uma imersão em outra realidade”.

“Se Dona Clarice tivesse ido até a clínica para a entrevista, não teríamos tido a ideia completa de como ela vive. Não teríamos sentido o cheiro, visto as paredes, observado o quão vazia e suja era aquela casa. A equipe de saúde precisa dessas informações para tratar o paciente de forma adequada”.

“Nesse momento, entrei em um conflito: chorar na frente de um paciente. [...] Tentei com todas as minhas forças segurar o choro, mas ao longo da conversa não me contive”.

“Foi extremamente prazeroso e doloroso ouvir o relato dos pacientes.”

Essa experiência me fez compreender a responsabilidade da minha escolha e a necessidade que as pessoas têm de serem ouvidas”.

Estes relatos demonstram, de forma simples e contundente, o significado da experiência para os estudantes e sua formação. Além disso, acreditamos, como afirmam os alunos em suas conclusões, que existem “benefícios do contato precoce de estudantes de Medicina com pacientes”, como o “desenvolvimento de habilidades comunicacionais” e, ainda, com a realização da entrevista McGill MINI:

“A entrevista proporcionou um conhecimento privilegiado da experiência de adoecimento e me ajudou no desenvolvimento da preocupação com o bem-estar do paciente”. (Alunos M2)

Se no terceiro período nossos alunos conhecem e vivenciam a experiência ensino-serviço na Atenção Primária à Saúde, é apenas no quarto período que se dá a relação mais próxima com o paciente. Ao iniciarem a disciplina de Propedêutica Médica, duplas ou trinças de alunos colhem semanalmente uma história clínica. No quinto período, seguem no aprendizado da semiologia com a prática do exame físico. No sexto período, o aluno finalmente integra uma equipe de saúde e cuida integralmente, sob supervisão, de “seu primeiro paciente”, com quem deve colher impressões e se relacionar diariamente. O cenário é a enfermaria de Clínica Médica de um hospital universitário terciário da UFRJ no município do Rio de Janeiro, cujos pacientes são, em geral, bastante complexos. No sétimo período, nossos alunos têm a oportunidade de integrar equipes para conhecer pacientes ambulatoriais.

EXPERIÊNCIA DOS ESTUDANTES DO TERCEIRO ANO (M6) COM A ENTREVISTA MCGILL MINI NAS ENFERMIARIAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFRJ

Neste cenário, o objetivo era oferecer aos estudantes do sexto período a oportunidade de aprender a utilizar a

entrevista McGill MINI. Para tanto, realizamos uma parceria com o Departamento de Clínica Médica, que, nas disciplinas de Medicina Interna II e III, propicia atividades práticas com pacientes internados e ambulatoriais, respectivamente no sexto e sétimo períodos. No sexto período, considerando que os alunos desenvolvem 3 horas diárias de atividades práticas na mesma enfermaria, todos os dias da semana, solicitamos que 2 horas semanais desta carga didática nos fossem cedidas para que duplas de alunos pudessem realizar a entrevista McGill MINI, acompanhadas de um tutor/pesquisador, durante 12 semanas. Além desta concessão, foi necessário pactuar a experiência com os preceptores das atividades práticas, pois eram eles, seus residentes e internos, que nos indicavam a cada semana casos clínicos para entrevistar. Nesse contexto da enfermaria de Clínica Médica, foi possível realizar o desenho mais completo desta experiência de utilização da entrevista McGill MINI como um instrumento clínico no ensino e na assistência a pacientes. Solicitamos às equipes médicas das várias enfermarias que se interessaram em colaborar com nosso estudo piloto que nos indicassem pacientes em relação aos quais estavam ocorrendo dificuldades de manejo clínico, as quais não dependiam do conhecimento médico sobre a doença apresentada. A dupla de alunos e o tutor/pesquisador recebiam esta informação, ou seja, o problema formulado pela equipe médica que cuidava do paciente a ser entrevistado. Ao final da entrevista, alunos e tutor/pesquisador conversavam sobre a entrevista e procuravam um membro da equipe médica para discutir o problema formulado à luz das informações e compreensão obtidas com a entrevista McGill MINI.

De 96 alunos, 24 foram convidados de maneira aleatória, mas levando-se em conta o critério logístico: alunos que estavam localizados numa dada enfermaria cujo *day-off* do preceptor coincidia com a disponibilidade do tutor/pesquisador. Convidamos três grupos de oito alunos localizados em três enfermarias. Doze alunos concordaram em participar: oito de uma enfermaria e quatro de outra. Os demais declinaram, preferindo seguir na rotina das atividades práticas programadas pelo preceptor de Clínica Médica.

É importante destacar que cerca da metade dos preceptores das enfermarias de Clínica Médica também não se interessou em participar, justificando que esta experiência, na opinião deles, não acrescentaria algo diferente

daquilo que já ensinavam aos alunos; e que, para eles, a experiência piloto parecia uma tentativa de sistematizar um conhecimento que julgavam que os preceptores de Clínica Médica já detinham.

O treinamento consistiu na apresentação do roteiro da entrevista McGill MINI com ênfase nas características diferentes, potencialmente complementares, em relação à anamnese clínica. Na mesma manhã, os alunos se dividiram em grupos de três, e um deles conduziu a entrevista com um paciente ambulatorial, que autorizou a gravação em vídeo ou áudio. Em seguida, foi possível discutir cada duas entrevistas com os alunos que delas participaram. No total, foram realizadas quatro entrevistas de treinamento. A partir da semana seguinte, os 12 alunos se dividiram em duplas e realizaram 50 entrevistas McGill MINI ao longo de dez semanas, cada aluno participando, em média, de nove entrevistas. Ao final, foram realizados dois grupos focais para discussão da experiência, dos quais citamos, em seguida, dois fragmentos. Com a palavra, os alunos M6:

João: Segurança! Até então, a gente ficava com muito medo de puxar questões um pouco delicadas e não saber como agir. Eu fiquei impressionado com o roteiro.

Artur: Pra mim, a pergunta era muito direta, entendeu? Por exemplo, antes eu não ia perguntar: "O que você sente sobre essa doença?" assim diretamente. Eu ia tentar falar sobre outras coisas e acabar nisso de alguma forma.

João: Eu acho que desfez um tabu entre os alunos. Mais ou menos isso.

Artur: É...

Ana: Eu acho também. A primeira vez que fui fazer a pesquisa, por exemplo, estava muito nervosa. Fiquei pensando assim: "Nossa, arranjaram um paciente superdifícil". Uma pessoa jovem com aids, que não aderiu ao tratamento. "Mas eu vou virar pra ela e perguntar assim: "Você tem aids?". Sabe? Eu não estou preparada pra isso. E hoje em dia eu acho que não, já me sinto mais natural com alguns doentes muito mais difíceis que, no início, não ia conseguir lidar, eu achava que não ia conseguir lidar com aquilo, que ia ser muito difícil. Eu acho que isso também fez parte de quebrar o tabu assim: de alguns pacientes mais complicados que, no início, eu não ia conseguir lidar, e talvez até agora, se eu não tivesse feito a pesquisa. Tem alguns estafes

que evitam deixar os M6s com alguns tipos de pacientes. “Esse paciente é terminal, esse paciente é difícil, esse paciente...”. Entendeu? A gente quebrou isso, e agora a gente já se sente mais à vontade pra este tipo de paciente.

José: E acho que tinha que ser obrigatório porque eu não ia fazer o projeto, eu só fiz porque todo mundo queria [alunos da mesma enfermaria]. Eu não ia fazer porque eu era meio assim, meio técnico, meio “nossa, não vai me ajudar em nada isso aí”, sabe? Era muito bitolado com essas coisas. E eu acho que eu mudei completamente, valeu muito a pena, vale muito a pena. Eu acho que tem muita gente que não quer fazer, e que se fossem obrigatórias três entrevistas que fosse, ia mudar, ia mudar muito. Eu acho que eu mudei muito por causa do projeto.

Carol: Imagina se todos da turma tivessem feito isso, cada um que acompanha o paciente iria ter os dois lados, iria ter o diário e iria ter a entrevista.

EXPERIÊNCIA DOS ESTUDANTES DO INTERNATO COM A ENTREVISTA MCGILL MINI NAS USF EM PIRAÍ (RJ)

O internato da Faculdade de Medicina da UFRJ é realizado em um ano e meio, mediante treinamento em serviço em cada uma das cinco grandes áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, e Medicina de Família e Comunidade. O cenário escolhido para realizar a experiência piloto com a entrevista McGill MINI com os alunos do sexto ano foi o internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC), conduzido na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Pirai (RJ). A escolha do campo não se deu somente pelo vínculo prévio da universidade com o município. Pirai é um município da microrregião do Vale do Paraíba Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro, com uma área de 504,6 km² e população estimada em 25.762 habitantes. A Atenção Básica no município se destaca entre os serviços de saúde do Estado, com 100% de cobertura pela ESF há mais de dez anos, além de bons indicadores de saúde. Em virtude do desenvolvimento desta experiência, pactuada com a coordenação e os docentes do internato em MFC, foi incluída nossa contribuição ao módulo teórico introdutório deste internato com o tema: “A Experiência de Adoecimento e Tratamento: a Perspectiva do Paciente”. Em seguida a esta atividade, todos os alunos que cursa-

riam o internato em MFC na cidade de Pirai foram convidados a participar de um treinamento da utilização da entrevista McGill MINI. Embora o treinamento fosse para todos os alunos que iriam para Pirai, a realização destas entrevistas pelos internos ocorreria apenas em determinadas unidades de saúde, em função do limite de disponibilidade dos tutores/pesquisadores. Portanto, foi sugerido aos alunos que se distribuíssem nas unidades de acordo com o interesse de participação ou não nesta experiência, que não era obrigatória.

Seis turmas de internos participaram do treinamento ao longo de 18 meses. O treinamento consistiu na apresentação do roteiro da entrevista com ênfase nas características diferentes, potencialmente complementares em relação à anamnese clínica. Em seguida, os alunos foram divididos em duplas, nas quais um seria o médico aplicando a entrevista McGill MINI e o outro seria o paciente a falar de um problema de saúde cuja vivência ele pudesse relatar (simulação da entrevista). Deste modo, buscamos que os internos se colocassem ora no lugar de médicos, ora no lugar de pacientes e refletissem sobre sua prática de escuta voltada aos significados produzidos pela experiência de adoecimento e tratamento. Das seis turmas, com um total de cerca de 90 alunos, 68 fizeram o treinamento e 22 alunos realizaram a experiência piloto, conduzindo, em média, de três a quatro entrevistas com pacientes durante as oito semanas do internato rotatório obrigatório em MFC. Entre os 56 internos que participaram dos treinamentos mas não da experiência de utilização da entrevista, a maioria não o fez por falta de oportunidade ou interesse.

Os treinamentos foram abertos a todos os membros interessados das equipes da ESF, da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai e a professores da UFRJ com atuação junto aos internos em Pirai.

Para desenvolver a experiência conjuntamente com o trabalho dos profissionais das unidades escolhidas, promovemos reuniões com os profissionais das equipes da ESF e da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai. Logo de início, foram identificados como relevantes para os profissionais os desafios no manejo de pacientes que apresentavam dificuldades de adesão e pacientes poliquêixosos, conforme indica também a literatura médica ao tratar da Atenção Primária à Saúde.

Antes de ser iniciada a experiência dos alunos numa dada unidade, foram agendadas reuniões que totaliza-

ram a participação de 53 profissionais das equipes da ESF de cinco unidades, tendo por objetivo conhecer como os profissionais identificam, entendem e lidam com pacientes que apresentam dificuldades de adesão ou múltiplas queixas sem correspondência fisiopatológica em sua prática. Convidados os profissionais a participarem da experiência, registramos que a adesão foi expressiva entre os agentes comunitários de saúde (ACS), mas também contou com enfermeiros e alguns médicos. Os profissionais selecionaram os pacientes, e a maioria, ao final da entrevista, participou com os alunos de uma discussão acerca dos relatos colhidos.

Com pacientes poliqueixosos foram realizadas 17 entrevistas McGill MINI por 13 internos. Com pacientes que apresentavam dificuldade de adesão aos procedimentos preventivos e/ou às orientações terapêuticas foram efetuadas 41 entrevistas McGill MINI por 14 internos. Destacamos que cinco alunos manifestaram interesse em participar das entrevistas com ambos os tipos de pacientes.

No início, os alunos foram entrevistados individualmente sobre seu conhecimento e experiência de atendimento a pacientes com dificuldades de adesão ou sintomas sem explicação médica. Após a aplicação da entrevista McGill MINI com os pacientes, ao longo das oito semanas, novas entrevistas individuais com os internos foram realizadas a fim de conhecermos sua apreciação da experiência.

A utilização da entrevista McGill MINI com poliqueixosos (ou sintomas sem explicação médica) permitiu uma experiência de inclusão da perspectiva do paciente no atendimento realizado pelo interno. A compreensão da experiência de adoecimento trouxe informações adicionais à anamnese tradicional, com implicações na construção do raciocínio clínico e na elaboração de um plano terapêutico. Esta experiência possibilitou que os alunos expusessem suas opiniões sobre o ensino e a prática médica centrados na doença, e relatassem como esta entrevista pode ser utilizada para facilitar a construção do vínculo terapêutico com o paciente, proporcionando um atendimento mais humanizado¹³.

“Por exemplo, aquela primeira senhora... eu pelo menos pude perceber que ela vivia sozinha, isolada, os familiares não davam atenção. E a fuga dela era vir aqui com alguma doença para ver se alguém dava alguma atenção a ela. Acho

que deu com aquele questionário pra ver todas essas coisas. E deu pra ver por que ela era somatizante. A meu ver, era porque ela era uma pessoa que não era cuidada dentro de casa, a família não dava atenção, ninguém conversava com ela. [...] E ela tentava, num escape disso, desenvolver todas estas queixas, vir toda semana ao posto”. (Interno MFC)

A experiência piloto da entrevista McGill MINI com pacientes que apresentavam dificuldade de adesão permitiu conhecer, por meio das entrevistas iniciais e finais com os alunos, que, na entrada do internato, estes relacionavam a dificuldade de adesão à falta de informação correta por parte dos pacientes e acrescentaram ter recebido ao longo da sua formação profissional poucos recursos para lidar com o fenômeno da adesão e da comunicação com o paciente. A maioria dos pacientes com problemas de adesão era hipertensa ou diabética. Após a utilização da entrevista McGill MINI, ao serem novamente entrevistados, os alunos destacaram a complexidade de obter dos pacientes informações que justificassem a não adesão ao tratamento. A entrevista McGill MINI foi reconhecida como útil para apreender a perspectiva do paciente, e a experiência com este instrumento proporcionou maior segurança e novas possibilidades na comunicação e manejo clínico para além das dificuldades de adesão. Os alunos admitiram menor despreparo para investigar possíveis problemas e se consideraram mais aptos no diálogo e na abordagem de questões relevantes para o tratamento¹⁴.

“Porque a gente tem na verdade, ao longo da faculdade, um ensinamento que identifica que tem um problema, diz que esta é a solução, te dou a solução e você fica tratado, é assim. Não é tentar ver o todo e tentar adequar a melhor conduta para o indivíduo. Geralmente é no fluxograma, aquela doença trata com tal medicamento e tal medicamento, dá que melhora. A gente não pensa muito em custo, não pensa muito se é fácil a pessoa ter acesso àquele medicamento, a gente pensa só em fluxogramas”. (Interno MFC)

O conhecimento da experiência de adoecimento e tratamento na perspectiva do paciente mostrou-se útil e transformador, na visão dos internos, como uma dimensão necessária ao lado do conhecimento biomédico para o seu diálogo com o paciente no processo de cuidado compartilhado.

“Indicaria esta entrevista para conhecer qualquer paciente sobre o que ele pensa em relação a sua doença”. (Interno MFC)

EXPERIÊNCIA COM A ENTREVISTA MCGILL MINI EM PACIENTES COM HANSENÍASE

Por fim, relataremos nossa experiência piloto no Projeto (des)Mancha Brasil, no qual seguimos desenvolvendo o subprojeto conhecido por MINI Hansen. Esse projeto, de Extensão Universitária e Iniciação Científica, é uma iniciativa extracurricular que visa aproximar o estudante de Medicina do paradigma da produção social da saúde. Neste contexto, os alunos bolsistas da Extensão são inseridos na comunidade e realizam ações educativas e visitas domiciliares, que possibilitam o aprendizado dentro da realidade epidemiológica do País. Sendo o Brasil o segundo país em número de casos de hanseníase, os alunos têm a oportunidade de participar do controle de uma importante endemia, desenvolvendo atividades de acordo com seu nível de formação, de forma supervisionada.

A partir da preocupação e interesse da coordenação do projeto em aprimorar a capacidade de escuta da narrativa do paciente pelos estudantes de Medicina visando à melhoria da comunicação clínica, propusemos a utilização da entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento. Para o treinamento dos alunos, o roteiro da entrevista foi apresentado e discutido em reunião, com ênfase nas características diferentes, potencialmente complementares à anamnese clínica, uma vez que a grande maioria já a conhecia. Os alunos assistiram a uma entrevista conduzida pela pesquisadora. Em seguida, dividiram-se em duplas e iniciaram as entrevistas com pacientes ambulatoriais acometidos pela hanseníase que apresentavam sequelas, grau 1 ou 2 de incapacidade física.

Dez alunos do terceiro ao décimo período do curso médico que integravam o Projeto (des)Mancha Brasil realizaram 45 entrevistas McGill MINI Narrativa de Adoecimento. As entrevistas foram gravadas, transcritas e discutidas mediante uma grade de análise temática, em seminários quinzenais, com os alunos que as realizaram e as coordenadoras do projeto e da pesquisa.

No início da experiência piloto, os alunos foram entrevistados individualmente sobre seu conhecimento e experiência de atendimento a pacientes acometidos por

hanseníase e suas expectativas com relação à entrevista McGill MINI. Após a aplicação das entrevistas McGill MINI pelos alunos ao longo de alguns meses, novas entrevistas individuais com os alunos foram realizadas a fim de conhecermos sua apreciação da experiência quanto à compreensão do adoecimento e tratamento dos pacientes entrevistados.

Do relato dos alunos podemos destacar que, juntamente com a experiência de estigma, estes pacientes revelaram que não se sentem curados, mesmo no período pós-alta, quando são considerados curados pelo tratamento PQT preconizado pela OMS. A cura bacteriológica contrasta com a experiência de sofrimento crônico, criando um paradoxo, pois o que pretendeu ser também uma ação desestigmatizante acabou por penalizar e isolar o paciente em seu sofrimento¹⁵. A “hanseníase tem cura”, mas “deixa sequelas” (alunos do (des)Mancha Brasil).

CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS PARA O MCGILL MINI NO BRASIL

Buscamos expor, sucintamente, como a utilização da entrevista McGill MINI pode contribuir para a construção de experiências significativas ao longo da formação médica, no contexto do trabalho, valorizando a vivência dos estudantes na estrutura do cuidado em saúde, por meio da inclusão da narrativa do adoecimento como parte integrante da história clínica que deve ser aprendida/ensinada aos estudantes de Medicina.

Até onde conhecemos, esta é a primeira experiência de utilização da entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento na formação médica no Brasil. Sua utilidade clínica está sendo investigada, e acreditamos que ela poderá ser uma estratégia de qualificação na formação humanística e prática clínica de profissionais de saúde em geral.

NOTAS

* Agradeco à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) pela concessão de utilização de parte do texto “Narrativa na formação e práticas clínicas” escrito por mim como membro da equipe de formuladores do Curso de Especialização Docência na Saúde. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014.

** Agradeço à Erotildes Maria Leal e ao Octavio Domont de Serpa Jr. pelo trabalho conjunto realizado que viabilizou a tradução e adaptação transcultural para o português da *The McGill Illness Narrative Interview* (MINI). O método utilizado envolveu a realização de duas traduções e suas respectivas retraduações, avaliação da equivalência semântica, elaboração da versão síntese e versão final e dois pré-testes nas populações-alvo. Participaram das populações-alvo pessoas com câncer de mama ou alucinações auditivas verbais. A versão final da entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento [McGill MINI] encontra-se em anexo a esta publicação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 1507, de 22 de junho de 2007. Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde Pet-saúde. Diário Oficial da União 22 jun 2007; Seção 1.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União 9 nov 2001; Seção 1.
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior (Brasil). Resolução CNE/ CES nº. 116, de 5 de junho de 2014. Institui as novas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União 6 de jun de 2014; Seção 1.
5. Good BJ, Good MJDV. Fiction and historicity in doctors' stories. In: Mattingly C, Garro L, (editors). Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkeley: University of California Press; 2000. p. 50-69.
6. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;88(2):251-8.
7. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry* 2006;43(4):671-91.
8. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* 2006; 3(10):e294.
9. Groleau D, Whitley R, Lesperance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: influence of culture and place. *Health & Place* 2010;16(5):853-60.
10. Dickinson P, Looper KJ, Groleau D. Patients diagnosed with nonepileptic seizures: their perspectives and experiences. *Epilepsy & Behav* 2011;20(3):454-61.
11. Newton EG, Thombs BD, Groleau D. The experience of emotional distress among women with scleroderma. *Qual Health Res* 2012;22(9):1195-206.
12. Navarro de Souza A, Groleau D, Loisele CG, Foulkes WD, Wong N. Cultural Aspects of healthy BRCA carriers from two ethnocultural groups. *Qual Health Res* 2014;24(5):665-81.
13. Rocha HA. A utilização da entrevista da narrativa de adoecimento (McGill MINI) na abordagem de pacientes somatizadores por alunos do internato em Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro; 2013. Dissertação [Mestrado em Psiquiatria] – Instituto de Psiquiatria da UFRJ.
14. Bastos DF, Maia CF, Gazineu CC, Souza, AN. The McGill Illness Narrative Interview as a part of medical students' experience in family medicine. In: AMEE 2013 Conference Abstract Book; 2013 aug 24-28; Prague, Czech Republic. Prague: The Association for Medical Education in Europe; 2013. p. 50.
15. Souza AN, Gomes MK. Illness and treatment representations of Brazilian persons with leprosy. In: The 3rd Global Congress for Qualitative Health Research; 2013 dez 4-6; Khon Kaen, Thailand. Khon Kaen: The 3rd Global Congress for Qualitative Health Research; 2013. p. 135-7.

ANEXO

MCGILL MINI NARRATIVA DE ADOECIMENTO

Versão genérica para Doença, Adoecimento ou Sintoma
(Danielle Groleau, Allan Young e Laurence J. Kirmayer⁷)

Nº de identificação: _____
Data: _____
Entrevistador: _____

Seção I. NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO

1. Fale sobre a primeira vez em que você sentiu que estava com o seu problema de saúde ou dificuldade (PS).
[Deixe a narrativa ir o mais longe possível, apenas motivando com perguntas: Então, o aconteceu? E então? Substitua os termos do entrevistado por 'PS' nesta e nas perguntas subsequentes]
2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando se deu conta de que tinha esse problema (PS)?
3. Você pode nos dizer o que estava acontecendo quando você teve seu (PS)?

4. Estava acontecendo alguma coisa a mais?
[Repita quando for necessário para obter experiências e acontecimentos contíguos]
5. Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois.
6. Se você procurou um médico, conte-nos sobre sua ida ao médico/hospitalização e sobre o que aconteceu depois.
- 6.1 Você fez exames ou tratamentos após seu (PS)?
[A relevância desta questão depende do tipo de problema de saúde.]

Seção II. NARRATIVA DE PROTÓTIPO

7. No passado você já teve algum problema de saúde que você considera semelhante ao seu atual (PS)?
[Se a resposta à questão 7 for sim, então pergunte a questão 8.] [Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]
8. Em que o seu problema de saúde passado é semelhante ou diferente do atual (PS)?
[Listar as semelhanças e as diferenças.]
9. Alguma pessoa da sua família teve um problema de saúde semelhante ao seu?
[Se a resposta à questão 9 for sim, então pergunte a questão 10.]
10. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa?
[Listar as semelhanças e as diferenças.]
11. Você conhece alguém, que não seja da sua família, que teve um problema de saúde semelhante ao seu?
[Se a resposta à questão 11 é sim, então pergunte a questão 12.]
12. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa?
[Listar as semelhanças e as diferenças.]
13. Alguma vez você ouviu no rádio, leu numa revista ou livro, ou viu na televisão ou na internet uma pessoa que tivesse o mesmo (PS) que você?
[Se a resposta à questão 13 é sim, então pergunte a questão 14.]

14. Em que o problema de saúde dessa pessoa é semelhante ou diferente do seu?
[Listar as semelhanças e as diferenças.]

Seção III. NARRATIVA DE MODELO EXPLICATIVO

15. Você tem um outro termo ou expressão que descreva seu (PS)?
16. Na sua opinião, o que causou seu (PS)?
[Listar causa(s) primária(s).]
- 16.1 Tem alguma outra causa que você acha que contribuiu para isso?
[Listar causas secundárias.]
17. A seu ver, por que o seu (PS) se iniciou naquele momento?
18. Aconteceu alguma coisa dentro do seu corpo que poderia explicar o seu (PS)?
19. Na sua família, no seu trabalho e na sua vida em geral estava acontecendo alguma coisa que pudesse explicar o seu (PS)?
20. Você pode me dizer como isso explica o seu (PS)?
21. Você pensou que você poderia ter um <INTRODUZA A PALAVRA QUE DESCREVE O SINTOMA OU O MAL-ESTAR NA LINGUAGEM POPULAR>?
22. O que <NOME POPULAR> significa para você?
23. O que geralmente acontece com pessoas que têm <NOME POPULAR>?
24. Qual é o melhor tratamento para pessoas que têm <NOME POPULAR>?
25. Como as outras pessoas reagem diante das pessoas que têm um <NOME POPULAR>?
26. Quem você conhece que já teve este <NOME POPULAR>?
27. De que forma o seu (PS) é semelhante ou diferente do PS daquela pessoa?
28. Você considera que o seu (PS) está relacionado a coisas que aconteceram na sua vida?
29. Você pode nos contar um pouco mais sobre esses acontecimentos e de que modo estão ligados ao seu (PS)?

Seção IV. SERVIÇOS & RESPOSTA AO TRATAMENTO

30. Durante a sua ida ao seu médico para o seu (PS), o que o seu médico falou que era o seu problema?

30. I A outra pessoa que você procurou para o seu (PS), o que essa pessoa falou que era o seu problema?
31. O seu médico passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir?
[Listar todos.]
31. I A pessoa que você procurou passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir?
[Listar todos.]
32. Como você está lidando com cada uma dessas recomendações?
[Repita as questões de 33 a 36 para cada recomendação, remédio e tratamento listado.]
33. Você está conseguindo seguir este tratamento (recomendação ou medicação)?
34. Você acha que este tratamento funcionou bem? Por quê?
35. Você acha que este tratamento foi difícil de seguir ou não funcionou bem? Por quê?
36. Que tratamentos você esperava receber para seu (PS) que você não recebeu?
37. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você procurou?
38. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você gostaria de receber?

Seção V. IMPACTO SOBRE A VIDA

39. Como o seu problema de saúde modificou a sua vida?
40. Como o seu (PS) mudou o modo como você se sente ou pensa sobre você mesma?
41. Como o seu (PS) mudou o modo como você vê a vida em geral?
42. Como o seu (PS) mudou o modo de as pessoas olharem você?

43. O que a ajudou a passar por este período da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

44. Como a sua família ou amigos a ajudaram a passar por este período difícil da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

45. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudaram você a atravessar este período difícil da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

46. Tem alguma coisa mais que você queira falar?

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alicia Navarro de Souza

Av. Carlos Chagas Filho, 373

Edifício do Centro de Ciências da Saúde – Bloco K – 2º andar – sala 49

Galeão – Rio de Janeiro

CEP 21941-902 – RJ

E-mail: alicia@hucff.ufrj.br

Medicina, Comunicação e Narrativa

Eloisa Grossman¹

Palavras-chave: Medicina Narrativa. Semiologia Médica. Educação Médica.

RESUMO

Ao ingressarem na clínica, os estudantes de Medicina enfrentam dificuldades na realização de anamneses. Este artigo, inscrito no campo das habilidades de comunicação na área da saúde, discute as múltiplas possibilidades narrativas geradas na experiência de adoecer. Apresenta o médico como ouvinte e narrador das histórias de seus pacientes, figura testemunhal e solidária. Ao final, discute argumentos sobre a importância da competência narrativa na formação dos estudantes de Medicina e como fundamento da prática médica.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o estudo das narrativas tem recebido considerável atenção nas ciências humanas e sociais. Na medicina, a importância do seu papel na clínica e na formação profissional é inquestionável, visto que estas atividades têm como eixo de sustentação as histórias geradas pelas experiências de adoecimento, bem como a interpretação de sinais provocados pela doença. O médico, portanto, é ao mesmo tempo narrador e leitor, decodificador de palavras e signos.

Charon¹ argumenta que múltiplas possibilidades narrativas são geradas pela doença: a inscrição da doença

nos corpos; a descrição autobiográfica dos pacientes; a transformação dos relatos de pacientes e familiares em histórias produzidas pelos médicos e o próprio curso da doença, que expõe relações entre linguagem, indivíduo e tempo.

Hydén², sociólogo comprometido com o estudo dos processos de adoecimento, propõe uma tipologia narrativa, baseada nas relações entre narrador, narrativa e doença. As modalidades que define são: doença como narrativa, narrativa sobre doença e narrativa como doença. No primeiro grupo estão classicamente incluídos os relatos dos pacientes aos seus médicos; o segundo tipo abrange as narrativas que apresentam conceitos e informações sobre as doenças, habitualmente representadas pelos relatos médicos; e, por fim, a terceira modalidade abarca as situações nas quais uma doença acarreta distúrbios na capacidade de narrar.

Este artigo focaliza os dois primeiros tipos de narrativas descritos por Hydén, evidenciando o papel do médico como narrador.

De acordo com Tezza³, um dos conceitos clássicos de Bakhtin é que toda palavra é dupla e todo significado é social. Tudo o que se diz dirige-se a alguém, antes mesmo que haja alguém diante de nós. Toda palavra (pensada, falada, escrita) está impregnada de significados sociais, e a sua compreensão é mais ampla que a decodi-

¹ Professora Adjunta do Departamento de Pediatria, Disciplina de Medicina de Adolescentes, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/Uerj); Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); Brasil-Faimer Regional Institute 2014 Fellow.

ficação de um sinal. Nesta perspectiva, o médico é uma peça-chave no caráter coletivo da produção de narrativas sobre as experiências de adoecimento de seus pacientes.

Por fim, discute-se neste artigo a importância da competência narrativa no labor da medicina.

O INGRESSO NO MUNDO DA CLÍNICA

No conto *As três perguntas*⁴, de Tolstoy, um rei procura um sábio em busca de respostas para três perguntas: Qual é o melhor momento para fazer as coisas? Quem é mais importante? Qual é a coisa certa a ser feita?

O paciente é um enigma a ser desvendado pelos médicos, e, de certa maneira, as três perguntas do rei compõem o repertório de dúvidas do estudante de Medicina recém-apresentado ao universo da clínica.

Ao aluno é ensinado que a anamnese é o primeiro passo para se compreender a complexidade das doenças e dos modos de adoecer. É necessário ouvir e narrar uma história.

No movimento de transformar as palavras do paciente num discurso médico, o estudante habitualmente apresenta uma primeira hesitação sobre o ponto de partida. Onde começa a história contada pelo paciente? Em que momento da vida desse indivíduo terá início o relato médico? Haverá uma relação de causas e consequências?

Ao longo do processo de construção da anamnese, uma segunda dúvida se apresenta, visto que a história da doença contada pelo paciente não é linear – passado, presente e futuro se misturam numa narrativa subjetiva e, às vezes, incoerente. O que deverá ser selecionado para servir de fio condutor para as hipóteses diagnósticas? Quem/o quê será mais importante: os indicadores reconhecíveis e confiáveis ou a forma pessoal da experiência de adoecer, plena de metáforas e lacunas?

Imbuído da necessária busca das palavras exatas para converter o que foi contado pelo paciente na sua própria narrativa, acurada e verdadeira, o estudante esbarra, por fim, na última pergunta: qual a coisa certa a ser feita? O texto médico deve prescindir de emoção?

O tradicional livro de semiologia de Romeiro⁵, vídeos gravados disponíveis na internet⁶ e apontamentos em *blogs*^{7,8} contêm recomendações para a realização de uma boa anamnese. São descritos, em geral, dois movimentos: inicialmente, deve ser criado um vínculo de confian-

ça mútua e, consecutivamente, realizada uma entrevista com técnica de coleta de informações. Recomenda-se a seleção dos dados segundo a relevância clínica e a sua organização em função do tempo.

Nos *blogs* desenvolvidos por alunos de graduação, os princípios básicos da anamnese são descritos predominantemente por enunciados negativos, como, por exemplo, **não** desvalorizar precocemente as informações, **não** demonstrar sentimentos desfavoráveis e **não** opinar sobre assuntos estranhos às doenças, exemplificados por religião, política, negócios, profissão, moral e sentimento. Parece haver um titubeio em estabelecer empatia com o paciente.

Apesar do avanço tecnológico na área médica, o método clínico persiste como a pedra angular da medicina. Alguns estudos reconhecem as dificuldades dos alunos de realizar anamneses – ilustradas, por exemplo, pela necessidade de terem um roteiro ao lado para se considerarem capazes de realizá-las – e os embaraços para ordenar os dados⁹.

Tais aspectos demonstram que são requeridos esforço e aprendizado para estabelecer a relação médico-paciente, colher informações e, especialmente, converter a narrativa oral em linguagem escrita. Charon¹⁰ alerta que a relação entre médicos, pacientes e seus familiares envolve a necessidade de desenvolver uma competência narrativa.

Benjamin¹¹ ensina que a narrativa é uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como informação ou relatório. Ela mergulha na vida do narrador, para, em seguida, retirá-la dele. Assim, se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. Esta circularidade, isto é, sair de si para ouvir o outro e voltar para si, pleno do outro, gera a narrativa médica.

AS MÚLTIPLAS VOZES DA DOENÇA, DO SOFRIMENTO E DA MORTE

Segundo Scliar¹², a doença nasce em silêncio e, em algum momento, se manifesta através de múltiplas vozes: as vozes articuladas do paciente, por meio de suas queixas, relatos da doença e perguntas inquietas; as vozes misteriosas do corpo: o sopro, o sibilo, o borborigmo, a crepitação e o estridor; as vozes inarticuladas do paciente: o

gemido, o grito e o estertor e, por fim, a voz articulada do médico.

O padrão da anamnese, com variações mínimas, inclui dados de identificação, queixa principal, história da doença atual (HDA), história patológica pregressa, revisão dos sistemas, história familiar e história social. Na HDA, as queixas do paciente são organizadas, no intuito de facilitar o levantamento de hipóteses diagnósticas.

Hydén² afirma que os médicos, ao longo dos tempos, passaram a encarar os relatos dos pacientes com ceticismo. A forma como a pessoa enferma narra seus males, sintomas e problemas passou a ser vista como um pálido reflexo da linguagem dos órgãos e tecidos e das alterações patológicas que neles ocorrem. A voz do médico, tradução do sofrimento do paciente, tem geralmente o formato de um registro neutro e objetivo dos fatos ouvidos; a experiência de adoecimento do paciente é codificada em um esquema, com o objetivo de eliminar aquilo que o médico julga irrelevante e iluminar os conceitos fisiopatológicos. No relato médico não há espaço para dúvidas, reticências ou exclamações; as sentenças são encadeadas, estabelecendo nexos discursivos. Nesta nova versão, mais confiável, é negado ao paciente o direito de sentir alguma coisa para a qual não exista uma base cientificamente definida.

Bines¹³, ao discutir a questão da atividade crítica no pós-guerra, especificamente os testemunhos dos que não sofreram diretamente as atrocidades do Holocausto, questiona quão perto do sofrimento humano a prática intelectual se permite chegar sem resvalar para o outro lado, isto é, para a posição de excessiva identificação com aqueles que padeceram os horrores dos campos de concentração.

Essa autora faz uma cuidadosa analogia entre o papel do psicanalista no cuidado de indivíduos em processos de luto, pelas perdas ali ocorridas, e a função do crítico em relação às narrativas do Holocausto. Ela evidencia como ponto de toque, nas duas situações, a importância da figura testemunhal, solidária.

Ao levantar-se o pressuposto da doença como experiência traumática para o indivíduo, uma catástrofe em maior ou menor grau, com perdas algumas vezes irreparáveis, é possível arriscar, com prudência, uma segunda analogia entre a função do crítico em relação às narrativas do Holocausto e o papel do médico, ouvinte e narrador das histórias de seus pacientes. O médico, de forma

semelhante ao crítico, também habitaria o espaço de testemunha solidária. Isso implicaria, plagiando as palavras de Bines, “a mobilização de estratégias de linguagem e categorias de pensamento que não desprezem desde logo a ordem dos afetos”. Essa afirmação remete à terceira pergunta do estudante de Medicina ao ingressar na clínica: o texto médico deve prescindir de emoção?

A VOZ ARTICULADA DO PACIENTE

Além dos relatos da doença propriamente dita, os pacientes narram as rupturas por ela impostas e os esforços individuais e coletivos despendidos para se adaptarem às mudanças. Susan Sontag¹⁴ usa a metáfora da doença como a zona noturna da vida. Afora os sintomas relacionados à disfunção orgânica, a voz do paciente revela as interrupções nas rotinas do dia a dia, a exclusão social, as transformações do corpo, a insatisfação com a imagem corporal e a interferência nos vínculos afetivos a partir do estabelecimento da doença. Permeando a narrativa, o medo transparece em maior ou menor grau.

Kleinman¹⁵, autor da expressão *illness narratives*, afirma que, por meio de suas narrativas, os pacientes dão sentido aos seus sofrimentos. Frank² diz que a doença provoca uma perda de rumo e que, quando a pessoa narra a sua doença, os fatos se transformam em experiências, com base na socialização daquilo que é particular e no estabelecimento de um elo de sofrimento compartilhado.

A VOZ INARTICULADA DO PACIENTE

Oliver Sacks¹⁶ conta a história de sua paciente Bhagawhandi P., adolescente de 19 anos, com um tumor maligno no cérebro. Aos sete anos, houve as primeiras manifestações do tumor, que foi ressecado. A adolescente permaneceu assintomática por dez anos, quando houve reaparecimento do tumor, convulsões e hemiparesia. Com a evolução do quadro, passou a apresentar estados oníricos, quando tinha visões da Índia, como um retorno à infância. No rosto, via-se marcado um sorriso tênue, misterioso, que perdurou como o seu único contato com o mundo externo até o momento da sua morte.

A história da jovem Bhagawhandi P. ensina que muitas palavras são transmitidas silenciosamente pelo rosto, por meio de um sorriso, dos olhos ou de um cenho franzido. Mesmo sem falar, muito foi dito.

A VOZ ARTICULADA DO MÉDICO

“Para devolver o sujeito humano ao centro – o ser humano sofredor, torturado, em luta – devemos aprofundar um relato de caso, transformando-o em uma narrativa ou história”(p. 10).¹⁶

Segundo Charon¹, as anamneses produzidas por médicos compartilham semelhanças e se caracterizam por determinados atributos:

– A história contada pelo paciente é convertida em relatos focados exclusivamente na instalação e curso da disfunção biológica atual, excluindo-se as percepções, os significados atribuídos, as interferências nos hábitos cotidianos e a compreensão do paciente a respeito de sua doença;

– Aquilo que é narrado pelo paciente é considerado subjetivo, em contraste com a objetividade dos sinais encontrados no exame físico e dos resultados dos exames complementares;

– Alguns sentimentos e aflições dos pacientes são nomeados com base em classificações diagnósticas no campo da saúde mental; por exemplo, a tristeza é nomeada como transtorno depressivo, o medo como fobia;

– É frequente a ausência de registro de decisões previamente tomadas pelo paciente em relação ao seu plano terapêutico. É emblemática a situação de pessoas com doenças terminais que se recusam a permanecer em unidades de terapia intensiva, alvos de manobras invasivas.

A importância da Competência narrativa

Se pensarmos a respeito daquilo que é comum à prática dos médicos nos ambientes docente-assistenciais, concluímos que em seu cotidiano de trabalho veem as pessoas, escutam-nas, falam com elas, registram anotações em prontuários, tentam decifrar os seus problemas de saúde e, finalmente, procuram ajudá-las com os conhecimentos que possuem. Além disso, preparam aulas, organizam seminários, discutem casos e desenvolvem instrumentos de avaliação do aprendizado. Escutam histórias, contam histórias. Toda essa profusão de ações constitui fundamentalmente a construção de narrativas¹⁸.

Charon^{1,10} enfatiza a comunicação médico-paciente em suas publicações, objeto deste artigo, mas suas reflexões e proposições ultrapassam o ambiente da consulta

para dar visibilidade aos elementos que conferem à narrativa um papel central nos processos de saúde e doença. Uma doença, segundo ela, tem um tempo característico de curso, uma complexa mistura de casualidade e causalidade, particularidades e semelhanças com outras doenças, uma tradição textual na qual pode ser compreendida e um sistema metafórico que a desvenda.

Tomando por base os argumentos dessa autora, Verguese¹⁷ afirma que tanto as narrativas médicas quanto as literárias compartilham três “d” – *drama, desire, danger* – para se constituírem. Ao procurar um médico, o paciente vive o seu drama particular, tem o desejo de não escutar más notícias e, invariavelmente, tem medo. As narrativas médicas, portanto, mais do que traduzir um conflito e sua resolução, devem abarcar uma epifania, em última instância, sua razão de existir. Verguese afirma que o grande desafio do médico é se comprometer com o paciente e sua família, e encontrar esta revelação, mesmo que ela seja simplesmente o entendimento de que não há nada mais a ser feito sob o ponto de vista da cura.

Retomando as perguntas do rei, no conto de Tolstoy, conclui-se este artigo com as respostas apresentadas pelo sábio:

Há só um momento mais importante, e esse momento é agora.

Quem é mais importante é quem está com você.

A coisa mais certa a ser feita é fazer o bem a quem está ao seu lado. (s.n)

REFERÊNCIAS

1. Charon R. Literary Concepts for Medical Readers: Frame, Time, Plot, Desire. In: Hawkins AH, McEntyre MC, (editors). Teaching literature and medicine. New York: Modern Language Association of America; 2000. p. 29-42.
2. Hydén L. Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*. 1997; 19 (1):49-64.
3. Tezza C. Entre a prosa e a poesia: Bakhtin e o formalismo russo. Rio de Janeiro: Rocco; 2003.320p.
4. Tolstoy L. Three questions. [acesso em 5 jun 2014]. Disponível em: <http://www.online-literature.com/tolstoy/2736/>.
5. Romeiro V. *Semiologia Médica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1980.
6. Barros I. *Semiologia; anamnese parte 1*. [acesso em 6 jun 2014]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3OAhBhrewU>.
7. Ramos Junior J. *Semiologia e Propedêutica Médica* [acesso em 6 jun 2014]. Disponível em: <http://semiologiapropedeutica.blogspot.com.br/2010/12/30.html>

8. Santiago B V M. Portal de Semiologia. [acesso em 6 jun 2014]. Disponível em: <http://portaldesemiologia.blogspot.com.br>
9. Silva R M F; Rezende N A. O ensino de semiologia médica sob a visão dos alunos: implicações para a reforma curricular. *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(1):32-9.
10. Charon R. Narrative and medicine. *N Engl J Med.* 2004; 350 (9): 862-64.
11. Benjamin W. O narrador. in: *Magia e técnica, arte e política.* São Paulo: Editora Brasiliense. 1985. p. 197-221.
12. Scliar M. A paixão transformada. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
13. Bines RK. A atividade intelectual como testemunho solidário? *Aletria: Revista de Estudos de Literatura.* 2002; 9(1):175-86
14. Sontag S. *Doença como metáfora /Aids e suas metáforas (edição de bolso).* São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
15. Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing and the Human condition.* New York: Basic Book; 1988. 284p.
16. Sacks O. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu.* São Paulo: Companhia das Letras; 2006. 264p
17. Verguese A. The physician as storyteller. *Ann Intern Med.* 2001; 135 (11): 1012-7.
18. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino medico. *Rev. bras. educ. med.* 2006; 30(1): 6-14.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eloisa Grossman
Av. 28 de Setembro, 109 fundos
Vila Isabel – Rio de Janeiro
CEP 20551030 – RJ
E-mail: lologrossman@gmail.com

O Uso da Técnica Problem Based Interview (PBI) na Formação de Especialistas em Medicina de Família e Comunidade – Sistematização de uma Experiência Pioneira Realizada em Florianópolis (SC) no período de 2010 a 2014

Naarai Camboim Bezerra^I / Ronaldo Zonta^I / Fernanda Lazzari Freitas^I /
Marcela Dohms^{II} / Bibiana de M. Arns^I / Dalet C. Bizerra^{III}

Palavras-chave: Educação Médica. Relações Médico-Paciente. Comunicação em Saúde.

RESUMO

Este artigo relata a experiência de capacitação de médicos vinculados ao campo da Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis na consulta centrada no paciente com uso da técnica de *Problem Based Interview (PBI)*. Trata-se de um recurso didático-pedagógico que se tornou indispensável na busca de aprimoramento da comunicação médico-paciente em situações clínicas complexas em nosso país. Além de uma caracterização dos fundamentos teóricos e da metodologia proposta pelo Grupo de Comunicação em Saúde, vinculado à Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (SEMFYC), o texto oferece os resultados de uma sistematização parcial do treinamento-piloto realizado em Florianópolis. Esta experiência contribuiu, sobretudo, para evidenciar a diversidade de estilos individuais de comunicação médico-paciente e as opções alternativas frente a uma situação considerada complexa e para prevenção de demandas aditivas, de reorganização do *timing* das consultas e de gestão dos processos de transferência/contratransferência nas consultas ambulatoriais.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de habilidades de comunicação no contexto das entrevistas clínicas desempenha um papel fundamental no aprimoramento das interações médico-paciente. Esta constatação está apoiada em um volume substancial de publicações, sobretudo entre pesquisadores e especialistas interessados em identificar os principais fatores a serem levados em conta no aperfeiçoamento dos serviços de saúde em nosso país atualmente. Ao que tudo indica, vem se tornando um lugar-comum reconhecer que o treinamento regular voltado ao domínio de técnicas mais eficazes de comunicação em situação terapêutica deveria se tornar uma rotina na formação dos estudantes desde a fase de graduação¹⁻⁴.

Desta perspectiva, como argumentam Tapajós⁵ e Caprara⁶, dentre outros, não basta instruir os futuros médicos a manter uma atitude de simples cordialidade e respeito no trato com seus pacientes. É essencial que eles aprendam a perceber e a compreender os pacientes como *seres biopsicossociais complexos*, com sintomas que refletem a especificidade de suas histórias de vida e o

^I Médico de Família e Comunidade; Preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC), Brasil.

^{II} Coordenadora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), Brasil.

^{III} Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (RS), Brasil.

contexto peculiar em que estão inseridos quando decidem buscar apoio de diferentes especialistas^{5,6}. Em outras palavras, os estudantes deveriam ser treinados também na *arte da escuta sensível e empática* não só dos discursos dos pacientes acerca de seus sintomas, mas também do seu imaginário, dos seus anseios mais profundos e até mesmo dos seus projetos de vida. Inovações pedagógicas com este perfil poderiam se transformar em poderosas alavancas do processo – em curso – de humanização progressiva dos sistemas convencionais de atendimento médico.

Para tanto, propostas formativas desta temática são imprescindíveis, e a importância do aprendizado da técnica de “*videofeedback* interativo” vem sendo reconhecida por um volume crescente de pesquisadores em várias partes do mundo, preocupados com a eficácia dos métodos convencionais no ensino das habilidades de comunicação^{7,8}.

As evidências disponíveis confirmam o potencial de aprendizagem transformadora contido na auto-observação de cada aluno envolvido em situações de atendimento ambulatorial. As filmagens permitem que os alunos revejam seus comportamentos e atitudes, possibilitando a discussão do significado de cada postura assumida⁹. Além disso, os múltiplos *feedbacks* oferecidos pelo grupo em treinamento tendem a estimular a coconstrução de uma imagem multirreferencial da complexidade envolvida nos processos de interação médico-paciente – com ênfase em aspectos não verbais da comunicação interpessoal, que, em geral, costumam ser subestimados ou mesmo omitidos em outras modalidades de treinamento^{10,11}.

Alguns países, como Reino Unido, Holanda e Espanha, já vêm instituindo nos cursos de graduação médica uma dinâmica especial de treinamento em pequenos grupos, combinando dramatizações com pacientes simulados e processamento de *feedbacks* de consultas ambulatoriais gravadas em vídeo. As evidências disponíveis hoje em dia reforçam a impressão de que essas inovações didático-pedagógicas têm gerado impulsos relevantes em termos não só de reestruturação de parâmetros curriculares, mas também de inovação de práticas usuais de atendimento ambulatorial^{12,13}.

Apesar do acúmulo de evidências favoráveis à sua adoção no cenário europeu, a disseminação desta técnica ainda é incipiente em nosso país. Isto tem sido creditado, parcialmente, ao fato de que a experimentação com essas inovações ainda é pouco divulgada e pode ser

vista como uma potencial fonte de estresse tanto nos alunos como nos professores¹⁴.

No Brasil, dentre as várias técnicas que vêm sendo exercitadas para atender a essas demandas nos últimos tempos – a exemplo da Simulação da Condição de Paciente, do Exame Clínico Objetivo Estruturado por Estações (Osce) e da Observação Direta de Consultas com *Feedback* e Videogravação –, destaca-se a Entrevista Baseada em Problemas (PBI). Ela foi desenvolvida inicialmente no Reino Unido, mobilizando filmagens de situações concretas de atendimento ambulatorial. As primeiras tentativas foram realizadas em 1954 em Amsterdã, na Holanda, inicialmente visando promover o avanço do conhecimento no campo das pesquisas clínicas. Posteriormente, os resultados alcançados passaram a ser difundidos e utilizados para fins de formação acadêmica¹⁵.

Por se tratar de uma estratégia de uma ferramenta voltada à percepção da importância da dimensão comunicativa nas práticas ambulatoriais, a PBI se adapta à sensibilidade particular dos grupos de aprendizes, gerando opções concretas de aprimoramento da qualidade das interações médico-paciente à luz de uma visão sistêmica do processo saúde-doença.

Este procedimento pode ser visto também como uma ferramenta *centrada na pessoa* na qual, em cada consulta, os múltiplos e interdependentes aspectos objetivos e subjetivos da relação médico-paciente emergem e são trabalhados nas discussões. Neste sentido, indo além dos objetivos técnicos específicos esperados durante as consultas em análise, outros aspectos essenciais ligados ao cultivo de uma escuta atenta e empática da “agenda oculta” do paciente – ou seja, de sua maturidade emocional e afetiva, sua visão de mundo, sua inserção em grupos primários e secundários, e seu projeto de vida – tendem a se tornar mais visíveis. A hipótese subjacente é que o ato terapêutico não se limita ao diagnóstico, à prescrição e ao acompanhamento da terapia. É importante desenvolver também a capacidade de assumir a responsabilidade pela dimensão relacional do processo de cura. Quando desvelados e analisados adequadamente, eles podem se transformar em poderosas alavancas de aprimoramento das práticas ambulatoriais, que correm o risco de se tornar mecanizadas e impessoais num sistema de saúde cada vez mais massificado e mercantilizado.

Desde 2010, vem sendo implementada uma dinâmica de formação em PBI, envolvendo residentes e médicos

de Medicina de Família e Comunidade, sediada no município de Florianópolis (SC), com base na experiência consolidada pelo Grupo de Comunicação em Saúde, vinculado à Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (Semfyc), em Barcelona^{15,16}. O processo de aprimoramento e capacitação no uso desta ferramenta ganhou novos impulsos com a vinda, em 2011 e 2012, de um dos integrantes desse grupo para a realização de oficinas de treinamento em PBI em Santa Catarina.

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, com apoio da Secretaria de Saúde de Florianópolis e Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade, foi inicialmente a instituição vinculada à formação desses residentes. Posteriormente, a formação desses especialistas passou a fazer parte do rol das atribuições da Secretaria de Saúde do Município, sendo esta oferta formativa obrigatória para os médicos especialistas em formação e oferecida aos alunos de graduação e integrantes do corpo clínico da rede da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Já existem registros de experiências que utilizam videografações em residências médicas em outras regiões do País. Porém, ao que tudo indica, ainda não se dispõe de literatura suficiente sobre o conjunto dessas iniciativas norteadas pelos mesmos princípios^{17,8}.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência de capacitação de médicos vinculados ao campo da Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis na consulta centrada no paciente com uso da técnica de *Problem Based Interview (PBI)*. Descrevemos alguns dos principais resultados de uma sistematização parcial desta experiência pioneira, objetivando avaliar a pertinência e a viabilidade de adotar oficialmente esta ferramenta pedagógica em nossas instituições de ensino superior nesta área de atuação em nosso país daqui em diante.

CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DO PROCESSO DE REALIZAÇÃO DA PBI

A metodologia adotada para o treinamento previa um conjunto de procedimentos estruturados em quatro etapas. A seguir, oferecemos uma breve descrição de cada uma delas, antes de considerar de que forma e com que resultados concretos esses procedimentos foram apropriados pelo grupo de médicos e residentes de família e comunidade.

Gravação de uma experiência ambulatorial

Para realizar a PBI, é necessário fazer a videografação de uma consulta, que depois será vista com *feedback* em grupo. Esta gravação é feita por um integrante do grupo, com o intuito de gerar subsídios para o treinamento. Sempre que possível, as gravações devem ser realizadas às vésperas dos encontros do grupo, a fim de resguardar, na medida do possível, a intensidade emocional alcançada nas consultas. Recomenda-se que a consulta gravada e apresentada ao grupo contenha algum ponto de dificuldade ou situação-problema relacionados à habilidade de comunicação que será trabalhada pelo grupo.

Além disso, antes das filmagens, os médicos devem ser alertados para o cumprimento dos preceitos éticos, informando aos pacientes o objetivo desses registros e garantindo que eles não terão prejuízo caso não aceitem a gravação, explicando ainda que, após análise e discussão, os registros serão apagados. Caso ocorra concordância com a gravação, o paciente deve ser esclarecido sobre as normas que prescrevem a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a reprodução das imagens em circuito fechado.

Compartilhamento da experiência no grupo

O autor das gravações apresenta e comenta com os colegas as interações registradas, sendo este processo mediado por um coordenador com experiência em PBI. O médico discorre sobre suas reações no decorrer do atendimento, procurando identificar os momentos de dúvida, de insegurança, de tensão emocional, de sintonia ou distanciamento em face dos depoimentos e das respostas emocionais do paciente. Os participantes do grupo selecionam as partes da videografação a serem reproduzidas e comentadas, visando fornecer um *feedback* construtivo baseado na demanda inicial de quem trouxe o vídeo, evidenciando inicialmente as condutas consideradas adequadas e as que mereceriam ser revistas e aprimoradas em situação ambulatorial com base nas experiências individuais. A exibição do vídeo pode ser interrompida ao longo da sessão por qualquer participante do grupo. Mas os comentários iniciais devem ser feitos sempre pelo autor da videografação, buscando explicitar suas percepções e as emoções vivenciadas naquele momento da consulta. Após o breve depoimento do prota-

gonista, as várias rodadas de *feedback* configuram então uma dinâmica de compartilhamento de experiências internalizadas pelos participantes até aquele momento – a exemplo de comentários do tipo “geralmente eu costumo fazer assim nessas situações” (podendo-se, inclusive, em algumas situações usar a técnica do *role play*).

As trocas entre os membros do grupo são consideradas essenciais por contribuírem para trazer à tona as diversas maneiras possíveis de abordar um mesmo caso problemático. Por sua vez, cada participante é estimulado a compreender melhor de que forma seus procedimentos de rotina acabam sendo moldados por sua personalidade, contrastando com aqueles adotados pelos demais colegas.

Monitoramento das discussões pelo coordenador

Esta dinâmica deve ser monitorada por um coordenador capaz de fixar e administrar o alcance dos objetivos correspondentes a cada encontro (com duração máxima de duas horas). Além disso, deve manter um ambiente propício a um ganho progressivo de aprendizado e maturidade emocional no manejo de situações ambulatoriais complexas, deslocando a ênfase geralmente atribuída nas avaliações convencionais ao tratamento dos conteúdos estritamente clínicos das consultas. Dessa forma, espera-se dele, em linhas gerais, a preservação de um clima emocional favorável a trocas cooperativas e livres de eventuais riscos de intimidação do apresentador do vídeo por parte dos colegas.

Trata-se de incentivar os membros do grupo a aprofundar a imagem que costumam formar acerca da consistência de suas práticas profissionais, avaliada em termos de competência comunicativa no relacionamento com seus pacientes. Além disso, as intervenções do coordenador devem ser direcionadas para ajudar os alunos a modificar, de forma duradoura, suas percepções, atitudes e comportamentos, aprimorando suas habilidades de comunicação nas mais diversas contingências de interação ambulatorial. Assim, sempre que possível, o coordenador deve iniciar com a emissão de *feedbacks* positivos, ou reforçadores de boas práticas, enunciados de forma clara, livres de julgamentos de valor, focalizando aspectos problemáticos e ajustados às especificidades de cada situação em análise.

Gestão das situações de aprendizagem mediante *feedbacks*

A gestão das situações mediante *feedbacks* se insere tanto no compartilhamento da experiência no grupo, quanto no monitoramento do grupo pelo coordenador. Todavia, dada a relevância desta ferramenta, optamos por abordá-la em um tópico exclusivo.

O grupo deve adquirir competência no manejo da técnica de modificação de comportamentos por meio de *feedbacks* construtivos. Para isto, o exercício desta técnica deve se tornar regular. Neste âmbito, para que comentários e opiniões sejam adequados e eficazes, destacam-se algumas características de quem realiza esta prática: (i) ser claro (comentários vagos geram pouco entendimento); (ii) especificar um aspecto em particular em vez de fazer um comentário geral; (iii) focar o comportamento concreto e não a pessoa, evitando envergonhá-la tanto por excesso de elogios, como por críticas exageradas; (iv) ter pertinência ao fornecer um comentário que seja relevante para a situação; (v) ser construtivo (considerar e observar as práticas primeiramente positivas, equilibrando com comentários de situações que devem ser aprimoradas).

Desta maneira, um *feedback* construtivo e apreciativo de qualidade envolve o diálogo saudável e, se conduzido dessa forma, no âmbito de dinâmicas de grupo transparentes e cooperativas, este processo tende a favorecer uma visão das potencialidades e limitações de cada participante, ajudando-o a ampliar seu acervo de competências adquiridas na prática ambulatorial.

SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO E PRINCIPAIS RESULTADOS

Contando com o apoio da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade (ACMFC), o grupo iniciou suas atividades mantendo uma agenda de encontros mensais. O referencial conceitual, teórico e metodológico escolhido para nortear as discussões baseou-se principalmente nas contribuições de Borrell¹⁸, porém sem desconsiderar os enfoques clássicos de Balint¹⁹, Pendleton *et al.*¹², Yalom²⁰, Stewart *et al.*²¹, dentre outros.

Os participantes mais assíduos acabaram por se sensibilizar com a relevância dessa problemática, buscando aperfeiçoamento técnico mediante revisão da literatura

disponível e envolvimento nos congressos promovidos pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Eles começaram também a realizar experimentos com técnicas diferenciadas além da PBI em suas práticas ambulatoriais, na relação com os outros membros de sua equipe de trabalho e, ainda, no treinamento de estudantes e residentes.

Entre os temas mais frequentemente abordados nos encontros do grupo podemos destacar os seguintes: (i) manejo do tempo e estruturação adequada das fases de cada consulta; (ii) experimentações com novas opções para lidar com os acompanhantes, efetuar o registro das consultas, aplicar técnicas mais criativas de entrevista motivacional e de manejo da pressão assistencial, condução de consultas com pacientes que apresentam múltiplas demandas ou são considerados “difíceis” (como, por exemplo, com dor crônica, agressivos, usuários de drogas, portadores de múltiplas comorbidades, com baixo nível sociocultural, etc.); (iii) formas alternativas de condução de entrevistas durante as visitas domiciliares e de comunicação de más notícias a pacientes e familiares; (v) relevância dos processos de comunicação não verbal a serem observados nas entrevistas.

As discussões facilitaram a tomada de consciência de que este novo estilo de comunicação nas consultas tende, com o passar do tempo, a promover a formulação de questões mais abertas, facilitando os procedimentos de anamnese. Além disso, a aplicação da PBI passou a ser considerada uma alternativa capaz de gerar novas formas de aconselhamento, que tornam a relação médico-paciente mais humanizada. Assim, acreditamos que a sua incorporação competente nas práticas em curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade poderia deflagrar mudanças substanciais nos enfoques hegemônicos de intervenção terapêutica.

Ao longo dos encontros, constatou-se ainda um processo de amadurecimento do grupo mediante a aquisição de um *know-how* próprio, assumido de forma crítica e flexível pelos participantes. Mais especificamente, foi possível verificar que o aprendizado obtido vem ajudando a criar uma atmosfera de relacionamento grupal que contrasta com a tendência de projetar, na avaliação de cada videogravação específica, imagens distorcidas (ou “cosméticas”) daquilo que ocorre realmente nas rotinas ambulatoriais.

Numa avaliação parcial dessas experiências, realizada em 2012 mediante aplicação de um questionário fecha-

do, foi possível resgatar com mais precisão: (i) os objetivos e expectativas dos participantes no início do processo de formação do grupo; (ii) suas percepções da dinâmica do grupo ao longo das várias fases do treinamento; (iii) as mudanças ocorridas na prática ambulatorial de cada um deles; (iv) as impressões de cada participante acerca dos efeitos gerados pela difusão de seu vídeo entre os colegas. Na análise das respostas, constatou-se que a maioria dos participantes tem conseguido melhorar seu desempenho nas práticas ambulatoriais rotineiras, otimizando o manejo do tempo das consultas e aprimorando suas habilidades no manejo de técnicas de comunicação com pacientes considerados atípicos em função da complexidade dos sintomas apresentados.

Evidenciou-se também que as reações iniciais de insegurança dos participantes foram sendo pouco a pouco atenuadas pela atmosfera de sinergia construtiva gerada nas reuniões. Foi destacada a importância do treinamento visto como uma ferramenta criativa e flexível de aprimoramento das técnicas convencionais de manejo clínico e organização das consultas. As sessões foram reconhecidas como estimulantes por favorecerem uma postura reflexiva sobre a diversidade de estilos individuais de comunicação médico-paciente e sobre opções alternativas frente a uma situação considerada complexa e de prevenção de demandas aditivas, de reorganização do *timing* das consultas e de gestão dos processos de transferência/contratransferência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, além das evidências de um ganho expressivo de maturidade emocional, o treinamento realizado em Florianópolis gerou *insights* fecundos, tendo em vista uma reavaliação mais criteriosa do potencial contido – e subutilizado – em novas formas de comunicação médico-paciente que ainda não foram incorporadas à grade curricular dos cursos de graduação e na formação de residentes em Medicina de Família e Comunidade. A experiência contribuiu também para a redução gradual do estresse que acompanha geralmente o dia a dia dos centros de atendimento comunitário em nosso país, talvez em decorrência do ganho de autoconfiança e clareza na gestão das incertezas perante situações geradoras de ansiedade nas interações médico-paciente convencionais.

Entendemos também que esta técnica tem muito a contribuir para a formação de graduandos e pós-graduandos, residentes e profissionais, por constituir um poderoso instrumento de mudanças de percepção, atitudes e práticas concretas de entrevista clínica e de comunicação assistencial. Acreditamos que sua utilização deveria ser fortemente estimulada no âmbito da comunidade de especialistas que atuam no campo da Medicina de Família e Comunidade. Para isto, não bastaria apenas fomentar a realização de novas pesquisas. A nosso ver, é indispensável impulsionar, ao mesmo tempo, a adoção de medidas politicamente corajosas de inovação curricular nos cursos oficiais de graduação, sobretudo se levarmos em conta a síndrome de reprodução de um modelo biomédico que vem se mostrando nitidamente aquém das demandas emergenciais de aprimoramento do sistema de saúde em nosso país.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Paulo Freire Vieira e Suely Grosseman, pelo carinho nas revisões e orientações.

REFERÊNCIAS

1. Grosseman S, Patrício ZM. Relação Médico-Paciente: Evidências de Fragilidades e possibilidades de sua Superação pelo Ensino de Habilidades em Comunicação na Atenção à Saúde. In Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. Marins JJN, Rego S orgs. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2011: 223-257.
2. Grosseman S, Patrício ZM. Relação médico-paciente terapêutica e a formação médica: proposta para um construto com foco na ética, na cidadania e no cuidado nas interações. In Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. Marins JJN, Rego S orgs. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2011: 131-173.
3. Aspergen K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. Medical and Health Professional Education. 1999; 21(6) [Acessado em 20 out. 2014]; 563-570. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/01421599978979>>.
4. Bishop JM, Fleetwood-Walker P, Wishart E, Swireh, Wrigth AD, Green ID. Competence of medical students in history taking during the clinical course. Medical Education. 1981;15:368-372.
5. Tapajós R. A introdução das Artes nos Currículos Médicos. Revista Interface – comunicação, saúde, educação. Fundação UNI Botucatu/UNESP. 2002; 6(10) [Acessado em 21 out. 2014]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/03.pdf>>.
6. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública. 1999;15(3) [Acessado em 20 out. 2014]; 647-654. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>>.
7. Maguire P, Fairbairns S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: II Most young doctors are bad at giving information. BMJ 1986;292:1576-1578.
8. De Marco MA, Vessoni AL, Capelo A, Dias CC. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. Interface – comunicação, saúde, educação. 2010;14(32):217-27.
9. Sucupira AC. A importância do Ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. Interface – comunicação, saúde, educação 2007;11(23):619-35.
10. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994;154(12):1365-70.
11. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning Communication Skills in Medicine. ed. 2 .Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, UK; 2005.
12. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new Consultation: developing doctor-patient communication. Oxford; 2007.
13. Von Fragstein M, Silverman J, Cusching A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. Medical Education 2008; 42: 1100-1107.
14. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. BioMed Central Med. Educ. 2005;5:28.
15. Borrel F, Dohms MC, Fontcuberta JMB in Gusso GD, Lopes JM. Utilização da filmagem de consultas para o aprendizado. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Artmed; 2012.
16. Lesser AL. Problem-Based interviewing in general practice: a model Medical Education 1985; 19:299-304.
17. Ballester D. Ensino do residente de pediatria em um ambulatório geral: análise da consulta. São Paulo; 2009. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Pediatria. [Acessado em 19 out. 2014]. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-05032010-173621/>>.
18. Borrel F. Entrevista Clínica. Manual de estratégias práticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
19. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.
20. Yalom I. Os desafios da terapia. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002.
21. Stewart M. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Artmed; 2010.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Naarai Camboim Bezerra
Rua Doutor Alfredo Daura Jorge, 170
Lagoa da Conceição – Florianópolis
CEP 88062220 – SC
E-mail: naaraicamboim@gmail.com

O Ensino da Comunicação na Formação Profissional em Saúde no Brasil: Análise da Literatura Especializada Posterior à Homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais

Adriana Cavalcanti de Aguiar¹ / Irene Rocha Kalil¹ / Martha Silvia Martínez-Silveira¹ / Wilson Couto Borges¹ / Pedro Henrique de Freitas Martins da Motta¹ / Guilherme Canedo Borges¹

RESUMO

A Comunicação é uma das “Competências Gerais” estabelecidas pelo Ministério da Educação nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de graduação em saúde, publicadas em 2001, o que decorre da valorização da comunicação interpessoal de profissionais com seus pares e com usuários e seus familiares como intrínseca à boa prática em saúde. No contexto de implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se fundamental a compreensão da cultura e da linguagem dos usuários, bem como a crítica às relações de poder habitualmente estabelecidas nos serviços de saúde. Este trabalho sistematiza a abordagem do ensino da comunicação em cursos de medicina e enfermagem na literatura brasileira especializada publicada após a homologação das DCN e disponível na SciELO. O referencial utilizado foi a análise de conteúdo por meio de análise temática. Os resultados indicam que ainda é escassa a análise crítica do conceito de comunicação, embora tenham aumentado os trabalhos que descrevem experiências de ensino-aprendizagem e/ou avaliação da comunicação nas carreiras pesquisadas.

INTRODUÇÃO

Frequentemente, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes é mencionada na análise das práticas em saúde, enfatizando a importância da informação no sucesso de tratamentos ou no fomento a mudanças de hábitos que interferem na saúde. Mais recentemente, no entanto, cresce a clareza sobre a importância da comunicação para além da mera ferramenta na promoção da adesão ao tratamento.

A ampliação do conceito de comunicação e a democratização de suas práticas demandam mudanças na formação profissional. No entanto, Donato e Gomes¹ identificam como pequena a “presença, nos estudos disciplinares da Saúde e da Educação, dos conhecimentos e práticas próprios do campo da Comunicação” (p. 38). Nos anos 1970 e 1980, no Brasil, predominou “um domínio conceitual fragmentado, por vezes reduzido à dimensão mecanicista ou instrumental do processo comunicativo”¹ (p. 38), que prevalece até os dias de hoje. A premissa é que seria suficiente “o comparecimento de um emissor, de uma mensagem e de um receptor para que ocorresse a comunicação”¹ (p. 38).

¹ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Trabalho apresentado no XII Congresso Latino-americano de Investigadores da Comunicação Lima, Peru, 6-8 agosto de 2014.

Esse modelo secundariza a importância da cultura, os conflitos de classe, e ainda a “motivação, repertório, representações sociais e mediações [...], evidenciando o caráter fragmentário dos conceitos e das práticas de comunicação”¹ (p. 38). Nele, as “barreiras da comunicação” são vistas como mera inadequação vocabular: acredita-se que a simples substituição de uma palavra menos usual por outra de uso mais cotidiano resolveria problemas de comunicação.

Por outro lado, nos Estados Unidos e Canadá, a acreditação de escolas de medicina pelo Liaison Committee on Medical Education, desde 2007, está baseada em critérios que incluem a inclusão da “competência cultural” como componente do processo educacional. Betancout e Green² conceituam a competência cultural como sendo “a habilidade de profissionais de saúde se comunicarem com pacientes e efetivamente oferecerem cuidado de qualidade para pacientes com *backgrounds* culturais distintos” (p. 583), levando em conta raça, etnia, gênero, orientação sexual, religião, entre outros. Nessa moldura, a formação profissional será demandada a ensinar muito além do simples uso do vocabulário compreensível para os pacientes.

No Brasil, a comunicação é uma das “Competências Gerais” estabelecidas, entre 2001 e 2004, pelo Ministério da Educação nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)³ para todas as carreiras da saúde. Isto decorre, em parte, da valorização crescente da comunicação interpessoal de profissionais com seus pares e com os usuários e seus familiares, além dos membros da equipe, como intrínseca à boa prática em saúde. Cabe evitar, no entanto, que a comunicação nas práticas de saúde seja naturalizada sem profundidade analítica (desde que, na prática, seja efetiva na garantia da adesão dos pacientes às recomendações dos profissionais).

No contexto de implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se esforços para reorientar o modelo de assistência e a relação entre os níveis assistenciais. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, por exemplo, é muito importante a compreensão da cultura e da linguagem dos usuários, cabendo questionar as relações de poder habitualmente estabelecidas nos serviços de saúde, o que devem informar novas práticas comunicacionais.

É sabido que algumas instituições de ensino têm inovado no ensino da comunicação para estudantes da saúde, mas por outro lado ainda é necessário ampliar a sistematização e análise crítica dessas iniciativas, mediante

pesquisa e publicações sobre o assunto, de modo a estimar a influência das Diretrizes Curriculares nas práticas educacionais. Nesse sentido, o presente trabalho procurou sistematizar a abordagem do ensino da comunicação em cursos de medicina e enfermagem na literatura brasileira especializada publicada no período posterior à homologação das DCN, buscando apreender os sentidos atribuídos à Comunicação no contexto recente da formação profissional em saúde.

METODOLOGIA

Medicina e Enfermagem são os dois cursos da área de saúde, no Brasil, com maior tradição de publicações sobre o ensino. Para localizar artigos que tratassem de experiências e/ou teorias sobre o ensino da comunicação em cursos de graduação nessas áreas publicados após as DCN, em 2001, optamos por utilizar a Scientific Electronic Library Online (SciELO), um editor de revistas eletrônicas que reúne periódicos das áreas de ciências da saúde, humanas e sociais aplicadas, entre outras. A escolha desse recurso deveu-se ao fato de ele oferecer um sistema de busca avançada de artigos por diversos campos (título, resumo, assunto, ano de publicação etc.) e à inexistência de uma base de dados de comunicação de âmbito nacional, que nos possibilitasse abranger a totalidade de publicações.

Fez-se necessário compor uma estratégia com as palavras-chave (comunicação *and* (ensino *or* educação *or* formação) *and* (medicina *or* enfermagem) na busca integrada da plataforma Scielo.org, que busca em todos os índices, pois entendemos que, pesquisando esses termos apenas nos campos “Palavras do título” e Resumo”, poderíamos perder artigos com contribuições importantes devido a omissão dessas palavras no título ou resumo do trabalho.

Na busca, realizada em agosto de 2013, foram encontrados 99 artigos. Desses, numa primeira triagem, 10 foram excluídos por terem sido publicados antes de 2001, ano de promulgação das DCN. A partir da leitura dos títulos e dos resumos, foram excluídos 68 artigos que não tratavam do tema ensino de comunicação na graduação em enfermagem ou medicina, enfocando ensino de pós-graduação, educação popular em saúde ou comunicação em saúde ou refletindo sobre capacitações em serviço, formação em outras especialidades da saúde ou, ainda, outros assuntos. Já com 21 artigos selecionados, foram excluídos, a partir da leitura completa, artigos que tratavam de comunicação nas conclusões como

um assunto incidental, que se deve problematizar no âmbito da formação, sem se propor a refletir sobre ele no escopo do trabalho. Foram analisados em profundidade, portanto, 17 artigos.

Para análise do material, utilizamos o referencial teórico-metodológico da análise de conteúdo, que tem como objetivo, além de descrever os conteúdos manifestos nos textos, desvelar, por meio da atividade interpretativa, as condições de sua produção, que fazem referência ao seu contexto social e institucional. A técnica adotada foi a análise temática, que se caracteriza pela descoberta dos “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar algo para o objetivo analítico escolhido”⁴ (p. 105). A unidade de registro do tipo de análise adotada é o tema, uma regra de recorte do sentido de extensão variável, correspondente a uma afirmação ou várias, mesmo em um pequeno fragmento do texto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a compreensão dos achados, foi elaborada uma tabela (Anexo 1), na qual os artigos analisados foram organizados com informações como: título, ano de publicação, instituição de origem, área do periódico em que foi publicado, tipo de abordagem e fonte dos dados.

Na leitura dos artigos, após obtermos uma visão do conjunto do material e apreendermos suas particularidades, sobressaíram temas ou unidades de sentido sobre a questão da comunicação na formação em saúde. Os temas foram, então, distribuídos segundo uma classificação inicial, que, posteriormente, originou eixos temáticos mais amplos em um processo de categorização progressivo. De acordo com os interesses da pesquisa, que procurou identificar a abordagem do ensino da comunicação em cursos de graduação em medicina e enfermagem de acordo com o registrado em periódicos nacionais especializados, selecionamos 16 temas que apareceram nos trabalhos analisados e poderiam apontar os usos e sentidos da comunicação no ensino (e na prática) dos profissionais de saúde.

- 1) Escuta
- 2) Contextos (do paciente, do aluno, do profissional)
- 3) Registro (de informações do paciente em relatório ou prontuário)
- 4) Comunicação interpessoal
- 5) Comunicação terapêutica
- 6) Comunicação de más notícias

- 7) Comunicação como habilidade, atitude ou instrumento
- 8) Comunicação como competência ou recurso
- 9) Comunicação não verbal
- 10) Comunicação instrumental (voltada à obtenção da história clínica ou à elaboração do diagnóstico)
- 11) Comunicação como linguagem (relativa à adequação do código linguístico entre profissional de saúde e paciente)
- 12) Meios de comunicação ou mediação
- 13) Comunicação no currículo
- 14) Comunicação como campo de conhecimento
- 15) Comunicação dialógica
- 16) Comunicação como capacidade

Desses, os mais frequentemente citados – de forma literal ou por meio da expressão da mesma ideia – foram: Comunicação no currículo e Comunicação como habilidade, atitude ou instrumento, tratados em 15 dos 17 artigos; a questão dos Contextos (do paciente, do aluno, do profissional), mencionados em 13 trabalhos; o tema da Escuta e da Comunicação Terapêutica, entendida como a comunicação entre profissional de saúde e paciente (11 publicações); a Comunicação como competência ou recurso (10); a Comunicação não verbal e a Comunicação instrumental (9); a Comunicação interpessoal e a Comunicação como linguagem (8); e a Comunicação Dialógica (6).

Comunicação no Currículo

Um dado relevante para o presente artigo é a presença do tema Comunicação no Currículo, que apareceu na maioria dos documentos analisados. Para discriminar com mais propriedade os achados, optamos por desdobrar essa categoria em quatro subtemas. Dos 15 artigos que mencionaram, direta ou indiretamente, alguma informação e/ou discussão sobre como a comunicação deve ser (ou é) ensinada-aprendida nos cursos de graduação em saúde, 6 apontaram a ocorrência ou mencionaram a importância do a) *ensino transversal da comunicação ao longo de todo o curso*.

A formação desses profissionais numa perspectiva humanística e, sobretudo, o desenvolvimento de atitudes, como uma postura ética e responsável, de habilidades, como a comunicação na relação profissional-paciente, e o pensamento crítico e criativo não se fazem no âmbito restrito de

uma disciplina, mas dependem do desenvolvimento de todo um currículo e de vivências que os alunos experimentam durante seus cursos de formação.⁵ (p. 649, grifos nossos)

Doze artigos relataram a ocorrência ou a necessidade do b) *ensino de habilidades/competências de comunicação em determinadas disciplinas ou módulos do currículo*, como a Psicologia Médica e a Semiologia^{6,7}, o Ensino de Habilidades e Atitudes^{8,9}, a Psiquiatria ou Saúde Mental^{10,11}, além de disciplinas específicas, como Ciências Sociais e Saúde¹² e Educação e Comunicação em Saúde⁵.

Cinco trabalhos destacaram c) *o uso de metodologias de ensino-aprendizagem e/ou atividades que propiciariam a discussão da comunicação na formação*, como o *role-playing*, técnica de dramatização com troca de papéis entre participantes¹²; atividades em diversos cenários de prática¹³; jogos⁵; a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)¹¹; *rounds*, que reúnem profissionais e/ou alunos, após o atendimento, para discussão do caso clínico do paciente, gravações em vídeo das interações dos estudantes, combinação de discussão, observação e prática, seminários e apresentações orais⁸; entrevista a pacientes por meio de roteiros, sessões de filmes relacionados à temática, modalidades de avaliação de cunho formativo e cognitivo^{14,15}, entre outras.

Por último, mas não menos importante, foi abordado em cinco artigos o d) *ensino da comunicação na atividade prática do estudante*, especialmente por meio da observação de professores, médicos e residentes em ação, como explicitado no exemplo:

[...] o aprendizado ocorre no contexto do currículo oculto, especialmente por meio da observação de profissionais em atividade, seja como médicos ou professores. Tanto egressos como coordenadores utilizam o termo “modelo”. [...] O internato é considerado um momento privilegiado para a aprendizagem prática da competência “comunicação”¹⁶ (p. 99).

O chamado currículo “oculto” não está inscrito em nenhum programa de disciplina, mas é um conhecimento tácito, ensinado na convivência entre professores, médicos e alunos, e tem relevância crucial na questão da comunicação. Tal relevância é destacada pelas fontes entrevistadas em diversos trabalhos analisados: estudantes, professores e coordenadores de cursos. No campo da Comunicação, esse conhecimento tácito reflete o con-

ceito de *ethos*, compreendido, segundo Maingueneau¹⁶, como “comportamento total de um(a) participante, do qual seu estilo verbal (falado e escrito) e tom de voz fazem parte, expressa o tipo de pessoa que ele(a) é e sinaliza sua identidade social, bem como sua subjetividade” (p. 181).

Como aponta Fairclough¹⁷, na prática médica “padrão”, por exemplo, os médicos manifestam um *ethos* científico, que se realiza “na forma como tocam e olham os pacientes ao examiná-los, na maneira como filtram as contribuições dos pacientes em termos de tópicos e na ausência de gentilezas de significado interpessoal, como a polidez” (p. 182). Esse *ethos* científico inclinaria, para o autor, ao tratamento dos pacientes não como pessoas, mas como casos.

Nesse sentido, entendemos que os “modelos” sobre o que fazer e o que não fazer na relação médico-paciente e, especificamente, no que se refere à comunicação estão ainda calcados mais na cultura profissional em saúde do que em um projeto curricular inovador que esteja sendo implementado nas escolas. Isso destaca talvez, entre outras questões, a necessidade de refletir mais profundamente sobre o ensino da comunicação não somente no âmbito das diretrizes curriculares para cursos de graduação, mas também em cursos de formação continuada para profissionais do campo.

Comunicação: Habilidade ou Competência

Outra questão interessante observada na análise é que muitos artigos utilizam, alternadamente, as noções de Comunicação como habilidade, atitude ou instrumento e Comunicação como competência ou recurso, indicando que há um entendimento dos conceitos como sinônimos. Aguiar e Ribeiro¹⁸, em estudo sobre percepções dos especialistas sobre conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica, já problematizavam os usos da palavra competência nesse contexto.

Frequentemente, usam-se “competências” para expressar objetivos de ensino em termos de condutas e práticas observáveis, acrescentando um “ser capaz de”, uma expressão que caracteriza uma ação, sem maior preocupação com a necessidade de transferência de conhecimentos para aplicação em contextos diversos ou sua mobilização em situações complexas (p. 374, grifo nosso).

O que se depreende, da análise dos artigos e da associação entre os temas destacados, é que, em geral, mesmo quando mencionada como competência ou recurso, a comunicação é entendida como um instrumento para atingir determinados objetivos, valorizada como habilidade ou atitude que o profissional deve ter no trato com o paciente. “Reduzir os erros de diagnóstico”, “aumentar o nível de competência do estudante em obter uma história clínica mais detalhada” e “conduzi-lo a um exame físico mais informativo” são alguns dos resultados que se pode obter junto aos estudantes por meio do treino de “estratégias para focar a aquisição de conhecimento sobre as habilidades de comunicação entre médico e paciente”¹⁹ (p. 249).

A questão do ensino de uma competência da comunicação, voltado para que o aluno seja capaz de “contextualizar o conhecimento”²⁰ (p. 438), raramente emerge de forma explícita. Também a Comunicação como campo de conhecimento é mencionada em somente dois trabalhos, demonstrando ainda uma compreensão bastante frágil a respeito de seu *status* de saber ou conhecimento que aborda searas específicas e necessita ser incorporado à formação mais ampla do profissional da saúde nas demandas que lhe são exigidas hoje.

No *corpus* analisado, são citados pouquíssimos autores do campo da comunicação, apontando uma desvalorização de referenciais teóricos e epistemológicos da disciplina para a sua abordagem no âmbito da saúde. A comunicação como “campo do saber selecionado no curso para orientar a prática da entrevista” é, no entanto, retratada no artigo de Abud et al.²⁰, que enfatiza a importância, por exemplo, de uma entrevista semiestruturada, que, embora também apresente perguntas fechadas, “abre um espaço de conversa às demandas do paciente” (p. 438).

Comunicação Terapêutica ou Comunicação Instrumental?

O tema da Comunicação instrumental, que envolve a coleta de dados para formulação de diagnóstico e a transmissão de informações essenciais relativas aos comportamentos do paciente com impacto na saúde, é apontada como uma das principais ou a principal função da comunicação na prática assistencial. Nesse contexto, adquirem importância a ideia de Comunicação como sinônimo de linguagem, ou seja, relativa à adequação do código linguístico entre médico e paciente para que a

compreensão se faça possível entre eles; a questão do Registro (de informações do paciente em relatório ou prontuário) e a da Comunicação de más notícias, retratada, na maioria das vezes, como uma dificuldade enfrentada pelos alunos/profissionais em formação.

Todos esses aspectos levantados no *corpus* analisado sobre a comunicação na formação (e na prática) em saúde, de fato, de suma importância, não podendo ser negligenciados no processo de reflexão sobre o ensino da comunicação nos cursos de graduação em saúde. No entanto, observou-se que muitos dos artigos que abordam a relação terapêutica – entre profissional de saúde e paciente – diretamente ou indiretamente tendem a abordá-la como se ela se confundisse com a própria ideia da comunicação no campo da atenção à saúde. A comunicação seria vista, então, como o conjunto de estratégias, habilidades e atitudes para lidar com o paciente no momento do atendimento.

A entrevista ou anamnese, na terminologia médica, vem sendo, na forma clássica, realizada com o médico controlando firmemente a organização da interação, “abrindo e fechando cada ciclo e aceitando/reconhecendo as respostas da paciente”, como ilustrou Fairclough¹⁷ (p. 179) em sua análise discursiva de entrevistas médicas. Na observação do autor, o/a paciente somente toma o turno conversacional – tem o direito à fala – quando o médico lhe concede, ou seja, quando este lhe dirige uma pergunta. O médico, por sua vez, “não recebe a oferta de turnos, antes os toma, assim que a paciente tenha concluído sua resposta, ou quando ele decide que a paciente já disse o bastante para os seus propósitos”¹⁷ (p. 179).

Como apontaram Binz et al.²¹, ao longo da história os processos diagnósticos e terapêuticos da medicina se davam com base na confiança, familiaridade e respeito às crenças e valores entre médicos e pacientes, o que começou a mudar no decorrer do século XIX, “com a ascensão do determinismo e das bases científicas como explicações incontestáveis para os eventos de saúde e doença das populações” (p. 29). Contemporaneamente, essa comunicação médico-paciente, por meio da anamnese, tem apresentado o objetivo primeiro (e, muitas vezes, o único) de extrair do paciente as informações necessárias à obtenção da história clínica e formulação do diagnóstico (19, 22).

Segundo Fairclough¹⁷, o médico controla a conversação também pela natureza das perguntas que faz, nor-

malmente fechadas, algumas delas exigindo uma resposta no formato “sim/não”, “que estabelecem limites relativamente estreitos para o conteúdo das respostas da paciente” (p. 179). Esse modelo é questionado em alguns dos artigos analisados, como em Binz et al.²¹:

Na realidade dos serviços docente-assistenciais, são comuns situações de mensagens divergentes entre os diferentes profissionais. Alguns orientam os alunos para conduzir as demandas dos usuários com perguntas mais objetivas e direcionadas; outros orientam para conduzi-las com uma visão mais abrangente, abertura para diálogos (escutas e falas qualificadas) e maiores possibilidades para reflexões (p. 38).

A Comunicação de más notícias é especialmente mencionada como uma dificuldade pelas fontes de dados de alguns artigos, e isso poderia refletir a limitação do modelo de comunicação até então utilizado na saúde de objetivar o máximo possível a interação terapêutica. Quando se trata de uma notícia difícil, que pode obrigar o paciente a ter de ressignificar sua própria vida – como o diagnóstico de doença crônica grave ou fatal, por exemplo –, estudantes e profissionais manifestam o sentimento de despreparo para lidar com o ser humano para além do paciente, como os alunos de medicina do terceiro semestre entrevistados por Jucá et al.¹²:

“Senti-me impotente diante da situação [...] Inseguro acerca da aceitação do paciente e das implicações da notícia no prognóstico da sua vida” (Filipe, 22 anos). “Não me senti nem um pouco à vontade para dar a notícia [perda fetal] [...]. Não sabia como lidar com a situação, que palavras usar, como confortar a mulher desamparada à minha frente” (Maria, 19 anos). (p. 59)

Tal dificuldade foi apontada também pelos egressos e coordenadores de cursos de medicina entrevistados por Rossi e Batista⁶, que indicaram o preparo para “dar notícia ruim” como uma deficiência no processo ensino/aprendizagem da comunicação: “O meu problema é doença grave, aí eu não vou não, eu acho que eu não fui preparada para isso” (p. 99), revelou um dos egressos aos autores.

Mas alguns artigos já sinalizam mudanças nesse modelo mais usual de comunicação profissional-paciente, atu-

ando, por meio do ensino de campos teóricos como a Comunicação e outros, para a ampliação dessa visão de comunicação terapêutica e, sobretudo, das práticas em serviço, como afirmaram Abud et al.²⁰, com referenciais da Psicologia Médica:

Descrever o paciente, sua comunicação não verbal, sua maneira de se comunicar, seu exame psíquico, seus mecanismos de defesa, aspectos transferenciais e contratransferenciais; enfim, conceitos que possam servir à melhor compreensão do paciente quanto a seu funcionamento psíquico, sua personalidade, sua forma de se relacionar com os outros e com a própria saúde (p. 439)

Os autores mencionam, acima, aspectos do paciente, habitualmente, negligenciados pelo profissional de saúde, sobretudo médicos, e que, assim como outros contextos (familiar, social, econômico, entre outros), precisam ser levados em consideração ao propor uma relação de comunicação terapêutica inovadora. Avançam na direção da importância de compreender o chamado “Explanatory Model”²³ adotado pelo paciente, ou seja, como este faz sentido da sua própria situação, o que já inspira o ensino da anamnese em algumas escolas de medicina norte-americanas há muitos anos²⁴.

Comunicação Dialógica na Saúde

Spagnuolo e Pereira²⁵ apontam que, tanto nas escolas e cursos de ciências da saúde quanto em outros campos do saber, a comunicação como disciplina ainda está “fortemente impregnada do modelo unilinear, considerado o paradigma da ‘moderna ciência’ da comunicação” (p. 1608). Tal afirmação é corroborada por Araújo²⁵, quando argumenta que, em razão de um certo contexto histórico, o modelo adotado hegemonicamente no âmbito das políticas públicas, especialmente na saúde coletiva, é o da Comunicação e Desenvolvimento, introduzido em nosso país na década de 1950. Tal modelo, segundo a autora, “concebe a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria por meio de informação suficiente e adequada”²⁵ (p. 166).

É a esse modelo, definido por Araújo²⁵ como “bipolar, linear, unidirecional e vertical” (p. 166), que uma comunicação dialógica se contrapõe, entendendo que é preciso uma concepção mais ampla de comunicação para lidar

com a complexidade da dinâmica social. Um aspecto interessante observado na análise dos artigos é que essa relação dialógica vislumbrada na relação profissional de saúde e paciente está, em geral, relacionada, de maneira análoga, à forma como é concebida a relação professor-aluno no processo de ensino e aprendizagem. Ou seja: quanto mais dialógico é compreendido o processo de formação dos novos profissionais de saúde e sua relação com seus professores, mais dialógica é a comunicação que se espera construir entre profissionais de saúde e usuários, o que fica evidenciado no exemplo de Braga e Silva²⁶:

Os alunos esperam ser emissores e receptores, em situação de igualdade com o professor, [...] e desejam poder participar ativamente das interações, pois são indivíduos com capacidade suficiente para perceberem aspectos positivos ou negativos, que proporcionem transformações nos processos de troca (p. 330).

Relacionada à temática de uma Comunicação dialógica aparece a questão dos Contextos (do paciente, do aluno, do profissional), que devem ser levados em consideração tanto no processo de formação quanto na atenção à saúde. Compreender que o processo ensino-aprendizagem e o atendimento clínico acontecem imersos em contextos – dos alunos, profissionais, professores, pacientes e seus familiares, serviços de saúde, comunidade, políticas de saúde e realidade social mais ampla – parece-nos um elemento fundamental à construção de um entendimento de comunicação mais dialógico na saúde.

Também sobressai a importância do tema Escuta, presente em grande parte dos textos analisados, e que traz, em seu bojo, o reconhecimento de uma mudança necessária na atitude do profissional de saúde em relação ao paciente. Tradicionalmente, essa é uma relação bipolar na qual cabe ao profissional perguntar e ao paciente responder, buscando atender às demandas de informação do primeiro, visto como principal emissor na comunicação terapêutica. No entanto, alguns autores destacam alterações – ou avaliam a importância de alterações – no modelo conversacional ensinado aos alunos, inclusive baseados em avaliação de usuários dos serviços de saúde, como demonstraram Hamamoto Filho et al.¹⁵:

Parece-nos digno de nota que estes comportamentos devam ser estimulados entre os estudantes: incitar os pacientes a

perguntar e explicar o diagnóstico. [...] De fato, encorajar pacientes a perguntarem ativamente durante a consulta parece eficaz em alterar este comportamento (p. 384).

Também Spagnuolo e Pereira²⁷ reconhecem a “necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e unilineares e, ao mesmo tempo, de adotar uma prática mais dialogada, das ‘conversas’” (p. 1608), sendo sensível às novas demandas emergentes no campo da saúde. Como destacaram Araújo e Cardoso²⁸, a compreensão da comunicação no âmbito da saúde precisa passar por uma ampliação de sentido, sendo o direito à comunicação entendido em suas duas faces. A primeira delas é, sem dúvida, a que já tem alcançando certo reconhecimento como essencial para possibilitar os cuidados com a saúde: o acesso democrático e ampliado às informações. A outra face, ainda pouco explorada, é, segundo as autoras, “ter a possibilidade de também se expressar e se fazer ouvir, e não apenas receber. Ou seja, ser considerado um ‘interlocutor’, alguém que tem algo a dizer, e não um mero receptor” (p. 114).

CONCLUSÕES

O presente artigo analisou 17 publicações sobre o ensino da Comunicação em cursos de Medicina e Enfermagem brasileiros desde 2001. Os resultados apontam que a comunicação vem sendo mais valorizada na formação do profissional de saúde, numa concepção humanizada de atenção à saúde. Compreender os contextos do paciente no diagnóstico e terapêutica, com base no entendimento mútuo, parece condição básica para o cuidado prestado pelo futuro profissional, numa concepção de relação terapêutica caracterizada como menos autoritária e mais dialógica, com profissional e paciente como interlocutores. Isso converge para as considerações de Araújo e Cardoso²⁸ sobre o debate acerca do princípio da “integralidade” do cuidado no Brasil, que fomenta uma “recusa à visão instrumental e fragmentada da comunicação” (p. 242), concebida como “intervenção que visava tão somente a mudança de hábitos e atitudes da população através da imposição de normas e valores” (p. 240).

Embora valorizando o papel da comunicação na formação em saúde, a maioria das publicações não a reconhece como campo de conhecimento, superficializando

sua abordagem teórica e tangenciando os limites e possibilidades da sua contribuição para o ensino e prática da área da saúde. Tipicamente, os referenciais adotados são oriundos da Psicologia Médica ou Saúde Mental, propensas a uma visão do paciente (e do profissional) como sujeitos inseridos em contextos – existencial, familiar, de trabalho – e dinâmica social mais ampla.

A noção de comunicação como “habilidade”, atitude ou instrumento (para obter determinado fim como a mudança de comportamento) ainda prevalece, embora a incorporação do conceito de competência, significando que o profissional, mediante determinados conhecimentos, com habilidade e intenção de adequar a ação dependendo do contexto, possa agir adequadamente em diferentes situações ganhe espaço no debate. No contexto da vigência das DCN e de novas demandas por cuidado (universal, equânime), a escuta e reconhecimento do ‘outro’ fazem-se fundamentais. A análise dos artigos estudados indica como necessário incorporar a comunicação na formação em saúde na *forma* – inserção no currículo, metodologias

participativas de ensino-aprendizagem – e no *conteúdo*, problematizando que comunicação se pretende ensinar.

Os novos cenários de prática do SUS demandam uma comunicação “que entende que os saberes da saúde não se produzem apenas a partir do saber técnico-científico e por uma dimensão apenas cognitiva, e sim por meio da articulação de práticas, saberes, memórias, expectativas, emoções, lugares da fala, etc., constituídos pelas vozes que emanam das instituições e da população”²⁹ (p. 116). No contexto demográfico e epidemiológico brasileiro, de envelhecimento e cronicidade, a tarefa da área de saúde não se limita a “curar”. A negociação de condutas e construção compartilhada dos sentidos está na agenda da formação do profissional em saúde, e extrapola a comunicação de “más notícias”, cabendo apoiar na capacidade de ressignificar a própria vida a partir da doença, da perda (inexorável), mas também do prazer e dos recursos da comunidade. Tal tarefa exige, certamente, uma competência comunicacional complexa, que ainda precisa ser melhor conhecida e explorada na literatura especializada.

Anexo I – Tabela Artigos Selecionados

Ensino da Comunicação na Formação em Saúde – Artigos Selecionados

TÍTULO	ANO	INSTITUIÇÃO	REGIÃO	ÁREA DO PERIÓDICO	ABORDAGEM	FONTE DE DADOS
A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação	2005	Faculdade de Medicina da URGs	SUL	Medicina	Reflexão teórica	*
Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo.	2005	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP	SUDESTE	Enfermagem	Relato de experiência	Professores
Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem	2006	USP-Escola de Enfermagem	SUDESTE	Enfermagem	Relato de experiência	Professores
O ensino da comunicação na graduação em Medicina - uma abordagem	2006	Unifesp-Cedess / Sec. Saúde Estado de SP	SUDESTE	Com. Saúde Educação	Relato de experiência	Alunos/ Coordenadores
Significance of experts' overall ratings for medical student competence in relation to history-taking	2006	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP	SUDESTE	Medicina	Relato de experiência	Alunos/ Especialistas
O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina	2007	Universidade Estadual de Londrina	SUL	Medicina	Reflexão teórica	*
O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde	2007	FFFCMPA	SUL	Com. Saúde Educação	Relato de experiência	Alunos
Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura	2007	UEP Júlio de Mesquita Filho- Faculdade de Medicina	SUDESTE	Saúde Coletiva	Reflexão teórica	*
Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos	2008	Universidade Estadual de Londrina	SUL	Medicina	Reflexão teórica	*
O Ensino-aprendizagem da Relação Médico-paciente: Estudo de Caso com Estudantes do Último Semestre do Curso de Medicina	2008	Universidade Federal do Sul do Brasil	SUL	Medicina	Relato de experiência	Alunos
O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas	2009	UFF-HUAP	SUDESTE	Enfermagem	Relato de experiência	Alunos
Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial	2009	Universidade do Vale do Itajaí	SUL	Medicina	Relato de experiência	Alunos
A comunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica	2010	Universidade Estadual do Ceará	NORDESTE	Medicina	Relato de experiência	Alunos
O Processo de Ensino e Aprendizagem do Raciocínio Clínico pelos Estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Londrina	2011	Universidade Estadual de Londrina	SUL	Medicina	Relato de experiência	Alunos
Feedback de Usuários como Subsídio para Avaliação do Estudante de Medicina	2012	Faculdade de Medicina de Botucatu	SUDESTE	Medicina	Relato de experiência	Usuários
Metodologia de ensino em psicologia médica e atenção integral ao paciente	2012	Unifesp-EPM	SUDESTE	Medicina	Relato de experiência	Alunos
O Ensino de Habilidades e Atitudes: um Relato de Experiências	2013	Universidade Estadual de L	SUL	Medicina	Relato de experiência	Professores

REFERÊNCIAS

1. Donato AF, Gomes ALZ. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12:37-43.
2. Betancourt JR, Green AR. Linking cultural competence training to improved health outcomes: perspectives from the field. *Academic Medicine* 2010; 85:583-585.
3. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais Do Curso De Graduação Em Medicina. Diário Oficial de 6 de junho de 2014, Seção 1.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
5. Magalhães CR. O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2007; 11: 647-654.
6. Rossi OS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2006; 19: 93-102.
7. Silva CMC, Sabóia VM, Teixeira ER. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. *Texto & Contexto Enfermagem* 2009; 18:458-465.
8. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32:301-308.
9. Nunes SOV, Muraguchi EMO, Ferreira Filho OF, Pontes RMA, Cardoso LTQ, Grion CMC, Carvalho LCL. O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2013; 31:126-131.
10. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2005; 39: 317-324.
11. Nunes SOV, Vargas HO, Liboni M, Martins Neto D, Vargas LHM, Turini B. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32:210-216.
12. Jucá NBH, Gomes AM de A, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGC, et al. A comunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;34(1):57-64.
13. Blank D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2006; 30:27-31.
14. Turini B, Martins Neto D, Tavares MS, Nunes SOV, Silva VLM, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32:264-270.
15. Hamamoto Filho PT, Oliveira CC, Silva LA, Carvalho LRD, Peraçoli JC, Borges VTM. Feedback de usuários como subsídio para avaliação do estudante de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2012; 36:381-386.
16. Maingueneau D. *Nouvelles tendances en analyse du discours*. Paris: Hachette; 1987. 143 p.
17. Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Universidade de Brasília; 2001. p. 175-210.
18. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais de especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010; 34:371-378.
19. Fornaziero CC, Gordan PA, Garanhani ML. O processo de ensino e aprendizagem do raciocínio clínico pelos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2011; 35:246-253.
20. Abud CC, Zimmermann VB, Lucchese AC, De Marco M A. Metodologia de ensino em psicologia médica e atenção integral ao paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2012; 36: 436-441.
21. Binz MC, Menezes Filho EW, Saupe R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010; 34:28-42.
22. Troncon LEA. Significance of experts' overall ratings for medical student competence in relation to history-taking. *São Paulo Medical Journal* 2006; 124: 101-104.
23. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press; 1980. 456 p.
24. Aguiar AC. *Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship*. Cambridge; 2000. Tese [Doutorado em Educação] - Harvard Graduate School of Education.
25. Araújo IS. *Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2003/2004; 8:165-177.
26. Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2006; 40:329-335.
27. Spagnuolo RS, Pereira MLT. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação: um estudo de revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12:1603-1610.
28. Araújo IS, Cardoso J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: R Pinheiro, R Mattos, orgs. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005. p. 239-251.
29. Araújo IS. Comunicação e saúde. In: Martins CM, Stauffer AB, orgs. *Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2007. (p. 101-124)