

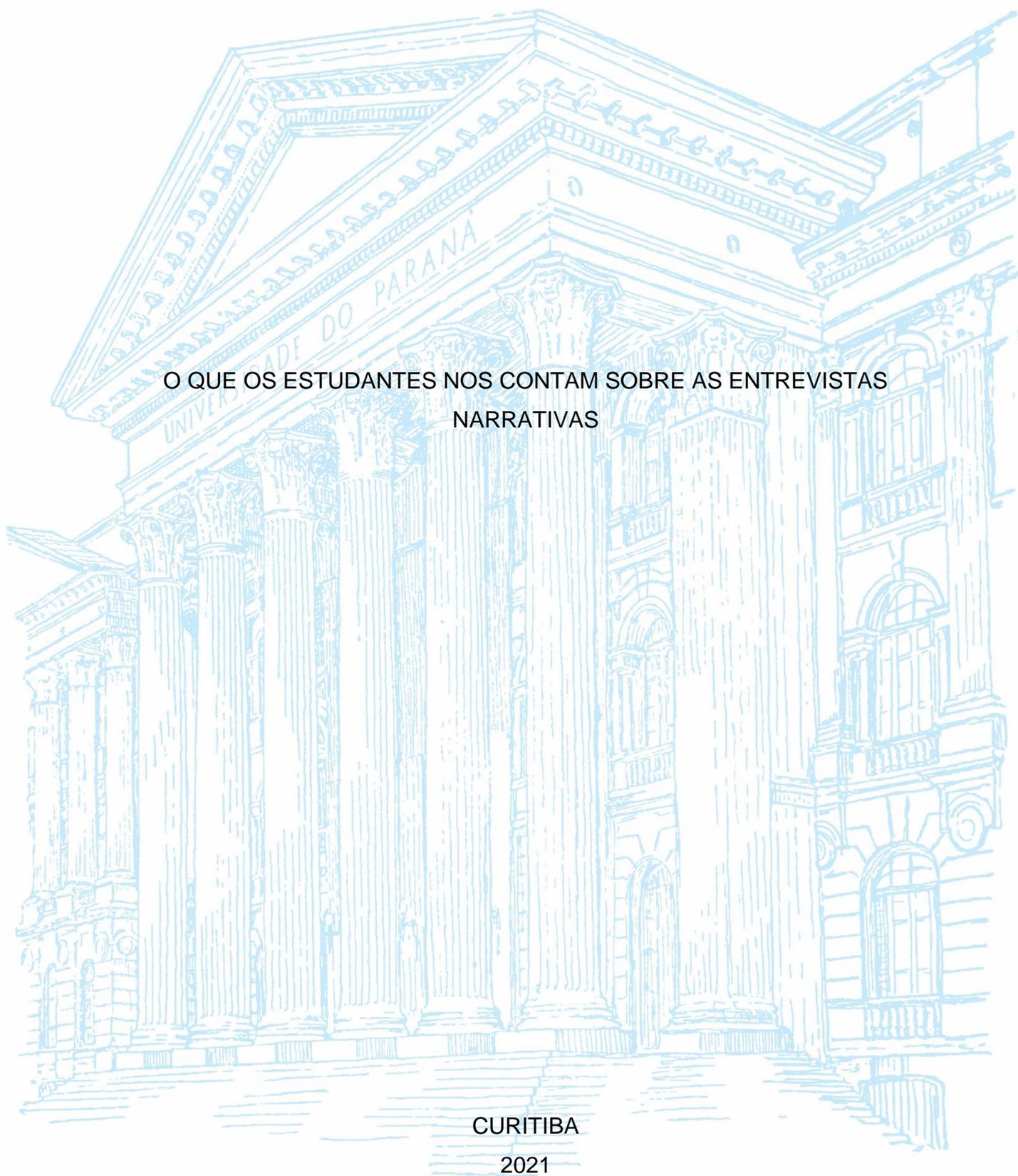
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANIR APARECIDA TROMBETTA

O QUE OS ESTUDANTES NOS CONTAM SOBRE AS ENTREVISTAS
NARRATIVAS

CURITIBA

2021



VANIR APARECIDA TROMBETTA

O QUE OS ESTUDANTES NOS CONTAM SOBRE AS ENTREVISTAS
NARRATIVAS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, em rede com a Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientadora: Prof. Dra Giovana Daniela Pecharki
Co-Orientador: Prof. Dr Deivisson Vianna Dantas dos Santos

CURITIBA

2021

T849 Trombetta, Vanir Aparecida
O que os estudantes nos contam sobre as entrevistas
narrativas. [recurso eletrônico] / Vanir Aparecida Trombetta.
– Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Giovana Daniela Pecharki
Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos
Santos

1. Medicina narrativa. 2. Educação de graduação em
medicina. 3. Competência clínica. 4. Relações médico-paciente.
I. Pecharki, Giovana Daniela. II. Santos, Deivisson Vianna
Dantas dos. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do
Paraná. IV. Título.

NLM: W 20



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **VANIR APARECIDA TROMBETTA** intitulada: **O QUE OS ESTUDANTES NOS CONTAM SOBRE AS ENTREVISTAS NARRATIVAS**, sob orientação da Profa. Dra. GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 24 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

28/06/2021 12:13:06.0

GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

02/07/2021 12:09:00.0

EROTILDES MARIA LEAL

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

Assinatura Eletrônica

30/06/2021 17:34:26.0

IPOJUCAN CALIXTO FRAIZ

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Aos meus professores e colegas de jornada, que tornaram tudo mais leve e prazeroso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos professores, que compartilharam muito mais que conhecimento durante a jornada do mestrado, compartilharam também seu carinho e amizade. Tive o prazer de conhecer pessoas incríveis, dedicadas e muito competentes. Agradeço especialmente a meus orientadores Giovana Daniela Pecharki e Deivisson Vianna Dantas dos Santos pela atenção praticamente incansável ao longo de tantos meses. Agradeço muito aos queridos colegas de turma, alguns velhos conhecidos e outros novos amigos, que tornaram tudo mais leve e divertido! Foi um prazer conviver com vocês!

Agradeço a meu marido Allan que sempre me apoiou nas minhas incertezas ao longo da vida e que tem um gosto pelo estudo que também me inspira.

Agradeço a meus pais que desde cedo priorizaram o estudo na vida dos filhos. Quanta diferença isso fez para mim!

Agradeço finalmente à minha irmã e a meus amigos, que entenderam e me apoiaram quando precisei me dedicar às tarefas do mestrado, em tantos finais de semana.

Não foi uma jornada fácil, mas com certeza estas pessoas tornaram a viagem suave!

“O que melhora o atendimento é o contato efetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria, é a falta de preconceito.”

Nise da Silveira

RESUMO

O modelo biomédico tem imperado na medicina ao longo das décadas e uma crescente demanda por romper com este paradigma tem tomado força. O primeiro contato que se faz entre médicos e pacientes normalmente acontece por meio da entrevista médica. Nesse momento, percebe-se que a escuta e o entendimento da narrativa do paciente são primordiais para um cuidado personalizado. Em consonância com essa demanda por uma mudança de modelo de cuidado, o ensino médico deve proporcionar, aos estudantes, oportunidades para tal aprendizado, e, algumas estratégias já bem fundamentadas, como as da Medicina Narrativa, podem contribuir para isso. Algumas formas de entrevista baseadas na tomada da narrativa de adoecimento podem fornecer o substrato inicial para a preparação de médicos e estudantes. Considerando que entender a história do paciente seja uma habilidade que pode ser desenvolvida durante a formação acadêmica, buscou-se neste estudo avaliar a compreensão pelo aluno de medicina sobre a narrativa do paciente, utilizando a entrevista McGill Illness Narrative Interview (MINI) durante a anamnese, em atividades do Internato de Medicina da Família. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado com 11 alunos do quinto ano, de uma universidade privada, no internato de Medicina de Família e Comunidade, durante o atendimento a pacientes em unidades de saúde. Foram entrevistados 29 pacientes por um período de 5 semanas, utilizando o MINI. Em seguida, foram realizados encontros individuais *on-line* com os acadêmicos participantes, onde questões sobre a aplicação da ferramenta foram levantadas. As falas dos alunos foram transformadas em narrativas, a partir das quais foram criados os núcleos argumentais, e foi montada uma matriz de análise com as categorias obtidas. O agrupamento dos discursos em núcleos argumentais possibilitou a correlação com o referencial teórico da Medicina Narrativa, da Antropologia Médica e da Clínica Ampliada. O estudo proporcionou uma nova experiência de entrevista clínica aos alunos e possibilitou perceber neles uma valorização da narrativa do paciente e da consequente reflexão a que chegaram sobre a importância de vários aspectos descobertos por meio do MINI. O reconhecimento da importância do cuidado individualizado esteve presente no relato dos alunos e o desejo de incorporar uma abordagem mais ampliada na sua rotina surgiu em todos os discursos, embora não contemplem incorporar o MINI na sua forma integral à prática, atribuindo a isso dificuldades na rotina produtivista do trabalho médico. Notou-se que o ensino está ainda vinculado em alguns momentos ao modelo biomédico e constatou-se que o processo de ensino-aprendizagem está ancorado na vida real, fato que os alunos testemunham nos campos de estágio. Embora os dados se refiram à realidade de um único curso de medicina, observou-se uma distância entre o que se espera do ensino médico alcance e o que se observa na prática. Acreditamos que o MINI pode colaborar para a aquisição de competência interpretativa e narrativa nos alunos, colaborando com uma abordagem e uma construção de plano terapêutico personalizados.

Palavras-chave: Medicina narrativa. Educação de graduação em Medicina. Competência Clínica. Relações médico-paciente.

ABSTRACT

The biomedical model has reigned in medicine over the decades and a growing demand to break with this paradigm has taken hold. The first contact that is made between doctors and patients usually happens through the medical interview. At this moment, listening and understanding the patient's narrative is primordial for personalized care. In line with this demand for a change in the care model, medical teaching should provide students with opportunities for such learning, and some well-founded strategies, such as those of Narrative Medicine, can contribute to this. Some forms of interviewing based on taking the narrative of illness can provide the initial substrate for the preparation of physicians and students. Considering that understanding the patient's story is a skill that can be developed during academic training, this study sought to evaluate the medical student's understanding of the patient's narrative, using the McGill Illness Narrative Interview (MINI) during anamnesis, in Family Medicine Internship activities. This is an exploratory, descriptive and qualitative study, carried out with 11 fifth-year students, from a private university, in the Family and Community Medicine Internship, during patient care in health care units. Twenty-nine patients were interviewed over a period of 5 weeks, using the MINI. Afterward, individual online meetings were held with the participating students, where questions about the application of the tool were raised. The students' speeches were transformed into narratives, from which the argumentative nuclei were created, and an analysis matrix was assembled with the categories obtained. The grouping of the speeches into argument cores allowed the correlation with the theoretical framework of Narrative Medicine, Medical Anthropology, and the Expanded Clinic. The study provided a new experience of the clinical interview to the students and made it possible to perceive in them an appreciation of the patient's narrative and the consequent reflection they arrived at about the importance of several aspects discovered through the MINI. The recognition of the importance of individualized care was present in the students' reports and the desire to incorporate a more extended approach in their routine emerged in all the speeches, although they do not contemplate incorporating the MINI in its integral form into practice, attributing to these difficulties the productivist routine of medical work. It was noted that teaching is still linked in some moments to the biomedical model and it was found that the teaching-learning process is anchored in real life, a fact that students witness in the internship fields. Although the data refers to the reality of a single medical course, a gap was observed between what is expected from medical education and what is observed in practice. We believe that MINI can collaborate to the acquisition of interpretive and narrative competence in students, collaborating with a personalized approach and therapeutic plan construction.

Keywords: Narrative medicine. Medical undergraduate education. Clinical competence. Doctor-patient relationships.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil de alunos que participaram da pesquisa e responderam ao questionário.....	28
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA PARA O ENTENDIMENTO DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO	17
3.1	A FORMAÇÃO MÉDICA E A BUSCA PELO ENTENDIMENTO DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO	18
3.3	A MEDICINA NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....	20
3.4	O PAPEL DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO NA MEDICINA	22
3.5	A ENTREVISTA MCGUIL MINI COMO FERRAMENTA PARA OBTENÇÃO DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO	23
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	24
5	RESULTADOS	28
5.1	IMPRESSÕES SOBRE O MÉTODO	29
5.2	DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A EXECUÇÃO DA ENTREVISTA.....	29
5.3	COMPREENSÃO DA NARRATIVA DO PACIENTE.....	31
5.4	DIFERENÇAS PERCEBIDAS COM RELAÇÃO À TÉCNICA USUAL DE ANAMNESE	32
5.5	PERCEPÇÃO DO SENTIMENTO DO PACIENTE QUANTO À ENTREVISTA REALIZADA	34
5.6	PROPOSTAS PARA APLICAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA.....	35
5.7	INCORPORAÇÃO DA ENTREVISTA NO ENSINO NA GRADUAÇÃO	36
6	DISCUSSÃO	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS.....	46
	ANEXO 1 - MCGILL MINI NARRATIVA DE ADOECIMENTO.....	50
	ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP – UFPR	54

APÊNDICE 1 - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA APLICADO NA ETAPA 3.....	58
APÊNDICE 2 - MATRIZ ELABORADA COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM OS ALUNOS PARTICIPANTES	59
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66

1 INTRODUÇÃO

As práticas de saúde sofreram mudanças dramáticas ao longo do tempo e a clínica, tal como é conhecida atualmente, evoluiu ao longo do século XX, no sentido da impessoalidade e da tecnologização. O encontro médico-paciente foi gravemente afetado, especialmente quanto ao relato produzido a partir dele, que se tornou progressivamente mais impessoal e deslocado da realidade vivida do doente. É visível e crescente o descrédito da história de adoecimento da pessoa, em favor de “fatos” e “achados” que são tidos como mais objetivos e científicos. A medicina se incumbiu de produzir técnicas de entrevista onde a voz do médico, que tenta traduzir o sofrimento do paciente, geralmente tem o formato de um registro neutro e objetivo dos fatos ouvidos, eliminando aquilo que julga irrelevante. Não há espaço para dúvidas, reticências ou exclamações (CAMPOS, 2002).

O autor Hyden (1997) pontua que é negado ao paciente o direito de sentir alguma coisa para a qual não exista uma base cientificamente definida”. O encontro médico-paciente passou a ter o foco no entendimento da doença e não do doente. (KALITZKUS, 2009). E como a Medicina progressivamente assumiu este lugar? Foucault em seu clássico *O Nascimento da Clínica* relata que a Clínica nasceu no século XVIII, junto com a Ciência Moderna, quando o empirismo substituiu o raciocínio metafísico e filosófico da Idade Média e o fato observado passou a ser mais importante que a explicação da doença (FOUCAULT, 2001). Outro passo para a impessoalização e fragmentação da clínica acontece quando os sinais e sintomas das doenças começam a ser hierarquizados e agrupados, estratégia provavelmente inspirada em classificações anteriores de vegetais e animais. Esse modelo classificatório e hierarquizado das doenças persiste dominante na medicina até os dias de hoje (BEDRIKOW; DE SOUSA CAMPOS, 2011).

Outro marco biomédico foi o surgimento da anatomia patológica, a partir do que sinais e sintomas passaram a ser correlacionados à alterações estruturais de órgão e tecidos. Foucault chega a destacar que aquele que deseja compreender a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares e, se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente, as leis imutáveis que o determinam podem ser rapidamente descobertas. Seria então, um modelo em que a doença instalada no corpo deveria ser separada da pessoa do doente (BEDRIKOW; DE SOUSA CAMPOS, 2011).

Tal processo parece ter se intensificado ainda no início do século 20, como um dos reflexos do relatório Flexner, que consolidou o modelo biomédico na atuação em saúde (AURÉLIO; ROS, 2008). A instrumentalização da clínica, a busca acirrada pelos agentes etiológicos das doenças, o aumento da gama de medicamentos e tratamentos específicos, os exames diagnósticos, a crescente tecnologia no campo da saúde contribuíram inegavelmente para avanços notáveis na medicina. No entanto, simultaneamente, percebeu-se a perda da experiência de adoecimento de cada um, da individualidade do adoecer, com seus significados pessoais intransferíveis e incomparáveis (AQUINO, 2011; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS., 2009; PINHEIRO, R; MATTOS, 2007). O tratado de semiologia da década de 80 de Ramos Jr, afirmava que a anamnese deveria ser feita correspondendo à informação e à composição dos sintomas, de tal forma que fosse possível o raciocínio para os diagnósticos obrigatórios, anatômicos, funcionais e etiológicos (BEDRIKOW; DE SOUSA CAMPOS, 2011).

É preciso reconhecer que essa clínica empírica, ancorada na tecnologia da ciência moderna, contribuiu com notáveis avanços sobre o controle de doenças e melhorias de qualidade de vida. A classificação de sinais e sintomas em agrupamentos que caracterizam as doenças permite decisões rápidas sobre opções de tratamentos; porém, esse padrão de funcionamento não se mostra suficiente para responder à demandas que não se encaixam dentro dos agrupamentos, Nesse contexto, Gastão Wagner de Souza Campos criou o conceito de Clínica Ampliada, que é aquela que busca devolver o protagonismo da história de adoecimento ao paciente, com todas as suas nuances de vida, ao mesmo tempo em que inclui e valoriza os avanços e práticas da clínica moderna ao raciocínio médico. Isso desloca a ênfase da doença para o sujeito concreto, ampliando o objeto de saber e de intervenção da clínica (CAMPOS, 2002)

Recentemente, alguns interesses de corporações de saúde, públicas e privadas têm colaborado também para uma padronização do atendimento médico que levaram ao desgaste da relação médico-paciente. O número excessivo de consultas e o tempo reduzido para tal, o aumento das demandas de caráter social, a escassez de recursos, a pressão por resultados, tudo isso provocou desgaste da relação paciente/serviço de saúde e conseqüentemente se refletiu na qualidade do atendimento (PINHEIRO, R; MATTOS, 2007). Pode-se comparar tal situação ao

conceito de clínica degradada de Campos, que se refere à uma clínica podada, impotente, diminuída em função de limites externos que lhe foram impostos. O autor cita como exemplos desde interesses corporativos até políticas de saúde inadequadas (CAMPOS, 2002).

Os próprios cursos de graduação, sempre procurando adaptar-se ao mercado, correm o risco de seguir esta lógica e perpetuar este desinteresse dos profissionais de saúde sobre o relato de adoecimento da pessoa que procura ajuda. Essa narrativa, pessoal e única, passou a ser formatada por inúmeras perguntas prontas e utilizadas do mesmo modo para todos. Tal prática é estimulada na graduação médica, onde os alunos são treinados para a repetição de uma mesma estrutura de anamnese padrão ao invés de partir do aprendizado da técnica para a particularização do seu uso de acordo com o perfil e necessidades de cada pessoa (SOBRAL ROSÁRIO, 2018).

Assim o relato do paciente foi perdendo terreno, o que provocou um afastamento entre médicos e pacientes, trazendo consigo consequências como a impessoalidade nestas relações, o descontentamento dos pacientes com o cuidado massificado recebido, a sensação de que não são ouvidos e a perda de oportunidades valiosas de ampliar as possibilidades de “cura” dos pacientes. É frequente o relato de baixa aderência às prescrições médicas, baixa satisfação com o atendimento recebido e como consequência baixa efetividade dos atendimentos médicos. É essencial a reflexão sobre quais aspectos da formação médica podem contribuir para tamanho equívoco (HOJAT et al., 2009; SHAPIRO, 2011).

Apesar de tantos fatores interferentes que moldam as práticas dos atendimentos em saúde, percebe-se nas últimas décadas o esforço de alguns núcleos de ensino no sentido de devolver ao encontro médico-paciente o valor e o poder da narrativa de adoecimento. Este encontro ainda é uma oportunidade singular que deve ser valorizada, que por si só pode ter efeitos terapêuticos, mas também pode ser o caminho para encontrar a terapêutica adequada à cada um. A escuta qualificada das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando suas necessidades como centro das intervenções e práticas, contribui para alcançar a integralidade nos cuidados oferecidos (PINHEIRO, R; MATTOS, 2007).

Ouvir a narrativa do adoecimento para alguns autores não demanda técnica e deve transcorrer o mais livremente possível. Palavras, silêncios, gestos, associações livres de idéias, tudo é matéria para levar à compreensão do sofrimento (CHARON, 2001a; ZAHARIAS, 2018a). Outros, no entanto, acreditam que as perguntas certas

nos momentos exatos podem contribuir para que o relato do paciente seja o mais completo possível. Considerando-se que tomar a história do paciente seja uma habilidade a ser desenvolvida pelo aluno de medicina, e que faz parte do escopo da anamnese clínica, acredita-se que algumas estratégias podem colaborar para seu desenvolvimento ser bem sucedido (SOBRAL ROSÁRIO, 2018; ZAHARIAS, 2018b). Algumas questões-chave já foram propostas, bem como palavras norteadoras, porém, um instrumento ainda pouco utilizado na clínica chama a atenção: a entrevista McGill MINI narrativa de adoecimento, uma entrevista semiestruturada, utilizada como modelo para a obtenção de narrativas de experiências e sentidos de adoecimento e sintomas, que pode ser empregada na prática clínica e no campo das pesquisas qualitativas em saúde (FAVORETO; DE CAMARGO, 2011).

A sustentação acadêmica a respeito da importância do estudo das narrativas nas práticas de ensino-aprendizagem da medicina é hoje bem robusta, tornando necessário ampliar a discussão sobre como a entrevista clínica tem colaborado para isso, numa perspectiva de ampliar o cuidado centrado na pessoa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a compreensão pelo acadêmico de medicina sobre a experiência da narrativa do paciente, utilizando a entrevista *McGill Illness Narrative Interview* (MINI) durante a anamnese, em atividades do Internato de Medicina da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Verificar se a entrevista McGill MINI pode influenciar a prática em anamnese do aluno em um curso de graduação de medicina.
- B. Avaliar os efeitos do uso do instrumento quanto à compreensão da integralidade da atenção em saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA PARA O ENTENDIMENTO DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO

Historicamente, as disciplinas de Antropologia, Sociologia e Literatura, vem contribuindo com seus autores, médicos ou não, para devolver ao paciente o papel de ator principal de sua história. No campo das Letras, Literatura e das Artes, Rita Charon, médica precursora do conceito de competência narrativa, foi a fundadora da disciplina Medicina Narrativa na Universidade de Colúmbia no ano 2000, que inclui estratégias de ensino-aprendizagem destes três campos de conhecimento. Ela descreve que, em toda prática médica, a narrativa do paciente é um ato terapêutico central, porque encontrar as palavras certas para conter a desordem e as preocupações dá ao paciente forma e controle sobre o caos que a doença provoca (CHARON, 2001b). Seguindo a mesma idéia, Frank afirma que a doença provoca uma perda de rumo, e, ao narrar os fatos, eles se transformam em experiências e se estabelece um elo de sofrimento compartilhado (FRANK, 1998)

A Antropologia fez nascer campos específicos dedicados ao estudo das relações que permeiam o processo saúde-doença, colocando a pessoa do paciente no papel principal da investigação, como a Antropologia Médica e a Antropologia da Saúde e da Doença. A Antropologia Médica ganha destaque especialmente a partir da década de 80, com um de seus maiores expoentes, o médico psiquiatra Arthur Kleinman, desenvolvedor de métodos e abordagens úteis às investigações médicas e à pesquisa qualitativa e que buscou prover competência cultural ao ensino médico e ao manejo clínico. Dentro do currículo médico em muitas escolas, a Antropologia Médica torna-se uma disciplina, originalmente nos Estados Unidos da América, e depois na Europa e América Latina. Nesse mesmo período no Brasil assiste-se a uma produtiva colaboração entre Medicina e Antropologia, tanto nas pesquisas quanto na formulação e implantação de programas de saúde.

Alguns conceitos, méritos da Antropologia, são hoje parte fundamental do treinamento médico, sendo um dos mais presentes o reconhecimento de que saúde e doença são as expressões que resultam das relações entre fatores biológicos, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais. Outro conceito que comprova a presença dessa interface com a Antropologia são as noções de *ILLNESS* e *DISEASE*,

onde *ILLNESS* seria a forma como o paciente expressa a sua experiência do estar doente (que engloba aspectos individuais, sociais e culturais) e *DISEASE* seria a tradução que o médico faz a partir de seu entendimento do relato do paciente, com base no modelo biomédico que orienta seu raciocínio clínico, isto é, passar da doença do paciente para a doença do médico, na elaboração diagnóstica.

3.1 A FORMAÇÃO MÉDICA E A BUSCA PELO ENTENDIMENTO DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO

Em meio a tal cenário, a formação médica torna-se foco de grande interesse na busca pela personalização do cuidado oferecido e o currículo deve trazer estratégias para tal, sendo esta uma preocupação urgente (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018; DALTRO, MÔNICA RAMOS; BUENO, 2010; GAUFBERG et al., 2010). O aluno deve ter a oportunidade de expandir seus conceitos de empatia, humanidade e solidariedade, para além de competências técnicas biomédicas (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018; SCHWELLER, 2014) . Ainda segundo Charon (2001a), os médicos precisam desenvolver a habilidade de ouvir as narrativas de seus pacientes, entender e valorizar seus significados, para então interpretar e ser movidos a agir em acordo com eles – isso é competência narrativa.

Propostas curriculares para a formação médica que contemplem tal habilidade de compreensão da narrativa de adoecimento do paciente visam a integralidade do cuidado e devem estar em sinergia com os princípios do Sistema Único de Saúde. A integralidade, conceito recorrente nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, pode ser entendido sob vários aspectos: prática profissional de forma integrada, multidisciplinar, interdisciplinar; planejamento de intervenções de promoção, prevenção e reabilitação, que visam a atenção integral aos indivíduos; responsabilidade pela qualidade da assistência e do cuidado. Além disso, pode ser compreendida como estratégia para oferecer atenção à saúde ampliada ao indivíduo, em seu contexto social e em conformidade com suas necessidades reais de saúde. Por isso, reafirma-se aqui a importância do papel da narrativa para compreender tal contexto e reais necessidades do paciente (PALMIRA; ZAGONEL; RE-, 2017). Além de ter o foco na Integralidade, busca-se a formação generalista do médico, deste modo, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como o campo

mais apropriado para tais objetivos. Desde o primeiro ano do curso inseridos no contexto da unidade de saúde, os alunos aproximam-se gradativamente da complexidade dos atendimentos de saúde que envolvem esse campo de atenção. É no ambiente de ensino-aprendizagem da instituição de ensino superior que primeiramente o conceito de integralidade será vivenciado, mediante a inserção dos estudantes nos cenários de atenção à saúde (PALMIRA; ZAGONEL; RE-, 2017).

Neste contexto, em relação a APS, uma das maiores dificuldades que se apresenta para os alunos inicialmente é a de se apropriar das habilidades necessárias para entender tais demandas, cujas narrativas por vezes são cheias de significados e representações. Se tal habilidade não é alcançada, o objetivo maior do cuidado pode ser comprometido, visto que a singularidade do plano terapêutico deve levar em consideração todos os aspectos e significados do adoecimento de cada indivíduo (ZAHARIAS, 2018b). Como mencionado por Favoreto e Camargo (2011), parte-se do pressuposto que as dimensões dialógicas e socioculturais são questões centrais da prática clínica exercida na Atenção Primária à Saúde.

O processo de ensino deve incluir estratégias para uma comunicação mais efetiva com o paciente, o que inclui sem dúvidas, primeiramente a prática de ouvir. Mesmo parecendo ser um tema um tanto inusitado, sabe-se que a escuta qualificada nem sempre é uma premissa respeitada no encontro médico-paciente, com relatos de que as interrupções são frequentes logo após o primeiro minuto de fala do paciente e seguem ao longo de todo o discurso deste, direcionando as suas respostas às demandas do médico. Isso poderia em parte ser justificado pela própria organização dos serviços de saúde, à cobrança por produtividade e a restrição do tempo de consultas, que alguns serviços impõe aos profissionais, porém, também depende da aquisição de habilidades de comunicação (DALTRO, MÔNICA RAMOS; BUENO, 2010; I, 2010; TAVARES, 2017).

Em consonância com o conceito de Integralidade do cuidado, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em 2014 citam os desempenhos esperados dos alunos com relação à identificação de necessidades de saúde, o que perpassa, obviamente, pela qualidade da entrevista clínica:

a) “estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;

- b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o **entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa**;
- d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os **aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares**, assegurando a privacidade e o conforto;
- e) favorecimento da construção de vínculo, **valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados** trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, **considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde**, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;"

Os aspectos biopsicossociais aparecem nas narrativas dos pacientes e podem influenciar no modo como a doença os afeta. Esses aspectos podem não fazer parte de critérios diagnósticos em geral, mas nem por isso são menos importantes dentro do contexto da singularidade de cada indivíduo. Como lembrado por Benedetto (2010), que menciona que a aplicação de um enfoque narrativo na educação médica, permite ao estudante de medicina um maior entendimento da enfermidade, graças à combinação do conhecimento biomédico obtido por meio das abordagens educacionais tradicionais com o conhecimento pessoal, afetivo e experiencial obtido através da interrelação entre estudantes de medicina, pacientes e familiares.

3.3 A MEDICINA NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Algumas escolas médicas já incluem em seu currículo algumas estratégias com foco no desenvolvimento de tais habilidades; estratégias, como por exemplo, as pertencentes à Medicina Narrativa, disciplina nascida na Universidade de Columbia no ano 2000, que teve seu berço em campos da literatura, da linguística e das artes (MILLER et al., 2014). Tem como seu primeiro e maior expoente Rita Charon, e propõe práticas de ensino/aprendizagem que se apresentam como estratégias de facilitação

do entendimento médico a respeito do sentimento singular de adoecimento do paciente, objetivando ampliar as possibilidades do cuidado (CHARON, 2001a, 2007; MILLER et al., 2014). Também pode ser entendida como uma ferramenta terapêutica, uma ferramenta de pesquisa qualitativa ou uma forma especial de comunicação médico-paciente (KALITZKUS, 2009). Traz como sua principal premissa a escuta da narrativa do paciente, e a partir daí a reflexão em busca de seus significados (MACHADO; LOBO ANTUNES, 2016).

A Medicina Narrativa, desde sua implantação como disciplina na Universidade de Columbia difundiu-se rapidamente dentro das práticas de humanização e comunicação de cursos de medicina em todo o mundo (BLEAKLEY, 2005; EASTON, 2016). Publicações versando sobre o papel das narrativas na medicina datam ainda da década de 70, mas ganham força a partir da década de 90 e se organizaram sob a denominação de Medicina Baseada em Narrativa. Em 2014 em Roma, uma conferência internacional de experts fez recomendações para a implementação da Medicina Narrativa na prática clínica e a definiu como uma metodologia de intervenção clínica baseada em habilidades específicas de comunicação. Buscando desenvolver este objetivo, a Medicina Narrativa como disciplina pode incluir várias estratégias como o estudo da literatura e de outras formas de artes, a escrita reflexiva, a reflexão sobre a narrativa do paciente, a reflexão sobre a narrativa médica para a equipe. Em acréscimo coloca a pesquisa qualitativa em lugar privilegiado para a produção de conhecimento a partir de suas práticas. A prática da medicina baseada em narrativas já mostra resultados também no campo do desenvolvimento da empatia do aluno de medicina (MEDEIROS et al., 2013; SCHWELLER, 2014; TAVARES, 2017). Rita Charon, em 2001, chama a atenção para a dimensão relacional e hermenêutica da Medicina Narrativa, ao dizer que a competência narrativa se presta a reconhecer, interpretar e ser levado a agir por aquele relato (CHARON, 2001b). Já Hurwitz traz a tona um outro propósito da Medicina Narrativa, como “uma prática e uma atitude intelectual que permite aos médicos olhar para além dos mecanismos biológicos no cerne das abordagens convencionais da prática médica, e abarcar domínios de pensamento e modos de dizer que se focalizam na linguagem e na representação, nas emoções e nas relações que iluminam a prática dos cuidados de saúde” (HURWITZ; GREENHALGH; SKULTANS, 2008).

A medicina baseada na narrativa ganha espaço, ao mesmo tempo em que a medicina baseada em evidências se consolida como prática necessária frente às

incertezas do campo biomédico da medicina, e segundo Kleinman, não se tratam, porém, de práticas antagônicas, mas sim complementares, uma vez que as recomendações da medicina baseada em evidências só fazem sentido se aplicadas adequadamente ao indivíduo, como um ser único, com todos os seus diferenciais, considerando sua narrativa na construção da terapêutica. Essa é a lógica ideal de cuidado que se deve oferecer no atendimento médico (GREENHALGH, 1999; SILVA; CHARON; WYER, 2011).

3.4 O PAPEL DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO NA MEDICINA

A narrativa pode ser entendida como uma ponte entre as evidências produzidas em larga escala pelos ensaios clínicos randomizados e a arte médica de aplicar este conhecimento a um único caso. Na prática médica ambos os aspectos, a busca por leis de causa-efeito e a descrição do que é específico e singular, não devem ser separados (KALITZKUS, 2009). A narrativa na medicina pode servir como um norte, um elemento capaz de despertar e facilitar a percepção e interpretação dos textos e contextos produzidos na consulta médica. Ela provê significado e perspectiva do ponto de vista do paciente e mostra como o sujeito se integra a seus contextos e suas ideologias. Segundo Greenhalgh e Hurwitz, as narrativas oferecem um método para acessar qualidades existenciais como dor moral, pesar, desespero, arrependimento, esperança, recursos internos, os quais frequentemente acompanham, quando não, constituem a própria doença (HURWITZ; GREENHALGH; SKULTANS, 2008). Investir em novas formas de pensar e agir na clínica, fugindo do reducionismo biomédico e ampliando seus saberes e práticas, pode contribuir para dirigir a atenção à saúde no sentido da integralidade do cuidado. Esta ampliação compreende transformar o sujeito e suas relações em elementos centrais de uma clínica que avance na perspectiva dialógica e cuidadora. A narrativa pode ser uma ferramenta capaz de qualificar a prática médica, especialmente na Atenção primária à Saúde; pode servir como um meio de o profissional da saúde ampliar seu repertório interpretativo, ampliando assim o alcance de práticas mais integrais e cuidados mais efetivos (FAVORETO; DE CAMARGO, 2011).

3.5 A ENTREVISTA MCGUILL MINI COMO FERRAMENTA PARA OBTENÇÃO DA NARRATIVA DE ADOECIMENTO

Ouvir a narrativa do adoecimento para alguns autores não demanda técnica e deve transcorrer o mais livremente possível. Palavras, silêncios, gestos, associações livres de idéias, tudo é matéria para levar à compreensão do sofrimento (CHARON, 2001a; ZAHARIAS, 2018a). Outros, no entanto, acreditam que as perguntas certas nos momentos exatos podem contribuir para que o relato do paciente seja o mais completo possível. Considerando-se que tomar a história do paciente seja uma habilidade a ser desenvolvida pelo aluno de medicina, e que faz parte do escopo da anamnese clínica, acreditamos que algumas estratégias podem colaborar para seu desenvolvimento ser bem sucedido (SOBRAL ROSÁRIO, 2018; ZAHARIAS, 2018b). Algumas questões-chave já foram propostas, bem como palavras norteadoras, porém, um instrumento ainda pouco utilizado na clínica chama a atenção: a entrevista McGill MINI narrativa de adoecimento, uma entrevista semiestruturada, utilizada como modelo para a obtenção de narrativas de experiências e sentidos de adoecimento e sintomas, que pode ser empregada na prática clínica e no campo das pesquisas qualitativas em saúde (LEAL et al., 2016).

Originalmente elaborada por Danielle Groleau, Allan Young e Laurence Kirmayer, da Divisão de Psiquiatria Transcultural e Social da Universidade McGill (Montreal, Canadá), a *McGill Illness Narrative Interview – MINI*, é um modelo de entrevista para a obtenção das narrativas dos pacientes a respeito de seu adoecimento ou sintomas (Anexo 1). Publicada originalmente em inglês em 2006, foi traduzida e validada no Brasil por pesquisadores do Laboratório de Estudos em Psicopatologia e Subjetividade do Instituto de Psiquiatria da UFRJ em 2008, e testada inicialmente para problemas psiquiátricos e relacionados ao câncer (LEAL et al., 2016). Trata-se de uma entrevista semiestruturada, qualitativa, que possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento para qualquer problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto dos sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares. Dependendo da pergunta da pesquisa pode ser usado para conhecer a experiência de adoecimento de um indivíduo ou de um grupo, bem como comparar experiências, aspectos culturais compartilhados, comportamentos e modos de narrar de certos grupos. É um roteiro de perguntas que busca dar conta de três questões centrais do campo da pesquisa qualitativa em saúde:

“Como um sujeito constrói seu conhecimento sobre sua experiência de adoecimento? Quais são os conhecimentos que alicerçam as narrativas de experiência de adoecimento, como se organizam e como se estruturam? É possível desenvolver estudos confiáveis sobre narrativas? “Tornou-se assim o primeiro instrumento para tomada de narrativa de adoecimento padronizado para o Brasil.

“A McGill MINI é sequencialmente estruturada, tem três seções principais e duas suplementares, com o objetivo de promover:

- 1 – narrativa inicial e temporal da experiência de adoecimento, organizada em termos da sequência de eventos.
- 2 – narrativa sobre outras experiências prévias do entrevistado, de membros de sua família, de amigos, encontradas na mídia, e outras representações populares que serviram de modelo para a significação da experiência do adoecimento em questão. Estas experiências aparecem como protótipos relacionados ao problema de saúde estudado.
- 3 – narrativas sob forma de modelos explicativos do sintoma ou da doença, incluindo rótulos, atribuições causais, expectativas de tratamento, curso e resultado.
- 4 – narrativas de busca e procura de ajuda, relatos sobre caminhos para chegar ao cuidado e sobre a experiência de tratamento e adesão.
- 5 – narrativas do impacto da doença sobre a identidade, a autopercepção e as relações com os outros. “(LEAL et al., 2016)

Em função de seu potencial para alcançar os significados das narrativas, a McGill MINI entrevista de adoecimento foi utilizada em alguns estudos com alunos de medicina e os resultados sugerem que a utilização deste instrumento valoriza a vivência do aluno bem como mostra-se eficaz para ampliar a obtenção e a compreensão da narrativa do paciente, enriquecendo as práticas formativas na construção da realidade clínica (BOUDREAU; CASSELL; FUKS, 2009; GROLEAU; YOUNG; KIRMAYER, 2006; ROCHA; SOUZA, 2014). No entanto, ainda são escassas as pesquisas utilizando este instrumento, que pode ser incorporado às práticas formativas do aluno de medicina, especificamente em habilidades relacionadas à construção da anamnese.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob registro CAAE: 25268519.5.0000.0102. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo. O período de realização da pesquisa foi de outubro a dezembro de 2020.

O estudo contou com a participação de alunos do quinto ano de Medicina, durante o internato de Medicina Geral de Família e Comunidade em uma universidade privada de Curitiba, onde foi analisada a utilização de uma técnica de entrevista (McGill MINI) (anexo 1) na disciplina durante o atendimento aos pacientes.

A pesquisa contou com as seguintes etapas:

- 1) No primeiro momento foram convidados a participar os alunos do internato de Medicina Geral de Família e Comunidade em uma universidade privada de Curitiba. O recrutamento foi realizado após aprovação do CEP/SD. O convite foi feito no primeiro dia de aula da referida disciplina, via reunião pelo Zoom, quando a pesquisadora apresentou a proposta de pesquisa. Este internato contou com 40 alunos e teve duração de 5 semanas, voltadas integralmente à atividades práticas, onde se realizou atendimento clínico em unidades de saúde, de segundas-feiras às sextas-feiras, no período de manhã e tarde, para pacientes de todas as idades. O referido internato também conta com 20% de carga horária de aulas teóricas, mas em função da pandemia de COVID19 as aulas foram realizadas antes do início das atividades práticas, à distância. Os alunos realizam os atendimentos sob a supervisão de um preceptor, médico de família e comunidade, em unidades de Saúde dos municípios de Curitiba e de Campo Largo. Do total, 11 alunos aceitaram participar da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura.
- 2) Na semana seguinte foi realizada uma segunda reunião via ZOOM, com os alunos participantes, onde a pesquisadora apresentou o *McGill Illness Narrative Interview – MINI*, um modelo de entrevista semiestruturada qualitativa, que possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento para qualquer problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto dos sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares. Foram apresentadas as três sessões principais e duas sessões suplementares que compõem a entrevista. A pesquisadora realizou orientações para sua utilização, com especial atenção às características complementares que a entrevista contém em comparação com a estrutura da anamnese médica habitualmente utilizada. Após a

apresentação do roteiro, os alunos foram instruídos a iniciar o uso da entrevista no atendimento de um paciente por semana, que eles tiveram liberdade de escolher, durante o atendimento clínico, ao longo das cinco semanas do internato. As potenciais dúvidas ou dificuldades foram sanadas pela pesquisadora colaboradora, que esteve disponível presencialmente ou por telefone. As entrevistas aconteceram entre os meses de outubro e novembro de 2020.

- 3) A última etapa da pesquisa foi realizada após o término do internato e consistiu numa entrevista, via ZOOM, realizada individualmente com cada aluno participante, a partir de um questionário semiestruturado, focando em suas impressões a respeito da experiência de uso da entrevista McGill MINI durante a anamnese (apêndice 1). Questões norteadoras a respeito da colaboração da entrevista para obter a narrativa de adoecimento do paciente foram levantadas.
- 4) As falas dos alunos participantes foram gravadas, o conteúdo transcrito e a partir daí foi feito um processo de leitura inicial das transcrições, com uma postura interpretativa que se sustenta na busca de compreensão do texto; após, os textos foram transformados em narrativas que foram validadas por ao menos três pesquisadores, em que se manteve o sentido das falas originalmente criadas pelos participantes, idéias repetidas foram enfatizadas, exemplos apresentados de forma resumida e os vícios de linguagem foram transformados em escrita, de modo a tornar o texto mais compreensível, sem perder o significado da fala do participante, conforme os preceitos da hermenêutica gadameriana, onde se busca os significados a partir dos fenômenos emanados dos discursos.
- 5) Para buscar o reconhecimento e comparação das respostas obtidas nas entrevistas, as narrativas foram lidas diversas vezes para que fossem identificados seus núcleos argumentais e posteriormente foi montada uma grade de análise com todas as categorias obtidas, comparando-se os trechos extraídos do material (apêndice 2). Os textos – na proposta metodológica feita – constituem os dados essenciais, a base para as interpretações e o meio de comunicação dos achados da pesquisa. A matriz de análise possibilitou a organização dos discursos e seu agrupamento em núcleos argumentais, e, a partir disso, verificou-se que tais núcleos poderiam

ser agrupados em uma única categoria, nominada “Sobre a experiência de uso do instrumento”, conforme interpretação dos discursos. A seguir os alunos foram identificados com letras, com o intuito de proteger o anonimato.

- 6) Buscou-se correlacionar os resultados encontrados com o referencial teórico da Medicina Narrativa, da Antropologia Médica e da Clínica Ampliada. A Medicina Narrativa, desenvolve conhecimentos e estratégias para facilitar o entendimento do estudante sobre a narrativa do paciente,. Relaciona-se intimamente com os campos da literatura, das artes, das humanidades e traz propostas inovadoras na graduação de medicina, tendo se tornado disciplina curricular em algumas universidades. Tem como foco tornar o médico apto a compreender profundamente o significado das histórias narradas pelos pacientes e incorporar as conclusões que extrai desta profunda compreensão ao plano terapêutico (CHARON, 2007). A Antropologia Médica, é um campo dedicado ao estudo das relações que permeiam o processo saúde-doença, especialmente relacionados com os aspectos culturais de seu tempo e busca desenvolver e integrar a competência cultural ao ensino médico e ao manejo clínico. (KLEINMAN; BENSON, 2006). Já a Clínica Ampliada desloca a ênfase da doença para centrá-la na pessoa considerada doente, o “sujeito concreto”, inserido em dado contexto social específico, que deveria ser sempre lembrado no raciocínio clínico, tanto para busca do diagnóstico quanto para a proposição de plano terapêutico. Sua proposta aparece num momento em que prática médica mecanicista e impessoal vinha sofrendo duras críticas, porém, sempre deixou claro que não se tratava de desconsiderar os progressos científicos da medicina, mas sim, ampliar os olhares para devolver o protagonismo do processo saúde-doença ao Sujeito. A reflexão de Gastão Wagner de Souza Campos, quando da proposta da Clínica do Sujeito, também inclui uma crítica a interferentes políticos, corporativistas e institucionais, que podem limitar a potencialidade da clínica, causando a perda de oportunidades de resolver problemas de saúde – ao que chamou de Clínica Degradada – e alerta que para a Clínica do Sujeito ter sucesso é preciso desatar entes nós críticos que até aquele momento não se conseguiu resolver (CAMPOS, 2002).

Ao término do estudo os áudios serão apagados. A coleta das entrevistas aconteceu entre os meses de novembro e dezembro de 2020. Importante

mencionar, ainda, que o conteúdo das entrevistas realizadas com os pacientes não foi objeto de análise neste estudo.

Em função da participação no estudo e buscando evitar qualquer constrangimento, os alunos participantes foram esclarecidos de que sua participação não esteve de modo algum vinculada à sua avaliação de desempenho na própria disciplina. Desta forma, a terceira etapa foi realizada somente após o término do internato e a publicação das notas de cada aluno. Tal condição foi previamente esclarecida no TCLE.

5 RESULTADOS

O grupo de alunos que participaram da pesquisa como entrevistadores, e ao final, responderam ao questionário semi-estruturado sobre a experiência, apresentou as seguintes características:

Tabela 1 – Perfil de alunos que participaram da pesquisa e responderam ao questionário.

Aluno	Sexo	Quantidade de entrevistas
1	M	4
2	F	2
3	F	2
4	F	3
5	F	3
6	F	4
7	F	2
8	M	3
9	F	2
10	F	3
11	F	1

Fonte: Autoria própria.

A partir da análise das narrativas foram levantados os seguintes núcleos argumentais:

- 1- Impressões sobre o método;
- 2- Dificuldades encontradas durante a execução da entrevista;
- 3- Compreensão da narrativa do paciente;
- 4- Diferenças percebidas com relação à técnica usual de anamnese;
- 5- Percepção do sentimento do paciente quanto à entrevista realizada;
- 6- Propostas para aplicação na prática clínica;
- 7- Incorporação da entrevista no ensino na graduação;

5.1 IMPRESSÕES SOBRE O MÉTODO

Quanto às impressões pessoais sobre o modelo de entrevista MINI, os participantes de modo geral acharam o método interessante e útil, no sentido de ter a capacidade de trazer à tona fatos ou informações que normalmente não ficam claros na anamnese habitual e que teriam potencial para aperfeiçoar o plano de tratamento. Também consideraram importante a capacidade do método facilitar e aprofundar sua compreensão do processo saúde-doença que o paciente estava vivenciando.

Para muitos soou como algo novo, nunca praticado nas atividades de atendimento aos pacientes. Alguns ainda pontuam que, embora ao longo da graduação muito tenha sido dito sobre a importância dos aspectos biopsicossociais do adoecimento, reconhecem que antes dessa pesquisa não conseguiam alcançar tal entendimento destes aspectos. Mais da metade dos entrevistadores concordou que o MINI tem as perguntas-chave para chegar a essa compreensão sobre a narrativa do paciente e manifestam a intenção de incorporar tais perguntas a sua prática profissional.

De modo geral, também, os participantes notaram que a entrevista trouxe uma oportunidade de fortalecimento do vínculo com seu paciente e que isso deve se refletir numa proposta de tratamento mais adequada para este, e, ao mesmo tempo, melhorar sua adesão.

“Foi bem bom, abriu meus olhos pra algumas coisas que eu não tinha ideia da importância que tinham porque nunca tinha me passado pela cabeça perguntar.” Aluno 2

“Eu acho que o ponto que foi mais significativo pra mim foi o fato de conseguir ir mais profundo realmente no que é aquele ser humano que está ali na tua frente. Pra mim foi bem nítido mesmo que a gente só caminha superficialmente na maior parte dos casos e isso meio que jogou na minha cara que, olha, você está deixando passar muita coisa! Eu gostei realmente da experiência” Aluno 4

5.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A EXECUÇÃO DA ENTREVISTA

Os alunos participantes, de modo geral, citaram a questão do tempo como um problema; a entrevista possui 46 perguntas, sendo considerada por eles bastante

extensa, e por este motivo tomando muito tempo. Também relataram que muitas perguntas pareciam repetidas, ou algumas permitiam respostas muito abrangentes, de modo que o paciente, ao responder uma pergunta, automaticamente respondia outras que viriam na sequência. Esse fato, em certos momentos, causou estranhamento por parte de alguns pacientes e entrevistadores; consequência disto foi o fato de que todos os entrevistadores acabaram por adaptar o método a estas percepções, e, por vezes, suprimiam algumas perguntas que lhes parecia já terem sido respondidas.

Cerca de cinco entrevistadores relataram dificuldades de certos pacientes para entender o significado de determinadas perguntas, e, em alguns casos, sua própria dificuldade em explicar a estes mesmos pacientes o significado de tais perguntas.

“Tem muitas perguntas que o paciente não entende, que são bem gerais e podem ser interpretadas de muitas formas, por exemplo: Como mudou o modo como você vê a vida em geral? Essa foi a que eu tive mais pacientes me perguntando o que significava e então eu tentava explicar da minha forma, mas era difícil.” Aluno 1

“Teve algumas perguntas que não sei se eu não soube explicar direito pro paciente ou ele não entendeu, mas ficou meio confuso, como por exemplo, se você conhece alguém com a doença? Como foi o quadro dele? É diferente ou semelhante ao seu?” Aluno 5

Para alguns participantes havia perguntas que pareciam não se encaixar para todos os pacientes, especialmente em dois casos: dependendo do tipo de problema que era o alvo naquele momento ou quando o paciente tinha mais de um problema de saúde, o que causava confusão em muitos momentos da entrevista.

Foi citado também o fato de que alguns pacientes podem sentir-se até constrangidos ou tristes com algumas perguntas, que podem tocar em pontos muito sensíveis de suas vidas; para um dos entrevistadores também foi difícil fazer determinadas perguntas que considerou delicadas, o que atribuiu a sua característica pessoal de timidez, especialmente quando frente à pacientes menos falantes.

“O questionário em si é um pouco longo, então isso acaba de certa forma, desestimulando a gente.” Aluno 4

“Eu percebi que em alguns momentos e com algumas perguntas ficava um pouco monótono, meio confuso. Alguns pacientes que tinham um grau de entendimento um pouco menor tinham dificuldade de entender, ou talvez eu não tenha me expressado direito” Aluno1

“Na primeira eu tentei fazer à risca todas as perguntas, mas a partir das outras eu tive muita vontade de pular umas perguntas, parecia

redundante e algumas pareciam que até não se aplicavam, dependendo do que o paciente tinha.” Aluno 1

“Quando o paciente estava falando apenas de um problema era mais fácil de focar, mas quando a pessoa tinha mais de um problema ela não conseguia focar.” Aluno 3

“Eu tive um pouco de dificuldade para adaptar as perguntas porque algumas delas eram bem delicadas e talvez da forma como você perguntasse pro paciente poderia magoá-lo, mas foi bem interessante o resultado.” Aluno11

5.3 COMPREENSÃO DA NARRATIVA DO PACIENTE

Com relação à compreensão sobre a narrativa da pessoa em atendimento foi onde a entrevista MINI trouxe mais informações que os entrevistadores consideraram relevantes para se incluir nos planos de tratamento. Quando comparado ao método habitual de anamnese que havia sido utilizado na consulta prévia que tiveram com cada paciente, saltou aos olhos dos entrevistadores a capacidade do MINI de ampliar o entendimento de tudo o que o paciente vivenciou e ainda tem vivenciado durante o processo de adoecimento, e todos concordam na riqueza de recursos que essa compreensão ampliada pode trazer, tanto para médicos quanto para pacientes. Muitos nominam a experiência como “conhecer profundamente o contexto”, outros, “conhecer o paciente como um todo”.

Alguns ficaram ainda com a impressão de que a história agora contada era demasiadamente diferente daquela contada minutos antes na consulta, e, apesar disso, muito mais real por conter detalhes da vida cotidiana daquela pessoa, modificada pela doença. Para muitos, essa perspectiva pôde ser proporcionada pelo MINI, por conter perguntas que não fazem parte de sua prática habitual.

Para muitos o MINI trouxe a oportunidade de entender o que o paciente esperava de seu tratamento, qual era sua perspectiva de melhora, visto que ao longo da narrativa muitos deles citavam experiências e propostas anteriormente frustradas por diferentes razões. Para os entrevistadores essas informações poderiam ser aproveitadas para fazer um plano de tratamento personalizado com mais chances de sucesso.

Para um entrevistador causou surpresa o fato de que, mesmo aplicando as mesmas perguntas, o quanto as respostas de pacientes com o mesmo diagnóstico podiam ser tão diferentes!

“Eu fiquei surpresa com o que alguns pacientes contavam na entrevista, parecia que a pessoa me contava uma história totalmente diferente para justificar o seu problema do que ela tinha me contado antes na consulta.” Aluno 6

Todos os entrevistadores concluíram que o MINI proporcionou uma compreensão sobre a narrativa do paciente que não poderia ser alcançada por outro método de anamnese até então utilizado. E ainda alguns fizeram uma relação entre a compreensão alcançada da narrativa e os conceitos de “illness e disease”, “compreender o paciente com o um todo”, e “compreender o contexto”.

“A compreensão da narrativa do paciente é excepcional, eu achei que a história não poderia ficar mais completa do que é com essa entrevista;” Aluno 1

“Eu avalio que tive uma alta compreensão das histórias dos pacientes, muito maior do que seria pelos métodos tradicionais da anamnese; eu achei que é entender o paciente como um todo, então eu acho que eu nunca tinha entendido um paciente como um todo antes.” Aluno 2

“Acho que foi nesta entrevista que eu consegui entender o que é o contexto que eu estou buscando, esse é o meu objetivo quando eu estou pensando em contexto.” Aluno 4

“Aquela diferença entre “illness e disease”, que na anamnese tradicional você descreve clinicamente, através deste modelo de entrevista você consegue compreender.” Aluno 11

“A sensação que eu tive foi como quando você está num almoço de família e uma pessoa ali fala sobre a sua doença e você fica pensando assim: nossa, olha como a doença influencia na vida dessa pessoa! Será que o médico dela tem noção disso? Será que ele tem noção da amplitude que isso tem na vida da pessoa? Ter aplicado essa entrevista foi como estar com o paciente numa sala de almoço, conversando solto e ter essa abrangência da vida dele, como quem almoça junto, conhece sua família, conhece sua vida e as mazelas que ele sofreu.” Aluno 11

5.4 DIFERENÇAS PERCEBIDAS COM RELAÇÃO À TÉCNICA USUAL DE ANAMNESE

Distinções marcantes foram percebidas pelos entrevistadores entre o MINI e a anamnese a que estão habituados. Todos relataram sua percepção de que a anamnese habitual é muito mais direcionada ao sintoma ou doença, sendo claramente voltada para um objetivo médico, que é chegar ao diagnóstico daquela condição. O MINI foi considerado mais abrangente e focado nos sentimentos e percepções do paciente sobre seu problema, aspectos que foram nominados por alguns

entrevistadores como emocionais, psicológicos, ou ainda, “coisas da vida”. Para alguns pareceu que o MINI não conseguiria obter todas as informações necessárias para executar o raciocínio clínico sobre a doença, do modo como até então o fazem. A maioria então concluiu dizendo que os dois métodos seriam complementares, mas não substituíveis.

“Essa entrevista é muito mais abrangente. Está bem claro pra mim que a anamnese tradicional é voltada pro médico, é pra você resolver aquele negócio agudo, ou mesmo que seja crônico, porque na hora que você tem que dar uma conduta, tem que chegar no raciocínio, você tem que dirigir aquilo, é muito voltado pra como a cabeça do médico está funcionando; e essa entrevista não, ela é bem mais ampla, parece que abre um leque de um monte de coisas.” Aluno 3

“Eu acho que a anamnese tradicional é um instrumento centrado no diagnóstico e tratamento, com o objetivo de chegar numa conduta. Enquanto esse outro modelo de entrevista explora um aspecto mais emocional, é a experiência do paciente em relação à doença dele. Se eu fosse pegar só esse modelo de entrevista eu acho que ele ficaria incompleto em relação à anamnese tradicional porque ele não me traria o diagnóstico, não me traria as informações para minha conduta. Por outro lado, a anamnese em comparação a esse modelo de entrevista não traz essas informações emocionais.” Aluno 8

Interessante mencionar um entrevistador que percebeu na entrevista potencial de explicar sintomas incomuns que às vezes os pacientes trazem e que não se encaixam no diagnóstico padrão. Para ele, estes sintomas seriam explicados pelo modo pessoal com que cada paciente explica sua doença.

“Essa entrevista também tem muitas perguntas sobre comparações que as pessoas fazem do seu problema com o de outras pessoas, o que pode explicar por exemplo, um sintoma que às vezes não se encaixa no quadro clínico, mas se você se aprofundar você consegue entender o mecanismo de pensamento dessa pessoa, para entender qual é a comparação que ela está fazendo.” Aluno 1

Alguns entrevistadores ainda demonstraram surpresa sobre tópicos do MINI que abordam temas como terapias integrativas e complementares, religiões e outras crenças, assuntos que normalmente não são perguntados em consultas médicas e que claramente são bastante presentes na vida das pessoas.

“Algumas diferenças que eu percebi entre a entrevista e a anamnese tradicional foram principalmente na parte sobre a espiritualidade e os tratamentos alternativos, que são coisas que geralmente a gente não coloca em pauta na anamnese.” Aluno 7

“São levantadas questões que não fazemos habitualmente, como por exemplo sobre espiritualidade, medicina alternativa e outras sobre o processo de adoecer.” Aluno 10

5.5 PERCEPÇÃO DO SENTIMENTO DO PACIENTE QUANTO À ENTREVISTA REALIZADA

Os alunos entrevistadores mencionaram muitos casos em que perceberam alegria e satisfação por parte daqueles, mas também descreveram outros casos em que os pacientes pareciam demonstrar uma certa dose de impaciência. Essa observação parece ter relação com o estranhamento que algumas perguntas produziram, ou então com a duração da entrevista.

“Acredito que a maioria dos pacientes gostaram da entrevista, acho que talvez porque é um clima muito de conversa. Algumas pessoas até apareceram de certa forma gratas por eu ter escutado e dado atenção pra sua história.” Aluno 1

“Com relação ao que os pacientes achavam da entrevista, eu percebi experiências diferentes. Pareceu-me que alguns adoraram contar a história e estavam muito felizes, se pudessem ficavam o dia inteiro contando, mas houve pessoas que foram ficando impacientes, conforme foi passando o tempo, dando respostas mais secas, como querendo que acabasse logo.” Aluno 2

“Percebi também que alguns pacientes eram bem apressados, que apesar de aceitarem fazer a entrevista só deram respostas mais curtas e objetivas.” Aluno 5

Houve alguns relatos sobre pacientes que pareceram demonstrar insegurança quando frente à determinadas perguntas.

“Muitos pacientes também tinham Insegurança em responder algumas coisas porque eles pareciam saber que tinham a concepção errada sobre a doença, então eles não queriam responder ou não sabiam como. Então no meio da entrevista eles acabavam interrompendo pra perguntar sobre a própria fisiologia da doença.” Aluno 1

Alguns entrevistadores expuseram a impressão de que para os usuários foi uma oportunidade de entender melhor seu problema e talvez encontrar suas próprias justificativas para ele.

“Alguns chegaram à conclusão que a doença foi causada por algum acontecimento triste da vida, como a perda do emprego ou de um ente querido. E mesmo eu não falando nada eu acho que eles entenderam mais sobre a doença e chegaram à essa conclusão com a entrevista.” Aluno 6

“Os pacientes gostaram e acharam que também compreenderam melhor a doença.” Aluno 7

5.6 PROPOSTAS PARA APLICAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Muitos alunos apontaram alguns reveses: o tempo de duração da entrevista é colocado como o maior entrave, visto que consideram que o tempo do médico é escasso. Outra dificuldade levantada foi a sensação de que a entrevista tem perguntas repetidas ou que não se aplicam a todo tipo de problema. Nesse sentido é levantada a hipótese de que provavelmente seja uma ferramenta mais adequada para a prática em cenários ambulatoriais, como unidades de saúde ou enfermarias de hospitais, mas não em cenários de atendimento a questões agudas ou emergenciais, como pronto-atendimentos.

“Eu vejo algumas dificuldades pra incorporar essa entrevista na prática. Acho que o tempo seria o maior problema, porque o tempo do médico geralmente é um recurso muito limitado. Não achei muito prático de ser usado no dia a dia, pelo menos não todas as perguntas. E ainda assim não se aplicaria a todos os tipos de pacientes.” Aluno 1

“Eu acho que a maior dificuldade para inserir essa entrevista no dia a dia é o tempo.” Aluno 2

“Se eu fosse implantar essa entrevista na prática do dia a dia eu acho que teria que ser um pouquinho mais focada em algumas perguntas e acho que não daria pra implementar já na primeira consulta, pra deixar o paciente um pouco mais à vontade, digamos assim. Outras dificuldades seriam o tempo e o perfil do paciente, porque eu acho que não é pra todo paciente que ela se encaixa.” Aluno 3

Muitos entrevistadores consideraram incorporar algumas perguntas que consideram chave à sua prática. Já outros, manifestam interesse em extrair o sentido geral da entrevista e acrescentar a sua anamnese habitual.

“Eu acho que conhecer o modelo e o que você consegue extrair dele é interessante para você pensar no que você quer buscar com relação ao contexto daquele paciente. Eu acho que seria impossível aplicar a ferramenta inteira. Provavelmente eu tentaria ver qual é o contexto com relação ao processo de adoecimento daquela pessoa e faria algumas perguntas em especial.” Aluno 4

“Algumas perguntas com certeza eu vou incorporar na minha prática, por exemplo: O que você acha que é isso? O que você acha que ocasionou a doença? Eu acho que isso é uma coisa que eu nunca perguntei, apesar de que por ex., a pessoa chega lá com DPOC eu sei que foi por causa do tabagismo, mas talvez ela não concorde com isso, talvez ela não saiba e pense numa coisa totalmente errada.” Aluno 7

“Eu acredito que incluir esse questionário na minha prática diária inteiro não seja possível, mas parte dele e a ideia central sim, independente da especialidade em que eu estiver atuando.” Aluno 2

Há alguns relatos também sobre reconhecer a importância prática da abordagem que o MINI propõe e o impacto que isso pode gerar na relação médico-paciente, especialmente na aderência às recomendações de tratamento.

“Acho que vai ser algo que eu vou tentar incorporar aos poucos, quando eu começar a trabalhar. Realmente é algo que a gente está há anos, desde o início da faculdade ouvindo, mas que eu sinto que esse modelo de entrevista me fez experienciar muito mais isso que a gente fala de entender o contexto do paciente, entender o processo de adoecer, entender quais são as relações interpessoais dele e etc.” Aluno 4

“Esse modelo de entrevista me fez compreender muito mais isso do que tudo que a gente tenha ouvido ao longo da faculdade, acho que foi meio que jogar na minha cara algo que eu sei que existe, mas, ou eu não queria me aprofundar, ou não sabia realmente como.” Aluno 4

“Entender a experiência do paciente com certeza vai facilitar na hora de propor um tratamento.” Aluno 2

“Algumas perguntas eu acho que a gente poderia colocar na anamnese tradicional pra obter um efeito melhor sobre o tratamento e as recomendações do paciente. Eu acho que assim o paciente ganha uma consulta e um tratamento mais direcionado pra ele, porque cada pessoa é única.” Aluno 9

5.7 INCORPORAÇÃO DA ENTREVISTA NO ENSINO NA GRADUAÇÃO

Todos os participantes concordaram que seria uma importante ferramenta a ser acrescentada a técnica de anamnese durante o ensino da graduação em Medicina. Divergiram um pouco sobre o momento ideal para isso, alguns defendendo que desde o início do curso tivessem contato com o MINI, outros argumentando que o momento

ideal seria no internato, quando já têm grande conhecimento sobre anamnese clínica e então o MINI viria a acrescentar mais algumas habilidades aprimorando a técnica de anamnese. Todos reconheceram a capacidade do MINI conseguir explorar questões relacionadas à saúde de seus pacientes que não tinham conseguido ainda, com as técnicas conhecidas até então.

“Eu acho que essa entrevista poderia estar no ensino na graduação, porque é uma coisa que abre um pouco os teus olhos e se você não foi exposto àquilo não vai ter esse insight, para entender o que esse paciente está passando. Talvez seja interessante iniciar com os alunos do terceiro ano, que já tem alguma prática de anamnese e exame físico, para que ao longo do quarto e quinto ano consigam pegar essas nuances. Seria um aprimoramento da técnica da anamnese.” Aluno 4

“Eu acho que seria bem legal se pelo menos parte no instrumento fosse possível de ser colocada no dia a dia do pessoal no internato da medicina da família.” Aluno 5

“Com certeza a gente deveria ter contato com essa entrevista na graduação, até porque acredito que isso vai criando uma cultura em que explorar esse lado é cada vez mais aceito; teríamos uma noção de que isso realmente tem algum uso prático, que vale a pena a gente fazer isso!” Aluno 8

6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento do saber médico ainda é predominantemente pautado no modelo biomédico, tecnicista e protocolar, que não valoriza o contexto e a história de adoecimento do paciente, um modelo que sempre esteve pautado no “aprender” com o paciente, normalmente colocado no posto de objeto de estudo; a formação médica passou a ter ênfase na interpretação de exames, *guidelines* e drogas, um arsenal que cresce a cada dia, enquanto o paciente vem em busca de mais do que isso, quer o manejo de seus sintomas e, além disso, e não menos importante, entender e dar significado a suas próprias histórias. O médico procura os sinais objetivos da doença enquanto a pessoa considerada doente fala dos reflexos dela em sua vida - aqui claramente percebe-se as diferenças entre os conceitos *ILLNESS* e *DISEASE*, elaborados pela Antropologia Médica, ainda na década de 80, já como parte da crítica à uma clínica fragmentada, que infelizmente não mudou consistentemente nos últimos 50 anos (COUTO, 2012). Os pesquisadores Rubens Bedrikow e Gastão Wagner pontuam que não se trata de desvalorizar ou descartar os progressos que essa clínica ancorada na ciência moderna positiva trouxe para os cuidados com a saúde das

peças, mas sim, reconhecer que ela também se revela frágil para dar conta de responder a demandas que não se enquadrem dentro do modelo classificatório anatômico, funcional ou etiológico habitualmente utilizado (BEDRIKOW; DE SOUSA CAMPOS, 2011)

Ao longo das últimas três décadas, a partir de iniciativas em escolas médicas internacionais e mais recentemente nacionais, vemos uma busca da valorização da narrativa do paciente que expõe a sua experiência de adoecimento, e, oportunamente, uma nova perspectiva vem se firmando a partir desta ótica, colocando o paciente no papel de educador, possibilitando aprender com ele e não apenas sobre ele. A Medicina e a narrativa caminham historicamente juntas e a literatura médica, oficial e leiga, tem dado progressivamente mais espaço para iniciativas deste contexto. A Medicina Narrativa como disciplina, presente em algumas escolas médicas, busca valorizar as narrativas individuais na prática clínica, pesquisa e educação. Além de validar a experiência do paciente, busca também incentivar a criatividade e autorreflexão no médico. Resultados positivos tem sido relatados adotando técnicas da medicina narrativa no ensino médico (FAVORETO; DE CAMARGO, 2011). Nos resultados obtidos nesta pesquisa, no entanto, percebe-se que alguns aspectos da experiência de adoecimento do paciente foram, na maior parte dos relatos, nominados em termos, como : sentimentos, aspectos psicológicos, aspectos emocionais ou coisas da vida, o que pode denotar dificuldade em compreender o relato do paciente como experiência pura e uma tentativa de tentar classifica-la ou encaixá-la dentro de critérios diagnósticos, geralmente da esfera psiquiátrica; tais denominações parecem reduzir a experiência do paciente a algo menos importante do que os critérios diagnósticos objetivamente obtidos a partir do exame físico e/ou exames complementares, já que esse tipo de dado tem nome certo, conhecido e científico dentro da medicina. A experiência de adoecimento do paciente, que parece não ter nome certo dentro do modelo biomédico, fica então deslocada e perde importância dentro da busca pelo diagnóstico. Charon cita algumas características geralmente presentes nos registros médicos que ilustram essa dificuldade em registrar tais aspectos: costumam desconsiderar os medos, as dúvidas e o sofrimento que o paciente relata; procuram categorizar aquilo que é dito pelo paciente como subjetivo, em contraposição à objetividade dos achados de exame físico ou de exames de laboratório; procuram transformar pensamentos e sentimentos do paciente em algo patológico, como por exemplo tristeza traduzida em depressão (ZAHARIAS, 2018a).

O modelo de raciocínio classificatório utilizado na medicina aparece claramente quando os entrevistadores mais classificam do que descrevem certos aspectos da experiência do entrevistado; a variedade de termos utilizados tentando classificá-los denota que não estão habituados a incluí-los em seu raciocínio clínico, provavelmente motivados pela noção de que é menos importante. Para conseguir nominar esta experiência e traduzi-la em texto o profissional de saúde precisa ter competência para compreender os significados das histórias e imaginar a doença pela perspectiva do paciente, muitas vezes contraditória. Rita Charon defende que os profissionais de saúde em geral precisam desta competência narrativa (CHARON, 2007). O modo como o médico representa em palavras a experiência de adoecimento do paciente representa também uma dimensão ética profunda da relação médico-paciente (GROSSMAN; CARDOSO, 2006) .

Outro aspecto que se percebe dos resultados é o entendimento de que o MINI foi considerado mais como um complemento ou aperfeiçoamento da anamnese, mas não suficiente por si só, como se pudesse servir para acrescentar mais alguns dados ao sistema classificatório dos sinais e sintomas que se está buscando, dentro do raciocínio biomédico. No entanto, a anamnese clínica habitual pode ser considerada como a expressão máxima de uma clínica da terceira pessoa onde o saber está depositado no observador. O MINI, por sua vez, tem como preceito básico dar voz a experiência do outro, tornado o paciente protagonista naquele momento, o especialista em si mesmo, ampliando assim a clínica para além da anamnese; o MINI pode ser uma importante ferramenta para buscar compreender o processo saúde-doença vivenciado pelas pessoas dentro de seu contexto sociocultural (GROLEAU; YOUNG; KIRMAYER, 2006).

A importância da personalização dos cuidados em saúde tem se firmado também pela demanda de um público crescente que busca por cuidados que sirvam para si, antes de servirem para outros, o que faz sentido quando lembramos das palavras de Campos: “doenças semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada sujeito” (BEDRIKOW; DE SOUSA CAMPOS, 2011).

A divulgação e popularização de temas referentes à saúde e doença, bem como o questionamento da autoridade médica, podem explicar a necessidade de uma mudança de paradigma na prática médica. Ainda neste contexto, a literatura aponta que a personalização dos cuidados, as decisões compartilhadas e a valorização do

saber experiencial do paciente e seus familiares aumentam a satisfação com os cuidados de saúde, melhoram a aderência e os desfechos (CAMPOS, 2002) Assim, a compreensão sobre o relato do paciente torna-se ferramenta importante para a criação do seu plano terapêutico e propostas que caminham neste sentido vem registrando avanços importantes no ensino médico nas últimas duas décadas, como a inserção da Antropologia Médica, da literatura e das artes, nos currículos de algumas escolas nos EUA, Europa e alguns países da América Latina; o estudo das narrativas vem se firmando como fonte importante para tomada de decisões clínicas e para a análise dos aspectos éticos do plano terapêutico, porém, ainda enfrenta muitas barreiras para sua implementação prática (ARJMAND, 2012)

Buscando evitar uma prática puramente tecnicista e fragmentada, as Diretrizes Curriculares de Medicina sugerem a inclusão curricular de práticas que desenvolvam no aluno as dimensões éticas e humanitárias, juntamente com atitudes e valores em acordo com tais dimensões. A presença dos alunos desde o primeiro ano em cenários de prática clínica, particularmente na Atenção Primária à Saúde, também visa aperfeiçoar o olhar sobre o contexto, a compreensão das histórias de vida e de seu entrelaçamento com o processo saúde-doença (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE; Nº; 3, 2014). Porém, o que se vê ainda na formação médica é uma imutável cultura de ensino pautada no modelo biomédico, produzida em sua maioria por profissionais formados neste mesmo modelo. A inclusão curricular não garante a efetividade de tais práticas. As falas dos alunos, demonstrando surpresa com relação à determinados aspectos do processo saúde-doença dos pacientes entrevistados com o MINI, denota o ineditismo de uma prática que deveria estar mais consolidada no quinto ano do curso. Seu discurso ainda revela que conheciam alguns conceitos teóricos sobre a integralidade do cuidado, como “contexto”, “medicina centrada no paciente”, “ver o paciente como um todo”, porém, ficou evidente que a materialização de tais conceitos é dificilmente alcançada com as práticas habituais de ensino, como a técnica de anamnese habitualmente utilizada. Estes aspectos que a formação médica carece materializar, embora muitas vezes representados por algumas estratégias nos currículos médicos, já são bem conhecidos na literatura (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018).

Um ponto que consideramos de destaque alcançado com a utilização do MINI foi a reflexão a que os alunos chegaram do quanto a compreensão da narrativa de adoecimento do paciente poderia desempenhar papel importante para a criação de

um plano terapêutico com mais chances de sucesso – e de como seria importante não aplicar os protocolos tal como estão escritos em alguns casos. Sobre esta percepção Kleinman e colaboradores pontuam que “conhecer a experiência humana do adoecimento permite saber como o doente, os membros de sua família ou a rede social mais próxima percebem, convivem e respondem aos sintomas e à incapacidade que deles pode advir, assim como ao monitoramento dos processos corporais. Sem esta dimensão qualquer projeto de intervenção terapêutica está limitado em sua possibilidade de sucesso” (KLEINMAN; BENSON, 2006). Triste constatação destes pesquisadores sobre as falas dos alunos revela também a percepção de que as ferramentas que lhes foram ofertadas até então são falhas no alcance desta compreensão, embora se diga que sirvam para tal. Edson Dell Amore Filho e colaboradores, em revisão sistemática da literatura realizada entre os anos de 2010 e 2016 encontraram que as iniciativas propostas nos currículos médicos com objetivo de promover formação humanística dos alunos não têm sido efetivas. Favoreto e Camargo (2011) pontuam que a narrativa na medicina pode servir como um norte e um elemento facilitador na interpretação do encontro clínico e dos significados que resultam do relato produzido a partir dele. Segundo Rita Charon (2007), o desenvolvimento de competências narrativas, pelas artes, literatura e filosofia, pode aperfeiçoar no estudante de medicina o alcance e a compreensão dos significados da história de seus pacientes.

Ao final de todo o processo, porém, a maioria dos alunos não vislumbra a possibilidade de incluir tal ferramenta como o MINI em sua prática clínica, atribuindo a isso várias alegações, muito pertinentes à quem conhece o mundo médico, desde despreparo pessoal para lidar com sentimentos próprios e do outro, até a estruturação dos serviços de saúde tal como está posta, com suas barreiras à prática clínica diária, que eles vivenciam mesmo durante a graduação; questões como produtividade, tempo de consulta e a cobrança pela busca do diagnóstico e do tratamento, fazem com que os aspectos biomédicos do aprendizado sejam mais valorizados e mereçam mais esforço e tempo, enquanto tudo o mais é considerado acessório menos importante. A literatura cita algumas situações que podem explicar esta resistência observada nos alunos em integrar à sua prática ferramentas e iniciativas que aprofundem o entendimento sobre o contexto do paciente: exemplos práticos de professores que não valorizam tais aspectos e não se comportam empaticamente com seus pacientes, poucas oportunidades dentro do currículo que privilegiem a

compreensão do contexto e da humanização do atendimento, local e condições desfavoráveis de trabalho, ser exposto a situações negativas, estar no final do curso de graduação e conseqüentemente sofrendo com mais responsabilidades e cobranças por resultados, diferenças culturais entre alunos e pacientes, a falta de atividades curriculares que promovam o conhecimento por parte dos alunos da comunidade onde seus pacientes estão inseridos e até a percepção por parte de professores de que características como humanização e empatia se devem à formação familiar dos alunos e não à formação acadêmica (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018). Dessa forma, alunos parecem ignorar o enorme contingente de pessoas que procuram atendimento médico, especialmente na atenção primária, e que não se encaixam em um diagnóstico, mas tem, sim, um sofrimento, e por isso procuram ajuda médica - isso só poderá ser compreendido dando atenção à narrativa do paciente (FAVORETO, 2007).

A estruturação dos serviços de saúde, públicos e privados, muitas vezes engessados em seu modus operandi, imprime ao trabalho médico, e aos alunos no campo de estágio, um ritmo que exige pressa e não permite abrir espaço para exceções. Gastão Wagner de Souza Campos e Amaral (2007) fazem uma crítica aos serviços de saúde, no sentido que eles devem se organizar de modo a permitir adaptações e variações de funcionamento de acordo com certas demandas, porque o trabalho clínico tem certa regularidade que pode ser descrita em manuais e protocolos, mas também se caracteriza pela extrema variedade de casos quando encarnada nos sujeitos concretos. Outra barreira que se vislumbra nos relatos dos alunos diz respeito à suas dificuldades pessoais em lidar com aspectos dramáticos que aparecem nas narrativas dos pacientes, que lhes pesam e imprimem sofrimento; isso pode até mesmo chegar a fazer com que conscientemente se impeça o paciente de expor certas situações de sua vida, resultando em afastamento do paciente como mecanismo de defesa (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018). Esta constatação nos lembra que o trabalho médico geralmente isolado dentro de sua especialidade também imprime pressão sobre sua capacidade de lidar com uma série de situações “não-protocoladas”, o que provoca desgaste e sobrecarga emocional. Muito frequentes, especialmente na Atenção Primária, são as demandas que transitam entre os “problemas da vida” e as “patologias”, definidas objetivamente; uma técnica de conversação que possibilite entender como estas fronteiras se cruzam é habilidade fundamental ao trabalho médico (BEDRIKOW; DE SOUSA CAMPOS, 2011). Uma das

maneiras de procurar ter sucesso na condução destes casos e reduzir a pressão sobre o profissional que efetua o atendimento, seja médico ou não, segundo Gastão Wagner de Sousa Campos seria a criação de um plano terapêutico produzido de modo interdisciplinar, uma forma de compartilhar as responsabilidades e trocar conhecimento entre os profissionais, que pode reduzir a sobrecarga sentida individualmente e ampliar as habilidades de cada um. A criação de ambientes e processos de trabalho favoráveis ao trabalho conjunto das várias disciplinas também é estimulada por políticas de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Apesar de já existirem dados que revelam que cerca de 70 à 90% dos problemas de saúde de uma comunidade são resolvidos sem apoio médico formal, pela busca de apoio de familiares, amigos, religião, conhecedores de ervas e outras práticas comunitárias de saúde, a surpresa revelada pelos participantes sobre o quanto tais práticas são presentes nos relatos dos pacientes entrevistados, como fonte de melhora física e espiritual, leva à percepção de como as práticas de saúde e cura são ainda encaradas como objeto de posse da Medicina, ignorando sistematicamente a existência de todo um sistema de saúde popular já bem organizado e funcionante. Arthur Kleinman e Benson (2006) postularam sobre o pluralismo terapêutico que existe em sociedades desenvolvidas, e quanto mais desenvolvidas mais plural e normalmente com raízes muito diferentes umas das outras, como técnicas de medicina chinesa, fitoterapia ocidental, práticas religiosas, etc. Neste ponto também falham os currículos médicos que não proporcionam aos alunos experiências além de seus muros, buscando entender tal sistema de saúde e seus reflexos na comunidade. Afinal, outro conceito importante levantado pela Antropologia médica e incorporado aos livros de medicina é de que as noções e comportamentos correlatos ao processo saúde-doença dos indivíduos estão sempre em consonância com a cultura do grupo social ao qual pertencem. A compreensão desta relação é fundamental para a formação médica (COUTO, 2012).

Algumas limitações para a execução da pesquisa foram impostas pelo surgimento da pandemia de COVID19: a suspensão das aulas por quatro meses que atrasou o início do estudo, as atividades de prática dos alunos no internato de Medicina de Família e Comunidade que mudaram algumas vezes de endereço, em função do fechamento de algumas Unidades de Saúde e houve certa dificuldade em aplicar o MINI para o pequeno volume de pacientes que procurava atendimento nas Unidades de Saúde. Em acréscimo, todos os encontros da pesquisadora com os

alunos participantes, tanto para apresentação prévia da ferramenta, como para a realização das entrevistas, ocorreram de maneira remota, fato que pode reduzir parcialmente a espontaneidade em relação ao momento presencial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência proporcionada por este estudo possibilitou perceber nos alunos uma valorização da narrativa do paciente e da conseqüente reflexão a que chegaram sobre a importância de vários aspectos descobertos por meio do MINI e o que isso pode representar quando incorporado ao seu plano terapêutico. A aplicação do MINI proporcionou uma nova experiência de entrevista clínica a estes alunos, mesmo estando já no final do quinto ano do curso de graduação. Para alguns, representou a possibilidade de entender o contexto da pessoa adoecida, que tentaram buscar sem sucesso ao longo do curso.

O reconhecimento da importância do cuidado individualizado esteve presente no relato de todos os alunos participantes e o desejo de conseguir incorporar uma abordagem mais ampliada do que tem praticado na sua rotina também surgiu em todos os discursos, embora não contemplem a possibilidade de incorporar o MINI na sua forma integral à prática, atribuindo a isso dificuldades na rotina produtivista do trabalho médico. Nota-se, portanto, que o ensino da graduação está ainda vinculado em alguns momentos ao modelo biomédico, o que faz com que alunos não vislumbrem uma possibilidade concreta de mudança do *status quo* da medicina. Uma constatação de que o processo de ensino-aprendizagem está ancorado na vida real, não importando tanto quantas estratégias para humanização ou integralidade o currículo médico traga, fato que os alunos testemunham particularmente nos campos de estágio.

Embora os dados se refiram à realidade de um único curso de medicina, concluímos então que há uma distância entre os objetivos que se espera que o ensino médico alcance e o que se observa na prática. Ao contrário do que se percebe, o ensino médico ideal deveria enraizar nos alunos o conceito de Clínica Ampliada de Campos, que segundo o autor, é aquela que tenta devolver ao sujeito o papel principal nos seus cuidados de saúde, buscando superar as barreiras colocadas entre a “biologia, subjetividade e sociabilidade”, buscando alternativas que correlacionem

saberes numa práxis voltada à integralidade da pessoa humana. (CAMPOS, 2002). Acreditamos que o MINI pode colaborar para a aquisição de competência interpretativa e narrativa nos alunos, colaborando então com uma abordagem e uma construção de plano terapêutico personalizados.

REFERÊNCIAS

AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B.; TOLEDO JR, A. C. DE C. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 14–28, 2018.

AQUINO, L. A. DE. **Medicina e Narrativa: os entendimentos de médicos completando o Programa de Residência Médica em Pediatria sobre a Semiologia e o desenvolvimento do Raciocínio Clínico na “ciência” e na “arte” do cuidar.** [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, 2011.

ARJMAND, S. The Use of Narrative in Medical Education. **Journal for Learning through the Arts: A Research Journal on Arts Integration in Schools and Communities**, v. 8, n. 1, 2012.

AURÉLIO, M.; ROS, D. The Flexner Report : for Good and for Bad. **Revista Brasileira de Educação Médica** **32 (4) : 492 – 499 ; 2008**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

BEDRIKOW, R.; DE SOUSA CAMPOS, G. W. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 610–613, 2011.

BLEAKLEY, A. Stories as data, data as stories: Making sense of narrative inquiry in clinical education. **Medical Education**, v. 39, n. 5, p. 534–540, 2005.

BOUDREAU, J. D.; CASSELL, E.; FUKS, A. Preparing medical students to become attentive listeners. **Medical Teacher**, v. 31, n. 1, p. 22–29, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE; Nº, E. C. DE E. S. R.; 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. **Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e G.** [s.l: s.n.].

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Saúde Paidéia**, 2002.

CHARON, R. Narrative medicine: Form, function, and ethics. **Annals of Internal Medicine**, v. 134, n. 1, p. 83–87, 2001a.

CHARON, R. Narrative Medicine a model for empathy, reflection, profession and trust. **JAMA**, v. 286, n. 15, p. 1897, 2001b.

CHARON, R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 146, n. 2, p. 152, 16 jan. 2007.

COUTO, M. T. Contribuições da antropologia médica para a medicina. **Revista de Medicina**, v. 91, n. 3, p. 155, 2012.

DALTRO, MÔNICA RAMOS; BUENO, G. Humanização na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 497–505, 2010.

EASTON, G. How medical teachers use narratives in lectures: A qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 1–12, 2016.

FAVORETO, C. A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre os modos de pensar dirigido ao diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. T. 2007.

FAVORETO, C. A. O.; DE CAMARGO, K. R. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 37, p. 473–483, 2011.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001: [s.n.].

FRANK, A. W. Just listening: Narrative and deep illness. **Families, Systems and Health**, v. 16, n. 3, p. 197–212, 1998.

GAUFBERG, E. H. et al. The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? **Academic Medicine**, v. 85, n. 11, p. 1709–1716, 2010.

GREENHALGH, T. Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. **British Medical Journal**, v. 318, n. 7179, p. 323–325, 1999.

GROLEAU, D.; YOUNG, A.; KIRMAYER, L. J. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): AN Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. **Transcultural Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 671–691, 2006.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. The narratives in medicine : contributions to medical practice and medical teaching. **Revista BRasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 6–14, 2006.

HOJAT, M. et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1182–1191, 2009.

HURWITZ, B.; GREENHALGH, T.; SKULTANS, V. **Narrative Research in Health and Illness**. [s.l: s.n.].

I, I. C. R. Medicina : o Olhar dos Estudantes Humanization in Undergraduate Medical Training : the Students ' Point of View. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 401–409, 2010.

KALITZKUS, V. Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice. **The Permanente Journal**, v. 13, n. 1, p. 80–86, 2009.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 10, p. 1673–1676, 2006.

LEAL, E. M. et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: Tradução e adaptação transcultural para o português. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2393–2402, 2016.

MEDEIROS, N. S. et al. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 515–525, 2013.

MILLER, E. et al. Sounding narrative medicine: Studying students' professional identity development at Columbia university College of physicians and surgeons. **Academic Medicine**, v. 89, n. 2, p. 335–342, 2014.

PALMIRA, I.; ZAGONEL, S.; RE-, C. A integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde : uma Revisão Sistemática Comprehensive Care in Health Teaching : A Systematic Review. **Revista Brasileira de Educação Médica** 516 41 (4) : 515 – 524 ; 2017, v. 41, n. 4, p. 515–524, 2017.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. (ORG). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado à saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.23, p.619-35, set/dez 2007**, 2007.

ROCHA, H. A.; SOUZA, A. N. D. DE. A Utilização da Entrevista da Narrativa do Adoecimento McGill-Mini na Abordagem de Pacientes Poliqueixosos por Alunos do Internato Rotatório de Medicina de Família e Comunidade (Mfc). **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde**, v. 1, p. 278–278, 2014.

SCHWELLER, M. O ensino de empatia no curso de graduação em medicina. p. 138, 2014.

SHAPIRO, J. Perspective: Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. **Academic Medicine**, v. 86, n. 3, p. 326–332, 2011.

SILVA, S. A.; CHARON, R.; WYER, P. C. The marriage of evidence and narrative: Scientific nurturance within clinical practice. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 4, p. 585–593, 2011.

SOBRAL ROSÁRIO, F. Anamnese Versus História de Vida na Compreensão do Sofrimento do Outro. **Medicina Interna**, v. 25, n. 3, p. 233–236, 2018.

TAVARES, L. **Medicina narrativa : o significado de humanização para**

estudantes de Medicina - Dissertação. [s.l.] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.

ZAHARIAS, G. Narrative-based medicine and the general practice consultation: Narrative-based medicine 2. **Canadian Family Physician**, v. 64, n. 4, p. 286–290, 2018a.

ZAHARIAS, G. Learning narrative-based medicine skills Narrative-based medicine 3. **Canadian Family Physician**, v. 64, n. 5, p. 352–356, 2018b.

ANEXO 1 - MCGILL MINI NARRATIVA DE ADOECIMENTO

Versão genérica para Doença, Adoecimento ou Sintoma
(Danielle Groleau, Allan Young & Laurence J. Kirmayer (2006))

Nº de Identificação: _____

Data: _____

Entrevistador: _____

Seção I. NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO

1. Fale sobre a primeira vez 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 subseqüentes]*
2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta 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 o tipo do 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 tem <NOME POPULAR>?

24. Qual é o melhor tratamento para pessoas que tem <NOME POPULAR>?

25. Como as outras pessoas reagem diante das pessoas que tem 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?

30.1 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.]*

31.1 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 a questão 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 das pessoas te olharem?

43. O que te 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 te ajudaram a passar por este período difícil da sua vida?

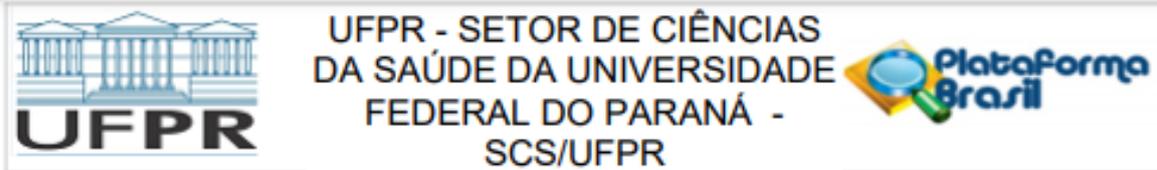
[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

45. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudou 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?

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP – UFPR



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Compreensão pelo acadêmico de medicina sobre a narrativa do paciente por meio do uso da entrevista McGill Illness Narrative Interview (MINI)

Pesquisador: GIOVANA DANIELA PECHARKI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25268519.5.0000.0102

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.715.215

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, que consiste na realização de um grupo focal, com alunos do quinto ano de Medicina, durante o internato de Medicina Geral de Família e Comunidade em uma universidade privada de Curitiba, onde será analisada a utilização de uma técnica de entrevista (McGill MINI) na disciplina durante o atendimento aos pacientes

Objetivo da Pesquisa:

1.1 Objetivo Geral: Avaliar a compreensão pelo acadêmico de medicina sobre a narrativa do paciente, utilizando a entrevista McGill Illness Narrative Interview (MINI) durante a anamnese em atividades do internato.

1.2 Objetivos Específicos:

- Verificar como a entrevista McGill MINI pode influenciar na prática formativa em anamnese do aluno em um curso de graduação de medicina.
- Avaliar os efeitos do uso do instrumento quanto à compreensão da integralidade da atenção em saúde.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

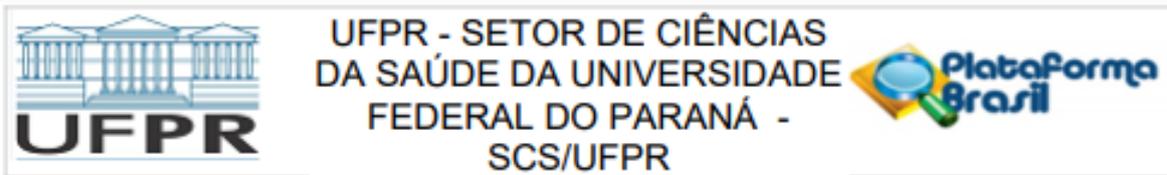
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.715.215

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os alunos poderão se beneficiar aprimorando sua técnica de entrevista e potencialmente aprimorando a qualidade de seus atendimentos, tornando-se futuros médicos mais preparados para abordar integralmente as experiências de adoecimento de seus pacientes e contemplá-las no seu plano terapêutico.

Sobre os riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa, algum desconforto pode ocorrer, de graduação mínima, relacionado a constrangimentos ao responder as questões relacionadas aos grupos focais da pesquisa. Para minimizar os riscos e proteger os participantes, serão disponibilizados esclarecimentos verbais e contidos no TCLE com a opção de não responder a qualquer pergunta ou possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento. Os grupos focais serão realizados em salas reservadas para garantir o sigilo das informações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, que avaliará uma técnica de entrevista para melhor condução da anamnese no atendimento médico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Retirar do projeto detalhado o nome do prof. Deivisson dos Santos no item 21 - Qualificação dos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

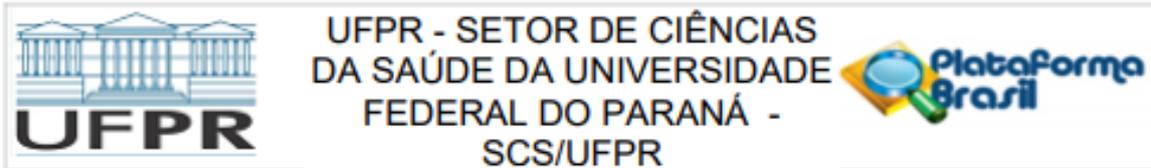
- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.715.215

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

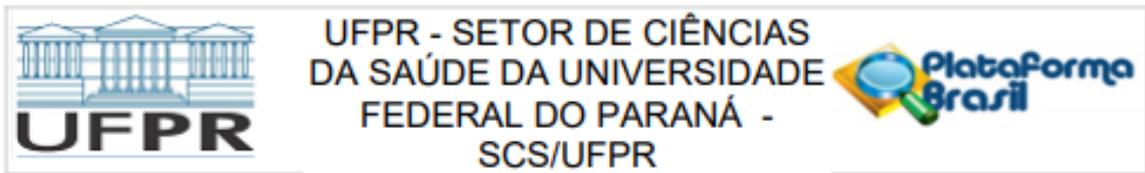
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1461440.pdf	07/11/2019 22:21:59		Aceito
Outros	Checklist_2019_Vanir_ULT.pdf	07/11/2019 22:21:13	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Outros	declaracao_de_compromissos_da equipe de pesquisa ULT.pdf	07/11/2019 22:18:09	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VANIR_ULT.docx	07/11/2019 22:17:46	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VANIR_ULT.docx	07/11/2019 22:17:36	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Outros	concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	05/11/2019 17:11:05	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Outros	concordancia_de_coparticipacao.pdf	05/11/2019 17:09:58	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_ass_Gi_deivisson.pdf	05/11/2019 17:09:12	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Outros	analise_do_merito_cientifico.pdf	05/11/2019 17:00:52	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Outros	CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PESQUISADOR AO CEP SD.pdf	05/11/2019 16:59:55	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Outros	Extrato_ata_proj_Vanir.pdf	05/11/2019 16:57:09	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3380-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.715.215

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

APÊNDICE 1 - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA APLICADO NA ETAPA 3

Como foi pra você usar esse instrumento entrevistando os pacientes?
O que você achou deste modelo de entrevista?
Como você avalia sua compreensão sobre a história do paciente utilizando este modelo de entrevista?
O que o paciente achou da sua entrevista? Você tem uma idéia?
Que diferenças você acha que tem este modelo de entrevista em comparação com a anamnese tradicional?
Como você acha que seria possível que este instrumento fosse incluído no seu rol de ferramentas clínicas? Que dificuldades você acha que haveriam para esta incorporação?
Você acha que este instrumento poderia fazer parte do ensino na graduação de medicina?
Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre isso?

APÊNDICE 2 - MATRIZ ELABORADA COM TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM OS ALUNOS PARTICIPANTES

NÚCLEO ARGUMENTAL	ALUNO 1	ALUNO 2	ALUNO 3
Impressões sobre o método	<p>Essa entrevista consegue trazer à tona alguns assuntos, algumas perspectivas, que a gente não costuma ter na consulta, por exemplo, o que estava acontecendo em casa ou na família quando surgiu a doença, ou como a pessoa se sente com relação à doença.</p> <p>Achei legal no aspecto de se conectar com o paciente, de ter uma conversa e uma ligação; com todo mundo que eu fiz essa entrevista eu saí me sentindo muito conectado.</p>	<p>Eu achei a experiência de usar a entrevista muito útil porque, mesmo aplicando em pessoas que eu já conhecia há muito tempo, eu consegui entender mais profundamente como foi o processo de adoecimento lá do começo e de como estas pessoas se sentiam em relação a isso.</p> <p>Foi bem bom, abriu meus olhos pra algumas coisas que eu não tinha ideia da importância que tinham porque nunca tinha me passado pela cabeça perguntar.</p> <p>Essa entrevista me deu meios de abordar a doença de uma maneira que eu ainda não tinha parado para pensar, então com certeza algumas partes dela podem e vão ser incluídas na minha rotina.</p> <p>Então eu achei super relevante, me deu um olhar diferente, quando eu li as perguntas pela primeira vez eu pensei: nossa! Como eu nunca perguntei isso</p>	<p>Eu gostei bastante dessa entrevista porque ela aborda coisas que não temos nas aulas teóricas nem nas práticas. Algo sobre a visão do paciente sobre seu problema, o que eu pessoalmente prezo bastante, saber como ele está vivendo o processo saúde-doença.</p>
ALUNO 4	ALUNO 5	ALUNO 6	ALUNO 7
<p>a experiência que eu tive com os pacientes foi boa, porque várias perguntas ali dizem respeito a pontos que a gente quer abordar durante a consulta mas tem dificuldade pra isso.</p> <p>são perguntas que eu acho que abrem um leque de como abordar algumas coisas na anamnese que até então eu não tinha mesmo.</p> <p>Eu acho que o ponto que foi mais significativo pra mim foi o fato de conseguir ir mais profundo realmente no que é aquele ser humano que está ali na tua frente. Pra mim foi bem nítido mesmo isso que a gente só caminha superficialmente na maior parte dos casos e isso meio que jogou na minha cara que, olha, você está deixando passar muita coisa! Eu gostei realmente da experiência.</p>	<p>Usando a entrevista eu percebi que algumas eu já fazia rotineiramente, mas eu não fazia de forma tão profunda quanto o instrumento propõe.</p> <p>Eu gostei bastante da entrevista, acho que foi uma oportunidade de melhorar a anamnese e conhecer melhor a história do paciente.</p> <p>Eu acho que essa entrevista é muito mais subjetiva que a anamnese que fazemos normalmente, que é muito objetiva; então acaba se perdendo muita coisa que a gente poderia usar pra melhorar o tratamento das pessoas. E essa entrevista ajuda a resgatar isso.</p>	<p>Utilizar este modelo de entrevista foi uma experiência bem interessante, eu nunca tinha feito essas perguntas no meu breve histórico acadêmico de cinco anos de medicina, nunca tive contato com esse tipo de anamnese, foi interessante, fez crescer na anamnese.</p> <p>Algumas perguntas eu gravei porque achei bem interessantes, por exemplo: o que você acha que causou esse problema de saúde? O que estava acontecendo com você naquela época em que você teve o diagnóstico? tem muitas perguntas interessantes que eu nunca fiz na vida sobre espiritualidade. Enfim, eram umas perguntas que não estão na nossa medicina ocidental.</p>	<p>Eu gostei bastante do instrumento porque acho que melhorou a interação e melhorou o vínculo com o paciente, acho que você passa a entender melhor a pessoa, só achei um pouquinho demorado, acho que poderia ter menos perguntas, também tem perguntas meio parecidas.</p> <p>Eu acho que essa entrevista melhora o vínculo com o paciente e aumenta confiança dele no seu médico; ao mesmo tempo pode servir como uma terapia, você conversar, entender, ver o que a pessoa acha e sente... principalmente nessa época, eu sinto que cada vez mais pacientes tem problemas de saúde mental junto com outras doenças.</p> <p>Falta pessoas para escutar e pra se interessar nos problemas dos outros, e acho que a gente como médico consegue atuar nessa parte.</p>
ALUNO 8	ALUNO 9	ALUNO 10	ALUNO11
<p>Foi relativamente fácil usar a entrevista, é bem intuitivo. Eu procurei não ler as perguntas literalmente, mas ir adaptando dentro da conversa que eu estava tendo com o paciente, acho que desta forma era mais fluido.</p> <p>Eu acho que ela trouxe algumas informações interessantes que eu honestamente não consegui extrair do paciente ou perceber na anamnese tradicional.</p> <p>Eu achei a entrevista legal; ela realmente acrescenta alguma coisa na nossa função de exercer a medicina.</p> <p>Eu achei que realmente agrega, acho que é uma proposta interessante, uma proposta nova e bem interessante.</p> <p>Acho que se for trabalhado e pensado tem como realmente implementar em certos contextos da prática médica, acho que vai enriquecer a nossa relação com o paciente e que nosso próprio trabalho</p>	<p>Eu achei boa essa experiência de utilizar a entrevista porque eu consegui entender melhor o processo da doença.</p>	<p>Usar essa entrevista foi uma experiência bem interessante porque são perguntas que não são habituais da nossa anamnese e você consegue compreender o paciente de uma forma um pouco mais integrada.</p> <p>Eu não sei se esse instrumento foi elaborado para uma outra situação de atendimento, mas na unidade de saúde, onde as pessoas de modo geral têm menos conhecimento sobre seus problemas de saúde e praticamente não tem outras opções de tratamento além daquelas oferecidas ali, essa entrevista parece que não se encaixa muito bem.</p>	<p>Eu acho que esse instrumento inclusivo é uma ferramenta indispensável para o médico para que o paciente realmente cumpra, pra que ele aplique a insulina direitinho, porque isso é uma dificuldade muito grande, fazer o paciente entender a necessidade, é uma coisa muito difícil. E você mostrar que entende o que ele está passando, pelo menos deixá-lo falar, acho que vai fazer com que ele seja mais aderente ao tratamento, porque ele passa a entender que você quer que ele melhore, que você não quer fazer mal, que você não quer puni-lo por causa da sua alimentação ou qualquer coisa assim, que você está ali pra ajudá-lo para que ele não tenha complicações no futuro. Isso é uma coisa muito difícil. Acho que esse é um ponto bem fraco da clínica. Eu acho que você deixar o paciente se abrir como foi possibilitado nessa entrevista faz com que ele se ajude, se compreenda e ajude a tomar os primeiros passos pra ter um desfecho mais favorável.</p>

NÚCLEO ARGUMENTAL	ALUNO 1	ALUNO 2	ALUNO 3
Dificuldades encontradas durante a execução da entrevista	<p>a partir de certo ponto as perguntas iam ficando um pouco repetitivas, porque o paciente já tinha falado aquilo, aí não fazia sentido perguntar novamente. Então, no começo é uma experiência muito agradável e depois começa a ficar um pouco mais mecânica, um pouco cansativo; em todas as consultas eu tive essa mesma impressão.</p> <p>Eu percebi que em alguns momentos e com algumas perguntas ficava um pouco monótono, meio confuso. Alguns pacientes que tinham um grau de entendimento um pouco menor tinham dificuldade de entender, ou talvez eu não tenha me expressado direito</p> <p>Na primeira eu tentei fazer à risca todas as perguntas, mas a partir das outras eu tive muita vontade de pulgar umas perguntas, parecia redundante e algumas pareciam que até não se aplicavam, dependendo do que o paciente tinha.</p> <p>Tem muitas perguntas que o paciente não entende, que são bem gerais e podem ser interpretadas de muitas formas, por exemplo: Como mudou o modo como você vê a vida em geral? Essa foi a que eu tive mais pacientes me perguntando o que significava e</p>	<p>Eu fiquei com a impressão de que havia perguntas repetidas, mas eu fiz mesmo assim, pra ver se o paciente teria uma resposta diferente, mas ele acabou respondendo a mesma coisa.</p> <p>Eu achei proveitosa em termos gerais, algumas partes mais do que outras, algumas eu não consegui entender direito, se existia uma relevância, mas a maior parte dele eu achei bem útil.</p>	<p>E também acho que precisamos ter cuidado na hora de fazer as perguntas, porque algumas tocam em pontos muito delicados, principalmente se aquele problema impactou muito a vida da pessoa, algumas pessoas mais sensíveis podem se emocionar muito ou talvez não gostem de falar sobre aquilo.</p> <p>também achei que algumas perguntas eram difíceis pro paciente entender e até para eu explicar, e também fiquei com a impressão que havia perguntas repetidas, aí eu acabava adaptando o modelo, quando o paciente já tinha falado aquilo.</p> <p>Outro problema que senti é que pareciam ter várias repetições de perguntas. Quando o paciente estava falando apenas de um problema era mais fácil de focar, mas quando a pessoa tinha mais de um problema ela não conseguia focar.</p>
ALUNO 4 O questionário em si é um pouco longo, então isso acaba de certa forma, desestimulando a gente.	<p>ALUNO 5</p> <p>teve algumas perguntas que não sei se eu não soube explicar direito pro paciente ou ele não entendeu, mas ficou meio confuso, como por exemplo, se você conhece alguém com a doença? Como foi o quadro dele? é diferente ou semelhante ao seu?</p> <p>Teve algumas perguntas que também pareceram um pouco confusas na hora de explicar pro paciente e outras que pareciam repetitivas.</p>	<p>ALUNO 6</p> <p>Tive algumas dificuldades na sua execução, como o fato de ser uma entrevista longa, que demanda muito tempo, e também porque fui interrompida algumas vezes. O tempo que demora também depende muito do paciente, se ele fala mais ou menos, porque as perguntas são bem abertas.</p> <p>Uma crítica que faço é que algumas questões são repetitivas, e isso faz com que o paciente se confunda nas respostas que dá, uma hora fala uma coisa e outra hora fala outra... aí então eu acabava não aplicando todas as perguntas porque parecia que o paciente já tinha respondido.</p> <p>Também percebi que era difícil pro paciente focar em um problema de saúde quando ele tinha vários ao mesmo tempo, ele acabava se confundindo nas respostas.</p> <p>Eu acho que eu compreenderia melhor a história do paciente se as perguntas fossem mais focadas, mais diretas, do que perguntas tão abertas.</p>	<p>ALUNO 7</p> <p>O que eu fiz bastante foi adaptar o questionário, porque tinha perguntas que a pessoa acabava respondendo antes, junto com outras perguntas, e aí eu acabava nem perguntando de novo.</p> <p>Acho que outra dificuldade para colocar essa entrevista na prática seria o perfil do paciente, porque tem pessoas que são mais fechadas, que talvez não queiram abordar essas questões;</p> <p>A minha timidez seja um problema para eu colocar esta entrevista na minha prática. Talvez com pacientes que eu já tivesse um vínculo eu sentisse mais facilidade, agora com pessoas mais fechadas ou com pacientes com determinadas doenças psiquiátricas, o que sempre foi muito difícil para mim, talvez eu não conseguisse abordar tão bem isso.</p>
ALUNO 8 Algumas perguntas eram mais difíceis de entender, até dependendo do nível de escolaridade do paciente, e algumas pareciam não fazer sentido para todos. Também tinha algumas perguntas que pareciam repetidas, então às vezes eu até pulava porque o paciente já tinha respondido. E algumas eu tentei adaptar, quer dizer, pegar a ideia da pergunta pra então passar pro paciente.	<p>ALUNO 9</p> <p>Eu acabei adaptando um pouco a entrevista, porque muitas perguntas pareciam repetitivas, porque muitas vezes quase já na primeira pergunta eles contavam tudo</p>	<p>ALUNO 10</p> <p>É um instrumento interessante mas também longo e parece ter perguntas repetidas, porque à medida que o paciente vai falando ele automaticamente responde outras perguntas; e às vezes eu tinha que ajudar o paciente a entender o significado de determinadas perguntas.</p> <p>Eu também o achei um pouco longo, tanto que parece que as pessoas começam respondendo de modo mais colaborativo, mas chega um ponto em que claramente estão com pressa e começam a responder tudo mais rápido para terminar.</p>	<p>ALUNO 11</p> <p>Eu tive um pouco de dificuldade para adaptar as perguntas porque algumas delas eram bem delicadas e talvez da forma como você perguntasse pro paciente poderia magoá-lo, mas foi bem interessante o resultado.</p> <p>Eu achei um pouco extenso e às vezes ao responder uma pergunta o paciente já acabava respondendo outras, que viriam depois, então, isso compensou um pouco o tempo.</p>

NÚCLEO ARGUMENTAL	ALUNO 1	ALUNO 2	ALUNO 3
<p>Sobre a compreensão da narrativa do paciente</p>	<p>A compreensão da narrativa do paciente é excepcional, eu achei que a história não poderia ficar mais completa do que é com essa entrevista. Ela aborda praticamente todos os aspectos que eu consigo imaginar. Você consegue saber desde informações que a gente acaba perguntando na anamnese habitual, e muito mais, você acaba imergindo muito mais na história, fica muito mais compreensível. Você entende muito bem o que aquele paciente passou desde que começou a história da enfermidade dele.</p> <p>Eu acho essa entrevista bem diferente da anamnese habitual que fazemos. Esse modelo consegue conectar muito mais com o paciente, faz a gente entender muito mais várias outras esferas da doença e da perspectiva dele.</p>	<p>Pra entender a história do paciente foi ótimo. Ela te dá um roteiro para entender melhor a forma como a pessoa se sente, o processo de adoecimento, o processo saúde-doença, o que é diferente da anamnese que a gente costuma fazer, que é mais objetiva. Com ela eu abordei doenças de uma maneira que eu nunca tinha abordado antes, nunca tinha entendido o contexto tão profundamente. Eu avalio que tive uma alta compreensão das histórias dos pacientes, muito maior do que seria pelos métodos tradicionais da anamnese</p> <p>Eu acho que você consegue ter uma ideia melhor do que aquilo significa pra aquela pessoa. Eu achei que, no contexto de Saúde da Família, é entender o paciente como um todo, então eu acho que eu nunca tinha entendido um paciente como um todo antes.</p>	<p>Com essa entrevista a compreensão da história do paciente fica totalmente diferente, porque, por exemplo, no caso de um paciente que eu entrevistei, eu já tinha feito uma consulta com ele e percebi que ele mencionava muito um problema de saúde que teve na família, eu percebi que aquilo era algo muito importante para ele. Já depois na entrevista eu pude realmente perceber o quanto aquilo era importante para ele e para toda a família, apesar de não se tratar de um problema dele, mas do filho, impactava muito a vida dele. E eu só percebi isso por causa da entrevista.</p> <p>Teve o caso de um paciente idoso que internou por causa de COVID, e antes de entrevistá-lo eu já tinha montado um certo padrão na minha cabeça, sobre como ele deveria ter se sentido, mas depois da entrevista eu percebi que eu estava enganada, e fiquei surpresa em ver como ele se manteve otimista durante a sua doença e como a fé dele e da família foram importantes para sua recuperação. Me surpreendeu muito ver como ele lidou com aquilo.</p>
<p>ALUNO 4 Eu acho que a entrevista na sua totalidade não é tão útil pra a gente no dia a dia, mas algumas perguntas sobre pontos específicos, às vezes te trazem uma resposta ou uma perspectiva do paciente que a gente não teria de outra forma.</p> <p>parece que consolidou mais o vínculo que a gente tinha criado momentos antes; entender como aquilo estava impactando na vida deles; ficou mais nítido o quanto algumas coisas podem interferir na vida das pessoas e que a gente não consegue mensurar o quanto.</p> <p>Acho que foi nesta entrevista que eu consegui entender o que é o contexto que eu estou buscando, esse é o meu objetivo quando eu estou pensando em contexto</p>	<p>ALUNO 5 Eu percebi outras facetas por trás da doença que eu não teria percebido se não tivesse feito essas perguntas pra ele. Teve o caso de uma paciente que com a entrevista eu percebi que ela estava muito mais aberta para fazer mudança de estilo de vida do que eu tinha achado durante a consulta normal, minutos antes.</p> <p>A compreensão da história do paciente fica bem melhor, por exemplo, eu nunca tinha me tocado o quanto dois problemas podem estar conectados, como no caso de um paciente com diabetes e depressão, porque o diabetes pra nós é uma doença comum, e não chegaria a ponto de levar uma pessoa a ter um impacto tão profundo na saúde mental, só que na realidade pode sim, e eu não tinha me tocado disso.</p> <p>Eu consegui aprender muito melhor que não podia separar o tratamento de uma depressão ou de uma ansiedade que estava diretamente ligada à doença que o paciente tinha sem conseguir explicar pra ele melhor o que era doença, sem conseguir falar com ele melhor linkando as duas coisas. Então acho que foi sensacional porque eu consegui entender com muito mais profundidade o quadro dos pacientes.</p>	<p>ALUNO 6 As perguntas me trouxeram o que estava acontecendo com o paciente quando ele recebeu o diagnóstico, o contexto social e psicológico dele, o que ele acha e conhece sobre aquele problema...</p> <p>Eu acho que a minha melhor entrevista foi quando eu fugi completamente do modelo e fui fazendo as perguntas que eu achava necessárias. Essa entrevista foi a que eu mais entendi o problema de saúde dela e como o paciente encarava isso.</p> <p>é bem difícil a gente não julgar, mas é interessante ver como a pessoa lida com aquilo e tenta buscar outras alternativas de tratamento, que podem funcionar como placebo, mas a pessoa tem tanta fé naquilo passa a ser um motivo para continuar o tratamento.</p> <p>Eu fiquei surpresa com o que alguns pacientes contavam na entrevista, parecia que a pessoa me contava uma história totalmente diferente para justificar o seu problema do que ela tinha me contado antes na anamnese tradicional</p>	<p>ALUNO 7 As entrevistas que eu fiz foram mais na parte de saúde mental e acho que funcionou bem; a gente passa a perceber áreas da vida da pessoa que nem pensava em atuar ou onde poderia ajudar.</p> <p>Com relação à compreensão da história do paciente, eu acho que mudou o modo como eu vejo o processo de saúde doença mesmo; acho que quando a gente fazia uma anamnese daquele jeito de sempre eu via a doença de determinada forma e com esse outro método eu vi de uma forma um pouco mais humanizada mesmo.</p> <p>Por exemplo quando a gente pergunta: O que você achou quando você foi consultar um outro profissional? E você esperaria ter tido outro tratamento? O que você acha que ainda falta no tratamento? Esse tipo de coisa a gente dificilmente pergunta e que pode fazer total diferença no tratamento da pessoa, pra deixá-la melhor.</p> <p>Acho que dá mais voz ao paciente, a gente entende um pouco mais o que ele tá esperando, o que ele acha que vai fazê-lo ficar melhor.</p> <p>Eu acho que pra mim usar essa entrevista foi bem esclarecedor; eu senti que a gente estuda de determinada forma, faz exames, orienta o tratamento, mas a gente não vê o lado da outra pessoa.</p> <p>A gente até faz aquele método clínico centrado no paciente, mas eu achei que a entrevista aprofundou bem essa parte de ver como a pessoa se sente, então deu pra esclarecer o lado do paciente.</p>
<p>ALUNO 8 Na primeira que eu fiz parece que não foi muito interessante porque era uma paciente que se sentia muito bem. Mas já a partir da segunda entrevista eu senti que os pacientes traziam informações que eu não tinha obtido antes e eram interessantes para ajudar na escolha da conduta mais adequada para aquelas pessoas.</p> <p>Eu acho que com a entrevista eu compreendi bem a história dos pacientes, consegui chegar nas informações que as perguntas queriam obter.</p> <p>Embora algumas perguntas parecessem redundantes, com a mesma ideia ao longo de todo o instrumento, de certa forma eu senti que isso poderia ser bom para confirmar a informação que o paciente deu antes ou trazer à tona algo que poderia ter sido esquecido de comentar.</p> <p>Algumas das perguntas que achei mais interessantes: Você se lembra o que estava acontecendo na sua vida quando você recebeu o diagnóstico? De que forma o diagnóstico mudou sua vida? Eu achei essas perguntas interessantes porque me fizeram pensar que muitas vezes a gente não percebe o quanto uma doença afeta alguém, porque muitas vezes são problemas que a nosso ver são benignos mas que na vida pessoa faz um completo estrago, muda completamente a percepção de identidade e a rotina dela.</p> <p>Eu percebi isso de um paciente que recebeu diagnóstico de hipertensão e mudou completamente a dieta dele, de forma que afetou até os encontros com os amigos, porque ele procurava evitar bebida alcoólica e comer carnes mais gordurosas. Ele sentia que os amigos estranhavam aquilo.</p>	<p>ALUNO 9 havia algumas perguntas, por exemplo, como e onde começou, como são os sintomas, como foi o processo da doença, que eu achei muito boas, porque por exemplo, no caso da rinite alérgica, que às vezes a gente pensa que é um problema que não incomoda tanto, eu realmente percebi que incomodava demais aquela paciente, atrapalhava muito a vida dela.</p>	<p>ALUNO 10 achei interessante perceber que informações a pessoa tem sobre aquela doença, outras pessoas, artistas ou biografias de pessoas com problemas semelhantes. Isso mostra a experiência da pessoa a partir da experiência dos outros, e a partir daí surgem analogias, como se o que aconteceu com o outro pode acontecer comigo, a cura do outro pode ser a minha, aquele fez tal tratamento e deu resultado e o meu não deu, meu médico é pior ou melhor...com esse tipo de perguntas a gente consegue entender um pouco da compreensão que a pessoa tem sobre a doença e sobre o possível processo de cura.</p> <p>Com essa entrevista eu acho que eu compreendo melhor a história do paciente, não só como começou a doença em si, porque isso na anamnese a gente já faz, mas outros fatores que podem ser importantes para mim no tratamento e outros fatores que podem ser importantes para ele, às vezes até mais do que a cura. Por exemplo, um paciente que sabe que tem um câncer que não tem cura seu objetivo principal é ter mais conforto e se sentir melhor, então eu começo a entender estes valores. Para alguns a religião e a medicina alternativa podem ter muito valor e reger sua vida, para outros não.</p> <p>Talvez essa compreensão da história do paciente não muda minha conduta, mas muda minha percepção daquela pessoa, daquele ser humano completo; eu posso, por exemplo, concomitantemente ao tratamento habitual oferecer outras estratégias ao paciente, como relacionadas à espiritualidade, acupuntura, cromoterapia, alguma coisa que melhore o bem estar dele.</p> <p>Acho que isso me faz tratar o paciente de uma forma mais integral e pode ser um fator que melhore sua aderência ao tratamento.</p>	<p>ALUNO 11 Eu acho que essa entrevista fez total diferença na relação médico paciente. O paciente que eu entrevistei era um diabético, mas dava pra ver a carga de comprometimento psicológico que doença trazia pra ele e como interferia na sua vida; ele também não se sentia bem compreendido pela equipe médica, então poder perguntar e deixar ele falar como a doença interferia e tinha mudado sua vida foi bastante interessante. Eu acho que é um momento em que você dá espaço pro paciente elaborar a questão do "illness".</p> <p>Eu acho que foi essa entrevista é interessante para conseguir informações através de perguntas que talvez eu não me sentisse tão à vontade de fazer se estivesse fora deste contexto. Por exemplo a pergunta: você acha que mudou a forma como as pessoas passaram a te ver a partir do momento você teve o diagnóstico? Foi bem surpreendente ver as respostas. São coisas que você às vezes tem receio de perguntar, de comover o paciente ou que possa soar invasivo.</p> <p>A resposta do paciente para a pergunta sobre como as pessoas em volta em sua volta passaram a vê-lo a partir do diagnóstico me surpreendeu bastante. E era uma coisa que eu achei que não interferiria, até pensei, será que eu pergunto? aí eu perguntei, e nossa, ele se abriu e foi bem surpreendente.</p> <p>Eu acho que a compreensão que eu atingi da história do paciente foi sensacional, porque ele acabou contando a história e fatos que eram importantes tanto para a abordagem clínica da doença dele quanto eram também muito significativos para ele.</p> <p>A sensação que eu tive foi como quando você está</p>

NÚCLEO ARGUMENTAL	ALUNO 1	ALUNO 2	ALUNO 3
<p>Diferenças percebidas com relação à técnica usual de anamnese</p>	<p>Na anamnese tradicional muitas vezes a gente não vê a perspectiva do paciente. Ele dá a descrição de um sintoma, por exemplo, e a gente entende uma coisa, mas na verdade aquilo tinha outro significado pra ela.</p> <p>Outra diferença é que essa entrevista é mais demorada e eu não sei se ela capta todas as informações que a gente precisa, então talvez não ajude muito no raciocínio clínico que a gente tá acostumado. Eu acho que ela pode complementar a nossa anamnese, mas não substituir.</p> <p>Essa entrevista também tem muitas perguntas sobre comparações que as pessoas fazem do seu problema com o de outras pessoas, o que pode explicar por exemplo, um sintoma que às vezes não se encaixa no quadro clínico, mas se você se aprofundar você consegue entender o mecanismo de pensamento dessa pessoa, pra entender qual é a comparação que ela está fazendo.</p>	<p>A anamnese que a gente costuma fazer é mais direta, mas com essa entrevista eu acredito que dá pra entender melhor como a pessoa se sente em relação ao problema de saúde, sobre como começou, como foi tratado no começo, quando ela começou a sentir que tinha algo errado com ela... São perguntas que não se encaixam na anamnese tradicional, mas que podem complementá-la.</p> <p>...se fosse um paciente que eu ainda não conhecesse e fosse só aplicar essa entrevista eu acho que eu não entenderia direito o que é o problema que a pessoa tem, acho que faltaria caracterizar o problema mesmo, como na anamnese tradicional.</p>	<p>A anamnese tradicional segue uma linha de raciocínio que não deixa muito espaço pro paciente falar de sua percepção de tudo o que está acontecendo; por mais que você leve em consideração você deixa de fora muitas coisas. Não que essa anamnese não seja válida porque ela ajuda você a focar no diagnóstico do problema, mas pode ser que alguma coisa se perca. Essa entrevista é muito mais abrangente. Está bem claro pra mim que a anamnese tradicional é voltada pro médico, é pra você resolver aquele negócio agudo, ou mesmo que seja crônico, porque na hora que você tem que dar uma conduta, tem que chegar no raciocínio, você tem que dirigir aquilo, é muito voltado pra como a cabeça do médico está funcionando; e essa entrevista não, ela é bem mais ampla, parece que abre um leque de um monte de coisas.</p>
<p>ALUNO 4</p> <p>Tem muitas diferenças entre a anamnese tradicional e essa entrevista, principalmente pelo fato de que quando estamos fazendo a anamnese habitual a gente se atem ao sintoma ou o quanto aquele sintoma se relaciona com o outro, a duração, o que desencadeou, o que tem associado, a gente normalmente se atém a isso pra conseguir fechar as pechinhas do nosso quebra cabeça né. Mas às vezes a gente acha que basta fazer o diagnóstico e dar o tratamento, sem saber se de fato o paciente entendeu ou como ele se sente em relação aquilo; a gente não consegue explicar de modo que traga tranquilidade para ele, que vá trazer conforto pra ele.</p> <p>Então, nesse ponto, eu acho que essa entrevista engloba muito mais coisas da vida, da esfera psicossocial da pessoa do que a anamnese tradicional. Acho que foi nesta entrevista que eu consegui entender o que é o contexto que eu estou buscando, esse é o meu objetivo quando eu estou pensando em contexto. Mas apesar das diferenças isso não impede que os dois modelos possam caminhar juntos ali no meio da consulta.</p>	<p>ALUNO 5</p> <p>Eu acho que essa entrevista é muito mais subjetiva que a anamnese tradicional, que é muito objetiva, então acaba se perdendo muita coisa que a gente poderia usar pra melhorar o tratamento das pessoas, ou saber como eles se sentem com seu problema.</p>	<p>ALUNO 6</p> <p>É um modelo de entrevista diferente do que costumamos usar, quer pergunta sobre o sentimento e o que o paciente acha que é o seu problema.</p> <p>Esse modelo é bem diferente da anamnese que a gente costuma fazer, que é mais focada num problema e tentar encontrar causas que justifiquem aquele problema. Essa entrevista é mais psicológica eu acho. Eu acho que elas não se substituem, mas se complementam.</p>	<p>ALUNO 7</p> <p>Algumas diferenças que eu percebi entre a entrevista e a anamnese tradicional foram principalmente na parte sobre a espiritualidade e os tratamentos alternativos, que são coisas que geralmente a gente não coloca em pauta na anamnese.</p> <p>Outras diferenças, por exemplo, quando se pergunta o que a pessoa acha que aconteceu, porque é que ela tá com aquele problema de saúde e conseguir relacionar com os acontecimentos da vida dela, pra gente conseguir entender um pouquinho melhor daquilo, isso a gente não aborda tanto na anamnese.</p> <p>Eu acho que o problema não é como a gente aprende a anamnese tradicional, mas o tempo que a gente tem com o paciente, a gente acaba não querendo abordar muito essas coisas porque não dá tempo.</p> <p>Na anamnese tradicional também há perguntas que faltam nessa entrevista, por exemplo, sobre a história progressa da pessoa, sobre a dinâmica familiar, como estão as coisas em casa e com quem o paciente mora, esse tipo de coisa não tinha na entrevista.</p> <p>Outra diferença é que essa entrevista flui melhor, como uma conversa mesmo, ao contrário da anamnese tradicional, que por mais que cada um faça do seu jeito já é um negócio meio engessado pra gente. Eu perguntava e a pessoa respondia, aí eu já ficava curiosa e quando eu via já estava conversando mesmo.</p>
<p>ALUNO 8</p> <p>Eu acho que a anamnese tradicional é um instrumento centrado no diagnóstico e tratamento, com o objetivo de chegar numa conduta. Enquanto esse outro modelo de entrevista explora um aspecto mais emocional, é a experiência do paciente em relação à doença dele. Se eu fosse pegar só esse modelo de entrevista eu acho que ele ficaria incompleto em relação à anamnese tradicional porque ele não me traria o diagnóstico, não me traria as informações para minha conduta. Por outro lado, a anamnese em comparação a esse modelo de entrevista não traz essas informações emocionais. Então por mais que o foco da anamnese tradicional seja buscar informações para chegar numa conduta, eu acho que entender esses aspectos emocionais também pode influenciar nisso e talvez tenha sido algo negligenciado ao longo da nossa formação.</p>	<p>ALUNO 9</p> <p>Eu acho essa entrevista bem mais aprofundada do que a anamnese tradicional, inclusive muitas vezes a gente esquece de perguntar por exemplo, se a pessoa já procurou tratamento antes e se conseguiu seguir aquelas orientações que recebeu, porque não adiantaria a gente orientar igual ou a gente teria que inventar uma nova forma para aquela pessoa.</p> <p>Também tem algumas perguntas na anamnese tradicional que não tem nessa entrevista, por exemplo, histórico familiar, condições e hábitos de vida e a parte de exame físico.</p>	<p>ALUNO 10</p> <p>São levantadas questões que não fazemos habitualmente, como por exemplo sobre espiritualidade, medicina alternativa e outras sobre o processo de adoecer</p> <p>Comparando essa entrevista com a anamnese habitual que fazemos acho que a diferença está na essência, porque na anamnese a gente faz muitas perguntas sobre a queixa, sobre a doença em si, tentando esclarecer o diagnóstico; já nessa entrevista eu não quero saber o diagnóstico, eu quero saber daquela doença, como ele adoeceu e como ele se percebe passando por isso. Teoricamente eu já tenho um diagnóstico prévio. Acho que essa entrevista é muito mais aberta do que a nossa anamnese cujas perguntas são mais fechadas, direcionadas, até porque a gente não tem muito tempo de deixar o paciente falar à vontade.</p>	<p>ALUNO 11</p> <p>Eu acho que essa entrevista não substitui a anamnese habitual que fazemos, porque faltam dados que te ajudam a direcionar o tratamento clínico. Mas com certeza essa entrevista seria um complemento para você criar essa relação mais estreita com o paciente e assim criar uma afinidade, assim bater no mesmo tom. Uma cumplicidade para que ele vá aderir ao tratamento proposto.</p>

NÚCLEO ARGUMENTAL	ALUNO 1	ALUNO 2	ALUNO 3
<p>Percepção do sentimento do paciente quanto à entrevista realizada</p>	<p>Acredito que a maioria dos pacientes que entrevistei pareceram gostar da entrevista, acho que talvez porque é um clima muito de conversa. Algumas pessoas até apareceram de certa forma gratas por eu ter escutado e dada atenção pra sua história.</p> <p>Muitos pacientes também tinham Insegurança em responder algumas coisas porque eles pareciam saber que tinham a concepção errada sobre a doença, então eles não queriam responder ou não sabiam como. Então no meio da entrevista eles acabavam interrompendo pra perguntar sobre a própria fisiologia da doença. Isso é bom porque pode ajudar o paciente a entender, mas acaba tirando o que a gente quer saber, que é a subjetividade do paciente.</p>	<p>Com relação ao que os pacientes achavam da entrevista, eu percebi experiências diferentes. Pareceu-me que alguns adoraram contar a história e estavam muito felizes, se pudessem ficavam o dia inteiro contando, mas houve pessoas que foram ficando impacientes, conforme foi passando o tempo, dando respostas mais secas, como querendo que acabasse logo.</p>	<p>Eu não sei se os pacientes entenderam o objetivo da entrevista, mas acho que eles se sentiram muito mais acolhidos, sentiram que eu estava realmente interessada em conhecer a fundo a história deles. Parecia também que era uma oportunidade terapêutica de desabafar.</p>
<p>ALUNO 4 Eu sinto que os pacientes realmente gostaram da entrevista. Eu sinto que eles gostaram realmente de ser ouvidos com relação a coisas que normalmente a gente não aborda mesmo.</p>	<p>ALUNO 5 Percebi também que alguns pacientes eram bem apressados, que apesar de aceitarem fazer a entrevista só deram respostas mais objetivas.</p> <p>Tive dois pacientes que parece que não ficaram muito impressionados pela entrevista, não sei se eles gostaram; mas teve outros dois que realmente serviu como algo positivo, parece que saíram aliviadas da entrevista. A gente conseguiu fazer do tratamento uma coisa mais leve ou conseguiu formar um vínculo; o paciente conseguiu se abrir mais e só de conversar ele ficou melhor. Eu também consegui explicar um pouco melhor da doença pra eles.</p> <p>Esse instrumento aborda mais a parte realmente do subjetivo do paciente, aquilo que normalmente ele deixa escondido quando vai no consultório. Eu acho que eu consegui entender muito melhor como é pro paciente conviver com uma doença por muito tempo, e não apenas focar na queixa aguda, que é o que a gente costuma fazer no dia a dia.</p>	<p>ALUNO 6 Essa entrevista faz muito bem pros pacientes! Aqueles que estão dispostos a falar se sentem muito bem em desabafar, serem ouvidos pelo seu médico. Então todo mundo sai agradecido. Gostaram e acharam que também compreenderam melhor a doença.</p> <p>Alguns chegaram à conclusão que a doença foi causada por algum acontecimento triste da vida, como a perda do emprego ou de um ente querido. E mesmo eu não falando nada sobre a doença eu acho que eles entenderam mais sobre a doença, eles chegaram à conclusão disso com a entrevista.</p> <p>O fato de a entrevista ser longa acho que faz o paciente sentir que o médico está mais interessado no problema de saúde dele.</p>	<p>ALUNO 7 Eu acho que de modo geral os pacientes gostaram da entrevista, gostaram de conversar sobre coisas que antes nenhum médico perguntou, talvez conversassem sobre isso com amigos, com alguém da família, mas com um médico não.</p> <p>Uma coisa que talvez eles não tenham gostado foi o tempo de entrevista, porque era bem demorado.</p>
<p>ALUNO 8 Eu acho que os pacientes gostaram da entrevista, talvez, até por um viés, pelo fato de já termos um vínculo estabelecido na consulta que tínhamos feito minutos antes. Ainda assim eu percebi que os pacientes encaravam isso como atenção, eu ouvi mais uma vez que eles acharam a gente muito atenciosos porque a gente perguntava as coisas, porque a gente se importava. Foi isso que eu senti deles.</p>	<p>ALUNO 9 Para ser bem sincera eu acho que os pacientes não gostaram muito da entrevista, porque, como eu falei, muitas perguntas não se encaixavam, aí eu tentava fazer de novo e a pessoa ficava meio assim: mas isso eu já falei, ou isso não tem muito a ver com a minha doença. Eu senti isso assim.</p>	<p>ALUNO 10 Tem gente que é mais comunicativa e parecia que poderia ficar uma tarde inteira conversando comigo; outros são mais reticentes e querem que isso acabe logo porque eles tem outros afazeres.</p> <p>Pareceu-me que eles acharam a entrevista interessante; alguns relataram que ninguém antes tinha feito essas perguntas; tinha até perguntas que eles não sabiam responder, então eles paravam e ficavam pensando.</p> <p>Alguns acharam a entrevista longa, então eu acho que conforme o lugar em que se vai aplicar isso o tempo vai ser um grande limitador para as respostas mais fidedignas.</p>	<p>ALUNO 11 Eu acho que ele gostou de fazer a entrevista; desde o começo da consulta ele estava com uma necessidade de dizer como era ruim para ele fazer dieta, como o médico não tinha entendido a interferência que tinha na vida dele e da esposa fazer um almoço todo adaptado.</p>

NÚCLEO ARGUMENTAL	ALUNO 1	ALUNO 2	ALUNO 3
Propostas para aplicação na prática clínica	<p>Não achei muito prático de ser usado no dia a dia, pelo menos não todas as perguntas. Acho que uma ou outra, ou talvez até metade das perguntas, acho que já seria bem suficiente, considerando q cada resposta rende um bom tempo de resposta desse paciente.</p> <p>Eu acho que seria interessante colocar algumas perguntas na anamnese que a gente já faz, mas não pra todos os pacientes. Por outro lado, talvez seja difícil criar uma distinção de qual paciente seria melhor pra fazer essas perguntas ou outras, então talvez criar uma versão reduzida da entrevista para todos. Ou talvez entre as consultas de retorno dos pacientes, que acabam vindo várias vezes, fazer uma aplicação desse questionário uma vez, para ter essas informações, saber como é o entendimento do paciente e no restante das vezes usar a anamnese tradicional, porque aí a gente vai ter outra perspectiva.</p> <p>Eu vejo algumas dificuldades pra incorporar essa entrevista na prática. Acho que o tempo que a entrevista demora seria o maior problema, porque o tempo do médico geralmente é um recurso muito limitado.</p> <p>Também tem paciente que está super disposto e responde bem, mas tem outros que nunca pensaram a respeito daquelas perguntas e demoram mais tempo pra engatar naquela conversa, alguns falam muito mais e podem ser mais prolixos.</p>	<p>Eu acho que a maior dificuldade para inserir essa entrevista no dia a dia é o tempo. Mas talvez praticando bastante fique mais automático, da mesma maneira como anamnese era um bicho de sete cabeças no começo e hoje é uma coisa mais intuitiva.</p> <p>Eu acredito que incluir esse questionário na minha prática diária inteiro não seja possível, mas parte dele e a ideia central sim, independente da especialidade em que eu estiver atuando. Entender a experiência que o paciente tem vai com certeza facilitar na hora de propor um tratamento.</p>	<p>Se eu fosse implantar essa entrevista na prática do dia a dia eu acho que teria que ser um pouquinho mais focada em algumas perguntas e acho que não daria pra implementar já na primeira consulta, pra deixar o paciente um pouco mais à vontade, digamos assim.</p> <p>Outras dificuldades seriam o tempo e o perfil do paciente, porque eu acho que não é pra todo paciente que ela se encaixa. Acho que serve principalmente para pacientes com doenças crônicas que impactam o dia a dia, para os cuidadores, para pessoas com problemas de saúde mental, para os que tem algum tipo de dependência química e para os que tem problemas com sua sexualidade ou identificação de gênero, por exemplo.</p>
ALUNO 4	ALUNO 5	ALUNO 6	ALUNO 7
<p>Eu acho que essa entrevista engloba muito mais coisas da vida, da esfera psicossocial da pessoa do que a anamnese habitual que fazemos. Mas apesar das diferenças isso não impede que os dois modelos possam caminhar juntos ali no meio da consulta.</p> <p>Eu acho que conhecer o modelo e o que você consegue extrair dele é interessante para você pensar no que você quer buscar com relação ao contexto daquele paciente. Eu acho que seria impossível aplicar a ferramenta inteira. Provavelmente eu tentaria ver qual é o contexto com relação ao processo de adoecimento daquela pessoa e faria algumas perguntas em especial, eu iria abordar, por exemplo, o quanto isso impactou na vida, como isso faz o paciente se sentir, se mudou a maneira que ele se vê antes e depois disso... eu acho que eu conseguiria aplicar isso, mas seriam coisas mais pontuais, para tentar entender onde eu poderia não intervir de forma médica, mas de maneira a acolher, explicar, de compreender.</p> <p>Acho que vai ser algo que eu vou tentar incorporar aos poucos, quando eu começar a trabalhar. Realmente é algo que a gente está há anos, desde o início da faculdade ouvindo, mas que eu sinto que esse modelo de entrevista me fez experienciar muito mais isso que a gente fala de entender o contexto do paciente, entender o processo de adoecer, entender quais são as relações interpessoais dele e etc. Esse modelo de entrevista me fez compreender muito mais isso do que tudo que a gente tenha ouvido ao longo da faculdade, porque a gente experienciou realmente isso. A gente estava na frente do paciente fazendo estas perguntas pra ele. Como eu falei, acho que foi meio que jogar na minha cara algo que eu sei que</p>	<p>Eu acho um instrumento bem necessário na verdade, e mesmo não usando o instrumento inteiro em todas as consultas, houveram algumas perguntas que eu já estava até incorporando porque eu achei que ajudava bastante na hora de entender o paciente e conseguir fazer uma análise melhor do caso dele.</p> <p>Eu acho que o instrumento inteiro eu não conseguiria incorporar por causa do tempo, que seria a maior dificuldade, mas algumas perguntas sim.</p>	<p>Pra colocar em prática na vida profissional acho que a gente precisa resumir.</p> <p>Eu acho que o tempo seria uma dificuldade para colocar essa entrevista na minha prática, acho que seria necessário reduzir o número de perguntas. Se eu fosse médica de família e fosse rever esse paciente eu acho que eu faria em uma das consultas. Acho até que ela cabe mais para certos tipos de problemas, como os pacientes psiquiátricos e as doenças crônicas; embora você se surpreenda com os problemas de saúde com os quais essa entrevista se adapta.</p>	<p>Eu acho que seria possível incorporar essa entrevista na minha prática se diminuir o número de perguntas.</p> <p>Acho que só pelo fato de eu ter feito essas entrevistas agora eu vou passar a perguntar mais sobre isso, mas acho que escolhendo melhor as perguntas, dependendo do caso do paciente também porque acho que não dá pra colocar sempre as mesmas perguntas, mas ir adequando para cada paciente, individualizar, por exemplo, se a pessoa não tem espiritualidade ou não goste disso eu talvez nem que fosse perguntar.</p> <p>Algumas perguntas com certeza eu vou incorporar na minha prática, por exemplo: O que você acha que é isso? O que você acha que ocasionou a doença? Eu acho que isso é uma coisa que eu nunca perguntei, apesar de que por ex., a pessoa chega lá com DPDC eu sei que foi por causa do tabagismo, mas talvez ela não concorde com isso, talvez ela não saiba e pense numa coisa totalmente errada.</p>
ALUNO 8	ALUNO 9	ALUNO 10	ALUNO 11
<p>Eu acho que talvez o perfil do paciente que seja mais adequado pra esse modelo é aquele portador de uma doença crônica, que já teve tempo de experienciar e refletir sobre seu problema.</p> <p>Eu acho que seria possível utilizar essa entrevista, mas não em todos os ambientes da prática médica, por exemplo, eu não vejo esse instrumento sendo incluído numa prática clínica de emergência. Eu acho que é algo mais para o contexto de Atenção Primária, que encaixa bem na proposta do serviço.</p> <p>Eu acho que uma dificuldade seria incorporar este instrumento na própria anamnese que a gente faz com o paciente, e pra isso acontecer acho que invariavelmente teríamos que reduzir as perguntas e tentar criar perguntas mais sintéticas. Talvez no contexto de enfermaria também fosse possível, mas com essas mesmas ressalvas, tentar fazer de uma forma que fique junto com a tua entrevista convencional e que seja mais sintética. Como eu imagino que o tempo com cada paciente seria um recurso limitado, isso me ajudaria a atender muitos pacientes e ainda assim não deixar de abordar esses aspectos importantes. Acho que isso tornaria bem mais aceito e bem mais acessível para os médicos.</p> <p>Eu também acho que essa entrevista é uma ferramenta mais para doenças crônicas.</p>	<p>Na minha visão ela foi estruturada mais para doenças do tipo imunossupressoras, cânceres, doenças nas quais a parte emocional tem mais sentido, está mais envolvida</p> <p>algumas perguntas eu acho que a gente poderia colocar na anamnese tradicional pra obter um efeito melhor sobre o tratamento e as recomendações do paciente.</p> <p>Eu acho que assim o paciente ganha uma consulta e um tratamento mais direcionado pra ele, porque cada pessoa é única.</p> <p>Eu acho que o tempo seria uma dificuldade para colocar essa entrevista na prática; outra questão é que eu achei algumas perguntas repetitivas. Então acho que daria pra fazer algumas adaptações pra diminuir o questionário.</p> <p>Acredito que as três dificuldades seriam o tempo, a questão de que algumas doenças no meu ponto de vista não se encaixam muito bem pra esse modelo e o perfil do paciente, porque alguns não se importam de conversar, inclusive adoram, mas outros ficam meio irritados se você começa a perguntar muito ou repetir</p>	<p>Eu acho também que não é um questionário que você vai fazer toda a consulta e a anamnese você faz toda consulta, pra saber como está atualmente o problema que a pessoa tem. Eu acho que é uma entrevista que você faz de modo pontual para conhecer o paciente.</p> <p>Eu acho que essa entrevista combina bem com atendimentos em consultórios, quando você atende pessoas há mais tempo, como por exemplo na unidade de saúde, e não para situações pontuais, como na UPA ou atendimento de emergências. Outro local que pode ser adequado e nos internamentos hospitalares, quando a pessoa vai permanecer ali por um certo tempo.</p> <p>Eu também reduziria o número de perguntas, até porque parece que tem algumas que se repetem.</p> <p>Depois que eu fiz a primeira entrevista eu já comecei a incorporar algumas perguntas na minha anamnese habitual, mas para alguns pacientes, porque não dá pra generalizar e perguntar para todos; algumas perguntas para entender como é que começou o problema, quem o apoiou, como a família reagiu, quais são as expectativas...</p>	<p>E eu acho que essa questão de você ter um acolhimento, criar uma cumplicidade ali, faz com que você possa sugerir coisas da mudança no estilo de vida que sejam mais aplicáveis e mais confiáveis. Eu senti isso</p>

NÚCLEO ARGUMENTAL	ALUNO 1	ALUNO 2	ALUNO 3
<p>Sobre a incorporação da entrevista no ensino na graduação</p>		<p>Eu acho que essa entrevista poderia fazer parte do currículo da graduação, principalmente aquelas perguntas sobre conhecer pessoas que tinham o mesmo problema e quais eram as semelhanças e diferenças. Porque isso me fez ver que as pessoas não têm muita noção do que é a doença delas de verdade. Você percebe que a pessoa não tem uma ideia completa do que é aquele problema que ela está vivendo, até onde que aquilo interfere e até onde não tem nada a ver com aquilo que ela tem de problema de saúde.</p>	<p>Eu acho que a gente deveria aprender essa entrevista na graduação, na semiologia mesmo e ir incorporando na anamnese que a gente aprende. O contrário do que eu tenho visto, porque normalmente a gente vai encurtando a anamnese, tirando perguntas, eu acho que essas perguntas são importantes de não deveriam ser retiradas.</p>
<p>ALUNO 4 Eu acho que essa entrevista poderia estar no ensino na graduação, porque é uma coisa que abre um pouco os seus olhos e se você não foi exposto àquilo não vai ter esse insight, pra entender o que esse paciente está passando. Talvez seja interessante iniciar com os alunos do terceiro ano, que já tem alguma prática de anamnese e exame físico, pra que ao longo do quarto e quinto ano consigam pegar essas nuances. Seria um aprimoramento da técnica da anamnese. E eu sinto que quanto antes você for exposta a isso mais você vai ter um olhar fino a respeito, mas colocar isso logo no começo do curso o aluno não vai conseguir identificar a importância.</p>	<p>ALUNO 5 Eu acho que essa entrevista poderia fazer parte do ensino na graduação, e acho que o melhor lugar seria no internato de medicina da família, porque às vezes a gente fica bem mecanizado nessa parte da clínica e esquece que a gente está fazendo o internato da Medicina da Família, então na verdade a gente não poderia estar tão clínico, tão objetivo, a gente teria que estar mais entendendo a comunidade, entendendo o lugar que a gente está atuando, porque é isso que um médico da família faz.</p> <p>Eu acho que seria bem legal se pelo menos parte no instrumento fosse possível de ser colocada no dia a dia do pessoal no internato da medicina da família.</p>	<p>ALUNO 6</p>	<p>ALUNO 7</p>
<p>ALUNO 8 Com certeza a gente deveria ter contato com essa entrevista na graduação, até porque acredito que isso vai criando uma cultura em que explorar esse lado é cada vez mais aceito; teríamos uma noção de que isso realmente tem algum uso prático, que vale a pena a gente fazer isso! Pela minha experiência pessoal eu percebi que algumas pessoas tem resistência à esse tipo de entrevista, eu diria até que em alguns momentos da minha formação eu já tive uma certa resistência em explorar esse aspecto subjetivos, então acredito que você expor os alunos à essa entrevista é a melhor forma de eles compreenderem, por isso eu acho importante na formação médica existir coisas nesse sentido. Talvez fosse interessante colocar essa entrevista para os alunos durante a disciplina de semiologia porque você já está aprendendo anamnese e exame físico, então acho que seria interessante mostrar que</p>	<p>ALUNO 9</p>	<p>ALUNO 10 Seria interessante a gente a conhecer essa entrevista dentro da graduação pra entender melhor a importância desses aspectos. Imagino que no estágio da unidade de saúde consegue fazer isso melhor, porque em outros estágios que são mais hospitalares a gente não teria como fazer. Eu também acho que tive mais facilidade de conversar com os pacientes porque eu sou bem comunicativa, tenho mais idade, mais experiência de vida, então acabou sendo mais fácil pra mim aplicar a entrevista.</p>	<p>ALUNO 11 Eu acho plenamente possível incorporar essa entrevista durante o ensino na graduação, acho talvez indispensável! A maior dificuldade acho que seria adaptar o tempo necessário.</p>

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof^ª. Dr^ª. Giovana Daniela Pecharki e Vanir Aparecida Trombetta, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, aluno do quinto ano de medicina, do internato de Medicina Geral de Família e Comunidade, da Universidade Positivo, a participar de um estudo intitulado: Compreensão pelo acadêmico de medicina sobre a narrativa do paciente por meio do uso da entrevista *McGill Illness Narrative Interview* (MINI). Este modelo de entrevista, utilizado nas práticas de atendimento ao paciente durante o internato, tem como foco a abordagem de questões subjetivas do adoecimento do paciente. Este estudo é importante porque é por meio de pesquisas como esta que podem ocorrer importantes avanços científicos em todas as áreas, especialmente na área de ensino médico.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a compreensão pelo acadêmico de medicina sobre a narrativa do paciente utilizando a entrevista *McGill Illness Narrative Interview* (MINI) durante a anamnese em atividades do internato.
- b) Caso participe da pesquisa, você será inicialmente apresentado ao modelo de entrevista por meio de uma orientação dialogada realizada em reunião virtual via ZOOM. Você receberá orientações a respeito de sua utilização, durante os atendimentos aos pacientes do internato realizados na unidade de saúde. Não será necessário registrar a história do paciente, visto que esta não será parte analisada na pesquisa, porém, solicita-se que ao longo da aplicação da entrevista, você esteja atento às suas impressões sobre o instrumento. A entrevista será aplicada durante a anamnese de um paciente por semana, ao longo do período do internato, no total de 4 semanas.
- c) Ao final do internato, e correspondendo à última etapa da pesquisa, será solicitada sua resposta a um questionário semi-estruturado, contendo perguntas que abordam sua experiência e suas impressões a respeito da utilização entrevista McGill MINI durante a anamnese dos pacientes. A resposta ao questionário será realizada remota e individualmente. Quando finalizado será enviado à pesquisadora colaboradora.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, relacionado a constrangimento e para minimizar este risco você tem a opção de não responder a qualquer pergunta ou possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o aprimoramento de sua técnica de entrevista, o que pode aprimorar a qualidade dos atendimentos, de modo a torna-lo um profissional médico mais preparado para abordar integralmente as experiências de adoecimento de seus pacientes e contemplá-las no seu plano terapêutico.

As pesquisadoras Profa. Dra. Giovana Daniela Pecharki e Vanir Aparecida Trombetta, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas no Departamento de Saúde Coletiva da UFPR, endereço: Rua Padre Camargo, 280, 7º andar, CEP: 80060-240,

Curitiba, PR, e-mails: g_pecharki@yahoo.com.br, vanirtrombetta@gmail.com, tel: (41) 3360-7241, e contatados nas segundas, terças e quartas, no horário das 14:00 as 18:00 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pela pesquisadora principal e pelos colaboradores anteriormente mencionados. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**).

O material obtido – registro dos questionários semi-estruturados respondidos ao final da pesquisa – será utilizado unicamente para essa pesquisa. O material será destruído e os arquivos deletados do computador da pesquisadora responsável - incluindo a lixeira - ao término do estudo, dentro de dois anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, de de 2020.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Pesquisadora colaboradora Vanir Aparecida Trombetta