



Departamento de Sociologia

Medicina Narrativa como prática em saúde:
Um estudo exploratório da avaliação de impactos organizacionais e
profissionais

Márcia Isabel de Oliveira Marques

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia

Orientador:
Doutor Tiago Correia, Professor Auxiliar Convidado,
ISCTE- INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Janeiro, 2018

Agradecimentos

Apesar de um trabalho como este exigir todo um esforço e ser algo solitário, tenho que reconhecer que todo o apoio possibilitou a sua finalização e motivação.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao orientador desta dissertação, o professor Tiago Correia, por ter aceite seguir este estudo, por todos os conselhos ao longo de todo o processo e por toda ajuda dada para que fosse possível progredir a nível académico.

Gostaria também de agradecer ao Grupo de Medicina Narrativa, na pessoa da professora Isabel Fernandes pelo apoio e interesse à realização da presente investigação.

A todos os profissionais de saúde que contribuíram para a realização do estudo, por terem aceite fazer parte desta dissertação, pela disponibilidade e por todos os contributos dados ao longo de todo o processo. Ao grupo ELE agradeço toda a confiança depositada no trabalho ao longo das observações e entrevistas. À professora Teresa Casal pela disponibilidade, pela confiança, e por toda ajuda na inserção no grupo.

Agradeço à minha família pelo apoio, em especial ao meu avô José Augusto, à minha avó Julieta e ao meu tio José Luís pelo apoio e acreditarem que seria possível a finalização de todo este trabalho. Aos meus amigos que estiveram sempre disponíveis para me ouvir nas alturas mais difíceis. Ao Alexandre pela disponibilidade, pela ajuda e pelo carinho em todos os momentos.

E aos meus pais que sem eles nada disto seria possível, por terem acreditado sempre que seria possível a concretização deste estudo, pela motivação que demonstram sempre em ajudar, por todo o carinho e por me terem ensinado a não desistir.

Resumo

Esta investigação propõe-se a avaliar alguns dos efeitos da Medicina Narrativa (MN), tendo a finalidade de perceber até que ponto esta abordagem na prática clínica permite alcançar (no contexto Português) os resultados que os seus percursores mundiais preconizam.

Este estudo de âmbito sociológico procura colmatar a falta de conhecimento associado ao tema, assumindo por isso uma natureza exploratória. Tem como objetivo entender os efeitos da abordagem da MN na prática profissional, em particular no modo como os profissionais de saúde concebem o seu trabalho na relação com o doente, com os restantes profissionais de saúde e com o contexto organizacional.

A análise do entendimento do doente prende-se, desde logo, pela compreensão dos múltiplos processos associados à doença e ao adoecimento. É nesta medida que se inclui a análise da relação dos profissionais com os seus pares e com a própria organização de saúde, pelo entendimento aprofundado da pessoa doente, bem como determinar na ótica dos profissionais se os procedimentos organizacionais restringem ou são relevantes para a prática da MN.

Para tal, o estudo baseia-se na experiência de ensino e treino da MN em Portugal, nomeadamente: os Encontros de Leitura e Escrita (ELE), que decorrem num Hospital público.

Dado o estatuto pioneiro do estudo, em que se elege como objetivo central, a necessidade de compreensão dos efeitos desta metodologia de MN na prática profissional, recorrer-se-á ao método de investigação qualitativo.

Palavras-Chave: Medicina Narrativa; ideologias profissionais; prática profissional; trabalho em equipa.

Abstract

This research seeks to assess some of the effects of Narrative Medicine (NM), aiming to realize the extent to which this approach in clinical practice (in the Portuguese context) is able to achieve the results advocated by its e precursors.

This exploratory study, sociologically-driven, aims to bridge the lack of knowledge associated with the topic in Portugal. The objective is to understand the effects of the NM approach in professional practice, notably the way health professionals conceive their relationship with patients and peers, and the organizational context.

The importance of studying professionals' understanding of patients is foremost motivated by the acknowledgement of the multiple processes linked with disease and illness experiences. However, in doing so, the analysis cannot disregard the way professionals conceive inter and intra-professions dialogue and collaboration and features of organizational spaces. It is argued that these are three key vectors to frame a sociological reading of the practice of MN.

Empirically speaking this study is based on the only formal experience of NM in Portugal at the time of data collection, namely a reading and writing group facilitated by an expert in literary studies. The methodology comprised direct observations of the sessions and interviews with the participants. A second group of health professionals sharing similar characteristics but with no previous information on NM was also interviewed to better frame the information gathered from such a small group of participants.

Key-Words: Narrative Medicine; professional ideologies; professional practice; team work.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice de Figuras	VII
Índice de Tabelas	VIII
Glossário	IX
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I. MEDICINA NARRATIVA	3
1.1. Origem e definição	3
1.2. Controvérsias/ Debates	7
1.3. Prática Internacional	11
1.4. Técnicas na prática da Medicina Narrativa	14
1.5. Avaliação de Impactos	16
CAPÍTULO II. CAPÍTULO ANALÍTICO E METODOLÓGICO	17
2.1. Modelo Analítico	17
2.2. Estratégica Metodológica e Experiência de Investigação	19
Tabela 1. Caracterização dos Entrevistados ELE.	22
Tabela 2. Caracterização dos Entrevistados não ELE.	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS	27
3.1. A vivência dos ELE: motivo de entrada, expectativas iniciais e significados de fazer parte dos ELE	27
3.2. Aplicações e implicações dos ELE nos contextos de saúde	30
3.2.1. Relação com os doentes	30
	V

3.2.2. A Relação com colegas/trabalho em equipa	34
3.3 Análise comparativa das práticas profissionais ELE/não-ELE	37
3.3.1. Relação com doentes	37
3.3.2. Relação com colegas/trabalho equipa	39
3.3.3. Desempenho atividade profissional	40
3.4. Avaliar os constrangimentos e oportunidades associados à disseminação da Medicina Narrativa enquanto prática em saúde	42
3.4.1. Alargamento do ELE já existente	42
3.4.2. Opinião não-ELE sobre MN, o que é trabalhado, o que significa e as alterações que produz	44
3.5. Discussão sobre os impactos dos ELE	45
CONCLUSÃO	51
Bibliografia	53
Anexos	IX
CV	XXII

Índice de Figuras

Fig. 1 Modelo analítico utilizado na investigação	19
Fig.2 Gráfico recorrente do modelo analítico da análise das entrevistas ELE	46

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos Entrevistados ELE.	22
Tabela 2. Caracterização dos Entrevistados não ELE.	23
Tabela 3. Resultados das observações e entrevistas por dimensão analítica	XVII

Glossário

MN- Medicina Narrativa

ELE- Encontros de escrita e leitura

INTRODUÇÃO

A questão que centra esta dissertação é a de perceber do ponto de vista sociológico os impactos organizacionais e profissionais da aplicação da MN na prática em saúde.

Compreender, se e como, os Encontros de Leitura e Escrita (ELE), enquanto metodologia de MN, reconfiguram a prática profissional em saúde, em particular o entendimento dos profissionais da relação com os doentes, com os restantes profissionais de saúde e com o contexto organizacional. Esta investigação enquadra-se no facto de existirem análises realizadas noutros países que afirmam que a literatura constitui um importante elemento na melhoria da prática em saúde, no sentido de que permite melhor entender o outro e, assim, contribuir para a diminuição do sofrimento face à doença. Torna-se significativa pela ausência de estudos neste âmbito em Portugal, deste modo configurando-a numa abordagem pioneira e exploratória sobre o tema.

A definição deste objetivo decorre de diversos debates em torno da MN, nos quais se salienta a potencialidade e necessidade de maior cruzamento das humanidades na prática em saúde. Não obstante, o conhecimento sobre os impactos efetivos da MN na reconfiguração dos cuidados ainda é escasso. É por esse motivo que se pretende analisar a exposição dos profissionais a metodologias de MN em três domínios fundamentais: a relação com os doentes, o trabalho em equipa e o desempenho da atividade profissional em contexto organizacional.

A relação com os doentes é referenciada como o principal ganho das abordagens em torno da MN, dado o processo pelo qual os profissionais de saúde adquirem consciência do “outro” doente e dos modos diferenciados e nem sempre lineares de vivência da doença.

Contudo, o estudo vai mais longe ao incluir a relação com os restantes profissionais de saúde e com a própria organização de saúde. Este desdobramento analítico reflete o entendimento que uma abordagem mais centrada no doente pressupõe implicações no modelo de organização dos cuidados (e.g. gestão e partilha da informação, gestão do tempo, partilha de experiências entre colegas, etc.). O que se pretende perceber é como os profissionais de saúde

passam a pensar a própria prestação de cuidados sabendo-se que estão incluídos numa complexa teia de influências e de imposições de tempos, de conhecimentos e de hierarquias.

A presente dissertação estrutura-se da seguinte forma; no capítulo I-Medicina Narrativa, inicia-se com uma breve abordagem da origem e definição; passando de seguida às controvérsias/ debates em torno da MN como prática clínica. Num outro ponto-irá ser apresentada esta prática a nível internacional, de modo a perceber-se como é realizada nas várias regiões do mundo; com foco nas técnicas utilizadas, e por último, será demonstrado os impactos desta prática no contexto de saúde.

O capítulo II remete para a exposição do capítulo analítico e metodológico, que se divide em modelo analítico, estratégia e experiência de investigação, onde será retratado todo o caminho percorrido na construção deste trabalho.

O último capítulo assenta na apresentação dos resultados que se estruturam por subpontos, com o propósito de explicitar toda a recolha feita e expor os resultados de forma concisa.

Por último, terminamos com as conclusões retiradas da investigação desenvolvida.

CAPÍTULO I. MEDICINA NARRATIVA

1.1. Origem e definição

Já da década de 1950, na Grã-Bretanha, encontram-se registos da relevância dada às narrativas de doença (Bury, 2001). Nas décadas de 1970 e 1980 esta atenção ganhou sistematicidade, quer pela mão da hermenêutica aplicada à medicina (Gadamer, 1993) quer pelas perspetivas críticas e construcionistas das ciências sociais (Bury, 2001). Este processo histórico tem lugar após um gradual desinteresse das narrativas no contexto da expansão do conhecimento científico do começo do século XX. A clivagem entre a dimensão leiga e a dimensão científica do conhecimento sobre a doença foi significativa, bem como os seus estatutos social e político (Bury, 2001).

Talvez não por acaso, a referência sistemática à designação MN encontra-se a partir da década de 80 (Kalizkus and Matthiessen, 2009). Em todo o caso, importa reconhecer que o uso da narrativa está longe de representar um traço recente no campo médico, dado que constituía o principal meio de diagnóstico e prognóstico no tempo prévio à revolução científica e técnica que o conhecimento médico atravessou no começo do séc. XX (Porter, 1997).

O entendimento acerca da expressão MN é vasto e nem sempre tem sido consistente na literatura, muito embora, e salvo raras exceções, os autores não tornem explícitas as implicações e diferenças de a entender como uma ‘abordagem da prática médica’ (Charon, 2001), como uma ‘ferramenta terapêutica’ (Kalizkus and Matthiessen, 2009), como uma ‘abordagem teórica bioética de orientação narrativista’ (Pompilio, 2016) ou como ‘movimento para demonstrar a essência do cuidado em saúde’ (DasGupta, 2014).

Importa ainda destacar as fronteiras nem sempre nítidas entre MN e as humanidades médicas (*medical humanities* na expressão anglófona) (Fernandes, 2015). Enquanto o uso da primeira é mais expressivo nos EUA, o uso da segunda é mais recorrente em países como o Reino Unido ou França (McCarthy, 2003). De destacar é que os seus usos tendem a ser mutuamente exclusivos por motivos que ainda carecem de compreensão académica. Ainda

assim, e em traços gerais, há um elemento constante na referência à MN e às humanidades médicas relacionado com a necessidade de ligação da prática clínica a competências ao nível da comunicação e do humanismo. Nas palavras de Hurwitz (2011), confere-se maior destaque à individualidade do doente perante a singularidade biológica, ou como Murphy e Franz (2016) salienta, o ponto central não é apenas enfatizar a compaixão pelos doentes, mas conseguir apreender as suas histórias e entrar nos respetivos mundos.

Dito isto, o entendimento mais comum acerca da MN prende-se com a conjugação da evidência clínica, testada e comprovada, à interpretação dos sentimentos e emoções do doente por intermédio do seu discurso, oral ou escrito, como meio de fomento da atenção, respeito, afiliação, confiança e empatia (Charon, 2001, 2012). Como se compreende, esta “nova” vaga ou redescoberta da narrativa na medicina deve ser situada no quadro do paradigma epistemológico da medicina no mundo ocidental (Casal, 2015), sendo a sua designação menos adequada noutros sistemas médicos (pense-se nas chamadas medicinas complementares e alternativas). A inovação desta área de conhecimento reside no fomento do conhecimento interdisciplinar que articula os saberes médicos e o domínio genérico das humanidades (e.g. estudos literários, filosofia, ética, antropologia, sociologia) (Fernandes, 2015: 77-8. Ver também Pompilio, 2016).

A origem da palavra narrativa provém do latim *narrare* que significa “contar, relatar, recontar, explicar” (Pompilio, 2016: 58). O que caracteriza a narrativa é o facto de constituir biografias que retratam histórias de vida, experiências ou reflexões que abrangem uma linha de pensamento com início, desenvolvimento e um fim (Clandinin *et.al*, 2011). Além disso, a existência de um narrador e um recetor. Estes dois intervenientes poderão ou não ter interpretações convergentes sobre o conteúdo narrado, o que poderá afetar o modo como a história é relatada e compreendida.

Frank (1995) atribui o traço distintivo das narrativas sobre doença ao enfoque no sofrimento. Estas narrativas (re)constróem a voz daquele que enfrenta sofrimento com a finalidade de relatar a sua experiência e mostrar a doença. O que associa as narrativas a um sofrimento é o facto de esse sofrimento descrito poder vir a apaziguar a dor do próprio ou de

outros doentes, razão que leva as narrativas a assinalarem grande relevância em contexto de saúde (Hyden, 1997).

A MN preconiza, assim, a interpretação dos diversos canais de comunicação, verbal e não-verbal, usados em interação (Suarez-Almazor, 2004. Ver também Beck, Daughtridge and Sloane, 2002). Uma das formas de exercício da MN ocorre por intermédio da interpretação de sinais do corpo. Através desses sinais consegue-se ver o indivíduo em profundidade, decodificá-lo (Fernandes, 2015; Parse, 2014). As narrativas contam a história da doença (Brody, 1994; Launer, 2005) e essa história pode ser relatada pelo médico que dá voz ao doente ou pelo doente que conta sobre a sua própria doença.

A centralidade que o contacto humano adquire, bem como o fortalecimento ético-moral dos profissionais e, claro está, o reforço da relação interpessoal com o doente e o seu contexto envolvente (Kumagai, 2008; Vannatta and Vannatta, 2013) aproxima a MN das conceções de humanização dos cuidados de saúde (Kalizkus and Matthiessen, 2009).

A reivindicação da humanização dos cuidados é destacada com maior ênfase a partir da década de 1970 com os movimentos feministas (Souza e Mendes, 2009). O seu significado, embora amplamente disseminado, continua a carecer de uma definição concreta dado que a expressão apresenta vários significados consoante o momento histórico, político e a forma como é aplicado (Gomes *et.al*, 2011). Genericamente supõe uma ação/ intervenção a fim de tornar algo mais humano (Azevedo, 2017. Ver também Fortes, 2004).

Importa à MN a realidade vivida da vida, que obviamente inclui a experiência da doença e as estratégias usadas para a enfrentar (Grossman and Cardoso, 2005). O seu pressuposto é que por intermédio da maior disponibilidade do profissional para com o doente, o doente sente-se à vontade para expor o seu problema, e esse é um elemento essencial para compreender e incorporar as suas narrativas na prática clínica. Inicialmente as narrativas médicas direcionavam-se mais para a formulação de relatórios científicos biomédicos, ao passo que hoje em dia as narrativas estão mais voltadas para os discursos dos doentes e dos seus familiares (Kalizkus and Matthiessen, 2009; Johna and Rahman, 2011).

Segundo Charon (2012), a MN pratica-se na transmissão de empatia, prevenção do desgaste dos profissionais, aquisição de práticas profissionais mais personalizadas, autorreflexão, competências de observação e interpretação, e disponibilidade para o doente (ver também Johna and Rahman, 2011). Embora inicialmente restrita à medicina, a MN é hoje ensinada e utilizada na generalidade das profissões ligadas ao cuidado em saúde (Donohue-Porter *et.al*, 2017; Parse, 2010; Benner *et.al*, 2010), o que ilustra bem a retórica da humanização dos cuidados há pouco mencionada.

A empatia, constituída através do reforço da ligação emocional entre o profissional e o doente, é particularmente relevante na MN por ser considerada um meio auxiliar no processo de diagnóstico. Empatia pode, assim, ser definida como um meio de melhor compreender os sentimentos, comportamentos e experiências dos outros, os quais tendem a ser mais visíveis em momentos de angústia e sofrimento (Kumagai, 2008; Hoffman, 1986; Hyden, 1997). Diversos estudos comprovam este princípio que, em traços gerais, traduzem o “mistério da saúde” referido por Gadamer (1993). Por exemplo, que competências ligadas à prática da comunicação reforça o comprometimento com o doente (Pearson, McTigue e Tarpley, 2008) e a autorreflexão dos profissionais sobre a sua prática diária (Levine, Kern e Wright, 2008). Johna e Rahman (2011) propõem três dimensões no exercício da empatia em contexto clínico: a cognitiva, em que o profissional procura perceber a perspectiva do doente; a emocional, que consiste no facto de o profissional se posicionar no lugar do doente; e a dimensão de ação, em que o profissional operacionaliza a dimensão cognitiva e/ou emocional através da comunicação verbal ou não verbal com o doente (Ver também Coulehan *et.al*, 2001).

1.2. Controvérsias/ Debates

Face ao exposto, percebe-se em que medida o debate em torno da MN aproxima-nos para o entendimento hermenêutico da prática médica enquanto arte (Gadamer, 1996). O entendimento genérico é que o profissional tem em sua posse um conjunto de competências técnicas e cognitivas que lhe permite associar à evidência científica a ponderação e a compreensão do outro que apresenta debilidades. A arte reside na capacidade de cuidar do outro perante a debilidade (Marques, 2003. Ver síntese proposta por Correia, 2017).

O diagnóstico clínico traduz, assim, um ato médico mais personalizado ao depender da introspeção do profissional sobre a experiência de acontecimentos da vida quotidiana dos doentes (Hurtwitz, 2011). Não se posicionando de forma crítica à chamada medicina baseada na prova, com início nos anos 80, a qual se caracteriza por uma ciência médica “dura” (Fernandes, 2014), a MN procura superar aquilo que vai sendo identificado como os limites da aplicação do conhecimento médico: a padronização do processo de diagnóstico, o modelo de relação médico-doente centrado na cura, o estatuto da prova face a demais formas de conhecimento e, em última análise, a expectativa da possibilidade de desvendar o problema. A medicina baseada na prova centra-se, portanto, na expectativa que a evidência, quer do diagnóstico quer do prognóstico, só tem forma de ser alcançada por intermédio dos pressupostos científicos da abstração, sistematicidade, controlo e aleatoriedade (Raposo, 2015).

Ora, tais elementos da racionalidade científica moderna convocam aquilo a que muitas vezes se refere como a progressiva desvalorização do doente, em que o tempo é uma das dimensões, porventura a mais importante, em que essa desvalorização mais se faz sentir no quotidiano dos contextos de saúde (Mechanic *et. al*, 2001; Murphy e Franz, 2016). Pense-se em concreto na escala de prioridades a que os profissionais de saúde obedecem. Facilmente compreende-se, e a literatura tem descrito, que o tempo é o critério fundamental nesta hierarquização, e que o tempo concedido ao doente é cada vez menor como resultado da maior

importância atribuída aos elementos ‘científicos’ do conhecimento em saúde e à crescente burocratização do funcionamento das organizações de saúde.¹

O paradoxo parece então evidente: não obstante o avanço de novas tecnologias poder facilitar o contacto entre o médico e o doente, percebe-se que a sua utilização, não poucas vezes, apresenta um carácter substitutivo desse contacto. De potenciadora, a tecnologia pode ser barreira ao espaço da compreensão dos doentes (Johna and Rahman, 2011) não obstante o entendimento relativamente consensual sobre a importância da compreensão do outro no processo da construção da evidência em saúde (Greenhalgh, 1999; Agreli *et. al*, 2016).

É neste espaço de discussão que encontramos a(s) principal(ais) razão(ões) para a disseminação recente da MN a partir do interior do campo médico.

Mesmo assim, é justo dizer que, não poucas vezes, a prática em saúde continua a carecer deste entendimento, e isso é bem visível nas relações intra e inter profissionais e no funcionamento institucional das organizações de saúde. Contudo, a atenção dada à narrativa do doente tem sido descrita na literatura como tendo um ‘efeito catártico’ (Kalitzkus and Matthiessen, 2009:84) também descrito como ‘terapia catártica’ (Pennebaker, 1997:170), chegando ao ponto de afetar positivamente alterações fisiológicas em doenças como asma e artrite reumática (Hatema and Rider, 2004), ou o aumento da imunidade em vacinas de hepatite B (Alcauskas and Charon, 2008).

Ora, é perante esta evidência que interpretamos o argumento de Parker (2005) que a MN conjugada com a medicina baseada na prova pode constituir uma prática de liberdade clínica, ou de Davis e Morris (2007) sobre a necessidade de interligação entre o mundo biológico e o mundo cultural.

Em contraponto, alguns autores salientam os limites destes pressupostos. Por exemplo, que é necessário tempo e esforço para que haja uma alteração das técnicas médicas no sentido

¹ Sobre a questão do encurtamento do tempo na literatura sociológica nacional remete-se para os trabalhos de Teixeira (2012), Raposo (2015) no caso dos cuidados de saúde primários, e Correia (2012) ou no caso dos cuidados hospitalares. A evidência internacional citada nestes trabalhos aponta para situações convergentes na generalidade dos países.

de permitir maior lugar à oralidade e escuta no ato clínico; que as narrativas podem transmitir incerteza no trabalho quotidiano dos profissionais; ou que as narrativas não só não substituem a realidade ontológica da patologia como podem prejudicar a obtenção do diagnóstico correto (Kalizkus and Matthiessen, 2009). Além disso, importa não ignorar a dimensão estratégica (Dingwall, 1977) e artificial (Hyden, 1997) das narrativas em contexto de saúde. Ou seja, que, como não pode deixar de ser, as narrativas não têm forma de ocorrer em espaços neutros de interação e que os seus processos e estruturas condicionadores só muito poucas vezes são reconhecidos (e.g. papéis sociais de profissional e doente; dimensões públicas e privadas da vida que (não) se transmitem; normativismo e moralidade na relação com a doença).

A crítica não se restringe apenas à MN enquanto prática, estendendo-se igualmente à conceção mais ampla das humanidades médicas. Bishop (2007), por exemplo, considera contraproducente aquilo que define como um excesso de humanismo nos cuidados de saúde e que se deve resistir a uma transformação da medicina em medicina “*bionarrativista*”, em “*bionarratologia*” e num “*bionarrativismo*” (Bishop, 2007: 23). Em suma, o seu entendimento é que narrativas na saúde não têm forma de alargar a base da prova do conhecimento científico e medicina.

Como se percebe, o debate, quer de apologia quer de crítica à MN, no essencial, constrói-se em torno da questão fundamental sobre o âmbito da existência da doença, o que tem expressão na oposição entre as correntes principalistas e narrativistas que marca o campo da bioética (McCarthy, 2003). Enquanto o paradigma biomédico moderno dos países ocidentais continua grosso modo, e tendo em consideração a multiplicidade de realidades que compõem o ensino e a prática científica em medicina (Montgomery, 2005), a basear-se no modelo de Flexner de 1970 que situa a doença como uma realidade bio fisiológica, em contrapartida a MN e as humanidades médicas visam restabelecer no conhecimento médico científico uma aceção mais ampla da conexão corpo-mente (Johna and Rahman, 2011), algo que aos olhos da sociologia tem ligação direta à noção da corporalidade (*embodiment*) dos fenómenos sociais (Turner, 1991; Finnegan, 2002; ver também Fourcade, 2010).

A análise do entendimento do doente prende-se, desde logo, pela compreensão dos múltiplos processos associados à doença e ao adoecimento. A partir da literatura sociológica,

mas não só, sabe-se o quanto dimensões tão diversas como confiança interpessoal e o tempo condicionam a interação profissional-doente (ver a revisão proposta por Gengler and Jarrell, 2015). A falta de confiança interpessoal tanto diz respeito aos profissionais como aos doentes. No caso dos primeiros, a falta de confiança afeta a comunicação e a empatia enquanto aspetos cruciais na interação em contexto de saúde decorrente da incapacidade ou inabilidade dos profissionais estabelecerem e manterem contacto com o doente. A literatura tem detalhado diversos motivos para esta situação, os quais, genericamente, apontam para lacunas na formação profissional e que se manifestam na vulnerabilidade psicológica dos profissionais ou excessiva identificação pessoal com os doentes (Figueiredo, 2012; Fiscella *et. al*, 2004). No caso dos segundos, a falta de confiança face aos profissionais está associada à menor adesão terapêutica e maior utilização de recursos de saúde (Ward *et.al*, 2015). Tal aumento na utilização de recursos tanto pode ocorrer por via dos doentes, na procura de diagnósticos e prognósticos por eles considerados adequados, como por via dos profissionais, o que tem sido enquadrável no debate através da expressão “medicina defensiva” (e.g. substituição da dimensão prática da experiência pelo seguimento de protocolos clínicos tendo em vista a redução das situações classificáveis como “erro”, “má conduta” ou “negligência”) (ver Cunningham, 2009; Sekhar and Vyas, 2013; Blendon, Benson and Hero, 2014).

O tempo, por seu lado, é parte integrante de qualquer ato em saúde pelo facto dos atos em saúde continuarem a traduzir, na sua essência, relações humanas.² Apesar de o tempo ser destacado como benéfico na relação médico-doente (Stewart, 2005; Antunes, 2012), tem-se discutido largamente que ouvir e interpretar o outro continua a ser uma das tarefas de maior dificuldade no contexto de saúde. Uma vez mais, os motivos são diversos e complexos, mas podem ser sumariados como reflexo da desvalorização do discurso leigo em contraponto com o valor simbólico do discurso científico (Giddens *et.al*, 2000; Fernandes, 2014; Gabriel, 2004), da conjuntura política e financeira dos anos recentes que contribuíram para uma tendencial redução de profissionais de saúde face às necessidades (distribuição geográfica e por

² Valerá a pena deixar a nota de que a dimensão humana (entenda-se a interação interpessoal) continua insubstituível no contexto de saúde não obstante o progresso técnico e tecnológico, o qual deve ser associado à crescente mercadorização (*consumerism*) que o setor da saúde atravessa na generalidade dos países.

especialidade) (Correia, Pontes e Dussault, 2015) e de uma certa racionalidade política e gestonária que aplica às organizações de saúde ritmos e lógicas de funcionamento próprias doutros setores de atividade (Correia, 2013).

Além da confiança e do tempo, outros fatores mais amplos também se fazem sentir no processo de interação em saúde. Por exemplo, os papéis sociais tanto dos médicos como dos doentes que se constroem a partir de e reproduzem o modelo biomédico (Bury,2001). Sabe-se com algum rigor a forma como estes papéis não apenas reproduzem como aumentam as desigualdades sociais devido ao modo como pertenças étnico-raciais e hierarquias educacionais pautam as características e qualidade da interação em saúde (Gengler and Jarrell, 2015 Osterberg and Blaschke, 2005; Hooper *et. al*, 1982; Shim, 2010).

Nessa medida, a MN será tanto mais aceite e praticada, desde logo, quanto mais os profissionais estiverem predispostos a acolher os seus pressupostos (Fernandes, 2015). Por conseguinte, que os profissionais e os doentes partilham o estatuto de sujeito no encontro clínico (Casal, 2015).

1.3. Prática Internacional

Não obstante o franco desenvolvimento da MN em países como EUA, Canadá (Arntfield *et. al*, 2013) ou Brasil (Grossman and Cardoso, 2006), persiste a ausência de estudos de avaliação de impactos na prática profissional. Rita Charon, médica norte-americana mundialmente reconhecida como a persursora da MN, desde cedo compreendeu a necessidade de integrar o seu ensino na estrutura académica, tendo a expetativa que o desenvolvimento de técnicas em torno do entendimento de narrativas, logo na formação escolar, contribui positivamente para diferenças no ensino da medicina e mais tarde na prática médica (Charon, 2006).

Em 1988 nasceu o Consórcio de Centros e Institutos de Humanidades (CHCI), designada por Rede do Norte, financiada pela fundação Andrew W. Mellon, sendo composta por académicos, artistas e profissionais que se centraram no tema das humanidades médicas. Esta rede é formada por várias universidades com pesquisa na área das artes, humanidades e

saúde e o consórcio de centros e institutos de Humanidades tem como propósito criar novos métodos de colaboração interdisciplinar global no âmbito das humanidades, segundo o CHCI as operações são realizadas no John Hope Franklin Humanities Institute da Duke University. Em 1995 fundaram-se centros e institutos até alcançar 125 organizações. Em 1999 a rede internacionalizou-se para os Estados Unidos e Austrália.

Desde os anos 70, as escolas de medicina nos EUA integram a literatura nos seus programas escolares. Em 1994, 30% das escolas médicas norte-americanas já tinham em consideração a literatura no seu currículo, e em 1998 essa percentagem subiu para 74%, sendo que em 39% destas era oferecida uma disciplina de literatura e medicina (Alcauskas and Charon, 2008).

Em 2000, Rita Charon iniciou o primeiro programa de MN na Universidade da Columbia, para o qual reuniu especialistas das ciências sociais e diversos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicanalistas) a fim de pensarem a melhor forma de fazer uso de histórias de vida nos cuidados de saúde.

Em 2001, teve lugar a criação do centro de humanidades de Harvard. Mais tarde, em 2003, desenvolveu-se na Universidade de Michigan um projeto de educação médica direcionada para a MN, neste caso através de uma experiência centrada na família. Foram realizadas visitas ao domicílio, bem como conversas entre os alunos de medicina e os pacientes e suas famílias com o objetivo de promover o contacto humano no ensino da medicina, o que uma vez mais é apresentado como fomentando o humanismo médico (Bandman, 2004; Avrahami and Shmuel, 2009). Em 2005 realiza-se o primeiro encontro europeu pela universidade Utrecht na Holanda. As humanidades começam a tomar interesse por todo o mundo e em 2008 fez-se parcerias com países da europa como foi o caso da Alemanha, de Portugal, da França, da Bélgica e da Holanda.

Especificamente em Portugal, a sua prática continua pouco disseminada, em que se destaca o pioneirismo do grupo “Medicina & Narrativa” sediado no Centro de Estudos Anglísticos da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, sob a coordenação de Isabel Fernandes, o qual é constituído por uma vasta equipa de investigadores de âmbito académico e

de prática nas mais diversas áreas disciplinares (que inclui, entre outros, literatura, filosofia, medicina, ética e sociologia).³

Por outro lado, no Reino Unido, nomeadamente no King's College, existe um módulo de MN e a possibilidade de frequência no Mestrado em Humanidades Médicas, estando vinculado ao Centro de Humanidades e Saúde sob a direção de Brian Hurwitz.

Em 2011 formou-se um grupo de MN em São Paulo, Brasil, GENAM- Grupo de Estudos e Pesquisa Literatura, Narrativa e Medicina.⁴ Também em Itália há a existência da Sociedade Italiana de MN (SIMeN) que teve início em 2009 e do Observatório de MN Italiano (OMNI) com o intuito de expandir e integrar uma rede de médicos com experiência em narrativas, os seus fundadores são Paolo Trenta, Stefania Polvani, Mauro Zampolini, Francesca Rodolfi e Cristina Cenci.⁵

Em 2012-2013 desenvolveram-se quatro projetos que envolveram 22 centros e institutos nos 5 continentes como foi o caso das humanidades médicas. Um dos projetos incidiu nas humanidades para o meio ambiente, que teve como propósito distinguir a história “humana” e a história “natural”, com a arte e as humanidades, com a criação de três observatórios de pesquisa na Europa, na América do Norte e na Austrália (Universidade de Sydney (Humanities Research Center), Trinity College Dublin (Trinity Long Room Hub), Universidade Estadual do Arizona (Instituto de Humanidades Pesquisa), Clark University (Higgins School of Humanities) e Wake Forest University (Instituto de Humanidades)).

Existem seis centros ligados ao Consórcio de Centros e Institutos de Humanidades (CHCI), bem como à rede Global de centros, aos institutos, bibliotecas de pesquisa e organizações, onde se insere a rede de humanidades médicas, que desenvolve o projeto para o estudo da saúde e da doença com a vertente das humanidades (questões ligadas ao envelhecimento): Universidade de Columbia (Instituto de Literatura Comparada e Sociedade e Centro de Ciências Humanas de Heyman); Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill (Instituto de Artes e Humanidades); King's College London (Centro de Humanidades e Saúde);

³ Ver <http://narrativaemedicina.lettras.ulisboa.pt/>

⁴ Ver <http://celp.fflch.usp.br/genam>

⁵ Ver <http://medicinanarrativa.network/>

a Universidade do Witwatersrand, Joanesburgo (WiSER); Dartmouth College (Leslie Center for the Humanities); e a Universidade chinesa de Hong Kong (Instituto de Pesquisa para as Humanidades)⁶.

1.4. Técnicas na prática da Medicina Narrativa

Existem diversas técnicas de treino para a prática da MN, como a interpretação, discussão e reflexão em torno da arte, poesia, prosa (Stewart, 2005), imagens cinematográficas e literatura (Hurwitz and Charon, 2013). Estas têm a função integrativa enquanto espaços coletivos para facilitar a realização das tarefas propostas, bem como adquirir as competências-chave associadas a essas mesmas técnicas (Hatema and Rider, 2004).

Charon e Hermann (2012) fazem uso da reflexão conjunta e partilhada, tendencialmente em pequenos grupos, de modo a possibilitar um contexto potenciador de processos cognitivos, afetivos, imaginativos e criativos para interpretar e representar através da linguagem, e assim encontrar a experiência viva e vivida de cada um. O pressuposto é que através de processos contínuos e sustentáveis de reflexão as pessoas conseguem experienciar a sua própria vida.

Não obstante não haver um procedimento-padrão para o ensino das técnicas, habitualmente inicia-se pela leitura de um texto (*close reading*), a que se segue uma reflexão e interpretação da leitura com objetivo de entender o seu conteúdo e para que os participantes possam partilhar a sua interpretação ou até mesmo desencadear acontecimentos e experiências do seu quotidiano. Pode ocorrer ainda um espaço dedicado à escrita sobre o tema abordado, o qual será novamente sujeito à partilha pela leitura e/ou comentários dos participantes (Alcauskas and Charon, 2008; Miller *et. al*, 2014; Charon, 2012). Os textos tanto podem partir de realidades vividas como ficcionadas. Esta partilha possibilita novas aprendizagens individuais e coletivas (Ver também Degeling, 2012).

O tema das leituras tende a ser direcionado para a área da saúde, representações da vida, casos de doença ou situações clínicas. Possibilita superar receios associados à prática

⁶ <https://chcinetwork.org/>

profissional como é o caso da morte, perda ou o luto (Kalizkus and Matthiessen, 2009; Launer, 2005; Figueiredo, 2012; Charon, 2012)

Além disso, a escrita assume-se como parte determinante para a construção do processo de racionalização sobre o outro e é apontada como um meio de desenvolvimento de novas competências em torno de narrativas (Miller *et. al*, 2014; Shapiro, 2012). No caso concreto dos profissionais de saúde que participam nestas sessões, o objetivo é que eles se coloquem no papel de outros profissionais ou até mesmo de doentes, pois têm possibilidade de refletir sobre o discurso dos outros a partir de situações vivenciadas (Charon and Hermann, 2012).

A escrita e partilha de narrativas pode também envolver os doentes. O psicanalista Hans Loewald (Charon, 2012) refere a escrita como um “ato sensoriomotor”, tornando os pensamentos imateriais em materiais, o que é particularmente importante no contexto da saúde dadas as consequências positivas ao nível biofisiológico que a literatura vem descrevendo (e.g. hepatite B, de asma, artrite reumatoide. Ver Alcauskas and Charon, 2008). A passagem da imaterialidade para a materialidade decorre de o processo de redação implicar a observação e a escolha de enredos (Hatema and Rider, 2004). Por isso, o uso da escrita juntamente com a leitura é definido por Charon e Hermann (2012) como um momento de consciência e conhecimento de si mesmo (*self*), o qual se estabelece também por referência ao conhecimento do outro.

Em suma, estas técnicas estão relacionadas com processos de racionalização (Butler, 2005) que tanto dizem respeito aos doentes como aos profissionais. A expectativa é que o profissional de saúde seja capaz de compreender os seus modos de pensar e agir, assim como dos seus colegas e doentes. Sejam as narrativas escritas ou orais expõem a necessidade de uma forma diferente de pensar o ato científico em saúde, em que a fisiologia e patologia de algum modo surgem entrecruzadas com memórias – entenda-se vivências e emoções – que motivam a uma reflexão tanto mais profunda quanto sinuosa direcionadas para o individuo e não para a doença (Casal, 2015).

1.5. Avaliação de Impactos

Arntfield *et.al* (2013) apresentam um dos poucos estudos desenvolvidos para melhor compreender os efeitos de técnicas envolvidas em MN, neste caso em alunos de medicina. Os resultados apontam para o desenvolvimento de competências como a escuta, reflexão, partilha e valorização do outro, além do entendimento partilhado que as narrativas dos doentes constituem uma ferramenta relevante para o ato clínico. Foi ainda destacado que as resistências à MN tendem a incidir mais entre os estudantes que não estão familiarizados com os seus pressupostos. O estudo acrescenta que os três parâmetros essenciais para o desenvolvimento do treino eficaz em MN assentam no ambiente de aprendizagem em que se reconhece o estatuto e lugar da narrativa na medicina, no processo de aprendizagem em torno da escrita, leitura, partilha e reflexão e no desenvolvimento de habilidades específicas em afiliação, reflexão e comunicação.

Num estudo complementar, Charon, Hermann e Devlin (2016) demonstram que a reflexão através do treino de narrativas possibilita a afiliação e eficiência no trabalho de equipa com consequências positivas nos cuidados prestados. A criatividade é uma competência bastante destacada, pelo facto de aumentar a curiosidade dos profissionais, de modo aumentar o interesse e questionar a doença, bem como fortalecer a imaginação e o desempenho no cuidar em saúde.

Também num estudo realizado por Favoreto e Cabral (2009), verificou-se melhorias em doentes com diabetes, hipertensão arterial sistémica e/ou obesidade devido à necessidade de aumentar a adesão aos tratamentos farmacológicos e um maior conhecimento sobre a doença através da implementação de narrativas num grupo, devido às vivências pessoais e forma de construção das narrativas por meio de troca de experiências (ver também Kohn, 2016).

Em contrapartida, o estudo de Taylor, Lehmann e Chisolm (2017) procurou analisar as necessidades ainda existentes em relação ao tema das humanidades na educação médica. Averiguou-se a ausência de estudos que interligam as artes visuais ou artísticas à educação médica, e dados que comprovem a aplicabilidade das competências adquiridas e as suas diferenças em estudantes ou pacientes. O artigo mostra que a arte visual, a literatura e o teatro

podem fomentar a empatia entre médico e doente (Taylor *et.al*, 2017. Ver Schwartz *et. al*, 2009). A principal lacuna que o estudo aponta é a ausência de dados e resultados que comprovem o que a literatura descreve, pois há carência de avaliações de impactos, para que se consiga discutir a relação entre a prática e estes pressupostos teóricos.

CAPÍTULO II. CAPÍTULO ANALÍTICO E METODOLÓGICO

2.1. Modelo Analítico

Esta investigação inscreve-se na necessidade de melhor compreender os efeitos da MN nos profissionais de saúde. A definição deste objetivo decorre dos diversos debates em torno da MN, nos quais se salienta a potencialidade e necessidade de maior cruzamento das humanidades com a prática em saúde. Esta investigação torna-se significativa pelo facto de existirem análises realizadas noutros países que afirmam que a literatura constitui um importante elemento na melhoria da prática em saúde, no sentido em que permite melhor entender o outro e, assim, contribuir para a diminuição do sofrimento face à doença.

Não obstante, o conhecimento sobre os impactos efetivos da MN na reconfiguração dos cuidados ainda é escasso. Por esse motivo pretende-se analisar a exposição dos profissionais a metodologias de MN em três dimensões fundamentais: o entendimento da relação com os doentes, com os restantes profissionais de saúde e com o contexto organizacional. Ao incluir a relação com os restantes profissionais de saúde e com a própria organização, este estudo pretende ir mais longe do que o enfoque mais direto no cuidado dos doentes (Arntfield *et. al*, 2013). Este desdobramento analítico conduz-nos a uma investigação pioneira, e nessa medida exploratória, que reflete o entendimento que uma abordagem mais centrada no doente pressupõe necessariamente implicações no modelo de organização dos cuidados (e.g. gestão e partilha da informação, gestão do tempo, partilha de experiências entre colegas, etc.)

A primeira dimensão prende-se com a essência da MN ser apresentada como fomentando o contacto, a partilha, a reflexão, a consciência do outro e a vivência da doença

(Charon, 2001). Em suma, que a relação com o doente é um ganho primordial nas abordagens em torno da MN.

A segunda dimensão prende-se com o facto de o trabalho em saúde ser eminentemente coletivo. A questão é que o processo de racionalização implícito à MN (racionalização dos profissionais sobre os doentes e sobre si mesmos) pode ter implicações nas interações entre os profissionais de saúde. O tema é particularmente sensível à sociologia dado o conhecimento disponível apontar para profundas hierarquias inter-profissionais (e.g. medicina e enfermagem. Ver Lopes, 2006) e intra-profissionais (e.g. especialidades médicas. Ver Carapinheiro, 1993; Correia, 2012). Nessa medida importa perceber se e como a MN vem, de algum modo, alterar tais configurações estruturais na divisão social do trabalho em saúde.

A terceira dimensão insere-se na corrente neo-institucionalista a que a sociologia também vem dando algum destaque. O pressuposto é que a prática profissional e as interações quotidianas configuram os contextos organizacionais (Correia, 2012, 2016. Ver Crozier e Friedberg, 1977).

O que se pretende perceber é como os profissionais de saúde passam a pensar a própria prestação de cuidados, a fim de compreender se e como os profissionais concebem a aplicabilidade das experiências adquiridas nas respetivas práticas profissionais, sabendo-se que estão incluídos numa complexa teia de influências e de imposições de tempos, de conhecimentos e de hierarquias. No fundo trata-se de avaliar o grau de recetividade dos profissionais de saúde à formação contínua e aprofundada em MN e avaliar os constrangimentos, as resistências e as oportunidades associados à disseminação da MN enquanto prática profissional em saúde.

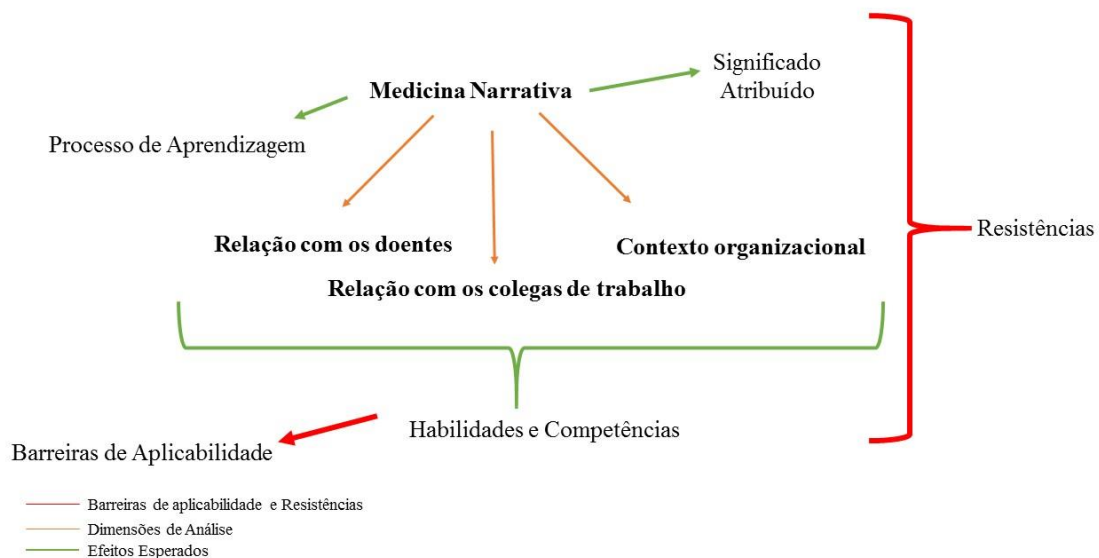


Fig. 1 Modelo analítico utilizado na investigação

Fonte: baseado no estudo de Arntfield, Slesar, Dickson, Charon (2013)

À luz do estudo realizado por Arntfield et.al (2013) estruturou-se o presente modelo analítico que traduz toda a análise proposta no estudo. Pretende-se verificar o processo de aprendizagem proveniente de metodologias de MN, bem como o significado atribuído a essas metodologias e as habilidades e competências que derivam das três dimensões estudadas. Avaliar também as resistências colocadas às três dimensões de análise e as barreiras da aplicabilidade das habilidades e competências.

2.2. Estratégica Metodológica e Experiência de Investigação

Com este capítulo não se pretende apenas expor a metodologia utilizada para a realização do presente estudo, mas apresentar todo o percurso da pesquisa e clarificar a metodologia utilizada. Deste modo torna-se um capítulo de ajuda no entendimento do percurso envolvente ao longo da investigação e de todos os passos metodológicos que exigiu.

A metodologia utilizada foi decidida a partir dos objetivos delineados para a investigação, mas também pelo estatuto pioneiro do estudo. A perspectiva de fundo usada foi de cariz dedutivo, não obstante o nosso entendimento aberto sobre os constantes vaivéns entre

teoria e empíria. Quando se iniciou o estudo não se esperava que os contributos recolhidos ao longo da investigação empírica contribuíssem para uma mudança gradual da perspetiva teórica. De facto, a recolha de dados permitiu rever e alimentar o quadro analítico por fim escolhido, dada a literatura existente não ter incidido com a sistematicidade por nós considerada necessária na compreensão das implicações da MN na prática profissional.

A escolha do método qualitativo faz todo o sentido nesta investigação, dado conduzir a uma maior recolha de dados. Fez-se uso em particular das técnicas de observação e de entrevista individual, o que permitiu obter uma maior riqueza nos discursos registados e capacidade de adequar o próprio processo de recolha desses discursos. Esta possibilidade resultou do contacto mais próximo entre o investigador e o objeto de estudo e o discernimento da construção discursiva em situações mais rotinizadas e em contexto de entrevista (Kumagai, 2008, Correia, 2013).

A recolha de informação foi feita através de entrevistas individuais em profundidade a profissionais de saúde e de observação direta de ELE (Encontros de Leitura e Escrita), grupo constituído por profissionais de saúde e coordenado por uma professora de estudos literários. Quando se iniciou a investigação o ELE era a única manifestação formal de ensino de MN para profissionais de saúde, deste modo optou-se por um estudo de caso e haver outra unidade de observação. O treino em MN desenvolve-se através de técnicas utilizadas como o *close reading*, *writing*, *reflecting*, *sharing* que visam o desenvolvimento de competências de reflexão, comunicação e afiliação.

A utilização articulada de diferentes estratégias metodológicas responde, no seu conjunto, às várias facetas da pesquisa (Moreira, 1994). Iniciou-se pela observação direta numa ótica de auxílio à investigação antes de se proceder às entrevistas, bem como uma forma de conhecer os entrevistados e assinalar a concretização dos objetivos propostos, a fim de ajudar na formulação do guião de entrevista. A observação direta dos ELE assume enorme relevância no estudo devido ao observador conseguir captar informação no momento em que os participantes estão em interação permanente. Os dados foram recolhidos no momento da observação, analisando-se os comportamentos e interações no preciso momento em que estão a decorrer.

Por outro lado, a recolha de dados por intermédio de entrevistas representou um procedimento aberto e intensivo permitindo uma melhor exploração do tema, mais flexibilidade nas respostas do entrevistado e riqueza de informação resultante da interação entre entrevistado e entrevistador. A entrevista foi sendo estruturada numa perspetiva sociológica com recurso a um guião que foi desenvolvido através da pesquisa bibliográfica e da observação direta aos ELE. No seguimento das entrevistas estas foram transcritas com recurso ao programa EXPRESS SCRIBE TRANSCRIPTION SOFTWARE e seguidamente construiu-se tabelas de análise, com o objetivo de analisar e entender melhor os diversos discursos (ver tabela em anexo onde se explicita os elementos analíticos recolhidos nas observações e entrevistas).

Dado o estatuto pioneiro da investigação e o reduzido número de participantes nos ELE, optou-se por fazer um exercício de reflexão comparativa com profissionais de saúde que não estão familiarizados com as técnicas associadas à MN. O objetivo foi melhor compreender as respostas dos participantes dos ELE tendo por base o conhecimento das posições daqueles, que ocupando lugares semelhantes, não foram sujeitos a esta aprendizagem. Dada a natureza qualitativa do estudo, ao falar-se de comparação obviamente não se pretende quantificar escalas de resposta, mas melhor situar tendências discursivas. Os profissionais não pertencentes aos ELE foram designados por “não-ELE”.

Entrevistados	I D A D E	G É N E R O	Profissão	Especialidade/ especialização	Exercício da profissão (anos)
A	61	F	Médica	Imunoterapia	36anos
B	67	M	Administrador Hospitalar	-	37anos
C	59	F	Médica	Imunoterapia	35anos
D	36	F	Psicóloga	Clínica, neste momento psicóloga do trabalho	14anos
E	32	F	Enfermeira	Não tem especialidade, trabalha área de saúde comunitária	8anos na área de enfermagem

Tabela 1. Caracterização dos Entrevistados ELE.

Fonte: Elaboração própria

O grupo é composto por cinco profissionais, dos quais apenas um é do sexo masculino. Encontra-se alguma estratificação etária dos participantes, em que o mais velho tem sessenta e sete anos (entrevistado B) e a mais nova trinta e dois anos (entrevistada E).

A composição multidisciplinar do grupo – duas médicas de imunoterapia, um administrador hospitalar, uma psicóloga e uma enfermeira – contribui positivamente para a partilha de discursos.

Entrevistado	I D A D E	G É N E R O	Profissão	Especialidade/ especialização	Exercício da profissão (anos)
F	61	F	Médica	Imunoterapia	33anos
G	44	F	Administradora hospitalar	-	17anos
H	33	F	Médica	Medicina interna	8anos
I	37	F	Psicóloga	Psicologia clínica e da saúde e psicogerontologia	14anos
J	32	F	Enfermeira	Saúde mental e psiquiatria	10anos

Tabela 2. Caracterização dos Entrevistados não-ELE.

Fonte: Elaboração própria.

O grupo não-ELE é constituído por cinco profissionais, todos do sexo feminino. As idades dos entrevistados são entre os trinta e dois anos (entrevistada J) e os sessenta e um (entrevistada F).

Neste grupo também se verifica uma composição multidisciplinar composta- uma médica de Imunoterapia, uma administradora hospitalar, uma médica interna, uma psicóloga e uma enfermeira. A composição do grupo possibilitou a recolha de novos discursos, como também pelo acesso às metodologias da MN e uma análise comparativa.

Foram elaborados dois guiões de entrevista para os entrevistados ELE e para os entrevistados não-ELE. Com o finalidade de comparar tendências de resposta, os entrevistados não-ELE foram escolhidos por terem as mesmas profissões e especialidades que os participantes nos ELE. Apenas uma entrevistados não-ELE apresenta especialidade diferente relativamente à especialidade da entrevistada ELE. Assim, entrevistou-se um total de 10 profissionais (5 ELE + 5 não-ELE): dois administradores hospitalares, três médicas de imunoterapia, uma médica clínica, duas psicólogas clínicas e duas enfermeiras.

Refletindo sobre a escolha da metodologia utilizada de articular entrevistas e observações chega-se à conclusão que dificilmente haveria outra forma de responder a tais objetivos. Antes de se iniciar a recolha de dados foi necessário construir um protocolo para que fosse possível o acesso à observação direta. Inicialmente não estava familiarizada com este tipo de documento, porém foi uma etapa necessária e importante para refletir se seria algo que quisesse estudar. Quando a resposta foi recebida e positiva manteve-se contacto com a coordenadora do ELE para se iniciar a fase de observação.

A recolha de dados iniciou-se no dia 7 de Dezembro de 2016 quando foi possível proceder à primeira sessão do grupo ELE (primeira observação). As sessões decorreram em 2 Hospitais públicos. Começou-se por uma abordagem ao grupo onde foi esclarecido todas as dúvidas e todos os procedimentos do estudo para que os intervenientes tivessem contacto e houvesse de certo modo uma aceitação quanto à presença da investigadora. Os profissionais de saúde foram bastante recetivos ao estudo, bem como à observação das sessões e às entrevistas individuais que foram realizadas fora do contexto das sessões. No decorrer das sessões foi

possível constatar que os profissionais sentiram-se ambientados à presença da investigadora, ao ponto de se tornar uma presença normal nos ELE.

Inicialmente a observação estava estipulada ser feita atrás dos participantes, para que fosse uma observação “do lado de fora”, porém, o grupo pressionou que a observação fosse feita na mesma mesa onde todos os intervenientes estavam sentados. Também tinha ficado estipulado que a investigadora não iria participar em nenhum procedimento feito no decorrer da sessão, contudo no decorrer das sessões a expectativa dos participantes era o conhecimento da investigação. Como era a primeira vez que se observaram as sessões, a investigadora optou pela leitura do texto. Seguidamente à leitura há um momento de partilha de impressões retiradas do texto, escolhe-se uma frase do texto para a realização de um mote e elabora-se um pequeno texto sobre essa mesma frase. Nesta fase, os profissionais também ficaram à espera que houvesse partilha do texto por parte da investigadora nesta fase dedicou-se na participação para que houvesse um distanciamento mais claro, afinal, importava que a investigadora fosse aceite e percebido que estava a proceder a uma observação para um estudo.

Apesar da opção de distanciamento neste caso, a investigadora ficou com a impressão que o facto de ter lido o texto como todos os outros participantes fez com que houvesse um contacto e uma aceitação por parte dos participantes. Apesar das sessões só acontecerem uma vez por mês durante duas ou três horas, o processo de observação tornou-se bastante rico para o estudo, pois facilitou a disponibilidade dos entrevistados para a marcação das entrevistas; conseguiu-se talvez compreender o modo de pensar de cada profissional de acordo com a sua profissão; o modo como cada profissional vê o doente e os impactos destas sessões na sua profissão. Também foi possível enquadrar os discursos dos vários profissionais em pontos relevantes para o estudo. Ao longo da observação das sessões foi-se anotado num caderno todos os temas debatidos, a opinião dos presentes e os seus comportamentos. Contudo, o facto de fazer-se anotações durante as sessões poderia trazer constrangimentos aos profissionais, pelo que optou-se por fazer as anotações após as sessões a fim de não provocar constrangimentos possíveis. Por outro lado, o facto de as anotações terem sido feitas posteriormente fez com que houvesse citações ou até mesmo partilhas que não foram possíveis de reproduzir com os pormenores exatos. Espera-se que esta limitação tenha sido colmatada pela observação de todos

os ELE que tiveram lugar durante o período de tempo em que decorreu a recolha de dados, foram observados sete ELE, o que resultou mais ou menos em dezassete horas no total.

Um ponto bastante positivo acerca da realização de observações foi a disponibilidade para a marcação de entrevistas individuais, embora inicialmente os entrevistados não tenham aceitado fornecer nomes para compor os “não-ELE”. A opção pelo método de bola de neve feito a partir dos participantes dos ELE foi propositado dado que o objetivo era a identificação de colegas que não tivessem conhecimento dos ELE ou que discordassem dessas metodologias. Quando foram realizadas as entrevistas aos profissionais inseridos no grupo ELE, estes já se disponibilizaram para ceder esses contactos o que permitiu a marcação das entrevistas não-ELE.

De notar que nas sessões dos ELE posteriores à realização das entrevistas, os entrevistados reagiram de forma natural sem que fosse visível alguma alteração de comportamento face à investigadora.

A realização de entrevistas também foi bastante útil para verificar se os discursos eram semelhantes aos observados ao longo das sessões, além de também ter possibilitado uma análise mais aprofundada de discursos previamente observados e apresentado questões que não haveria forma de compreender apenas por intermédio da observação. O facto de se ter recorrido à observação desde a primeira sessão de ELE permitiu ainda facilitar a marcação das entrevistas e escolher o local de realização das mesmas. A preocupação foi procurar espaços em que o estatuto dos profissionais fosse, tanto quanto possível neutralizado, ao mesmo tempo que os deixasse recetivos e cooperantes com uma técnica que iria requerer disponibilidade de tempo e a exposição das suas posições individuais. Algumas entrevistas acabaram por ser marcadas em locais públicos como cafés, mas que, no entanto, não constituiu um constrangimento ao discurso. Houve duas entrevistas em que foi necessária alguma adaptação ao espaço possível para a sua realização, para não pôr em causa a recolha de dados. Um dos casos a entrevista foi feita num café em que havia muitas pessoas, o que resultou em bastante ruído. A adaptação possível resultou em arranjar um espaço mais recôndito e ao longo da entrevista o gravador teve que estar o mais próximo do entrevistado. Na outra entrevista, como foi feita num espaço público, havia sempre carros e pessoas a passar, pelo que também foi necessário a aproximação

do gravador ao entrevistado. Em todo o caso, considera-se que essa adaptação não afetou a realização das entrevistas, apenas tornou a transcrição mais demorada. Além da confiança que os profissionais foram tendo ao longo das observações, também o anonimato foi uma forma de deixar os entrevistados mais à vontade, apesar de este estudo envolver um leque de entrevistados reduzido e ser necessário apresentar algumas características pessoais como a profissão e/ou especialidade profissional, a idade e os percursos profissionais. No entanto, houve a preocupação em selecionar excertos de entrevistas que transmitissem apenas os elementos analíticos que fundam este trabalho. Reitera-se que a metodologia escolhida e os procedimentos usados foram sujeitos a ponderação e aplicados de acordo com os melhores critérios científicos disponíveis, sendo a convicção que não haveria outro modo de concretizar os objetivos traçados.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. A vivência dos ELE: motivo de entrada, expectativas iniciais e significados de fazer parte dos ELE

O grupo ELE foi fundado pelo entrevistado B e os diversos membros tiveram conhecimento por diferentes meios: na frequência de *workshops* profissionais (entrevistada C), na participação de seminários na Faculdade de Letras (entrevistada E), ou ainda por convite da chefia (entrevistada D). O entrevistado B afirma que fundou o grupo devido ao entusiasmo de todos os participantes.

A entrevistada A destaca que o motivo para entrar no grupo deve-se ao facto de procurar melhorar a sua prática profissional, algo que considera já sentir há bastante tempo, e que entretanto já tinha frequentado uma unidade curricular que abordava MN: “ (...) *veio ao encontro daquilo que eu estava à espera é assim como oferecer uma coisa que a gente gosta e que nem tem consciência que pode chegar lá (...) quem me despertou foi mais a unidade curricular (...) aí é que foi o despertar, mas depois o resto foi o encantamento*”. A entrevistada C aponta que a escrita e a leitura são áreas do seu interesse: “ (...) *bastava-me um livro para estar feliz*”. Também a entrevistada E retrata ser uma área do seu interesse: “*era uma área que tinha tudo a ver com os meus interesses*”. Por outro lado, a entrevistada D encara a sua entrada como um “*desafio, uma experiência*”.

As entrevistadas C, D e E reforçam que não tinham expectativa de vir a adquirir outras competências além daquelas trabalhadas nos ELE. A entrevistada E aponta para a comunicação, escuta, atenção ao outro, segurança na prática: “*comunicação, da escuta (...) confortar o outro (...) ir mais longe na relação com o outro (...) maior segurança na minha prática*”; a entrevistada C foca a perspicácia de ler nas entrelinhas através da técnica do *close Reading*: “*acho que as principais competências têm a ver com um com um aguçar ainda mais a perspicácia para ler nas entrelinhas (...) acho que o close reading dos ELE me permitiu ir mais longe*”. Também a entrevistada A foca essa mesma técnica considerando a utilidade na partilha da leitura e da escrita: “ (...) *tem haver mais com a escrita criativa, portanto eu sempre gostei de escrever e para mim era importante que além de ser melhor médica aprende-se a escrever*”.

melhor". O entrevistado B tinha expectativa de adquirir competências de análise de textos mais em profundidade, diz ainda que considera não ter adquirido nenhuma outra competência: *"não consegui verificar assim nenhuma competência que tenha adquirido sinceramente"*.

A reflexão e a partilha foram os termos mais utilizados pelos entrevistados quando se pergunta o que significa o seu envolvimento nos ELE: *"a nível pessoal é um enriquecimento enorme, é ver as coisas de outra maneira"* (entrevistada A); *"é fascinante ver as pessoas a pensar (...) as mesmas pessoas sistematicamente mês após mês lendo o mesmo texto, tenham produzam ideias diferentes"* (entrevistado B); *"vejo muito estes encontros de escrita e leitura, como ferramentas de autodesenvolvimento pessoal (...) quanto mais integrados como seres humanos obviamente que melhores profissionais somos"* (entrevistada C); *"a nível pessoal é o desafio (...) partilha e refletir há momentos de descarga emocional (...) acaba por ser também uma terapia de grupo"* (entrevistada D); *"humildade de partilhar as dificuldades, receios (...) momento de lazer, de terapia, de partilha, de vivência"*; *"questão da arte da possibilidade de unir as humanidades (...) tornar melhor pessoa, melhor enfermeira (...) sair da rotina"* (entrevistada E).

Os entrevistados demonstram ser bastante significativo o tempo que passam nos ELE, apontando principalmente fatores a nível pessoal. Apenas as entrevistadas C e D destacam a importância do grupo a nível profissional. Esta questão não é direcionada pela profissão nem pela idade dos entrevistados, mas mais pelo significado atribuído ao grupo. As entrevistadas A, D e E relatam que o sucesso da experiência depende das pessoas envolvidas. Entrevistada A afirma ainda que os indivíduos têm que ter um pouco de formação nestas áreas da escrita e da leitura. A entrevistada C e o entrevistado B reportam que são as técnicas utilizadas no grupo (eg. Close reading, partilha, escrita criativa), mas a entrevistada C vai mais longe ao afirmar que a qualidade do resultado provém das pessoas.

Ao nível da experiência profissional, apesar de tudo, os entrevistados B, C e D apontam que os ELE não tiveram impacto na sua prática: *" (...) nesse ponto de vista não teve impacto"* (entrevistado B); *"Não houve"* (entrevistada C); *"um desafio é um espaço de reflexão e de partilha"* (entrevistada D). Contudo as entrevistadas A e E afirmam ter sentido esse impacto, no caso na alteração do tema de tese de Doutoramento e no caso na melhoria do desempenho

profissional: *“melhoria da comunicação, dessa, na prática, na autenticidade da, da minha afirmação profissional (...) afirmação enquanto pessoa sendo enfermeira”*.

Apesar da entrevistada A não ter tido tempo para verificar alterações na sua prática por se ter reformado, considera que os ELE podem alterar o desempenho na sua profissão a partir do autoconhecimento adquirido e da relação que se vai estabelecendo com outros indivíduos: *“ (...) conhecer melhor na determinada realidade e na determinada corrente, e a conhecermos melhor (...) abre-nos um bocado o espírito para outros tipos de realidade”*. A mesma linha de pensamento é retratada pela entrevistada E: *“a todos os níveis por exemplo o trabalho de luto (...) como consideramos o que é a doença (...) ao pôr-nos no lugar do outro”*.

A entrevistada C afirma que é uma experiência de autoconhecimento positiva, mas não considera ter adquirido tantas competências com o grupo: *“não digo que foram os ELE que alteraram a minha vida (...) eu também não digo e é que é os ELE me deram assim tantas competências que modificassem a minha, o meu modo de funcionamento”*. A entrevistada D não considera que os ELE permitam alterar o seu desempenho: *“não, alterar não, é capaz de ser um bombom”*.

Ao longo dos discursos dos entrevistados denota-se que o local onde os profissionais exercem a sua profissão é bastante importante para os impactes destes encontros na sua profissão. O entrevistado B refere ainda a idade como um fator que considera não possibilitar a alteração da sua prática profissional. Dá o exemplo de que se um administrador hospitalar mais novo estivesse em contacto com os ELE, de certa forma conseguiria adquirir novos conhecimentos na sua profissão, por considerar uma terapia: *“na minha pessoal, ou, não creio porque está a ver, já lhe disse a idade que tenho, tenho idade para me reformar, portanto tenho tempo de serviço para me reformar, portanto a minha profissão, a minha vida profissional está terminada”*.

3.2. Aplicações e implicações dos ELE nos contextos de saúde

3.2.1. Relação com os doentes

Os entrevistados demonstram que os ELE são uma estratégia para fomentar a relação com os doentes. No entanto afirmam que o grupo não teve impactos consideráveis na sua prática profissional. A entrevistada A afirma que *“torna as pessoas mais atentas, tanto para praticar o close Reading (...) também se funciona um bocado como um grupo, é um grupo não é uma leitura isolada, não é um trabalho isolado, tanto esses aportes são muito bons”*. A entrevistada C refere que o autoconhecimento adquirido nos ELE pode ser transportado para uma relação positiva com os outros, *“eu acho que os ELE são sobretudo uma boa estratégia, ah de autoconhecimento pessoal e na minha perspetiva quanto melhor é o nosso autoconhecimento melhor é a nossa relação com os outros”*. A entrevistada E aponta para a reflexão como forma de fomentar relação: *“ (...) pela questão da reflexão (...) da próxima vez que eu acolher o doente possivelmente me lembre disso e consciencialize (...) os ELE podem melhorar a comunicação com o utente (...) até na linguagem não-verbal”*. A entrevistada D diz que já possui técnicas devido à sua formação académica e que quando integrou o grupo não verificou grande mudança no tratamento de doentes devido às técnicas adquiridas no seu curso de Ciências Sociais, bastante ligado à comunicação e à escuta. O que demonstra que a formação académica dos profissionais de saúde revela um peso significativo para o alcance de novas competências.

A referência aos ELE destaca a potencialidade da partilha da reflexão para alterar a forma como os profissionais encaram a sua atividade profissional, bem como o cuidado com os doentes. Isso foi algo talvez observado ao longo das sessões ELE e que há uma necessidade por parte dos profissionais para a reflexão e a partilha de acontecimentos vividos no seu quotidiano profissional. Relatam experiências e trocam-se ideias: *“é tao delicioso a partilha, e enriquecedoras as reflexões através da escrita”* (entrevistada D, 7/12/2016).

A utilização da palavra cuidar é de algum modo demonstrativa na forma como concebe a prática profissional: *“(...) possibilidade de, de desbloquear processos (...) para mim era lidar*

com a esperança (...) o ELE também me permitiu foi ajudar a cuidar do outro". Ainda assim, apenas a entrevistada E verifica diferenças no tratamento aos doentes no seguimento da sua entrada nos ELE, reforçando *"a espontaneidade penso que é um grande ganho (...) depende da continuidade para o exterior"*.

Por exemplo, a entrevistada D destaca a comunicação e aprofundamento do espírito crítico e o centrar-se na perspetiva dos outros, porém afirma não verificar um acréscimo de técnicas através dos ELE no seu contexto profissional: *" (...) o ELE é mais uma forma de partilha não é, não sei, não vejo que seja para mim um acréscimo de técnicas"*. Classifica o grupo como um momento de reflexão e de partilha positivo, bem como um espaço onde tem acesso a textos que sozinha não se iria debruçar nem procurar: *"o ELE é um escape (...) momento onde, de partilha com outros profissionais (...) momentos em que conseguimos fazer uma reflexão"*.

As entrevistadas A, C e D consideram que os doentes não sentiram diferenças na forma de tratamento no seguimento da participação nos ELE. No caso da entrevistada A pelo facto de ter deixado fazer consulta: *"não porque (...) coincidiu com a altura que eu deixei de fazer a consulta"*; a entrevistada C: *"só se lhes perguntar a eles"*; a entrevistada E por ter mudado de contexto profissional várias vezes: *" (...) fui mudando de contexto portanto isso não deu bem para, para avaliar"*. A entrevistada D afirma que não consegue responder, mas indica que com o tempo de experiência ganha mais confiança: *"isso não consigo responder, mas de certeza, então quer dizer se eu trabalho há mais de uma década pelo menos sinto mais confiante naquilo que faço"*.

De facto, quando se questiona sobre as barreiras existentes na aplicação das competências adquiridas nos ELE, a entrevistada A foca o tempo e as estruturas físicas nas consultas médicas, bem como a cultura associada à profissão médica, em que o profissional é obrigado a deixar de ser ele próprio e começa a desempenhar um papel enraizado e padronizado: *"tive algum tempo na clínica geral, no princípio da minha vida clínica quase e, e eramos muito pressionados pelo tempo se eu precisava de ficar um bocadinho mais com o último doente, quando saia já tinha o colega que vinha a seguir (...) às vezes nem havia sitio (...) há outra barreira que é cultural que é aquela coisa do médico americano que a gente vê na serie, que*

*é, que às vezes é um bocadinho modelo que se tenta copiar e enquadrar naquilo, num, num modelo em que a pessoa não, não se permite ser ela também somos todos diferentes”. A entrevistada A, de certo modo não teve tempo para verificar grandes mudanças na aplicabilidade das competências por se ter reformado após à entrada no grupo, porém destaca que os ELE reconfortam as necessidades que sentia quando exercia a sua profissão: “*não houve tempo para isso (...) os ELE vieram no encontro na necessidade que eu já sentia e que pensava que estava sozinha no mundo*”. Afirma mesmo que escrevia sobre os doentes antes de iniciar os ELE, redigindo histórias clínicas como auxílio à sua prática.*

A entrevistada C aponta que o número de doentes é um fator determinante na disponibilidade para a aplicabilidade das competências adquiridas no grupo. Refere ainda que não consegue aplicar a narrativa nas suas consultas: “*(...) não posso utilizar a narrativa, não posso pedir ao doente enquanto está na consulta que me escreva o que está a sentir, posso pedir para ele me trazer escrito*”. Considera que os ELE são uma ferramenta como existem outras ferramentas, outros *workshops* que integram a comunicação, a partilha, a reflexão: “*eu não posso dizer (...) que foram os ELE, que alteraram o meu desempenho profissional, acho que os ELE contribuem com contribuíram com muitas outras ferramentas para talvez um melhor autoconhecimento*”, por isso, não considera que tenha verificado diferenças na sua prática com a entrada nos ELE.

A entrevistada E também foca o tempo como barreira à aplicabilidade das competências nos ELE, apesar de afirmar que a sua chefia lhe permite o exercício de algumas destas competências. Porém, num outro serviço já lhe foi dito que não poderia passar demasiado tempo com os doentes: “*(...) constrangimentos de tempo (...) já me foi dito por chefes, foi-me dito por colegas que eu não era psicóloga, que não podia passar o tempo a falar com os doentes (...) que nunca poderia demorar mais de uma hora numa consulta de enfermagem (...) até sinto que posso aplicar atualmente neste momento muitos dos conceitos*”. Destaca também que o tempo e a disponibilidade emocional são obstáculos à relação entre o profissional e o doente que não são superados pelo ELE. No entanto, na sessão, do dia 29 de março, a entrevistada E vai mais longe afirmando que consegue arranjar formas de ultrapassar as barreiras impostas:

“consegue-se ultrapassar as barreiras quando pergunto ao doente coisas do seu dia-a-dia, como a alimentação, fazendo ao mesmo tempo um check-up ao doente”.

O tempo é, sem dúvida, o elemento mais apontado como barreira entre profissional e doente. Nas sessões observadas foi bastante realçado pelo facto do doente não se conseguir exprimir porque a consulta tem tempo limite, por muitas vezes não se conseguir debruçar na doença o suficiente. Um outro elemento destacado em observação foi o distanciamento por parte do profissional, como forma de controlar as suas próprias emoções, pelo facto de estar a passar um período crítico na sua vida, em que foi referido que os profissionais não deveriam estar ao serviço quando passam por períodos críticos (eg. luto, doença), sendo uma barreira entre profissional e doente. Esta reflexão ocorreu no dia 1 de março em que foi lido o texto “Os profissionais não choram” de Rachel Naomi Remen.

Outros obstáculos à aplicação das competências adquiridas nos ELE prendem-se com a condição de doença e modelos e ritmos de organização do trabalho: *“ (...) pode ver mal, pode não ver, pode ter problemas que não permitam o contacto ”* (entrevistada A); *“problemas de saúde mental”* (entrevistada E); *“patologias ligadas ao foro mental”* (entrevistada F); *“o que mais me dificulta a relação são as interrupções [de outros profissionais] ”* (entrevistada C); *“ (...) a questão dos registos informáticos podem ser uma barreira à comunicação e ao contacto ”* (entrevistada E).

Segundo os excertos acima descritos verifica-se que as respostas acabam por ser condicionadas pela profissão dos entrevistados. Apenas no discurso das entrevistadas A e E é possível encontrar com mais clarividência que os ELE efetivamente fomentaram a relação com os doente. Em causa não parece estar que os entrevistados sintam não ter adquirido técnicas nos ELE, mas a impossibilidade de as aplicar no quotidiano profissional. Em traços gerais, a barreira temporal é identificada como a principal limitação na aplicação de técnicas.

Quando se retrata a aplicabilidade das competências adquiridas sem a frequência nos ELE e posteriormente desenvolvê-las sozinhos, os entrevistados focam a importância do grupo neste processo: *“temos de fazer parte de um grupo e alguém de nós tem que saber algo sobre, sobre, sobre análise de textos, sobretudo de narrativa (...) sozinho não se chega lá”*

(entrevistado B); *“com maior dificuldade (...) por nós mesmo podemos adquirir competências, mas adquirimo-las muito mais rápido se estiver inserido num grupo destes”* (entrevistada C); *“ali é um momento onde posso e tenho esse tempo para isso estar disponível”* (entrevistada D). A entrevistada A foca a importância da partilha como elemento fundamental, apesar de dizer que depois do grupo pode-se realizar algumas pesquisas sozinhas: *“desenvolve-las sozinha sim, agora eu realcei o aspeto da partilha, o aspeto do grupo da equipa que está ali caucionada para o mesmo tema, ah..., mas depois de desenvolver sozinha claro que sim, ah, ah, há reuniões, há encontros, mas depois a pessoa faz o seu trabalho tão bem, ah, pesquisa sozinha”*. Também a entrevistada E realça a reflexão conjunta como ganho resultante da frequência no grupo.

3.2.2. A Relação com colegas/trabalho em equipa

Concretamente sobre a aplicabilidade dos ELE na relação com os colegas de trabalho, no caso da entrevistada A demonstra que tentou, mas que não houve tempo para verificar mudanças na relação com os colegas. Foca também que essa aplicabilidade não foi diretamente com as pessoas com quem trabalha, apenas com outros profissionais de saúde, por demonstrar que nem todos os profissionais estão abertos a essa mudança. Ficou também a saber que havia outras pessoas com os mesmos interesses: *“conhecia as pessoas, ah..., e achava também, achei que eu condizia com eles foi o antigo diretor de serviço que era uma pessoa com quem eu tinha estagiado disse, isto é, um máximo trouxe-lhe este livro, leu e gostou muito e depois recomendou-me outro colega (...) entretanto mais dois colegas mais novos (...) devorou o livro numa noite, portanto por aí foi tudo bom”*. Já a entrevistada D destaca: *“ (...) perceber que somos todos humanos, sentimos coisas”*, o que é de certo modo semelhante com o indicado pela entrevistada E que diz ter começado a valorizar o outro: *“o valorizar o esforço pelo outro, não é, o trabalho do outro, contribuição (...) ajudar o outro a lidar com frustração (...) uma comunicação limpa e clara e objetiva”*.

Numa outra perspectiva, o entrevistado B não reconhece qualquer exemplo, e a entrevistada C também não reconhece, mas mostra que: *“quanto mais experiências inter-relacionais de autoconhecimento temos mais possibilidade temos de ir evoluindo como pessoas”*.

Em relação às diferenças que os profissionais sentem com a aplicação dos ELE em relação aos colegas de trabalho, a entrevistada A retrata a dificuldade por falta de conhecimento generalizado das potencialidades dos ELE: *“com os colegas é mais difícil porque quem ainda não está por dentro não tem tempo para essas coisas (...) colegas da minha especialidade mesmo que eu tentei (...) não tinham tempo ou por, por escapavam sempre desse tipo de colaboração e depois também houve uma altura que eu propôs a uma colega que está ligada a determinados doentes (...) pedi a colaboração dela, para fazer umas reuniões também de ELE, mas também metia uma entrevista do antes e do depois que era para conseguir de alguma forma ver os benefícios e desse modo ela, ah, não posso participar”*. A entrevistada D refere que não alterou e, pelo contrário, reforçou a divergência que existe nos diferentes grupos profissionais: *“alterar não alteraram. Reforçaram se calhar a divergência a perspectiva da divergência que as categorias profissionais têm face a aos assuntos”*. A entrevistada C reforça a partilha da experiência aos colegas de trabalho, *“transmiti essa experiência a vários colegas (...) permitiu-me partilhar a experiência”*. A entrevistada E começou por valorizar as características de cada colega, bem como as suas próprias qualidades, *“aceito melhor as minhas características positivas e negativas e como aceito melhor as características dos outros (...) olho para qualidades dos outros como grandes armas também da equipa e olho defeitos dos outros como ah..., características”*. Apenas o entrevistado B e D relatam que não alterou, o entrevistado B só reforça que nunca tinha imaginado que o grupo continuasse e chegasse ao terceiro ano: *“tenho dúvidas se alteraram (...) eu não pensei que ELE pudesse despertar um interesse tao prolongado em profissionais, isso é uma coisa que me surpreendeu, eu pensei que o ELE fizesse meia dúzia de reuniões e depois naturalmente extingue-se”*.

Os entrevistados consideram que o grupo fomenta o trabalho entre as diferentes profissões de saúde apontando para a estrutura do grupo que se apresenta como multidisciplinar: *“sim, começa pela estrutura dos ELE”* (entrevistada A); *“posso considerar o ELE um piloto*

que é um piloto pluriprofissional” (entrevistado B); “sim acho que os ELE podem ser um elemento até de aproximação dentro dos grupos e do cuidado de saúde” (entrevistada C); “os ELE reforçam as questões das diferenças das pessoas entre as categorias” (entrevistada D); “sim melhoram (...) numa maneira inconsciente dá muito mais valor à qualidade humana do que a qualidade técnica do profissional” (entrevistada E).

Sobre se os entrevistados consideram que os seus colegas têm manifestado alguma diferença desde o começo da participação nos ELE, no caso das entrevistadas C e D embora os respectivos colegas saibam da sua participação no grupo não manifestaram nenhuma diferença. O entrevistado B afirma que os colegas não manifestaram diferença, embora tenha reforçado que adquiriu competências mas não direcionadas para a sua profissão. A entrevistada E demonstra que manifestaram de forma bastante positiva: *“uma pessoa muito amiga e também enfermeira que me disse (...) que estes encontros estavam a enriquecer muito como pessoa e a saber analisar muito melhor as coisas e a refletir e a saber refletir em voz alta sobre o, os assuntos tornei-me numa pessoa mais profunda e com maior capacidade de análise dos problemas”*. Por outro lado a entrevistada A sentiu indiferença por parte de uma colega: *“indiferença (...) senti isso da parte de uma colega que algum desprestígio por me estar a dedicar a isso (...) mas isto tem que ver o desconhecimento também eu não fiz um bom papel, eu poderia ter começado por as enfermeiras mas também começando só por enfermeiras que estão, são só enfermeiras, que as enfermeiras são muito mais abertas a estas coisas não estão tão quadradas”*.

Denota-se a falta de elementos observados na relação com os colegas de trabalho. As observações dos ELE encontram-se bastante direcionadas para os textos analisados ao longo da sessão, o que faz com que os elementos recolhidos estejam apenas de acordo com o tema do texto em análise. A observação torna-se relevante por avaliar o comportamento, a forma de reação e discurso dos entrevistados, por outro lado, a sessão é conduzida segundo um texto que influencia toda a sessão. No caso da relação com os colegas de trabalho não se verificou a leitura de textos que pudessem salientar a relação com os outros colegas de forma significativa, apenas foi referido, na sessão de 29 de março que o trabalho partilhado era afetado pela atribuição de

poder às chefias mesmo que estas não possuíssem tais competências (eg. manipulação de avaliação).

3.3 Análise comparativa das práticas profissionais ELE/não-ELE

3.3.1. Relação com doentes

Quando se abordou a relação com os doentes entre as entrevistadas que não fazem parte do ELE, a ideia dominante é construída em torno da relevância do contacto com o doente: *“falo com os doentes, observo um doente”* (entrevistada F); *“ (...) muito empática, muito compreensiva e de estar ali com toda a disponibilidade para ouvir as preocupações, para poder ajudar (...) vou tentar promover ao máximo a dignidade daquela pessoa e tentar esta ligação com a pessoa”* (entrevistada I); *“tentamos o enquadramento social e funcional das pessoas”* (entrevistada H); *“brincar um pouco com os doentes (...) falar (...) a história dele, da família, do dia-a-dia (...) vou estabelecendo relação com eles”* (entrevistada J).

Estes traços discursivos que apelam à dimensão ética e humana do profissionalismo do trabalho em saúde são coincidentes com os discursos dos profissionais pertencentes ao ELE. Uma análise mais pormenorizada revela em que medida os contextos de trabalho e especificidades das respetivas profissões/especialidades medeiam a dimensão humana e humanizada do cuidado em saúde, também como salientado pelos participantes do ELE. A entrevistada H exerce a sua profissão na urgência de um hospital, o que faz com que as suas hierarquias de prioridades sejam definidas de um modo diferente: *“na urgência somos pragmáticos (...) aquilo não é para fazer psicanálise (...) o meu contacto é sempre muito pragmático (...) porque muitos estão dependentes tentamos o enquadramento social e funcional das pessoas”* (entrevistada H). A entrevistada I reforça que o seu contacto varia em função do estado de saúde dos doentes, porém a palavra empatia não deixa de estar presente: *“muito empática, muito compreensiva e de estar ali com toda a disponibilidade para ouvir as preocupações, para poder ajudar”* (entrevistada I); *“brincar um bocadinho com os doentes (...)”*

falar (...) perceber (...) a história dele, da família, do dia-a-dia (...) vou estabelecendo a relação com eles” (entrevistada J).

Quando foi perguntado aos entrevistados ELE o que dificultava a relação com o doente as respostas centraram-se na falta de tempo, situações relacionadas com a doença do doente e problemas associados a modelos e lógicas de organização do trabalho (e.g. cansaço dos profissionais, novos mecanismos tecnológicos na interação com os doentes, número excessivo de doentes). Os discursos dos profissionais não-ELE coincidem nos mesmos aspetos, além de uma referência à iliteracia da população que prejudica a comunicação (entrevistada H).

As entrevistadas não-ELE enumeram formas de superar as situações mais difíceis para fomentar a relação com os doentes: verificar o processo do doente antes de o chamar como forma de conhecê-lo melhor, de poupar tempo e de realizar um diagnóstico mais preciso, como afirma a entrevistada H: *“eu preciso é perceber o que é que aquela pessoa tem e como é que eu posso resolver isso para isso preciso de enquadrar os seus antecedentes clínicos, processo clínico antes de chamar um doente”*; reservar salas para falar com o doente e a sua família ou noutros sítios com maior privacidade e puxar a cortina em volta da cama do doente: *“reserva lá a salinha dela para ir para lá com o doente, com a família (...) esse corredor tem ali sítios mais recônditos sim, e então tentamos não é, ali um espaço de maior privacidade (...) criar melhores condições para também oferecer à pessoa”* (entrevistada I); *“ir à salinha (...) se não for possível tirar o doente do quarto puxo a cortina tento falar num tom mais baixo”* (entrevistada J).

A questão retratada acima demonstra que essas dificuldades, além de dependerem das profissões, das características do trabalho e dos próprios doentes, os entrevistados consideram poder desenvolver formas para mitigar os efeitos que mais dificultam a interação com os doentes e familiares.

3.3.2. Relação com colegas/trabalho equipa

Como se percebeu dos discursos dos entrevistados ELE, a relação com a equipa varia consoante os serviços e as características do próprio trabalho, embora seja algo bastante relevante para os entrevistados e fundamental no seu quotidiano profissional. Recordando a posição dos entrevistados, não existe consenso das experiências sobre o modo como os ELE potenciaram melhorias do trabalho em equipa (e.g. interação entre profissionais, valorizar o outro, melhor comunicação).

A entrevistada A dá o exemplo de uma situação em que se tentou aproximar de uma colega trazendo os fundamentos do ELE, não sendo bem-sucedida pela falta de conhecimento daqueles que estão de fora do grupo; os entrevistados B e D têm dúvidas que tenha alterado a sua relação com os outros colegas; a entrevistada C destaca que transmitiu a experiência aos seus colegas e a entrevistada E destaca que começou a aceitar melhor as características dos outros. No caso das entrevistadas C e E há a noção que os ELE, de certo modo, beneficiaram a relação com os colegas através da partilha e da valorização das características dos outros. A entrevistada D apesar de não sentir diferenças refere que os ELE reforçam: *“perceber que somos todos humanos, sentimos coisas”* (entrevistada D)

No caso dos entrevistados não-ELE a relação com os colegas de trabalho também é algo destacado como bastante significativo, bem como a presença de equipas multidisciplinares. Consideram ser um pilar na execução da sua prática profissional e verifica-se que nas profissões dos entrevistados o trabalho em equipa é fundamental: *“a nossa relação é bom (...) não olho para o trabalho médico como um trabalho individual (...) temos sempre a ganhar se discutirmos uns com os outros”* (entrevistada H); *“de relação multidisciplinar (...) a equipa funciona muito bem (...) há uma cultura muito grande na nossa equipa, de estar a discutir os casos (...) troca de experiências”* (entrevistada J); *“é boa (...) a equipa tem se vindo a construir (...) não se faz nada sem as outras pessoas”* (entrevistada G); *“as enfermeiras, alguns médicos que estão aqui nos gabinetes, que às vezes brincamos uns com os outros quando estamos a entrar ou a sair e com as assistentes operacionais (...) os médicos de otorrino é diferente porque eles próprios no serviço também não estão muito tempo (...) equipa de paliativos riem-*

se e contam estas anedotas e utilizamos aqui este humor negro (...) falava tanto nestas reuniões em que se discutíamos as situações e que às vezes também partilhamos as coisas difíceis” (entrevistada I). Apenas a entrevistada F reforça que a relação com os colegas de trabalho é positiva, porém existe um clima no seu serviço de conflituosidade que já está enraizado no serviço: *“nos damos todas bem, ninguém está zangado com ninguém, mas há uma conflituosidade latente, escondida que causa alguma tensão”*, é um modo de proceder no serviço, pode-se afirmar que constitui uma cultura própria do serviço onde a entrevistada está inserida.

3.3.3. Desempenho atividade profissional

Todos os entrevistados que fazem parte do ELE salientam que o tempo é o fator que mais contribui para as alterações da sua prática profissional. Experiência reflete-se em segurança e confiança nas decisões tomadas.

A entrevistada A e a entrevistada E focam o contacto e observação de colegas de trabalho como algo que ajudou a alterar a sua prática: *“foi a prática (...) o estudo e o contacto com as pessoas também vale feedback (...) e tempo”* (entrevistada A); *“aceitar as minhas limitações e não fazer isso um problema (...) aproximar-me das pessoas (...) observação da prática de outros colegas por exemplo pela positiva e pela negativa”* (entrevistada E), numa outra perspetiva o entrevistado B relata que a sua mudança possibilitou um aprofundamento no trabalho em equipa, *“eu nos últimos vinte anos, ah mudei eu acho que melhorei (...) era uma pessoa muito mais individualista (...) tornei-me uma pessoa de que gosta de trabalhar em equipa”*. A experiência, a partilha *“ (...) permitiu-me partilhar a experiência”* (entrevistada C), os novos conhecimentos e o crescimento são os pontos mais destacados na abordagem dos entrevistados. A entrevistada D reflete que não alterou a relação, no entanto salienta que houve um reforço na divergência de perspetivas e nas divergências existentes entre categorias profissionais.

As entrevistadas não-ELE, G, I e J, verificaram alterações no decorrer da sua prática provenientes da experiência adquirida ao longo do tempo, com novos conhecimentos e um novo olhar para encarar a profissão, como é o caso da adaptação do próprio, ou de outros colegas e do serviço onde se encontra, como é referido pela entrevistada G: *“sim, até decorrente do próprio crescimento e da própria aprendizagem”*, ou então pela entrevistada I, que retrata a capacidade de adaptação: *“são sempre positivas (...) nós não somos uma porta aberta somos uma porta escancarada (...) capacidade de adaptação (...) os últimos tempo têm sido de assim de alguma imensa e de muita exigência pessoal”* e pela entrevistada J que integra colegas mais novos no serviço. Refere ainda a posição da família e do doente nos cuidados paliativos: *“pela integração dos colegas mais novos”*; *“a parte paliativa implica também uma abordagem diferente à família, ao doente”*.

Por outro lado, a entrevistada H não verificou alterações na sua prática profissional, apenas verificou alterações no crescimento do número de doentes, no facto de ter que recorrer a mais doentes nas mesmas condições de trabalho como as mesmas estruturas físicas e o mesmo tempo, o que faz com que considere essas alterações como negativas devido ao stress proveniente dessa mudança, *“as alterações decorrem disso ou seja eu tenho que fazer o mesmo, para tentar trata-los bem, tenho que fazer o mesmo, em menor espaço de tempo possível”*; *“são negativos (...) mais stress”* (entrevistada H). Também a entrevistada F considera que não alterou muito a sua prática, reforça que a mudança requer ao avanço da investigação científica que faz com que a prática em saúde se vá alterando ao longo de novas descobertas e do enriquecimento da informação, *“a investigação científica permite-nos estar sempre atualizadas e sim às vezes temos que atuar e muitas das vezes temos que modificar”* (entrevistada F).

Consegue-se verificar que as alterações da prática profissional em todos os profissionais devem-se à experiência adquirida com o passar do tempo, embora possa existir outros fatores. No caso dos participantes ELE, é referido que o grupo trouxe benefícios e alterações na segurança da prática profissional, porém apenas para alguns entrevistados, o que significa que essas alterações provêm face a outros fatores condicionadores. É isso que se apreende a partir dos entrevistados não-ELE, e que se encontram estratégias alternativas para reforçar as competências que os ELE incidem.

3.4. Avaliar os constrangimentos e oportunidades associados à disseminação da Medicina Narrativa enquanto prática em saúde

3.4.1. Alargamento do ELE já existente

Os profissionais consideram que seria bastante positivo e relevante o alargamento dos ELE a todas as organizações de saúde. O entrevistado B começa por dizer que em situações de crise em saúde deveria ser proveitoso a aplicação de um grupo com a mesma estrutura que os ELE: “*nós devíamos aplicar essa experiência até para ter a certeza que ela funciona em vários (...) um momento de crise e isso nós nunca experimentámos, e devíamos experimentar para, para testar em contextos mais difíceis (...) em momentos mais, mais dolorosos, ou então começar com, com, com pequenos espaços (...) é aí que a medicina narrativa entra e tanto pode entrar sem, sem, sem criar prejuízos*”. A entrevistada A debruça-se sobre a importância de uma unidade curricular direcionada para o tema da MN: “*uma unidade curricular no curso de medicina, de enfermagem, etc., psicologia, se calhar clínica tudo, ah..., dar a vocacionada para, para a medicina narrativa ou para a clínica narrativa se quiser, se calhar, de facto a medicina narrativa foca-nos muito no médico, acho que é muito importante*”. A entrevistada C completa que seria bastante facilitador para o relacionamento das pessoas: “*espaço de interação positiva (...) facilitador do relacionamento entre as pessoas (...) podem crescer como pessoas e nesse sentido as coisas podem mudar para melhor*”.

As entrevistadas D e E pertencem à mesma faixa etária e demonstram semelhanças no discurso realçando a qualidade do trabalho serviço e reforçando a componente humana em saúde: “*humanização, tornar as coisas mais humanas e menos administrativas com os ELE no fundo expõe a componente humana as emoções*” (entrevistada D), “*porque as pessoas procuram qualidade as instituições (...) não há dúvida que isso trará qualidade aos cuidados*” (entrevistada E).

Os discursos dos entrevistados vão ao mesmo encontro, na medida em que consideram que os conhecimentos adquiridos através das leituras e da escrita poderiam ser transportados

para a formação de profissionais de saúde. Por outro lado, quando se pergunta aos entrevistados do grupo ELE como avaliam o alargamento do grupo, os discursos contrapõem os profissionais mais velhos aos mais novos. Os entrevistados mais velhos coincidem no argumento que o aumento do grupo não seria vantajoso devido às tarefas realizadas que poderiam não ter o mesmo impacto com um número maior de pessoas: *“nós temos a noção de que não há vantagens em ampliar muito, podemos juntar mais uma pessoa, vá lá, no máximo, no máximo duas pessoas, mas o grupo fica disfuncional com muita gente”* (entrevistado B); *“acho positivo desde que depois não seja um grupo demasiado grande em que se perde em que se perde também a possibilidade do que fazemos que eu acho que é muito interessante de fazermos a escrita, a leitura partilhada”* (entrevistada C). A entrevistada A refere ainda que *“ (...) em relação aos grupos profissionais para não haver domínio de um, (...) para ser tudo mais ou menos equilibrado (...) conseguir outros grupos que atuem localmente”* (entrevistada A).

Em contrapartida a entrevistada D consideraria o alargamento *“ótimo até muito mais rico”* (entrevistada D) e a entrevistada E que muitas vezes pode existir indivíduos que entram no grupo com o propósito de participar, mas de não permanecer: *“é interessante penso que, aumentar a participação do grupo (...) muitas vezes a pessoa por não estar ali propriamente com o mesmo objetivo o grupo que já está formado facilmente sai ou facilmente não fica”*.

Constata-se que os entrevistados consideram que o ELE deve ter um número restrito de profissionais para que seja possível proceder a todos os elementos (eg. escrita, leitura, partilha, reflexão), sendo focado que a criação de outros ELE seria bastante proveitoso para os profissionais. Os participantes ELE demonstram, nas observações, a necessidade de outros profissionais, fora do grupo, assistirem a workshops, grupos de trabalho direcionados para a reflexão, partilha e debate. Reflete-se que a formação de outros grupos com a componente dos ELE seria benéfico.

3.4.2. Opinião não-ELE sobre MN, o que é trabalhado, o que significa e as alterações que produz

Apenas uma entrevistada não se mostrou surpreendida quando se abordou o termo MN. Foi o caso da entrevistada I que considera saber o que traduz, pois já teve contacto com a temática. Foi-lhe perguntado o facto de não entrar para o ELE, já que a entrevistada sabia da existência do grupo. O motivo apresentado foi a falta de tempo, embora considere ser algo que lhe agradasse bastante. Por outro lado, a entrevistada F nunca tinha ouvido o termo, enquanto as entrevistadas H, J e G tinham conhecimento através de outras pessoas.

Foi perguntado às entrevistadas que não conheciam o termo o que pensavam que seria MN. As respostas centraram-se na *“história clínica dos doentes”* (entrevistada G); *“ponte entre a arte, neste caso a literatura, e no fundo melhorar de alguma forma a qualidade de assistencial”* (entrevistada H); *“Histórias de vida dos doentes”* (entrevistada J); *“descrição de qualquer coisa que a pessoa sente”* (entrevistada F). A entrevistada F disse ainda que *“a medicina é toda narrativa”*. Também consideram que a inserção da arte, neste caso da literatura, é relevante na medicina, porém a entrevistada H refere que não sabe se seria relevante devido às condições existentes no desempenho da sua área profissional.

Também a entrevistada J reforça que no seu quotidiano profissional tenta aplicar uma avaliação ao doente: *“no dia-a-dia nós acabamos por fazer (...) uma avaliação ao doente”*, destaca ainda que se fosse possível sair um pouco das rotinas do dia-a-dia profissional seria bastante gratificante na abordagem ao doente.

O tempo, a disponibilidade por parte do profissional a nível emocional e a formação do profissional são obstáculos ressaltados pelas entrevistadas à integração da MN na área da saúde.

Quando se pergunta se poderia alterar o desempenho profissional, apenas a entrevistada H reforça que no serviço de urgências onde exerce a sua profissão não verifica vantagens, *“no serviço de urgência e não consigo sinceramente ver vantagem nenhuma, ali temos que ser pragmáticos”* (entrevistada H). Por outro lado, as outras entrevistadas relatam como algo positivo que poderia alterar e melhorar a prática clínica.

Em relação ao doente, as entrevistadas I e J consideram que, *“aprofundarmos tanto a narrativa do doente e da família como a nossa própria narrativa permite-nos afinar também a nossa atuação”* (entrevistada I); *“claro que sim (...) quando vamos tentar perceber porquê há ali um quadro (...) se toda a gente conseguisse na sua prática ter essa perspetiva geral do doente, seria melhor”* (entrevistada J). A entrevistada H realça que depende do serviço, isto é, caso seja um serviço onde o doente esteja num período de maior tempo seria possível, contudo não consegue pensar como uma prioridade.

Em relação às pessoas com quem trabalha habitualmente, a entrevistada H afirma que caso tivesse tempo seria possível alterar a relação com os colegas; a entrevistada I considera que poderia alterar, *“acho que é transversal, nós somos pessoas somos ser humanos (...) em nós próprios isso vai-se refletindo na relação com os outros e vice-versa”*. A entrevistada J destaca que seria mais complicado alterar a relação com os colegas, embora em relação aos doentes haja uma obrigação associada: *“acho que seria mais difícil (...) o facto de nós trabalharmos com as pessoas (...) não nos identificarmos tanto (...) enquanto que num doente há sempre aquela sensação de, é o nosso trabalho”*.

3.5. Discussão sobre os impactos dos ELE

O presente estudo afigura-se como a primeira análise sociológica, nessa medida exploratória, da avaliação de impactos organizacionais e profissionais de experiências de MN em Portugal, com o propósito de avaliar melhor os seus impactos na prática clínica.

O que se pretende com este ponto é entender de que forma os profissionais de saúde transportam as técnicas e os conhecimentos aprendidos nos ELE para o seu quotidiano profissional, bem como lançar algumas questões que se colocam no seguimento de toda a investigação. Em particular, que diferenças os profissionais que frequentam os ELE verificam na sua prática, quer em relação aos doentes quer aos colegas, de que forma as ferramentas utilizadas no grupo possibilitam adquirir competências e aplicá-las no quotidiano profissional.

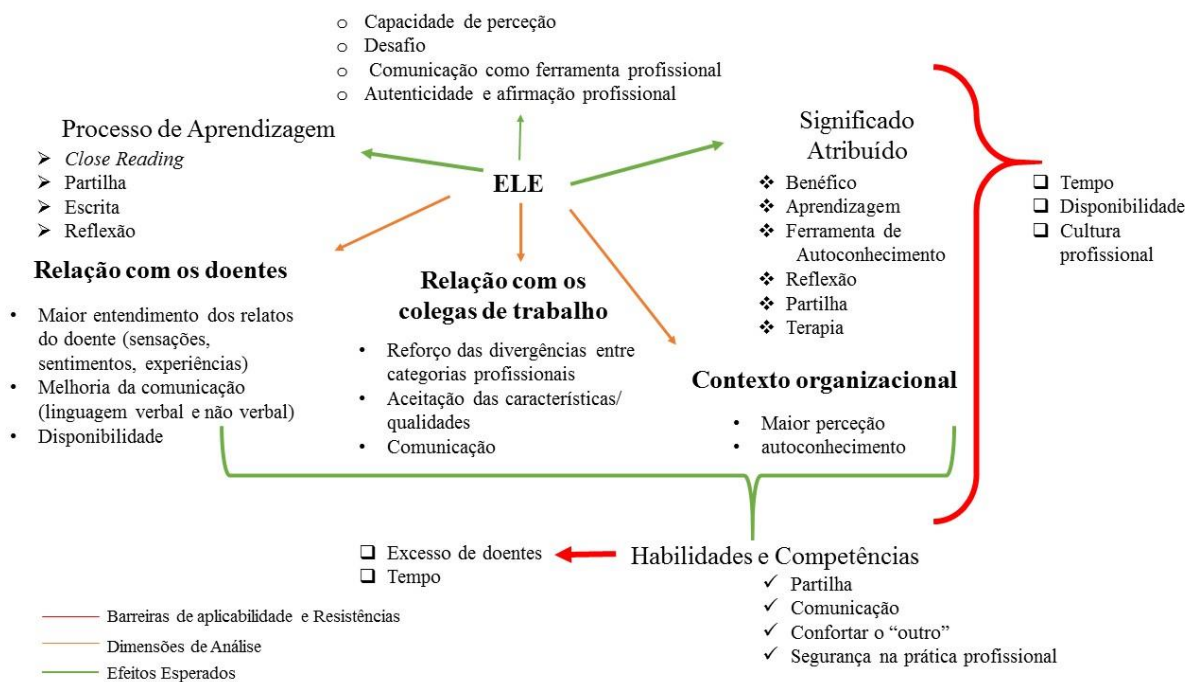


Fig.2 Gráfico recorrente do modelo analítico da análise das entrevistas ELE

Fonte: baseado no estudo de Arntfield, Slesar, Dickson, Charon (2013)

Os ELE são destacados como relevantes para os profissionais de saúde, que num processo de aprendizagem resultam em competências e habilidades na relação com o “outro”. Há mudanças na prática profissional, em particular uma melhor comunicação e maior partilha por parte do profissional, o que se associa em particular ao *close reading*, escrita e das reflexões em grupo. Contudo existe barreiras temporais e estruturais, como é o caso do número excessivo de doentes. Constituem-se como barreiras e resistências ao grupo e ao conhecimento sobre MN, a falta de tempo dos profissionais, desconhecimento e a cultura profissional.

O ELE é, portanto, destacado como um espaço de reflexão, partilha, de autoconhecimento e de terapia. Na literatura o termo “ferramenta terapêutica” é referido quando se destaca a aprendizagem em MN. Os entrevistados demonstram que o grupo é uma mais-valia de enriquecimento principalmente a nível pessoal e profissional, pelo facto de traduzir pensamentos e emoções. O grupo funciona como um “escape” ao quotidiano, principalmente

porque melhora o autoconhecimento dos profissionais e possibilita um outro modo de ajudar o “outro”. Porém alterar o desempenho nas profissões em saúde é apenas destacado por um profissional que dá exemplos de como os ELE alteraram a sua profissão (entrevistada E).

De facto, quando se reflete sobre as competências adquiridas recorda-se que não obstante as técnicas usadas serem avaliadas como benéficas, o aperfeiçoamento da prática profissional nem sempre é visível e apontado. Ou seja, a tendência no seguimento das entrevistas é os profissionais não verificarem impacto dos ELE na sua prática profissional cujos motivos são diversos e multidimensionais: questões relacionadas com a natureza do trabalho médico, características e modelos de organização do trabalho (e.g. falta de tempo, excesso de doentes, mediações tecnológicas entre os profissionais e doentes).

Nas entrevistas verifica-se um paradoxo de ideias em torno das novas tecnologias. Por um lado, a entrevistada E afirma que a tecnologia é uma barreira pelo facto de ter que estar centrada no computador enquanto está com o doente. Por outro lado, a entrevistada H, que recorre ao computador para verificar a ficha clínica como auxílio. Na literatura recolhida também se verifica esse contraste de ideias.

Esta avaliação dos impactos limitados não colide com a importância que os profissionais atribuem ao tempo dedicado aos ELE. Todos os profissionais sem exceção caracterizam o grupo como benéfico e que seria bastante proveitoso para outros profissionais a aplicação em todas as organizações de saúde. Também os conhecimentos adquiridos através da leitura e da escrita seriam relevantes para a grande generalidade das profissões de saúde. O entendimento partilhado é que a cultura profissional em saúde pode e deve ser moldada pela leitura e escrita e, que quanto maior esta partilha, mais fácil poderá ser a sua implementação na prática profissional quotidiana. A literatura tem salientado que as narrativas de sofrimento são bastante significativas em contexto de saúde (Hyden, 1997). Por parte dos entrevistados, nomeadamente do entrevistado B, encontra-se esse entendimento ao destacar que era importante a criação de outros grupos com a mesma metodologia do ELE.

Verifica-se ainda que os ELE permitem aplicar e desenvolver competências de linguagem não-verbal no tratamento do doente. A entrevistada E fala na narrativa do olhar, algo que a literatura também aborda esse ponto como forma de interação (Suarez-Almazor, 2004).

Se o contacto estabelecido entre profissional de saúde e doente e com os restantes profissionais é de igual modo relatado entre profissionais de saúde, de que maneira os ELE pode vir alterar ou a melhorar essa relação? Segundo os entrevistados melhora a atenção do profissional, de autoconhecimento, a comunicação, a forma como se acolhe os outros, o que faz com que haja um fortalecimento da relação.

A relação com os doentes é definida consoante as características do trabalho que os profissionais desempenham. A especialidade e características da doença e do doente são também fatores determinantes na forma de tratamento dos doentes. Deste modo, os resultados parecem comprovar que a prática da empatia e escuta está fortemente dependente dos contextos de trabalho e especialidades médicas, o que em certo sentido parece comprovar a ideia de hierarquias de necessidades definidas a partir da urgência biofisiológica. O grupo reforça a ideia da relevância da narrativa e do ouvir o doente quando a biomedicina deixa de ser uma estratégia no entendimento da doença. A crítica que muitas vezes acompanha a MN prende-se pelo facto de não existir expansão do conhecimento científico, a partir das narrativas da doença, isto é, dados que demonstrem a evolução médica através das humanidades. As narrativas da saúde associam-se à reflexão, partilha de ideias e empatia.

O ELE não é tao visível na relação com os outros profissionais, apesar de ser relatado como um meio de auxílio na relação e compreensão dos outros profissionais de saúde. A relação com os colegas transmitida pelos entrevistados demonstra que esta deve-se à experiência e local de serviço. A relação com os outros profissionais também é afetada pelo tempo que os entrevistados se encontram nos serviços, o que condiciona a afetividade e partilha entre os profissionais. As entrevistadas D e pertencem à mesma faixa etária enquanto, por outro lado, os discursos dos outros entrevistados mostram que os ELE possibilitam um melhor entendimento do “outro” (doentes) e a melhoria da relação com outros colegas, sendo o ponto relevante para o trabalho coletivo na prestação de cuidados de saúde.

A aceitação dos conhecimentos a partir de MN não devem ser vistos a partir de diferenças profissionais ou até mesmo etárias. Por exemplo, os discursos das entrevistadas A e assemelham-se bastante, embora a nível profissional exerçam a sua profissão em áreas distintas e também apresentem idades diferentes, enquanto as entrevistadas A e C divergem na avaliação que fazem dos ELE não obstante terem a mesma profissão e especialidade. Estes dados deixam a descoberto que num momento de ainda fraca disseminação da MN em Portugal, entre os profissionais de saúde o grau de aceitação à diversificação das abordagens terapêuticas reside na disponibilidade individual dos profissionais e do conhecimento existente sobre o tema.

Os sistemas médicos estruturam-se pelos profissionais que vão dando conta de um contacto histórico e de uma cultura que vai sendo enraizada no sistema e caracterizando a prática profissional, como é o caso do diagnóstico e da terapêutica que se constrói na sociedade atual, constatando-se uma oposição entre a prática e o saber (Luz, 1995).

Deste modo, a profissão médica assume um ponto fulcral a ligação entre a cultura enraizada na profissão e o tratamento de doentes. Carapinheiro destaca a “preocupação desinteressada” de Fox (1957) que se caracteriza como uma atitude presente dos médicos. Como se os profissionais de saúde tivessem que desempenhar determinados comportamentos para se afirmar como tal. Esses comportamentos começam a ser desenvolvidos logo na formação dos profissionais e afirmados como válidos nos sistemas médicos, forma-se assim a ideia que culturas profissionais.

É nessa linha de pensamento que se cria uma imagem cultural do profissional de saúde, que constitui toda uma cultura profissional em volta da prática profissional. A cultura profissional prende-se a cada contexto, que os indivíduos estão envolvidos, como é o caso dos profissionais de saúde que se inserem na instituição, designada de Hospital, que opera valores e normas. Os símbolos culturais estão enraizados nas variadas culturas para uma integração social (Bury, 2001).

O local de trabalho e a profissão estão associados à disponibilidade dos profissionais, no desempenho da prática, na aquisição e aplicação de competências.

Em suma, a receptividade dos diferentes grupos profissionais ao ELE é positiva, mas a alteração da prática em saúde está dependente de fatores como a cultura profissional, a especialidade, o gosto individual pela leitura e pela escrita, e pela própria disponibilidade do profissional para com estas abordagens. São estes fatores que acompanham toda a investigação e que ao longo da mesma vão-se revelando como obstáculos. A disponibilidade para o doente é algo que se verifica tanto na literatura como nesta investigação. A prática em torno de MN é apreendida consoante a disponibilidade dos indivíduos e seguidamente executada de acordo com a interpretação que se faz e com a receptividade. A estrutura hierárquica, em saúde, das categorias profissionais também pode ser um entrave à disponibilidade dos profissionais, como é verificado no discurso da entrevistada E, que afirma que não pode estar com o doente mais do que o tempo predefinido para a consulta. No seguimento da entrevista, a entrevistada E demonstra que o local de trabalho e a chefia tem influência na aplicação da prática, demonstra ainda que o local onde atualmente exerce a sua profissão possibilita a aplicação das competências adquiridas no grupo.

Embora a MN proponha que se mude a cultura profissional enraizada nas profissões de saúde e na prática profissional (Fernandes, 2015), denota-se a necessidade de mais dados empíricos para avaliar os impactos neste campo. Nesse caso, podemos dizer que a empatia embora cada vez mais valorizada, encontra limites estruturais para sua efetiva caracterização.

CONCLUSÃO

Depois do longo caminho que esta investigação tomou chega o momento da sua conclusão. Na melhor tradição científica esta investigação levanta questões e interrogações que não puderam ser de certo modo, e para já, respondidas. Para que o pudessem seria necessário embarcar num caminho de investigação mais longo.

O tema em que se centra este estudo é um tema pioneiro na atenção sociológica, o que deste modo faz com que surjam sempre interrogações e novos processos de aprendizagem, porém também representa um tema que traz novidade e desafia novas investigações.

O que marcou este trabalho foi o recurso à observação das sessões do ELE e a sua complementaridade com as entrevistas aos participantes. Esta possibilidade permitiu presenciar os discursos dos participantes em ambas as realidades, e a partilha entre os profissionais que constituem uma equipa multidisciplinar. Posteriormente, as entrevistas a profissionais fora do grupo (não-ELE) constituíram também um meio de comparação e de avanço na investigação, sendo possível esclarecer melhor o lugar e a utilidade da MN dentro do contexto da saúde, para aqueles profissionais que desconheciam o tema.

O desenvolvimento teórico foi sem dúvida o pilar deste estudo, um auxílio no entendimento de toda a investigação, nas questões que apareceram ao longo de todo o processo e um desafio para a investigadora.

Este trabalho foi notório na perceção de como a MN pode trazer avanços significativos aos participantes, porém como comprovado pelas respostas apresentadas nos resultados, a disponibilidade, por parte, dos profissionais para abarcar a MN como prática profissional é algo bastante decisivo para a sua expansão a nível profissional. Caso não haja disponibilidade do profissional, não é possível verificar alterações ou até mesmo aceitar o que a MN se propõe oferecer.

A eficácia da MN enquanto prática clínica resulta na transmissão e expansão do tema a mais profissionais de saúde, com o intuito de uma aceitação perante o tema e o trabalhar a cultura profissional enraizada em determinadas profissões em saúde, pois verificou-se, através das observações, que há uma necessidade de integração em grupos de trabalho, debates e

workshops, por parte dos profissionais de saúde que não estão inseridos nos ELE, contudo a expansão e conhecimento do conceito de MN ainda se encontra numa fase que se pode considerar inicial ou potencial.

Para que fosse possível alargar o tema a mais profissionais era necessário a sua aplicação durante a formação dos profissionais de saúde, como foi afirmado pelos participantes desta investigação.

Todavia, a profissão e o local onde se desenvolve o quotidiano profissional apresenta grande influência na sensibilidade dos profissionais para com os pressupostos da MN. Mesmo para os profissionais não-ELE este fator é visível: a instituição onde desempenham as suas funções tem grande peso no modo como executam a sua profissão e na relação com o “outro”.

Fica como resultado desta investigação a construção de uma abordagem exploratória sobre MN como prática clínica no contexto português, uma interpretação sobre as técnicas utilizadas nesta aprendizagem, uma perspetiva sobre a relação com os colegas de trabalho e o contexto organizacional. Por último, ainda que seja um trabalho feito em contexto micro, parece haver certas condições que podem permitir a sua disseminação junto de outros profissionais de saúde, o que contribuirá, por certo, para o desenvolvimento do seu conhecimento em Portugal.

“Narrative medicine is much broader. The point is not simply to empathize with or exhibit compassion for patients, but to apprehend the stories they are telling and enter their worlds”

(Murphy e Franz,2016:547)

Bibliografia

- Agreli, Heloise Fernandes, Marina Peduzzi e Mariana Silva (2016), “Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa” *Interface* (online), 20, (59), 905-916.
- Alcauskas, Megan e Rita Charon (2008), “Right Brain: Reading, Writing, and Reflecting Making a case for narrative medicine in neurology”. *Neurology*, 70, 891-894.
- Antunes, João Lobo (2012), *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Arntfield, Shannon *et. al* (2013), “Narrative Medicine as a means of training medical students toward residency competencies”, *Patient Educ Couns*, 91, 280-286.
- Avrahami Einat e Reis Shmuel (2009), “Narrative medicine”, *The Israel Medical Association Journal*, 11, (6), 335-338.
- Beck, Rainer, Rebecca Daughtridge, e Philip D. Sloane (2002), “Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review”, *J Am Board Fam Pract*, 15: 25-38.
- Benner, Patricia *et. al* (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. Stanford, CA: Jossey-Bass/Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching Series.
- Bishop, Jeffrey P. (2007), "Rejecting Medical Humanism: Medical Humanities and the Metaphysics of Medicine". *Journal of Medical Humanities*, 29, 15-25.
- Blendon, Robert, John M. Benson e Joachim O. Hero (2014), “Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective”. *N Engl J Med*, 371, 1570-1572.
- Brandman, Celia Engel (2004), “On Medical Humanism”, *Journal of Supportive Oncology*, 2, (2).
- Brody, Howard (1994), “My Story Is Broken; Can You Help Me Fix It?” *Medical Ethics and the Joint Construction of Narrative*”, *Literature and Medicine*, 13, (1), 79-92.
- Bury, Mike (2001), “Illness narratives: fact or fiction?” *Sociology of Health & Illness*, 23.
- Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Afrontamento.
- Casal, Teresa (2015), “Narrativa e Medicina: A Perspectiva da Primeira Pessoa no Encontro Clínico”, *Narrativa e Bioética*, org. António Barbosa, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética, 55-71.
- Charon, Rita (2001), “Narrative medicine: form, function, and ethics”, *Ann Intern Med*; 134, 83-7.
- Charon, Rita (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, New York, Oxford University Press.
- Charon, Rita (2012). “At the Membranes of Care: Stories in Narrative Medicine”. *Academic Medicine*, 87, (3), 342–347.

- Charon, Rita, Nellie Hermann e Michael J. Devlin (2016), “Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation”, *Academic Medicine*, 91:345-350
- Charon, Rita e Nellie Herman (2012), “Comentary: a sense of story, or why teach reflective writing?”, *Academic Medicine*, 87:5-7.
- Clandinin Jean, MarieThérèse Cave e Andrew Cave (2011), “Narrative reflective practice in medical education for residents: composing shifting identities”, *Advances in Medical Education and Prattice*, 2,1-7.
- Correia, Tiago (2012), *Medicina: o agir numa saúde em mudança*, Lisboa, Mundos Sociais.
- Correia, Tiago (2013a), “The interplay between managerialism and medical professionalism in hospital organisations from the doctors’ perspective: A comparison of two distinctive medical units”, *Health Sociology Review*, 22, (3), 255-267.
- Correia, Tiago (2013b), “Interpretação e validação científica em pesquisa qualitativa”, *Interface (Botucatu)*, 17, 45, 263-274.
- Correia, Tiago (2017), “Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge”, *Frontiers in Sociology*, 2,14.
- Correia, Tiago, Gilles Dussault e Carla Pontes (2015), “The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries”, *Health Policy*, 119, (2), 1600-1605.
- Coulehan, Jack et al. (2001), ““Let me see if i have this right...”: words that help build empathy”, *Annals of Internal Medicine*, 135:221-227.
- Crozier, Michel, e Erhard Friedberg (1977), *L’Acteur et le Système. Les Contraintes de l’Action Collective*, Paris, Éditions du Seuil.
- Cunningham, Peter J. (2009), “High Medical Cost Burdens, Patient Trust, and Perceived Quality of Care”. *Journal of General Internal Medicine*, 24(3), 415–420.
- Davis, Lennard e David Morris (2007), “Biocultures Manifesto”, *New Literary History*, 38, (3), 441-418.
- Degeling, Chris (2012), “Narrative Medicine: Learning Through Stories”. *Veterinary Record*, 170, 522-523.
- Dingwall, Robert (1977). *The social organisation of health visitor training*. London: Croom Helm.
- Donohue-Porter, Patricia et.al (2017), “Transforming Nursing Education and the Formation of Students: Using the Humanbecoming Paradigm”, *Nursing Science Quarterly*, 30, (2), 134-142.
- Favoreto, César Augusto Orazem e Kenneth Rochel de Camargo (2007), “A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica”, *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*.

- Favoreto, Cesar Augusto Orazem e Cabral, Cristiane Coelho (2009) “Narratives on the health-disease process: experiences in health education operational groups”. *Interface (Botucatu)* [online]. 13, (28), 7-18.
- Fernandes, Isabel (2014), “A pertinência da Medicina Narrativa na Prática Clínica”, *Revista Portuguesa da Medicina Geral e Familiar*, 30, 289-290.
- Fernandes, Isabel (2015), “Leituras holísticas: de Tchekhov à Medicina Narrativa”, *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19: 71-82.
- Figueiredo, Marco (2012), “O Paciente Terminal, o Médico e o Medo de Morrer”, *Revista Ciências em Saúde*, 2.
- Finnegan, Ruth (2002). *Communicating: The multiple modes of human interconnection*. London, UK: Routledge.
- Fiscella, Kevin *et. al* (2004), “Patient Trust: Is It Related to Patient-Centered Behavior of Primary Care Physicians?”, *Medical Care*, 42, (11), 1049-1055.
- Fortes, Paulo (2004), “Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde”, *Saúde e Sociedade*, 13, (3), 30-35.
- Frank, Arthur (1995), *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, Chicago: The University of Chicago, Press.
- Gadamer, Hans Georg (1993), *O Mistério da Saúde: O cuidado da Saúde e a Arte da Medicina*. Lisboa: Edições 70.
- Gadamer, Hans Georg (1996). *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Stanford University Press.
- Gengler, Amanda, e Megan Jarrell (2015), “What difference does difference make? The persistence of inequalities in healthcare delivery” *Sociology Compass*, 9,(8), 718-730.
- Gomes, Alessandra *et.al* (2011), “Toxoplasma gondii down modulates cadherin expression in skeletal muscle cells inhibiting myogenesis”, *BMC Microbiology*.
- Grossman, Eloisa e Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso (2006), “As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico”, *Revista Brasileira na Educação Médica*, 30.
- Hatema, David e Elizabeth A. Rider (2004). “Sharing stories: narrative medicine in an evidence-based world”. *Patient Education and Counseling*, 251–253.
- Hooper, Elizabeth *et. al* (1982), “Patient Characteristics that Influence Physician Behavior.” *Medical Care* 20,(6), 630–638.
- Hurtwitz, Brian (2011), “Narrative (in) Medicine”, em Spinozzi P, Hurtwitz B, editores. *Discourses and Narrations in the Biosciences*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Unipress; 73-87.
- Hurwitz, Brian e Rita Charon (2013), “A narrative future for health care”, *The Lancet*, 381(9881):1886-1887.

- Hyden, Lars- Christer (1997), “Disease and Narrative”, *Sociology of Health & Illness*, 19, 48-69.
- Johna, Samir e Simi Rahman (2011), “Humanity before science: Narrative Medicine, Clinical Practice and Medical Education”, *The Permanente Journal*, 15: 92-94.
- Kalitzkus, Vera e Peter Matthiessen (2009), “Narrative-based Medicine: Potencial, Pitfalls and Praticce”, *The Permanente Journal*, 13:80-86.
- Kohn, Jill Balla (2016), “Stories to Tell: Conducting a Nutrition Assessment with the Use of Narrative Medicine”, *Journal of the Academy of Nutrition and Diebetics*, 116, (1), 10-14.
- Kumagai, Arno K. (2008), “A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education”, *Academic Medicine*, 83:653-658.
- Launer, John (2005),”Dialogue and diagnosis”, *QJM: An International Journal of Medicine*, 98, 321-322.
- Levine, Rachel, David Kern e Scott Wright (2008), “The impact of prompted narrative writing during internship on reflective practice: a qualitative study”, *Advances Health Sciences Education*, 13, (5), 723-733.
- Lopes, Noémia (2006), “Tecnologias da Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização” em Graça Carapinheiro, *Sociologia da Saúde: Estudos e Prespectivas* Coimbra, Pé de Página Editores.
- Marques, Manuel Silvério (2003), *O Médico e o Sísifo, entre o Aberto e o Fechado ou a Medicina enquanto ciência do indivíduo*, Revista da FML
- McCarthy, Joan (2003), “Principlism or narrative ethics: must we choose between them?”, *BMJ Journal*, 29:65-71.
- Mechanic, David, Donna D. McAlpine, and Marsha Rosenthal (2001), “Are patients’ office visits with physicians getting shorter?” *New England Journal of Medicine* 344: 198–204.
- Miller, Eliza et.al (2014), “Sounding Narrative Medicine: Studying Students’ Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons”, *Academic Medicine*, 89, (2), 335-342.
- Montgomery, Kathryn (2005), *How Doctors Think: clinical judgment and the practice of medicine*, Oxford, Oxford University Press.
- Moreira, Carlos Diogo (1994), *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Politicas.
- Murphy, John W. e Berkeley A. Franz (2016), “Narrative Medicine in a hectic schedule”, *Med Health Care and Philos*, 19, 545-551.
- Parke, A. (2005), “False dichotomies: EBM, clinical freedom, and the art of medicine”, *J Med Ethics; Medical Humanities*, 31, 23- 30.

- Parse Rosemarie Rizzo (2010). "Human dignity: A humanbecoming ethical phenomenon". *Nursing Science Quarterly*, 23, 257-262.
- Parse, Rosemarie Rizzo (2014), *The Humanbecoming Paradigm: a Transformational Worldview*, Pittsburgh : Discovery International Publication.
- Pearson, A. Scott, Michael TcTigue e John Tarpley (2008), "Narrative Medicine", *Surgical Education*, 65, (2), 99-100.
- Pennebaker, James (1997), *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions*, New York, The Guilford Press.
- Pompilio, Carlos (2016), "Comunicação em Saúde: Habermas e Lévinas no consultório", *Via Atlântica*, 29, 51-77.
- Porter, Roy (1997), *The Greatest Benefit To Mankind: A Medical History Of Humanity*, London, Harper Collins.
- Osterberg, Lars e Terrence Blaschke (2005), "Adherence to Medication", *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Raposo, Helder (2015) "A padronização na medicina: um olhar sociológico sobre os seus efeitos na medicina geral e familiar", em Graça Carapinheiro e Tiago Correia, (orgs.), *Novos temas de saúde, novas questões sociais*. Lisboa: Editora Mundos Sociais; 47-52.
- Schwartz, Wershof (2009), "Evaluating the impact of the humanities in medical education", *Mount Sinai journal of medicine*, 76, (4), 372-380.
- Sekhar, Sonal e Navya Vyas (2013). "Defensive Medicine: A Bane to Healthcare", *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(2), 295–296.
- Shim, Janet K. (2010), "Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment", *Journal of Health and Social Behavior* ,51(1): 1–15.
- Stewart, Moira (2005), "Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience", *British Journal of General Prattice*, 55: 793-801.
- Souza, Luiz Augusto de Paula e Vera Lúcia Ferreira Mendes (2009), "O conceito de humanização na Política de Humanização", *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 681-688.
- Suarez-Almazor, Maria (2004), "Patient- Physician Communication", *Current Opinion in Rheumatology*, 16, (2), 91-95.
- Taylor, Ann; Susan Lehmann e Margaret Chisolm (2017), "Integrating humanities curricula in medical education: a needs assessment", *AMEE MedEd Publish*.
- Teixeira, Lurdes (2012), *A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos*, Lisboa, Mundos Sociais.

- Turner, Brian S. (1991) "Review Article: Missing bodies – towards a sociology of embodiment", *Sociology of Health and Illness*, 13, 2, 265–72.
- Vannatta, Seth e Jerry Vannatta (2013), "Functional Realism: A defense of Narrative Medicine", *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 38, (1), 32-49.
- Ward, Paul R. *et.al* (2015), "A qualitative study of patient (dis)trust in public and private hospitals: the importance of choice and pragmatic acceptance for trust considerations in South Australia", *BMC Health Services Research*, 15, 297.

Anexos

Anexo A- Guião de entrevista ELE

Medicina Narrativa como prática Médica

Guião de Entrevista ELE

•Apresentação e objetivos da Entrevista

Bom dia/Boa tarde.

Sou aluna do Mestrado em Sociologia, do ISCTE-IUL. Estou a desenvolver a minha tese em torno do tema: Medicina Narrativa, como prática médica. Com o objetivo de perceber de que forma a MN reconfigura a prática profissional em saúde, em particular o entendimento dos profissionais da relação com os doentes, com os restantes profissionais de saúde e com o contexto organizacional.

É neste contexto que peço desde já a sua autorização para a realização de uma entrevista onde irei colocar uma serie de questões relativamente a este tema.

Cheguei até si através de... [especificar o contacto].

Quero dizer-lhe que a informação recolhida através desta entrevista remete apenas e exclusivamente à realização de um trabalho de cariz académico e garantir-lhe que nunca o seu nome verdadeiro será associado a qualquer informação que me venha a transmitir.

É importante também que saiba que não existem respostas certas ou erradas. A entrevista não tem uma duração pré-definida, pelo que pode falar durante o tempo que achar necessário. Quero que se sinta à vontade para retomar atrás se assim o entender, não responder a algumas questões, ou até, mesmo desistir de participar neste estudo se for também essa a sua vontade. O meu objetivo, é que se sinta o mais possível à vontade durante esta entrevista.

Finalmente, quero pedir-lhe autorização para gravar esta entrevista com recurso a este gravador. É necessário fazê-lo pois não conseguiria recordar-me de tudo o que possa dizer, e também porque este procedimento simples e que não interfere em nada com a nossa conversa facilitará bastante no tratamento e análise dos dados.

Autoriza que esta entrevista seja gravada?

Agradeço desde já toda a sua disponibilidade e se concordar passamos para a realização da entrevista.

Podemos começar?

- **Grupo I**

Caracterização do entrevistado:

1. Idade
2. Género
3. Profissão
4. Especialidade/especialização dentro da profissão que exerce
5. Há quanto tempo exerce a sua profissão?

- **Grupo II**

Desempenho da atividade profissional em contexto organizacional

6. Pode relatar o seu dia-a-dia habitualmente? Que trabalhos realiza?
7. No decorrer da sua carreira tem vindo a verificar alterações na sua prática profissional?
Em que aspetos? Considera essas alterações positivas ou negativas, e porquê? Na sua opinião o que mais contribuiu para essas alterações?
8. De que forma a experiência adquirida nos ELE alterou efetivamente as situações mais negativas que afetam o seu desempenho profissional quotidiano? Porquê? Pode dar mais exemplos?
9. Considera que os ELE permitem alterar o desempenho da sua profissão? Em que sentido? Porquê?

10. Pode elencar as principais barreiras/dificuldades relacionadas com o seu contexto de trabalho que sente no seu dia-a-dia ao tentar aplicar as competências adquiridas nos ELE?

- **Grupo III**

Relação com os doentes

11. Pode descrever a forma como habitualmente estabelece o contacto com os doentes?

12. Quais são as situações que dificultam a relação com o doente?

13. Considera que os ELE são uma boa estratégia para fomentar a relação com os doentes? Porquê? Como?

14. Pode sumariar as principais diferenças que sente na forma como se relaciona com os doentes após a sua participação nos ELE? Para si, o que explica essa diferença? Em que é que os ELE contribuíram para essa diferença?

15. Existem obstáculos na relação profissional-doente que os ELE não conseguem superar? Quais são esses obstáculos?

16. Sente que os doentes sentiram alguma mudança em si desde que participa nos ELE?

- **Grupo IV**

Trabalho em Equipa

17. Pode descrever um pouco a sua relação quotidiana com as pessoas com quem trabalha diretamente? (Discriminar as várias profissões)

18. Recorre habitualmente a essas pessoas com o propósito de debater/partilhar situações do quotidiano, tais como dúvidas, casos difíceis? Porquê? Considera/consideraria isso fundamental na sua prática profissional? Porquê/ porque não?

19. Em que medida considera que os ELE alteraram a sua relação com os seus colegas. Pode dar exemplos?
20. Considera que os ELE fomentam o trabalho entre as diversas profissões de saúde? Porquê? Quais são os principais obstáculos para esse fim?
21. Pode dar exemplos da forma como a sua presença nos ELE contribuiu para alterar a sua relação com as pessoas com quem trabalha habitualmente? (discriminar as várias profissões)
22. Os seus colegas de trabalho têm conhecimento sobre o seu envolvimento no grupo? Manifestaram alguma diferença na forma como lida com eles desde que participa nos ELE?

- **Grupo V**

Participação nos ELE

23. Como teve conhecimento do grupo? Porque motivos escolheu entrar para o grupo?
24. Para si, o que significa o tempo que passa nos ELE? O que é que os ELE lhe trazem de diferente na sua vida? (profissional/pessoal)
25. Ao longo da minha observação tenho vindo a verificar constrangimentos no discurso no decorrer das secções ELE. Como justifica esta situação? Como avalia o seu discurso? E porquê?
26. De que forma avalia o alargamento deste grupo a novos indivíduos? Porquê?
27. Considera que o sucesso desta experiência decorre das pessoas envolvidas ou as técnicas usadas podem ser aplicadas a qualquer profissional de saúde? Porquê?
28. Pode sumariar as principais competências que considera ter adquirido a partir da experiência nos ELE? Havia outras competências que tinha a expectativa de adquirir, quais?
29. Considera possível adquirir estas competências sem a frequência nos ELE? E a desenvolvê-las sozinho/a após terem sido adquiridas?

30. Na sua opinião, o que explica o impacto/não impacto dos ELE na sua prática profissional?
31. Para si, quais são os profissionais de saúde que mais beneficiariam dos ELE? E os que menos beneficiariam? Porquê?
32. Como avaliaria a aplicação dos ELE em todas as organizações de saúde? Porquê?
33. Considera que os conhecimentos adquiridos através das leituras e da escrita poderiam ser transportados para a formação de profissionais em saúde? Seria positivo/ negativo? Iria mudar a prática dos profissionais? Porquê?
34. Como avaliaria a receptividade dos diferentes grupos profissionais na saúde (discriminar as várias profissões) aos ELE? Considera que os ELE têm potencialidade para alterar possíveis resistências iniciais?

Anexo B- Guião de entrevista não-ELE

Medicina Narrativa como prática Médica

Guião de Entrevista não-ELE

•Apresentação e objetivos da Entrevista

Bom dia/Boa tarde.

Sou aluna do Mestrado em Sociologia, do ISCTE-IUL. Estou a desenvolver a minha tese em torno do tema: Medicina Narrativa, como prática médica. Com o objetivo de perceber de que forma a MN reconfigura a prática profissional em saúde, em particular o entendimento dos profissionais da relação com os doentes, com os restantes profissionais de saúde e com o contexto organizacional.

É neste contexto que peço desde já a sua autorização para a realização de uma entrevista onde irei colocar uma serie de questões relativamente a este tema.

Cheguei até si através de... [especificar o contacto].

Quero dizer-lhe que a informação recolhida através desta entrevista remete apenas e exclusivamente à realização de um trabalho de cariz académico e garantir-lhe que nunca o seu nome verdadeiro será associado a qualquer informação que me venha a transmitir.

É importante também que saiba que não existem respostas certas ou erradas. A entrevista não tem uma duração pré-definida, pelo que pode falar durante o tempo que achar necessário. Quero que se sinta à vontade para retomar atrás se assim o entender, não responder a algumas questões, ou até, mesmo desistir de participar neste estudo se for também essa a sua vontade. O meu objetivo, é que se sinta o mais possível à vontade durante esta entrevista.

Finalmente, quero pedir-lhe autorização para gravar esta entrevista com recurso a este gravador. É necessário fazê-lo pois não conseguiria recordar-me de tudo o que possa dizer, e também porque este procedimento simples e que não interfere em nada com a nossa conversa facilitará bastante no tratamento e análise dos dados.

Autoriza que esta entrevista seja gravada?

Agradeço desde já toda a sua disponibilidade e se concordar passamos para a realização da entrevista.

Podemos começar?

- **Grupo I**

- **Caracterização do entrevistado**

- 35. Idade
 - 36. Género
 - 37. Profissão
 - 38. Especialidade/especialização dentro da profissão que exerce
 - 39. Há quanto tempo exerce a sua profissão?

- **Grupo II**

- **Desempenho da atividade profissional em contexto organizacional**

40. Pode relatar o seu dia-a-dia habitualmente? Que trabalhos realiza?
41. No decorrer da sua carreira tem vindo a verificar alterações na sua prática profissional?
Em que aspetos? Considera essas alterações positivas ou negativas, e porquê? Na sua opinião o que mais contribuiu para essas alterações?
42. Que estratégias tem vindo a recorrer para alterar as experiências negativas do seu desempenho profissional? Porquê? Pode dar exemplos?

- **Grupo III**

Relação com os doentes

43. Pode descrever a forma como habitualmente estabelece o contacto com os doentes?
44. Quais são as situações que dificultam a relação com o doente? Porquê?
45. Como supera as dificuldades para fomentar relação com os doentes? Pode dar exemplos?

- **Grupo IV**

Trabalho em Equipa

46. Pode descrever um pouco a sua relação quotidiana com as pessoas com quem trabalha diretamente? (Discriminar as várias profissões)
47. Recorre habitualmente a essas pessoas com o propósito de debater/partilhar situações do quotidiano, tais como dúvidas, casos difíceis? Porquê? Considera/consideraria isso fundamental na sua prática profissional? Porquê/ porque não?
48. Como procura superar o facto de não haver debate/partilha de situações do quotidiano com as pessoas com quem trabalha diretamente?

- **Grupo V**

Medicina Narrativa

49. A expressão Medicina Narrativa é do seu conhecimento? O que traduz? Como obteve conhecimento a esse respeito? Tem procurado mais sobre o tema? Porquê?
50. Quais são as competências que imagina serem aí trabalhadas?
51. Consideraria algo importante ser fomentado na sua prática profissional? Porquê?
52. Que obstáculos pensa haver para a maior integração da medicina narrativa na área da saúde?
53. Acha que podia alterar o seu desempenho profissional? Como? Porquê?
54. Acha que podia alterar a sua relação com os doentes? Como? Porquê?
55. Acha que podia alterar a sua relação com as pessoas com quem trabalha habitualmente? Como? Porquê?

Anexo C

Tabela 3. Resultados das observações e entrevistas por dimensão analítica

Fonte: Elaboração própria

Dimensões Analíticas	Observações	Entrevistas
<p>Compreender os significados atribuídos pelos profissionais aos ELE</p>	<p>Os participantes demonstram nos seus discursos que há um enriquecimento através da escrita, do mote, como elemento fundamental nas sessões pelo facto de promover partilha e reflexão, os participantes demonstram grande entusiasmo, verifica-se que há grande concordância em passar a ideia de que as sessões são bastante significativas. (7/12/2016)</p>	<p><i>“um tempo muito bem passado muito bem passado porque é bem passado no sentido em que as pessoas dão-se bem é proveitoso (...)saimos de lá mais ricos (...)acho que saímos melhores pessoas também e ao sermos melhores pessoas penso que o nosso relacionamento com os outros, com os outros colegas, com os doentes, (...) o tempo é passado em atividades que me agrada imenso que é ler conversar também é preciso tempo para descomprimir às vezes há coisas que nem vêm a propósito mas vêm nós também precisamos de ter tempo para conversas e escrever”</i> (entrevistada A)</p> <p><i>“É fascinante ver as pessoas a pensar, ver as, as cabeças a pensar é fascinante, traz é ser a diversidade, reforço preferencialmente essa ideia da diversidade (...) as mesmas pessoas sistematicamente mês após mês lendo o mesmo texto, ah, tenham produzam ideias diferentes”</i> (entrevistado B)</p> <p><i>“É um período em que faço uma atividade que gosto e que acho que que é interessante e que é positiva (...) é uma tarde bem passada a fazer uma coisa gira (...) proporcionar, autoconhecimento (...) vejo muito estes encontros de escrita e leitura, ah como ferramentas de autodesenvolvimento pessoal”</i> (entrevistada C)</p> <p><i>“Período de reflexão de partilha de troca de ideias e de eu poder escrever algo (...) sabedoria nos textos desafio de escrever é isso, partilha com as outras pessoas”</i> (entrevistada D)</p> <p><i>“Um momento em que estou com pessoas, muito interessantes que se preocupam também em problematizar a sua prática (...) humildade de partilhar os dificuldades, receios (...) momento de lazer, de terapia, de partilha, de vivência”</i> (entrevistada E)</p>
<p>Compreender se e como os profissionais de saúde concebem a aplicabilidade das experiências adquiridas nos ELE nas respetivas práticas profissionais</p>	<p>É demonstrado que é possível aplicar no contexto profissional através de perguntas base (eg. sobre o dia-a-dia, alimentação), aplicar um <i>check-up</i>, economizar tempo; ao cumprimentar agarrar o pulso (medir a pulsação e estabelecer um contato) (29/03/2017)</p> <p>A participante E dá exemplo que já houve um momento em que foi “posta</p>	<p><i>“Não tinha barreiras, ah, nem barreiras de tempo (...) meus colegas de clínica geral ou de outras especialidades estão mais, o tempo é mais rígido para eles, é, pode ser um constrangimento e grande (...), eu a barreira do tempo não sentia e outra dificuldade, barreiras que se calhar sentia em nova já se tinha movido no ar, (...) eu já tenho direito de pensar pela minha cabeça e se eu acho que tenho que ouvir doente (...) enfim vamos ali conversas ou sei lá é como encontrar um doente que é escritor (...)e na medicina isso também deve acontecer, há uma pessoa ali, há outra pessoa aqui primeiro de tudo somos duas pessoas que estão a tentar trabalhar no mesmo sentido é ajudar a vencer aquela doença a vencer aquela dor (...)eu tive algum tempo na clínica geral, no principio da minha vida clínica quase e, e eramos muito pressionados pelo tempo se eu precisava de ficar um bocadinho mais com o ultimo doente, quando saia já tinha o colega que vinha a seguir (...)às vezes nem havia sitio (...)há outra barreira que é cultural”</i> (entrevistada A)</p> <p><i>“Estou muito limitado, apesar dessa abertura toda que eu, que eu ando para aqui a dizer, eu vivo muito, muito fechado no meu gabinete, falo muito com os meus colaboradores que estão ai ao lado são cinco ou seis ou sete pessoas mas é um universo fechado, apesar de tudo, eu não tenho nunca grandes oportunidades de, de, de falar com quem por normal</i></p>

	<p>de parte” por outros profissionais, por tentar aplicar competências adquiridas no grupo. (7/12/2016)</p>	<p><i>necessitaria de uma mudança de atitude da minha parte, eu não falo com o doente, não falo com famílias” (entrevistado B)</i></p> <p><i>“Quando se tem muitos doentes, ah ah a disponibilidade que se tem para cada um não é tanta como se gostaria (...) não posso utilizar a narrativa, não posso pedir a um doente enquanto está na consulta que me escreva o que está a sentir, posso pedir para ele me trazer escrito” (entrevistada C)</i></p> <p><i>“Eu adiro nos ELE, é a comunicação é desenvolver espírito crítico de análise num texto, para a minha profissão em si não sei, eu consigo perceber talvez a perspectiva de outros profissionais de outros técnicos (...) o ELE é mais um forma de partilha não é, não sei, não vejo que seja para mim um acréscimo de técnicas” (entrevistada D)</i></p> <p><i>“Constrangimentos de tempo (...) já me foi dito por chefes, foi-me dito por colegas que eu não era psicóloga, que não podia passar o tempo a falar com os doentes (...) que nunca poderia demorar mais de uma hora numa consulta de enfermagem (...) até sinto que posso aplicar atualmente neste momento muitas dos conceitos” (entrevistada E)</i></p>
<p>Avaliar o grau de receptividade dos profissionais de saúde à formação contínua e aprofundada em MN</p>	<p>Auxílio à prática clínica Necessidade de formar grupo de trabalho para outros profissionais (estrutura ELE, partilha, reflexão, debate), no grupo houve uma reflexão em que os participantes refletem que há profissionais fora do grupo que necessitam de grupos com a mesma estrutura dos ELE, demonstrando que o grupo pode ser significativo na ajuda de outros profissionais. (29/03/2017)</p> <p>Necessidade por parte dos profissionais de aprender a reagir nas diversas situações do quotidiano profissional (eg. luto), mais uma vez é dito que a formação de novos grupos seria bastante positiva. (10/05/2017)</p>	<p><i>“Costumam apoiar as iniciativas que lhes parece interessantes, ah. os médicos talvez menos, assistentes e auxiliares é assim não sei (...). psicólogos parece-me que sim, e assistentes sociais e isso também me parece que sim, os médicos é mais por uma questão de também de tempo (...) estão validados por muita gente que está a trabalhar nisto (...) não é uma invenção, não veio de agora, é uma, uma ferramenta (...) em relação à medicina e à clínica sempre houve também uma grande procura de outras artes (...)médicos temos imensos portefólios médicos que eu conheço, imensos médicos escritores, poetas” (entrevistada A)</i></p> <p><i>“Eu acho que nós teríamos aí uma enorme receptividade (...) acho que sim, acho que os ELE têm capacidade.” (entrevistado B)</i></p> <p><i>“Depende muito ah do ah do primeiro da disponibilidade das pessoas (...) obviamente que quem irá participar nos ELE são pessoas que gostam de ler e escrever (...) eu acho que podem ajudar, ah a fomentar o o contacto inter-humano mais fácil” (entrevistada C)</i></p> <p><i>“Acho que qualquer profissional se tivesse tempo e disponibilidade (...) tanto nos médicos como os enfermeiros, mas depende da pessoas, só da categoria profissional (...) Se gosta de ler se gostar de escrever se tem dificuldade mais ou menos dificuldade em relatar emoções (...) algum tempo sim, (...) pode ser um ferramenta de descarga emocional (...) de expressar aquilo que as suas dificuldades” (entrevistada D)</i></p> <p><i>“Pode haver resistências mas há aí em muita coisa não é que é novidade que não é conhecida há essa resistência penso natural (...) há especialidades que será mais difícil do que outras pela própria característica e cultura da especialidade” (entrevistada E)</i></p>

<p>Identificar diferenças no entendimento dos profissionais de saúde em relação ao doente e à interação profissional-doente decorrente da participação nos ELE</p>	<p>Motivação por parte dos participantes a identificarem a escuta relevante na compreensão do doente, em qualquer diagnóstico. O tempo é um elemento bastante realçado como barreira à relação médico doente, é o elemento mais assinalado pelos profissionais. (4/01/2017)</p> <p>Distanciamento do profissional (controlo das emoções), de modo a que o profissional não se apegue ao doente, o que faz com que o profissional se distancie. (1/03/2017)</p>	<p><i>“Exato e numa altura que já não fazia consulta (...) veio mais ao encontro do que eu sentia”</i> (entrevistada A)</p> <p>Não se aplica (entrevistado B)</p> <p><i>“Não posso dizer que haja uma diferença antes e após dos ELE (...) há uma diferença que tem a ver com o crescimento que eu que eu tenho ao longo dos anos, (...) os ELE obviamente que fazem parte dessa experiência e desse adquirir cada vez mais tranquilidade e mais disponibilidade para o outro (...) não posso dizer não posso dizer que foram os ELE que modificaram a minha maneira de estar com os doentes (...) os ELE que me levaram a estar no meio dia-a-dia de uma maneira diferente”</i> (entrevistada C)</p> <p><i>“Não da minha parte acho que não, não, fez-me pensar e faz-me pensar sobre as coisas são momentos que me faz pensar faz-me refletir”</i> (entrevistada D)</p> <p><i>“A espontaneidade penso que é um grande ganho (...) mais humana (...) o trabalho que é desenvolvido (...) depende da continuidade para o exterior (...) desbloqueio de coisas, de emoções, de, de preconceitos”</i> (entrevistada E)</p>
<p>Identificar diferenças no entendimento dos profissionais de saúde acerca das conceções do trabalho em equipa decorrente da participação nos ELE</p>	<p>Trabalho partilhado em risco devido ao poder atribuído às chefias (eg. as chefias não serem escolhidas pelas suas competências, manipulação de avaliação), os participantes demonstram que a falta de chefias determinadas pelas suas competências afeta o trabalho entre os profissionais de saúde. (29/03/2017)</p>	<p><i>“Com os colegas é mais difícil porque quem ainda não está por dentro não tem tempo para essas coisas (...) colegas da minha especialidade mesmo que eu tentei (...) acaba por ser um bocadinho de incomodo, ah..., ou por não tinham tempo ou por, por escapavam sempre desse tipo de colaboração e depois também houve uma altura que eu propôs a uma colega que está ligada a determinados doentes empresta-los e, e também pedi a colaboração dela, para fazer umas reuniões também de ELE, mas também meti-a uma entrevista do antes e do depois que era para conseguir de alguma forma ver os benefícios e desse modo ela não posso participar”</i> (entrevistada A)</p> <p><i>“Tenho dúvidas se alteraram (...) não sinto isso sinto que foi até que foi um pouco egoísta da minha parte, isto dos ELE, porque eu quis (...) essa ligação de, da, da, de medicina narrativa da literatura com este papel, eu não pensei que ele pudesse despertar um interesse tao prolongado em profissionais, isso é uma coisa que me surpreendeu eu pensei que o ELE fizesse meia dúzia de reuniões e depois naturalmente de extingue-se mas não só não se extingui-o vai entrar ou já entrou no seu terceiro ano, não só se extingui-o como não parece estar em vias de se extinguir, as pessoas são pontuais, são assíduas, estão entusiasmadas e aparentemente gostam muito”</i> (entrevistado B)</p> <p><i>“Transmiti essa experiência a vários colegas (...) permitiu-me partilhar a experiência”</i> (entrevistada C)</p> <p><i>“Alterar não alteraram reforçaram se calhar a divergência a perspetiva da divergência que as categorias profissionais têm face a aos assuntos”</i> (entrevistada D)</p> <p><i>“Numa medida semelhante àquela que, que afetou a minha relação com os utentes (...) aceito melhor as minhas características positivas e negativas e como aceito melhor as características dos outros, (...) olho</i></p>

		<p>para qualidades dos outros como grandes armas também da equipa e olho defeitos dos outros como ah. características” (entrevistada E)</p>
<p>Identificar diferenças no entendimento dos profissionais de saúde acerca do modelo de prestação de cuidados decorrente da participação nos ELE</p>	<p>Doente como indivíduo único, os profissionais nesta sessão, bem como na maioria das sessões que o doente é focado como parte importante da profissão em saúde, os participantes demonstram que deve existir um relação saudável entre o profissional e o doente, em que cada caso é um caso, diferente de todos, que se deve dar sempre atenção. (1/03/2017)</p>	<p>“Considero para mim foi com certeza (...) conhecer melhor na determinada realidade e na determinada corrente, e a conhecermo-nos melhor (...) abre-nos um bocado o espirito para outros tipos de realidade (...) tive uns professores essenciais que me permitiram estar à necessidade de mim (...) dizia-nos não se esqueçam um doente tem sempre uma historia, ser, primeiro tem uma historia e depois tem uma doença, (...) a ética também tem haver um bocado com o sofrimento, como se lida com o sofrimento do doente, isto em relação ao doente, ao relação ao profissional, em relação às pessoas da família, sim acho que o ELE são uma boa estratégia para alterar comportamentos nesse sentido, sou fã” (entrevistada A)</p> <p>“Na minha minha pessoal, ou, não creio porque está haver, já lhe disse a idade que tenho, tenho idade para me reformar, portanto tenho tempo de serviço para me reformar, portanto a minha profissão, a minha vida profissional está terminada (...) portanto não penso que houvesse tempo para eu mudar a minha expectativa profissional ou a minha diretriz profissional (...) mas pensar no ponto de vista de um colega administrador hospitalar, mais jovem que tenha uma carreira à frente (...) vai ser muito, muito positivo, porque põe-nos em perspectiva, (...) nós em duas horas vamos a vários mundos, percorremos várias cabeças, as pessoas que estão à volta da mesa (...) que eu aconselharia qualquer colega meu que fizesse isto como uma, como uma terapia” (entrevistado B)</p> <p>“Não digo que foram os ELE que alteraram a minha vida, isso não (...) eu também não digo e é que é os ELE me deram assim tantas competências que modificassem a minha o meu modo de funcionamento (...) os ELE são mais uma experiencia de autoconhecimento positiva para o meu dia-a-dia, mas são apenas mais uma” (entrevistada C)</p> <p>“Não alterar não, é capaz de ser um bombom (...) um desafio, é uma partilha (...) na minha profissão propriamente dita se calhar não” (entrevistada D)</p> <p>“ (...) Muito a todos os níveis níveis por exemplo o trabalho de luto, na, na, na forma como nós, não é, ah..., consideramos o que é a doença, o que é a mortalidade, o que é o sofrimento, o que é a finitude, ah..., o que ah..., o ter uma doença cronica o facto de nós estarmos supostamente a pressionar ao pôr-nos no lugar do outro (...) convida constantemente à reflexão (...). se a pessoa estive uma autorreflexão e de, e de analise das práticas ah..., e inevitavelmente melhorará sempre” (entrevistada E)</p>
<p>Avaliar os constrangimentos e oportunidades associados à disseminação da Medicina Narrativa enquanto prática médica</p>	<p>Relevância da narrativa em alternativa à biomedicina, isto é, a Medicina Narrativa pode ser uma alternativa à maneira como se procede na fase do diagnóstico e uma forma de estabelecer um contato direto com o doente. (4/01/2017)</p>	<p>“Seria ótimo, acho que seria muito bom (...) tem que começar a haver ah..., estruturada ah..., uma unidade curricular no curso de medicina, de enfermagem, etc., psicologia, se calhar clínica tudo ah..., ah..., dar a vocacionada para para a medicina narrativa ou para a clínica narrativa se quiser, se calhar, de facto a medicina narrativa foca-nos muito no médico, acho que é muito importante (...) tem que ter um tempo para pensar e esse encontros de leitura e escrita também funcionam assim é um tempo de pausa para pensar, está-se corta ali na atividade pensa um bocadinho agora já vais trabalhar outra vez com a cabecinha feita de outra maneira “ (entrevistada A)</p> <p>“Nós devíamos aplicar essa experiencia até para ter a certeza que ela funciona em vários, (...) numa organização de saúde não podemos contar com, com, com pessoas de fora das horas de serviço vão encontrar num sitio para discutir isso, isso não funciona (...) um momento de crise e isso nós nunca experimentámos, e devíamos experimentar para, para testar em contextos mais difíceis (...) no momento de pós crise se é aceite pelos intervenientes, acho que fazia, que devíamos experimentar, em momentos</p>

	<p><i>mais, mais dolorosos, ou então começar com, com, com pequenos espaços (...) é aí que a medicina narrativa entra e tanto pode entrar sem, sem, sem criar prejuízos” (entrevistado B)</i></p> <p><i>“Como um espaço de interação positiva (...) facilitador do relacionamento entre as pessoas (...) as pessoas predispuserem a estar ali de coração aberto a lerem e a verem o que está por trás das palavras a verem o que é que lhes sai e conhecerem-se melhor daquilo que sai, podem crescer como pessoas e nesse sentido as coisas podem mudar mudar para melhor ” (entrevistada C)</i></p> <p><i>“Humanização, tornar as coisas mais humanas e menos administrativas com os ELE no fundo expõe a componente humana as emoções” (entrevistada D)</i></p> <p><i>“ Com uma salva de palmas (...) porque se as pessoas procuram qualidade as instituições (...) não há duvida que isso trará qualidade aos cuidados” (entrevistada E)</i></p>
--	--