

IDENTIDADE NARRATIVA E COMUNICAÇÃO NAS CONSULTAS MÉDICAS: DO ENSINO AO CONSULTÓRIO

Hélio **PLAPLER**¹

RESUMO: Discute-se aqui, teoricamente, como a compreensão das narrativas e da identidade narrativa, tida como forma de ação discursiva, pode contribuir para uma melhor formação dentro do ensino médico e para a melhor compreensão da profissão médica, além de incrementar a relação médico-paciente. A identidade narrativa define a identidade do *Self*, de acordo com Ricouer (2010). A educação médica, nas escolas médicas brasileiras, é direcionada mais às habilidades técnicas e às diretrizes de saúde pública do que à relação médico-paciente. A aplicação de técnicas de análise literária, sem instrumentalizá-las, na avaliação de histórias sobre saúde deve levar à melhor compreensão das individualidades em todas as personagens envolvidas no processo de recuperação da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Narrativas. Identidade Narrativa. Educação Médica.

Narrative identity and communication in medical appointments: From teaching to office

ABSTRACT: Is discussed here, theoretically, how the comprehension of narratives and the narrative identity taken as a form of discursive action, can contribute to better training within medical education and for a better understanding of medical profession, besides to increase the doctor-patient relationship. The narrative identity defines the identity of the *Self*, according to Ricouer. Medical education, in Brazilian medical schools, is directed more to technical skills and public health guidelines than to the doctor-patient relationship. The application of literary analysis techniques, without instrumentalizing them, in the evaluation of health histories should lead to a better understanding of the individualities in all the characters involved in the health recovery process.

KEYWORDS: Narratives. Narrative Identity. Medical Education.

¹ Graduado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (1976), mestrado (1985) e doutorado (1990) em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Pós Doutorado na University of Toronto (1991 - 1993). Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgias (1986); Membro Titular da Sociedade Brasileira de Laser em Medicina e Cirurgia (1999) e Presidente da SBLMC (2006-2008); Fellow da American Society for Laser Medicine and Surgery (2007). Professor Associado Livre Docente do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (2013) e atualmente Professor Titular do Departamento de Cirurgia (2015). Médico cirurgião do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social desde 1982. Endereço eletrônico: < helio@plapler.com.br >.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos e, principalmente, na última década, temos presenciado uma corrida pelo que se convencionou chamar de “humanização da medicina”. Este termo tem sido empregado principalmente em contraposição ao fundamento mecanicista da medicina tecnológica e à base estaticista populacional da medicina baseada em evidência (MBE), tidas como formas que desumanizam o médico em detrimento de um relacionamento mais dedicado ao paciente (PLAPLER, 2015). Por outro lado, a adoção de programas de treinamento em humanidades para alunos e profissionais acabam por instrumentalizar e restringir as formas de abordagem e a compreensão dos reais valores dos pacientes e dos profissionais de saúde.

A identificação das personagens e enredos – a identidade narrativa – em textos clássicos e naqueles ligados a experiências sobre doenças pode levar à melhor percepção dos processos envolvidos no tratamento de pacientes e alterar a forma de agir de todos os envolvidos nessa dinâmica de forma ética, além de permitir a melhor compreensão da própria profissão médica, seja por médicos, seja por pacientes.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Ayres:

[em um senso hermenêutico], podemos traduzir [humanização] como um ideal de construir a expressão livre e inclusiva dos vários sujeitos no contexto da organização das práticas do cuidado em saúde, promovidas pelas interações simetricamente aumentadas que permitem o mútuo entendimento entre as partes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES, 2005p. 557-8).

As ciências humanas são um conjunto de conhecimentos que tem como objetivo o estudo do homem como ser social. Percebemos assim que humanização implica uma forma de ação realizada a partir de discursos específicos entre as personagens envolvidas no processo e não apenas uma forma estática ou unidirecional de relacionamento.

As relações entre seres humanos envolvem aspectos como afeto, confiança ou poder (como forma de controle sobre o outro). Acreditamos que o declínio do relacionamento médico-paciente se deve, em última análise, à deterioração da comunicação entre ambos e que esta decorre do desconhecimento de uma questão básica: quem é o ser humano nesta equação?

Longe de ser meramente retórica, esta pergunta é fundamental para se estabelecer como o relacionamento ocorre. Costumamos enxergar apenas o paciente como o ser humano que deve receber um tratamento digno e, na quase totalidade das vezes, esquecemos que o médico é também um participante que está sujeito às mesmas situações. Cada um, médico e paciente, tem suas necessidades, anseios, alegrias e tristezas. A relação se dá, então, a partir das narrativas que cada um estabelece de modo a se fazer compreender pelo outro, ou seja, a comunicação ocorre quando se estabelece a identidade daquele que narra.

Narrativa é um tipo de texto (escrito ou oral) que esboça as ações de personagens num determinado tempo e espaço (ARISTÓTELES, 2008). Em uma consulta médica, a narrativa é a forma de se definir acontecimentos e como eles influenciam o comportamento dos agentes dentro deste período de tempo e no espaço correspondente a cada um.

A configuração narrativa de uma cadeia de ações e situações permite a transmissão e o compartilhamento do próprio conhecimento em relação aos autores, compreende o ambiente sociocultural, estabelece conexões entre tempo e espaço (PLAPLER e CARELLI, 2015). O termo “configuração narrativa” obedece, assim, a colocação de Ricoeur e sua *mimesis II*, na qual os conhecimentos práticos pré-configurados são configurados pelo autor para serem refigurados pelo leitor/ouvinte (RICOEUR, 2010). Esta configuração narrativa é a base da criação de uma identidade narrativa, em que se estabelece a identificação do receptor da narrativa com o narrador. Para Ricoeur, a identidade pessoal tem sentido quando em contato com a narração, pois esta define o indivíduo em seu contexto histórico. Esta identificação com a personagem faz o interlocutor voltar-se para si-mesmo, entender a intimidade do outro e isto permite saber quem realizou/sofreu tal ação. Desta maneira, a identidade narrativa é que permite criar uma história situada no tempo. A identidade, assim, implica uma forma de ação prática, portanto, ética (LISBOA, 2013, p. 100), significando atribuir a um determinado ser a autoria de uma determinada ação, o que só pode ocorrer na narrativa da história deste ser. A identidade do *quem* é, portanto, – segundo Ricoeur (2010) – apenas a identidade narrativa.

Uma parte essencial, embora não exclusiva, nas narrativas é a linguagem. A linguagem é uma função inata, um meio sistemático de comunicar ideias e sentimentos e que permite ao indivíduo simbolizar o seu pensamento e decodificar o pensamento do outro. Através dela, facilita-se a troca de experiências e conhecimentos, interferindo na percepção da realidade e na percepção do outro. Por meio, então, da linguagem estruturada temporalmente em uma narrativa, podemos criar as formas de conhecimento dos seres humanos envolvidos no processo de cura (WYSCHOGROD, 2002, p. 163-76).

Essa percepção hermenêutica da realidade implica uma forma de agir em relação ao outro e não apenas na compreensão do que se fala. O processo de construção do conhecimento do outro através da narrativa passa – especificamente no caso da consulta médica – por uma progressão que vai da intuição do primeiro contato, passando pela opinião acreditada e o conhecimento científico, chegando à inteligência filosófica (conhecimento), segundo o modelo platônico de aquisição do conhecimento (PLAPLER, 2015) .

Na concepção de Levinas, a linguagem fluida é o local em que se dá o encontro ético responsável entre pessoas diferentes entre si; lugar que permite tornar-se consciente de si-mesmo e se relacionar sem dominar o outro. Em sua obra *Totalidade e Infinito* ele afirma:

O discurso, pelo simples fato de manter a distância entre mim e outrem, a separação radical que impede a reconstituição da totalidade e que é pretendida na transcendência, não pode renunciar ao egoísmo da sua existência; mas o próprio fato de se encontrar num discurso consiste em reconhecer a outrem um direito sobre o egoísmo e assim em justificar-se. (LEVINAS, 1980, p. 27).

Identificar – no sentido de dar identidade – as narrativas é trabalho que influencia até mesmo o ensino médico, em muito, direcionado à tecnologia diagnóstica e fórmulas epidemiológicas, a fim de permitir a viabilidade econômica dos recursos destinados à saúde que, pelo contrário, tem perpetuado um discurso hierárquico e determinante da valorização da doença em detrimento do paciente (CARELLI e POMPILIO, 2013, p. 678), o que leva à deficiência cada vez mais evidente dos modelos educacionais médicos, que pouco ou nenhuma atenção concedem ao estudo de formas e modelos de linguagem distantes do estritamente científico e que resultam em um processo clínico deficiente em sua humanização e, por conseguinte, deficiente também como forma de conhecimento do outro e suas mazelas (POMPILIO, 2006).

O tipo de ensino em nossas escolas médicas segue o modelo realista ou enciclopédico em que a realização é alcançada pelo conhecimento exato dos fatos. A inevitável especialização decorrente deste modelo rompe com o modelo de ensino das humanidades que se baseia em textos clássicos e que melhor se adapta à relação de um professor que acompanha seus alunos por longos períodos. O modelo científico introduz a multiplicação de professores e a introdução de exercícios específicos para cada matéria (CHERVEL e COMPÈRE, 1999, p. 165). Este modelo influencia a forma de relacionamento profissional, com a deterioração da relação personalizada entre médico e paciente, com a proliferação de especialistas e com a procura cada vez maior por tecnologia.

O envolvimento com as artes, a filosofia e a literatura são essenciais para a formação do ser humano (entendido aqui no sentido heideggeriano de ser-no-mundo ou ser-para-o-outro) (HEIDEGGER, 2012) em geral e, em particular, àqueles que se dedicam a cuidar do próximo. O indivíduo formado por essa tradição é aquele que, pela prática dos textos e dos autores, pelo contato com as civilizações fundadoras, pelo exercício da tradução, da imitação e da composição, adquiriu o gosto, o senso crítico, a capacidade de julgamento pessoal e a arte de se exprimir oralmente e por escrito, conforme as normas recebidas. Desenvolve a noção de reconhecimento do outro, diferente do que se convencionou chamar de “humanização da medicina” nas escolas médicas e que se constitui meramente em convenções sociais como dizer o nome e apresentar o “paciente” ao invés do “caso”, seguindo um roteiro pré-estabelecido de perguntas que limitam a narrativa ao estritamente pertinente ao estabelecimento do diagnóstico.

A compreensão das narrativas estabelece vínculos de empatia e ajudam na condução do tratamento e/ou no comportamento tanto de pacientes quanto da equipe de saúde caso haja o desenvolvimento da doença e suas sequelas. Se adquiridos durante o aprendizado médico, estes preceitos de bom relacionamento permanecem posteriormente no exercício diário da profissão. Podemos dizer que esta é a dimensão ética das narrativas médicas. Conforme salienta Grossman:

A forma como o paciente fala de sua doença, o modo como o médico a representa em palavras, quem a escuta nas discussões clínicas, o que a audiência é movida a sentir e pensar são dimensões éticas profundas envolvidas nos cuidados à saúde das pessoas (GROSSMAN e CARDOSO, 2006, p. 7).

A boa comunicação não envolve somente a compreensão, mas também a capacidade de interpretar o que foi dito. Para a abordagem com foco no paciente, o médico precisa ter algumas características em sua comunicação. Coerência, aceitação e compreensão empática ajudam o paciente a se abrir e a relatar os reais problemas que estão por trás de uma doença. Uma enxaqueca pode significar conflitos familiares constantes; dor nas costas pode ser uma pressão no trabalho. Nada disso pode ser descoberto se não existir uma interpretação profunda do texto comunicado. Somente com ela é possível avaliar o sofrimento causado pela doença. O impacto emocional que ela provoca é relevante e deve ser considerado (JOMANI, 2019).

Interessante notar que a maior parte dos processos contra médicos tem como causa a falta de comunicação adequada (SANTOS, 2006). Este fato demonstra claramente a insuficiência na formação humanística dos médicos na atualidade, embora os princípios estejam contidos no código de ética médica do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018) como se nota abaixo:

É vedado ao médico:

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Este lapso na formação médica, a apropriação de forma equivocada da MBE como forma definitiva de tratamento e a aparente necessidade de utilização de tecnologia avançada percebida tanto por parte do médico quanto do paciente distancia estes dois participantes e dificulta a aplicação de princípios básicos tais como (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2001),

Por parte do médico:

- Prestar um atendimento humanizado, marcado pelo bom relacionamento pessoal e pela dedicação de tempo e atenção necessários.
- Saber ouvir o paciente, esclarecendo dúvidas e compreendendo suas expectativas, com registro adequado de todas as informações.

- Explicar detalhadamente, de forma simples e objetiva, o diagnóstico e o tratamento para que o paciente entenda claramente a doença, os benefícios do tratamento e as possíveis complicações e prognósticos.

- Após o devido esclarecimento, deixar que o paciente escolha o tratamento sempre que existir mais de uma alternativa.

- Estar disponível nas situações de urgência, sabendo que essa disponibilidade requer administração flexível das atividades.

- Indicar o paciente a outro médico sempre que o tratamento exigir conhecimentos que não sejam de sua especialidade ou capacidade, ou quando ocorrer problemas que comprometam a relação médico-paciente.

Por parte do paciente:

- Lembrar-se de que, como qualquer outro ser humano, o médico tem virtudes e defeitos, observando que o trabalho médico é uma atividade naturalmente desgastante.

- Não exigir o impossível do médico, que só pode oferecer o que a ciência e a Medicina desenvolveram. Da mesma forma, jamais culpar o médico pela doença.

- Respeitar a autonomia profissional e os limites de atuação do médico.

- Não exigir dos médicos exames e medicamentos desnecessários, lembrando que o sucesso do tratamento está muito mais na relação de confiança que se pode estabelecer com o médico.

Assim, a compreensão hermenêutica das narrativas é o denominador comum que permite a identificação dos seres humanos nesta relação. Exigir isto do paciente em um primeiro momento em que se estabelece o contato é praticamente impossível, pois nesta hora a consulta médica atravessa seu momento de “esforço poético” em busca do estabelecimento de uma história. Segundo nossa proposição (PLAPLER, 2015), a consulta evolui para um momento “retórico”, esforço de persuasão sobre conhecimentos e visões específicas e posteriormente, através de um processo dialético, para o entendimento mútuo das partes envolvidas. Vamos entender como isto ocorre.

No primeiro momento, o paciente elabora uma história – representação da verdade ou mito (*μυθος*), segundo Aristóteles – que constrói diversos pontos de vista, todos eles verossímeis, o que por sua vez determina um significado, um dos traços da composição poética. O segundo

momento determina o reconhecimento do saber médico e a submissão do paciente a este conhecimento, quando se estabelecem premissas e se procura o convencimento; determina ainda as verdades que o paciente procura impor ao médico segundo seu ponto de vista. No momento seguinte, dialético, é quando se estabelece o reconhecimento mútuo que leva, enfim, ao conhecimento.

Nesse contexto, a evolução passa pelo reconhecimento das narrativas de cada um. A formação holística, tanto no sentido pedagógico quanto no sentido linguístico da expressão, é o que permite a real compreensão das histórias contadas. O modelo científico revela-se, ao menos em três pontos, inferior ao modelo humanístico: a formação linguística (aptidão para se expressar claramente), a formação moral (as relações do indivíduo com o grupo social) e a formação patriótica e cívica (uma cultura que assegure a continuidade histórica da sociedade). Considerações importantes que, no início do século XX, tornam a defesa do ensino literário, nesse momento, uma das preocupações dos porta-vozes da indústria francesa e das grandes escolas científicas (CHERVEL e COMPÈRE, 1999, p. 166).

Reconhecer – e entender – as narrativas exige treinamento. A análise literária vai além da mera superficialidade, implica o aprofundamento que identifica o contexto histórico, social, político, religioso e ideológico, decifra as nuances do enredo, das personagens, das metáforas e alegorias, das ironias e ambiguidades e mesmo da métrica e do ritmo do texto, visando a desconstrução até de seus elementos constitutivos, a fim de compreender seu significado como um todo (PORTAL SÃO FRANCISCO, 2019). Na literatura, há uma correspondência entre o sofrimento do sujeito, enquanto agente, e o local da ação, espaço e tempo mensuráveis. Na análise de texto, utiliza-se, por exemplo, a técnica de “close reading”. Neste processo, observam-se fatos e detalhes sobre o texto, estrutura, forma e conteúdo, pontuação e relações com a cultura local ou geral, época, cenário, personagens e narrador (KAIN, 1998). Encontra-se assim tantas informações quantas necessárias para formular tantas questões quantas se queira para se entender os significados ocultos, intencionalmente ou não, em um texto, em uma história, a essência da identidade.

A técnica de “close reading” pode ser resumida em alguns itens:

1. Ler com um lápis na mão, ressaltando o texto e anotando nas margens.

2. Procurar por padrões naquilo que foi notado no texto: repetições, contradições e similaridades.
3. Questionar os padrões encontrados, principalmente “como” e “por que”.
4. Interpretar as respostas em relação ao meio sociocultural, religioso (se for o caso) e econômico.

É claro, no entanto, que apenas ler com atenção não implica, necessariamente, a aquisição de conhecimento. É necessário entender os conceitos contidos nas diferentes narrativas, as abstrações que permitam ordenar conhecimentos de forma organizada o conhecimento.

Diferentes formas de ensino podem levar à melhor compreensão das narrativas e contribuir para a composição da identidade narrativa. O aprendizado baseado em problemas (PBL – Problem Based Learning) se propõe a discutir relatos inseridos na realidade dos estudantes. São discussões que evidenciam a participação dos diferentes protagonistas em situações propostas sobre a atividade diária.

O PBL tem sua formulação embasada nos chamados 7 passos:

1. Esclarecimento dos termos difíceis.
2. Definição dos problemas a serem entendidos e explicados.
3. Análise dos problemas. Dar as possíveis explicações, de acordo com os conhecimentos prévios – "*Brain storm*".
4. Resumir.
5. Formular os objetivos de aprendizado.
6. Estudo individual baseado no passo nº 5.
7. Relatar ao grupo. Discutir.

Por exemplo, um estudo sobre desnutrição pode ser analisado a partir da leitura do texto de João Cabral de Mello Neto:

Somos muitos Severinos / iguais em tudo na vida: / na mesma cabeça grande / que a custo é que se equilibra, / no mesmo ventre crescido / sobre as mesmas pernas finas / e iguais também porque o sangue, / que usamos tem pouca tinta. / E se somos Severinos / iguais em tudo na vida, / morreremos de morte igual, / mesma morte Severina: / que é a morte de que se morre / de velhice antes dos trinta, / de emboscada antes dos vinte, / de fome um pouco por dia / (de

fraqueza e de doença / é que a morte Severina / ataca em qualquer idade, / e até gente não nascida). (MELLO NETO, 1974, p. 73-79).

A definição do problema: desnutrição; análise do problema, explicações: meio ambiente, condição socioeconômica, cultural; relatar ao grupo: os sinais de desnutrição estão aqui descritos, mas de forma a dar maior ênfase à identificação do sujeito em seu ambiente (iguais em tudo na vida; morte por velhice precoce, por violência; fome diária, mortalidade infantil). Esta forma de análise, junto com os textos e trabalhos clínicos, ajudam a entender o indivíduo por trás da doença.

As narrativas de pacientes sobre suas doenças (*Illness Narratives*), diferentemente da consulta médica, se propõem mostrar como a doença interfere no universo do paciente e como este reage para se adaptar a novas realidades.

Tomemos como exemplo este trecho de *De Profundis. Valsa Lenta*, de Cardoso Pires (2015):

Janeiro de 1995, quinta-feira. Em roupão e de cigarro apagado nos dedos, sentei-me à mesa do pequeno-almoço onde já estava a minha mulher com a Sylvie e o Antônio que tinha chegado na véspera a Portugal. Acho que dei os bons-dias e que, embora calmo, trazia uma palidez de cera. Foi numa manhã cinzenta que nunca mais esquecerei, as pessoas a falarem não sei de quê e eu a correr a sala com o olhar, o chão, as paredes, o enorme plátano por trás da varanda. Parei na chávena de chá e fiquei. “Sinto-me mal, nunca me senti assim”, murmurei numa fria tranquilidade. Silêncio brusco. Eu e a chávena debaixo dos meus olhos. De repente viro-me para a minha mulher: “Como é que tu te chamas?” Pausa. “Eu? Edite.” Nova pausa. “E tu?” “Parece que é Cardoso Pires”, respondi então. (CARDOSO PIRES, 2015, p. 25-28).

Neste trecho em que o autor descreve seu acidente vascular cerebral, encontramos indícios linguísticos que mostram sua perda de identidade na conjugação do verbo ser (“é” em lugar de “sou”, a passagem da primeira para a terceira pessoa do singular). Percebe-se também a lentificação dos movimentos e do pensamento (a inserção de pausas). Mais ainda, é sensível a perda da afetividade, do sentimento (na citação fria das pessoas em volta). Todo este conjunto faz parte do universo do indivíduo com acidente vascular cerebral, mas a percepção do ser humano (com todas as inserções em seu mundo próprio) acometido pela doença se dá melhor pela análise do texto.

Estes exemplos mostram como se pode utilizar a análise literária para desenvolver a noção da identidade narrativa como forma de percepção dos seres humanos envolvidos na relação médico-paciente.

Em nossas escolas médicas estas formas de ensino têm servido apenas como pano de fundo que deságua na tradicional “resolução dos problemas” ou, mais recentemente, em uma “humanização da medicina para os pobres e desvalidos”, ignorando todos os demais elementos contextuais. Humanização passou a ser, assim, sinônimo de medicina social. A técnica de “close reading” aplicada aos textos nestas formas de ensino faria com que se pudesse entender as diferentes realidades e personalidades em todos os níveis.

Levada ao consultório, a formação humanística leva a um melhor entendimento do papel do médico em relação ao paciente e à própria profissão. A técnica de “close reading” aplicada àquilo que o paciente conta leva, no primeiro momento, a questionar detalhes da narrativa e interpretá-los dentro do contexto do paciente em relação ao seu mundo. A compreensão desse universo e o do próprio médico desenvolve o que chamamos de empatia e, com isso, mais satisfação tanto do profissional quanto do paciente no tocante ao tratamento. A consequência imediata para o profissional será a diminuição dos índices de “burn out”, assunto que hoje causa preocupação entre os profissionais de saúde ocupacional. Em trabalho extenso de pesquisa Barbosa et al (2007, p. 144) identificaram que, no Brasil, 33,9% dos médicos sofrem de Síndrome de *Bur nout* (SB) moderado e 23,1% de SB grave, sendo ainda que 10,6% apresentaram o mais alto estágio desta classificação, ou *burn out* extremo.

Moreira et al (2018, p. 7) detectaram maior incidência de SB em médicos de UTI e identificaram como desencadeadores de *stress* contínuo “a inadequada comunicação institucional e a burocrática organização multidisciplinar do trabalho, a falta de apoio dos cargos superiores, a insatisfação com a carreira e o salário, sendo este associado à alta despersonalização”. Como despersonalização entendemos a perda de identidade e, como vimos acima, a constituição da identidade se dá pela narrativa.

Não entendemos as humanidades como formadoras do caráter nem como uma maneira de formar melhores profissionais tecnicamente, mas como uma forma de entender melhor a profissão a que estes indivíduos decidiram se dedicar.

CONCLUSÃO

Nossa proposta inclui, por conseguinte, uma mudança no ensino médico com a inclusão de conceitos ligados à linguagem e narrativa, principalmente o ensino da técnica de “*close reading*” em narrativas – literárias, pictóricas ou musicais – sobre saúde e doença, bem como a alteração do mestrado e doutorado para áreas ligadas às Humanidades tais como música, artes, filosofia e literatura. Estas alterações colocariam no mercado de trabalho indivíduos mais preparados, experientes e em condições de prestar melhor atendimento aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. *Poética*. 3. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. *Hermenêutica e Humanização da Práticas de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BARBOSA, G. A. et al. *A saúde dos médicos no Brasil*. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 220 p. 2007.
- CARELLI, F. B.; POMPILIO, C. E. *O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 46, p. 677-681, 2013. ISSN 1414-3283. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000020> >.
- CHERVEL, A.; COMPÈRE, M.-M. *As humanidades no ensino. Educação e Pesquisa*, v. 25, p. 149-170, 1999. ISSN 1517-9702.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica*. MEDICINA, C. F. D. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 2.217/2018 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Guia da relação médico-paciente. Livros do CREMESP*, São Paulo, 2001. Disponível em: < https://www.cremesp.org.br/siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=10 >.
- GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. A. *As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Revista brasileira de educação médica*, v. 30, n. 1, p. 6-14, 2006.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Campinas: Editora Vozes/Editora Unicamp, 2012.
- JOMANI. *Humanidade do médico*. 2019 2019.

KAIN, P. *How to Do a Close Reading*. London, 1998. Disponível em: <
<https://writingcenter.fas.harvard.edu/pages/how-do-close-reading> >.

LEVINAS, E. *Totalidade e Infinito*. Lisboa: Martinus Nijhoff Publishers B V, 1980. 287.

LISBOA, M. J. A. O conceito de identidade narrativa e a alteridade na obra de Paul Ricoeur: aproximações. *Impulso, Piracicaba*, v. 23, n. 56, p. 99-112, 2013. ISSN 0103-7676.

MELLO NETO, J. C. *Morte e vida Severina e Outros Poemas em Voz Alta*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974. 28.

MOREIRA, H. D. A.; DE SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. *Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática*. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo: Epub 43 2018.

PIRES, J. C. *De profundis: valsa lenta*. Pref. de João Lobo Antunes. Lisboa: Relógio D'Água, 2015.

PLAPLER, H. *Comunicação Médico/Paciente vs. Relação Médico/Paciente*. A Narrativa como ponte na construção do (re)conhecimento. 2015. (Trabalho de Conclusão de Curso (Disciplina). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - Universidade de São Paulo, São Paulo.

PLAPLER, H.; CARELLI, F. B. *Patient/Doctor Communication vs. Patient/Doctor Relation: Narrative as a Bridge in the Construction of (Re)cognition*. *Narrative Medicine*. Universidade de Lisboa/Fundação Calouste Gulbenkian 2015.

POMPILIO, C. E. *As "evidências" em evidência*. *Diagnóstico & Tratamento*, v. 11, p. 16-17, 2006.

PORTAL SÃO FRANCISCO. *Análise Literária*. 2019. Disponível em: <
<https://www.portalsaofrancisco.com.br/literatura/analise-literaria> >.

RICOEUR, P. *Tempo e Narrativa*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

SANTOS, R. C. *Relação médico-paciente lidera causas de processos éticos no Cremesp*. *Jornal da Unicamp*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas: 8 p. 2006.

WYSCHOGROD, E. Language and Alterity in the Thought of Levinas. In: BERNASCONI, S. C. R. (Ed.). *The Cambridge Companion to Levinas*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002. p.188-205.

Envio: Setembro de 2019

Aceito: Outubro de 2019