

## O que estudantes nos contam sobre as entrevistas narrativas

### *What students tell us about narrative interviews*

Vanir Aparecida Trombetta<sup>1</sup>, Erotildes Maria Leal<sup>2</sup>, Ipojucan Calixto Fraiz<sup>3</sup>, Rafael Gomes Ditterich<sup>4</sup>, Deivisson Vianna Dantas dos Santos<sup>5</sup>, Giovana Daniela Pecharki<sup>6</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: dezembro de 2021

#### RESUMO

Romper com o modelo biomédico é necessário, e o ponto inicial pode vir com a compreensão da narrativa do usuário ou da usuária. Este estudo buscou avaliar a compreensão de estudantes de medicina das narrativas de adoecimento, utilizando a entrevista McGill Illness Narrative Interview (MINI). Trata-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado durante cinco semanas com 11 estudantes do quinto ano de uma universidade privada, no internato de Medicina de Família e Comunidade, que prestavam atendimento a 29 pessoas usuárias de unidades de saúde. Por meio de encontros individuais *on-line*, foram levantadas questões sobre essa experiência. Os relatos foram inseridos em núcleos argumentais, o que possibilitou o estabelecimento de relações com o referencial teórico da Medicina Narrativa, da Antropologia Médica e da Clínica Ampliada. Para os alunos e alunas houve uma nova experiência de entrevista clínica, uma valorização da narrativa e o desejo de incorporar uma abordagem mais ampliada à sua prática, embora não contemplem incorporar o MINI na sua forma integral, atribuindo a isso dificuldades na rotina médica. Acreditamos que o MINI pode colaborar com a aquisição de competências interpretativa e narrativa em estudantes, embora o ensino esteja ainda, em parte, vinculado ao modelo biomédico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina Narrativa. Educação de Graduação em Medicina. Competência Clínica. Relações Médico-paciente.

#### ABSTRACT

It is essential to break with the biomedical model. The starting point for that can come from the understanding of patients' narratives. This study sought to evaluate medical students' comprehension of illness narratives using the McGill Illness Narrative Interview (MINI). This is an exploratory, descriptive, and qualitative study, carried out with 11 fifth-year students at a private university in the internship of Family and Community Medicine, for five weeks, involving the care of 29 patients in health units. Through individual online meetings, questions were raised about the experience. The reports were inserted into categories, which allowed us to establish relationships among the theoretical referential elements of Narrative Medicine, Medical Anthropology, and Expanded Clinic. It was a new experience of clinical interviews for the students, with a new appreciation of narratives and a desire to incorporate a more extended approach to their practice, although they do not contemplate incorporating the MINI in its full form due to difficulties in the physician's routine. We believe that MINI can collaborate with the acquisition of interpretative and narrative competence in students, although teaching is still partly linked to the biomedical model.

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

<sup>1</sup> Universidade Positivo (UP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1601-1057> E-mail: vanirtrombetta@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8468-4571>

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0366-4297>

<sup>4</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8940-1836>

<sup>5</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>

<sup>6</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9537-9855>

## INTRODUÇÃO

A baixa adesão às prescrições médicas, a pouca satisfação dos usuários com a atenção recebida e com a efetividade dos atendimentos médicos é frequente. Situações complexas têm vários aspectos envolvidos em sua produção e podem ser refletidas a partir de diferentes perspectivas. A formação médica é uma delas<sup>1,2</sup>. Estudos demonstram que problemas desse tipo têm relação com a pouca escuta à experiência do usuário, ausência de empatia e compaixão por parte do médico e equipe e poderiam ser superados se a medicina considerasse a experiência e as narrativas dos envolvidos: usuários e equipe. Nas últimas décadas, núcleos de ensino empenharam-se em devolver ao encontro médico-usuário o valor e o poder da narrativa de adoecimento e desenvolverem metodologias de ensino para uma escuta qualificada que contribua para alcance da integralidade nos cuidados oferecidos<sup>3-6</sup>.

Conhecimentos do campo da socioantropologia foram incorporados à formação médica, como o reconhecimento de que saúde e doença são expressões que resultam das relações entre fatores biológicos, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais. Da Antropologia Médica herdou-se as noções de *illness*, *disease* e *sickness*, que descrevem diferentes dimensões do adoecimento. O termo *illness* se refere à forma como o usuário expressa a sua experiência do estar doente (que engloba aspectos individuais, sociais e culturais); *disease* é a tradução que o médico faz a partir de seu entendimento do relato do usuário, com base no modelo biomédico que orienta seu raciocínio clínico, isto é, passar da doença do usuário para a doença do médico, na elaboração diagnóstica. E *sickness* relata a dimensão coletiva e sociocultural da doença<sup>7</sup>.

Em meio a tal cenário, a formação médica torna-se foco de grande interesse e o currículo deve trazer oportunidades para o aluno expandir seus conceitos de empatia, humanidade e solidariedade para além de competências técnicas biomédicas<sup>8,9</sup>. Entende-se como técnicas e modelagem biomédica aquelas que se baseiam no paradigma predominante atual em que o interesse médico passa da história da doença para uma descrição clínica da patologia, saindo de uma abordagem biográfica para outra, apenas nosográfica<sup>10</sup>. Algo oposto ao preconizado pela Medicina Narrativa<sup>11</sup>, que valoriza exatamente a abordagem biográfica ao desenvolver a habilidade de ouvir as narrativas dos usuários, entender e valorizar seus significados, para então interpretar e ser movidos a agir em acordo com eles. A Medicina Narrativa, quando alçada ao papel de ferramenta da educação médica, treina essa e outras habilidades e atitudes. Desenvolve, por exemplo, a inclusão da experiência e conhecimento dos usuários, facilita a autorreflexão, e estimula o suporte emocional entre profissionais<sup>12</sup>.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, em 2014, citam os fundamentos das habilidades esperadas dos alunos com relação à identificação de necessidades de saúde de uma pessoa, o que implica um direcionamento da entrevista clínica

para um formato mais centrado na pessoa. O texto enaltece a importância do entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa, assim como, na utilização de linguagem compreensível, considerando os aspectos psicológicos, culturais e contextuais do usuário. Preconizam que, no aprendizado de uma entrevista clínica, sejam valorizadas a história de vida, as relações sociofamiliares, as preocupações, expectativas, crenças e valores relacionados aos problemas relatados. Por fim, as DCN de 2014 traçam um objetivo maior para esse aprendizado de habilidades, pois, ao ampliarem a foco da escuta profissional para o contexto de vida, elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais, favorecem a construção de vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde<sup>13</sup>.

Algumas escolas médicas já incluem em seu currículo estratégias para o desenvolvimento de tais habilidades, utilizando por exemplo a Medicina Narrativa, que, desde sua implantação como disciplina na Universidade de Columbia, difundiu-se rapidamente dentro das práticas de humanização e comunicação de cursos de medicina em todo o mundo<sup>14,15</sup>.

Com relação à tomada da narrativa, um dos poucos instrumentos sistematizados para tal é a *McGill Illness Narrative Interview – MINI*, um modelo de entrevista para a obtenção das narrativas dos usuários a respeito de seu adoecimento ou sintomas. Publicada originalmente em inglês em 2006, e idealizado para uso no contexto da pesquisa, a entrevista MINI foi traduzida e validada no Brasil por pesquisadores do Laboratório de Estudos em Psicopatologia e Subjetividade do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, em 2008, e testada inicialmente para problemas psiquiátricos e relacionados ao câncer<sup>16</sup>. Semiestruturada e qualitativa, esse tipo de entrevista possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento para qualquer problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto dos sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares. Dependendo da pergunta da pesquisa, pode ser usada para conhecer a experiência de adoecimento de um indivíduo ou de um grupo, bem como comparar experiências, aspectos culturais compartilhados, comportamentos e modos de narrar de certos grupos. Tornou-se assim o primeiro instrumento para tomada de narrativa de adoecimento padronizado para o Brasil.

O MINI, organizado sequencialmente em três seções principais, tem os seguintes objetivos: obter uma narrativa temporal básica da experiência do sintoma e da doença, organizada em termos da contiguidade dos eventos com a doença (seção 1); explicitar os exemplos de doenças prévias mais importantes da experiência anterior do entrevistado, familiares ou amigos e meios de comunicação de massa, relacionados, pelo entrevistado, ao seu problema de saúde atual (seção 2); identificar os modelos explicativos, incluindo rótulos, atribuições causais, expectativas de tratamento, curso e resultado (seção 3). Há também duas seções suplementares que exploram a busca de ajuda e caminhos para o cuidado (seção 4), e a experiência do tratamento em relação à adesão e ao impacto da doença na identidade,

espiritualidade e relacionamentos com outras pessoas (seção 5). O seu uso na formação médica como ferramenta para o treinamento da comunicação clínica na perspectiva da abordagem da Medicina Centrada na Pessoa foi discutido em publicação do *The International Journal of Person Centered Medicine* (2013), que apresentou os trabalhos da 6ª Conferência de Medicina Centrada na Pessoa, realizada em Genebra<sup>17</sup>.

Considerando-se que tomar a história do usuário seja uma habilidade a ser desenvolvida pelo aluno de medicina e que faz parte do escopo da anamnese clínica, buscou-se nesta pesquisa avaliar a compreensão que o acadêmico de medicina tem da narrativa do usuário, utilizando o MINI, durante a anamnese, em atividades do Internato de Medicina da Família. Associado a este objetivo observou-se também os alcances e limites da entrevista MINI como ferramenta para o ensino da experiência de adoecimento.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado de outubro a dezembro de 2020, em que foi analisada a utilização da técnica de entrevista McGill MINI durante o atendimento a usuários. O quadro 1, a seguir, refere-se à estruturação do MINI em seções com alguns exemplos das perguntas utilizadas no presente estudo.

**QUADRO 1 - McGill MINI Narrativa de Adoecimento\***

Exemplos de perguntas por seção
<b>Seção I. NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO</b>
<i>Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta que tinha esse problema? (PERGUNTA)</i>
<i>Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois (PERGUNTA)</i>
<b>Seção II. NARRATIVA DE PROTÓTIPO</b>
<i>Em que o seu problema de saúde passado é semelhante ou diferente do atual? (PERGUNTA)</i>
<i>Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. (ORIENTAÇÃO DE OBSERVAÇÃO)</i>
<b>Seção III. NARRATIVA DE MODELO EXPLICATIVO</b>
<i>Você tem um outro termo ou expressão que descreva seu problema? (PERGUNTA)</i>
<i>Na sua família, no seu trabalho e na sua vida em geral, estava acontecendo alguma coisa que pudesse explicar o seu problema? (PERGUNTA)</i>

<b>Exemplos de perguntas por seção</b>
<b>Seção IV. SERVIÇOS &amp; RESPOSTA AO TRATAMENTO</b>
<i>Durante a sua ida ao seu médico para o seu problema, o que o seu médico falou que era o seu problema? (PERGUNTA)</i>
<i>Que tratamentos você esperava receber para seu problema que você não recebeu? (PERGUNTA)</i>
<b>Seção V. IMPACTO SOBRE A VIDA</b>
<i>Como o seu problema de saúde modificou a sua vida? (PERGUNTA)</i>
<i>Como a sua família ou amigos te ajudaram a passar por este período difícil da sua vida? (PERGUNTA)</i>

^Versão genérica para Doença, Adoecimento ou Sintoma

Fonte: Leal, et al.<sup>16</sup>; Groleau, et al.<sup>17</sup>

Foram convidados a participar os alunos do internato de Medicina Geral de Família e Comunidade em uma universidade privada de Curitiba. O recrutamento foi realizado após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob parecer n.º 3.715.215. O convite foi feito no primeiro dia de aula da referida disciplina, via reunião pelo Zoom. Esse internato contou com 40 alunos e teve duração de cinco semanas, voltadas integralmente às atividades práticas, em que se realizou atendimento clínico em unidades de saúde, de segunda-feira a sexta-feira, no período de manhã e tarde, para usuários de todas as idades, sob a supervisão de um preceptor, médico de família e comunidade, em unidades de saúde dos municípios de Curitiba e de Campo Largo. Desse total, 11 alunos aceitaram o convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os demais não aceitaram participar da pesquisa por relarem falta de tempo, na maioria dos casos.

Na semana seguinte, em reunião via Zoom com os alunos participantes, a pesquisadora apresentou o MINI e realizou orientações para sua utilização, com especial atenção às características complementares que a entrevista contém em comparação com a estrutura da anamnese médica habitualmente utilizada. Após a apresentação do roteiro, os alunos receberam treinamento para compreenderem o conceito do MINI e o aplicarem em suas consultas rotineiras ao longo do estágio. Esses estudantes utilizaram, então, esse instrumento como ferramenta de anamnese durante o atendimento clínico ao longo das cinco semanas do estágio. As dúvidas que surgiram sobre o instrumento foram sanadas pela pesquisadora colaboradora, que esteve disponível presencialmente ou por telefone. As entrevistas aconteceram entre os meses de outubro e dezembro de 2020.

Após o término do internato, cada aluno foi individualmente entrevistado, via Zoom, a partir de um questionário semiestruturado, focando em suas impressões a respeito da experiência de

uso da entrevista McGill MINI durante a anamnese. Questões norteadoras a respeito da colaboração da entrevista para obter a narrativa de adoecimento do usuário foram levantadas.

As falas dos estudantes foram gravadas, o conteúdo transcrito e os textos transformados em narrativas, que foram validadas por, ao menos, três pesquisadores, em que se manteve o sentido das falas originalmente criadas pelos participantes, ideias repetidas foram enfatizadas, exemplos foram apresentados de forma resumida e os vícios de linguagem foram transformados em escrita, de modo a tornar o texto mais compreensível, sem perder o significado da fala do participante, conforme os preceitos da hermenêutica gadameriana, em que se buscam os significados a partir dos fenômenos emanados dos discursos<sup>18</sup>. A partir das narrativas, foram identificados os núcleos argumentais e com eles foi montada uma grade de análise que possibilitou a organização dos discursos. Seu agrupamento possibilitou constatar que os núcleos poderiam ser agrupados em uma única categoria, denominada “Sobre a experiência de uso do instrumento”.

Para a criação dos agrupamentos, foram os seguintes núcleos argumentais que emanaram das entrevistas: 1. Impressões sobre o método; 2. Dificuldades encontradas durante a execução da entrevista; 3. Compreensão da narrativa do usuário; 4. Diferenças percebidas com relação à técnica usual de anamnese; 5. Percepção do sentimento do usuário quanto à entrevista realizada; 6. Propostas para aplicação na prática clínica; e 7. Incorporação da entrevista no ensino na graduação. A seguir, os alunos foram identificados com letras, com o intuito de proteger o anonimato. Buscou-se então relacionar os dados obtidos com o referencial teórico da Medicina Narrativa, da Antropologia Médica e da Clínica Ampliada.

Em função da participação no estudo e buscando evitar qualquer constrangimento, os estudantes participantes foram esclarecidos de que sua participação não esteve de modo algum vinculada à sua avaliação de desempenho na própria disciplina. Dessa forma, a terceira etapa foi realizada somente após o término do internato e a publicação das notas de cada aluno. Tal condição foi previamente esclarecida no TCLE. Importante mencionar também que o conteúdo das entrevistas realizadas com os usuários não foi objeto de análise neste estudo.

## **RESULTADOS**

O grupo de estudantes que participaram da pesquisa como entrevistadores, e ao final, participaram das entrevistas semiestruturadas sobre essa experiência foram 11. Apenas dois dos alunos participantes eram do gênero masculino e foram aplicadas 2,6 entrevistas MINI por estudante. Na sequência apresentaremos os achados a partir da categorização em núcleos argumentais.



## **Impressões sobre o método**

De modo geral, os acadêmicos avaliados consideraram o método interessante e útil, capaz de trazer à tona fatos ou informações que normalmente não ficam evidentes na anamnese habitual e que teriam potencial para aperfeiçoar o plano de tratamento. Também julgaram importante a capacidade do método facilitar e aprofundar sua compreensão do processo saúde-doença que o usuário estava vivenciando.

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

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

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

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

## **Dificuldades encontradas durante a execução da entrevista**

Os alunos participantes, de modo geral, citaram a questão do tempo como um problema, visto que a entrevista apresentava 46 perguntas, sendo considerada por eles bastante extensa. Também relataram que muitas questões pareciam repetidas, ou algumas permitiam respostas muito abrangentes, de modo que o usuário, ao responder a uma pergunta, automaticamente respondia a outras que vinham na sequência. Esse fato, em certos momentos, causou estranhamento por parte de alguns usuários e entrevistadores; consequência disso foi o fato de que todos os entrevistadores acabaram por adaptar o método a essas percepções, e, por vezes, suprimiam algumas perguntas que lhes parecia já terem sido respondidas.

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

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

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

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

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

“Na primeira eu tentei fazer à risca todas as perguntas, mas a partir das outras eu tive muita vontade de pular umas perguntas, parecia redundante e algumas pareciam que até não se aplicavam, dependendo do que o usuário tinha.” Aluno 1

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

## **Compreensão da narrativa do usuário**

De modo geral os acadêmicos relataram que, comparado ao método habitual de anamnese, é maior a capacidade do MINI de ampliar o entendimento de tudo o que o usuário vivenciou durante o processo de adoecimento, e todos concordaram na riqueza de recursos que essa compreensão ampliada pode trazer. Muitos nominam a experiência como “conhecer profundamente o contexto”, outros, “conhecer o usuário como um todo”.

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

Para um entrevistado causou surpresa o fato de que, mesmo aplicando as mesmas perguntas, as respostas dos usuários com o mesmo diagnóstico eram muito diferentes.

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



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

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

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

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

### Diferenças percebidas com relação à técnica usual de anamnese

Distinções marcantes foram percebidas pelos entrevistadores entre o MINI e a anamnese a que estão habituados. Todos relataram sua percepção de que a anamnese habitual é muito mais direcionada ao sintoma ou à doença, sendo claramente voltada para um objetivo médico, que é chegar ao diagnóstico daquela condição. O MINI foi considerado mais abrangente e focado nos sentimentos e percepções do usuário sobre seu problema, aspectos que foram nominados por alguns entrevistadores como emocionais, psicológicos, ou ainda, “coisas da vida”. Para alguns, pareceu que o MINI não conseguiria obter todas as informações necessárias para executar o raciocínio clínico sobre a doença, do modo como até então o faziam. A maioria então concluiu dizendo que os dois métodos seriam complementares, mas não substituíveis.

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

Julgamos interessante mencionar um acadêmico que percebeu na entrevista o potencial de compreender sintomas incomuns que às vezes os usuários trazem e que não se encaixam no diagnóstico padrão. Para ele, esses sintomas seriam esclarecidos pelo modo pessoal com que cada usuário explica sua doença.

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

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

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

### **Percepção do sentimento do usuário quanto à entrevista realizada**

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

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

“Pareceu-me que alguns adoraram contar a história e estavam muito felizes, se pudessem, ficavam o dia inteiro contando, mas houve pessoas que foram ficando impacientes, conforme foi passando o tempo, dando respostas mais secas, como querendo que acabasse logo.” Aluno 2

Houve alguns relatos sobre usuários que pareceram demonstrar insegurança diante de determinadas perguntas.

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

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

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

### **Propostas para aplicação na prática clínica**

Muitos alunos apontaram alguns reveses: o tempo de duração da entrevista foi colocado como o maior entrave, visto que consideram que o tempo do médico é escasso. Outra dificuldade levantada foi a sensação de que a entrevista apresenta questões repetidas ou que não se

aplicam a todo tipo de problema. Também levantaram a hipótese de que, provavelmente, seja uma ferramenta mais adequada para a prática em cenários ambulatoriais, como unidades de saúde ou enfermarias de hospitais.

“Acho que o tempo seria o maior problema, porque o tempo do médico geralmente é um recurso muito limitado. Não achei muito prático de ser usado no dia a dia, pelo menos não todas as perguntas. E ainda assim não se aplicaria a todos os tipos de usuários.” Aluno 1

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

Muitos entrevistadores consideraram incorporar algumas perguntas que consideram como sendo chaves, a sua prática. Já outros, manifestaram interesse em extrair o sentido geral da entrevista e acrescentar a sua anamnese habitual.

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

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

Alguns também reconheceram a importância prática da abordagem MINI e o impacto que isso poderia gerar na relação médico-usuário, especialmente na aderência às recomendações de tratamento.

“Realmente é algo que a gente está há anos, desde o início da faculdade, ouvindo, mas que eu sinto que esse modelo de entrevista me fez experienciar muito mais isso que a gente fala de entender o contexto do usuário, entender o processo de adoecer, entender quais são as relações interpessoais dele e etc.” Aluno 4

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

## **Incorporação da entrevista no ensino na graduação**

Todos os participantes concordaram que o MINI seria uma importante ferramenta a ser acrescentada à técnica de anamnese e que poderiam aprimorá-la.

“Eu acho que essa entrevista poderia estar no ensino na graduação, porque é uma coisa que abre um pouco os teus olhos e se você não foi exposto àquilo não vai ter esse *insight*, para entender o que esse usuário está passando. [...] Seria um aprimoramento da técnica da anamnese.” Aluno 4

“Com certeza a gente deveria ter contato com essa entrevista na graduação, até porque acredito que isso vai criando uma cultura em que explorar esse lado é cada vez mais aceito;

teríamos uma noção de que isso realmente tem algum uso prático, que vale a pena a gente fazer isso!” Aluno 8

## DISCUSSÃO

Ao longo das últimas três décadas, algumas iniciativas em escolas médicas têm buscado valorizar a narrativa da experiência de adoecimento da pessoa, e, oportunamente, uma nova perspectiva vem se firmando a partir desta ótica, colocando o usuário no papel de educador, possibilitando aprender com ele e não apenas sobre ele. A Medicina Narrativa, como disciplina curricular, busca, além de validar a experiência do usuário, incentivar também a criatividade e autorreflexão no médico<sup>19</sup>.

Pelos resultados obtidos com esta pesquisa, percebeu-se que alguns aspectos da experiência de adoecimento do usuário foram nominados como: sentimentos, aspectos psicológicos, aspectos emocionais ou coisas da vida, o que pode denotar dificuldade em compreender o relato do usuário como uma experiência global, que envolve mente e corpo. Observou-se também a tentativa de classificar esses aspectos a partir de critérios diagnósticos da esfera psiquiátrica, como se, apenas sob tal lente, pudessem ser reconhecidos. Tais denominações parecem reduzir a experiência do usuário a algo menos importante do que os critérios diagnósticos objetivamente obtidos a partir do exame físico/psíquico e/ou de exames complementares, já que esse tipo de dado tem nome certo, conhecido e científico dentro da medicina. A experiência de adoecimento do usuário, que não é considerada no modelo biomédico, fica deslocada e perde importância como ferramenta para construção do diagnóstico.

Zaharias<sup>20</sup> cita características observadas em registros médicos que ilustram essa dificuldade de atribuir valor e sentido para tais aspectos na perspectiva desse modelo: costumam desconsiderar os medos, as dúvidas e o sofrimento que o usuário relata; procuram categorizar aquilo que é dito pelo usuário como subjetivo, em contraposição à objetividade dos achados de exames físicos ou de exames de laboratório; buscam transformar pensamentos e sentimentos do usuário em algo patológico, como por exemplo tristeza traduzida em depressão.

O modelo de raciocínio classificatório utilizado na medicina aparece claramente quando os entrevistadores mais classificam do que descrevem certos aspectos da experiência do entrevistado. A variedade de termos utilizados tentando classificá-los denota que não estão habituados a incluí-los em seu raciocínio clínico, provavelmente motivados pela noção de que é menos importante. Para conseguir nominar essa experiência e traduzi-la em texto, o profissional de saúde precisa ter competência para compreender os significados das histórias e imaginar a doença pela perspectiva do usuário, muitas vezes contraditória. Além disso, Charon ainda defende que os profissionais de saúde, em geral, precisam dessa competência narrativa<sup>11</sup>. O

modo como o médico representa em palavras a experiência de adoecimento do usuário representa também uma dimensão ética profunda da relação médico-usuário<sup>21</sup>.

Outro aspecto extraído dos resultados é o entendimento de que o MINI foi um complemento ou aperfeiçoamento da anamnese, mas não suficiente por si só. No entanto, a anamnese clínica habitual pode ser considerada a expressão máxima de uma clínica centrada em aspectos observados e objetivos que não valoriza relatos pessoais. Esses só alcançam relevância se passíveis de tradução em dados objetivos. O MINI tem como preceito básico dar voz à experiência do outro, tornando o usuário protagonista naquele momento, o especialista em si mesmo, ampliando assim a clínica para além da anamnese como conhecida. Em acréscimo, pode ser uma importante ferramenta para buscar compreender o processo saúde-doença vivenciado pelas pessoas dentro de seu contexto sociocultural<sup>22</sup>.

Ainda nesse contexto, a literatura aponta que a personalização dos cuidados, as decisões compartilhadas e a valorização do saber experiencial do usuário e de seus familiares aumentam a satisfação com os cuidados de saúde, melhoram a aderência e os desfechos<sup>23</sup>. O estudo das narrativas vem se firmando como fonte importante para a tomada de decisões clínicas e para a análise dos aspectos éticos do plano terapêutico, porém, ainda enfrenta muitas barreiras para sua implementação prática<sup>24</sup>.

As Diretrizes Curriculares de Medicina sugerem a inclusão curricular de práticas que desenvolvam no aluno as dimensões éticas e humanitárias, juntamente com atitudes e valores em acordo com tais dimensões. A presença dos alunos, desde o primeiro ano, em cenários de prática clínica, particularmente na Atenção Primária à Saúde, também visa aperfeiçoar o olhar sobre o contexto e a compreensão das histórias de vida e de seu entrelaçamento com o processo saúde-doença<sup>13</sup>. No entanto, as falas dos alunos, demonstrando surpresa com relação a determinados aspectos do processo saúde-doença dos usuários entrevistados com o MINI, denotam o ineditismo de uma prática que deveria estar mais consolidada no quinto ano do curso. Seu discurso ainda revela que conheciam alguns conceitos teóricos sobre a integralidade do cuidado, como “contexto”, “medicina centrada no paciente”, “ver o paciente como um todo”, porém ficou evidente que a materialização de tais conceitos é dificilmente alcançada com as práticas habituais de ensino, como a técnica de anamnese habitualmente utilizada. A vivência em ambientes de atenção primária e as estratégias curriculares objetivando desenvolver na prática do aluno a integralidade do cuidado não garantem a sua efetividade. Esses aspectos que a formação médica carece de materializar, embora muitas vezes representados nos currículos médicos, já são bem conhecidos na literatura<sup>9</sup>.

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

chances de sucesso. Sobre essa percepção, Kleinman e colaboradores pontuam que “conhecer a experiência humana do adoecimento permite saber como o doente, os membros de sua família ou a rede social mais próxima percebem, convivem e respondem aos sintomas e à incapacidade que deles pode advir, assim como ao monitoramento dos processos corporais. Sem esta dimensão, qualquer projeto de intervenção terapêutica está limitado em sua possibilidade de sucesso”<sup>7</sup>. As falas dos alunos revelam também a percepção de que as ferramentas que lhes foram ofertadas até então são falhas no alcance dessa compreensão. Edson Dell Amore Filho e colaboradores, em revisão sistemática da literatura realizada entre os anos de 2010 e 2016, apuraram que as iniciativas propostas nos currículos médicos com objetivo de promover formação humanística dos alunos não têm sido efetivas<sup>9</sup>. Favoreto e Camargo<sup>19</sup> pontuam que a narrativa na medicina pode servir como um norte e um elemento facilitador na interpretação do encontro clínico e dos significados que resultam do relato produzido a partir dele. Segundo Charon<sup>25</sup>, o desenvolvimento de competências narrativas, pelas artes, literatura e filosofia, pode aperfeiçoar, no estudante de medicina, o alcance e a compreensão dos significados da história de seus usuários.

Ao final de todo o processo, porém, a maioria dos alunos não vislumbrou a possibilidade de inclusão do MINI como ferramenta integral em sua prática clínica. Alegaram desde despreparo pessoal para lidar com sentimentos próprios e do outro, até a estruturação dos serviços de saúde tal como está posta, com suas barreiras à prática clínica diária, vivenciada mesmo durante a graduação. Questões como produtividade, tempo de consulta e a cobrança pela busca do diagnóstico e do tratamento fazem com que os aspectos biomédicos do aprendizado sejam valorizados e mereçam esforço e tempo. Tudo o mais é considerado acessório, menos importante.

Amore Filho<sup>9</sup> e colaboradores citam aspectos que explicariam essa dificuldade observada nos alunos em integrar à sua prática ferramentas e iniciativas que aprofundem o entendimento sobre o contexto do usuário: professores que não valorizam tais aspectos e não se comportam empaticamente com seus usuários, poucas oportunidades no currículo que privilegiem a compreensão do contexto e da humanização do atendimento, local e condições desfavoráveis de trabalho, ser exposto a situações negativas, estar no final do curso de graduação e, conseqüentemente, sofrendo com mais responsabilidades e cobranças por resultados, diferenças culturais entre alunos e usuários, falta de atividades curriculares que promovam o conhecimento, por parte dos alunos, da comunidade onde seus usuários estão inseridos e até a percepção, por parte de professores, de que características como humanização e empatia se devem à formação familiar dos alunos e não à formação acadêmica. Assim, os alunos vão sendo formados a partir de matriz extracurricular que a vivência da graduação produz – um terreno infértil para práticas como o uso do MINI.



A estruturação dos serviços de saúde, públicos e privados, muitas vezes engessados em seu *modus operandi*, imprime ao trabalho médico, e aos alunos no campo de estágio, um ritmo que exige pressa e não permite abrir espaço para exceções. Campos e Amaral<sup>26</sup> fazem uma crítica aos serviços de saúde, no sentido de que eles devem se organizar de modo a permitir adaptações e variações de funcionamento de acordo com certas demandas, porque o trabalho clínico tem certa regularidade, que pode ser descrita em manuais e protocolos, mas também se caracteriza pela extrema variedade de casos quando encarnada nos sujeitos concretos. Outra barreira que se vislumbra nos relatos dos alunos diz respeito à suas dificuldades pessoais em lidar com certos aspectos que aparecem nas narrativas dos usuários, que lhes pesam e imprimem sofrimento. Isso pode até mesmo fazer com que, conscientemente, impeçam o usuário de expor certas situações de sua vida, resultando em afastamento, como mecanismo de defesa. Essa constatação nos lembra de que o trabalho médico, geralmente isolado dentro de sua especialidade, também imprime pressão sobre sua capacidade de lidar com uma série de situações “não-protocoladas”, o que provoca desgaste e sobrecarga emocional. Muito frequentes, especialmente na Atenção Primária, são as demandas que transitam entre os “problemas da vida” e as “patologias”, definidas objetivamente.

Uma forma de conversação que possibilite entender como essas fronteiras se cruzam é uma habilidade fundamental ao trabalho médico<sup>27</sup>. Uma das maneiras de procurar ter sucesso na condução desses casos e reduzir a pressão sobre o profissional que efetua o atendimento, seja médico ou não, segundo Campos<sup>26</sup>, seria a criação de um plano terapêutico produzido de modo interdisciplinar, uma forma de compartilhar as responsabilidades e trocar conhecimento entre os profissionais, que pode reduzir a sobrecarga sentida individualmente e ampliar as habilidades de cada um. A criação de ambientes e processos de trabalho favoráveis ao trabalho conjunto das várias disciplinas também é estimulada por políticas de saúde.

Todavia, é preciso considerar que aspectos relacionados diretamente ao roteiro e à aplicação do MINI podem estar envolvidos nas dificuldades indicadas pelos estudantes. Em artigo publicado em 2013, Groleau<sup>17</sup>, principal autora da ferramenta, já discutia a necessidade de produção de versão reduzida para uso em cenários de ensino, embora nesse artigo não refira que redução daria conta da mudança do foco do roteiro da pesquisa sobre a experiência de adoecimento para o ensino do método clínico centrado na pessoa, que tem na experiência do adoecimento um de seus pilares. Em ambiente de pesquisa, o uso do MINI requer aproximadamente duas horas, tempo que se mostrou demasiadamente longo para o cenário de ensino, como confirmou este estudo. O outro aspecto que pode estar diretamente relacionado ao MINI diz respeito a sua aplicação. Quando utilizado em ambiente de pesquisa, a preparação para o uso do MINI requer passos para o seu uso adequado. Será citada aqui a negociação do processo da entrevista com o entrevistado, único aspecto não relacionado diretamente aos

ajustes objetivos da pesquisa/instrumento MINI. Essa negociação requer que o entrevistador conheça como se produzem as narrativas de adoecimento e que considere a discussão e pactuação de pelo menos dois pontos com o entrevistado: o objeto ou foco da entrevista, ou seja de qual problema de saúde falarão naquele momento, o que requer conhecer como o usuário nomeia o seu problema e exige do entrevistador habilidades de comunicação para prosseguir nesse acordo; e a explicitação da identidade e posicionamento social do entrevistado e entrevistador para reduzir os interditos implícitos<sup>20</sup>. No cenário do ensino, seria importante deixar claro para o usuário que o entrevistador é estudante em treinamento, que a entrevista não mudará a direção do seu tratamento ou qualquer aspecto relacionado a ele. Suposições a esse respeito, quando não discutidas, podem fazer com que o usuário deixe de comentar coisas que considera importante porque suspeita que não será escutado, entendido ou perderia direitos. Para este estudo, um treinamento mais sistemático, com adaptação dos passos originariamente propostos para o uso do MINI, no cenário da pesquisa, poderia ter sido feito de maneira mais extensa e detalhada, mas não foi.

Outras limitações para a execução da pesquisa foram impostas pelo surgimento da pandemia de COVID19, tais como a suspensão das aulas por quatro meses, que atrasou o início do estudo; as atividades de prática dos estudantes no internato de Medicina de Família e Comunidade, que mudaram algumas vezes de endereço em função do fechamento de algumas Unidades de Saúde; e certa dificuldade em aplicar o MINI para o pequeno volume de usuários que procurava atendimento nas Unidades de Saúde. Em acréscimo, todos os encontros da pesquisadora com os alunos participantes, tanto para apresentação prévia da ferramenta, como para a realização das entrevistas, ocorreram de maneira remota, fato que pôde ter reduzido parcialmente a espontaneidade em relação a um momento presencial.

## CONCLUSÕES

A experiência proporcionada por este estudo possibilitou perceber que o uso da ferramenta MINI promoveu, por parte dos estudantes, o reconhecimento do valor das narrativas dos usuários e do que essa compreensão pode representar quando incorporada ao plano terapêutico. Para os participantes também representou uma nova experiência de entrevista clínica e, para alguns, ainda trouxe a possibilidade de entender o contexto da pessoa adoecida, que tentaram buscar sem sucesso ao longo do curso.

O reconhecimento da importância do cuidado individualizado e o desejo de incorporar uma abordagem mais ampliada, presente no relato de todos os participantes, associados aos aspectos citados acima, não foram suficientes para que a incorporação do MINI à prática fosse

considerada. Dificuldades na rotina produtivista do trabalho médico foram alegadas como barreiras para a incorporação da ferramenta. A hegemonia do modelo biomédico no ensino de graduação é outro elemento que concorre para que alunos não vislumbrem essa possibilidade. Estratégias de humanização ou integralidade, presentes no currículo médico, têm força fraca para a mudança se o processo de ensino-aprendizagem experimentado pelo aluno se dá pautado em outras bases. A recepção dos estudantes foi bastante positiva, não esperamos, porém, que práticas permanentes visando à integralidade do cuidado sejam incorporadas rapidamente com poucas aulas sobre o MINI e algumas aplicações da ferramenta.

Embora os dados se refiram à realidade de um único curso de medicina, concluímos que há uma distância entre os objetivos que se espera que o ensino médico alcance e o que se observa na prática. Ao contrário do que se percebe, o ensino médico ideal deveria basear-se no conceito de Clínica Ampliada, que é aquela que tenta devolver ao sujeito o papel principal nos seus cuidados de saúde, buscando superar as barreiras colocadas entre “biologia, subjetividade e sociabilidade”. O MINI poderá colaborar para a aquisição de competência interpretativa e narrativa pelos alunos e contribuir para a abordagem e a construção de planos terapêuticos personalizados. Para tal, todavia, precisará ser adaptado para uso em cenários de ensino.

## NOTA

Este artigo foi extraído de uma dissertação de mestrado profissional do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família em Rede Nacional (PROFSAUDE)<sup>28</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Shapiro J. Perspective: Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Acad Med*. 2011; [acesso em 2022 jul. 27]; 86(3):326–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003>
2. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009; [acesso em 2022 jul. 27]; 84(9):1182–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
3. Greenhalgh T. Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence-based world. *Br Med J*. 1999; [acesso em 2022 jul. 27]; 318(7179):323–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7179.323>
4. Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V. Narrative Research in Health and Illness. *Narrative Research in Health and Illness*. 2008. 1–446 p.
5. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014; [acesso em 2022 jul. 27]; 19(4):1065–76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>

6. Zaharias G. What is narrative-based medicine? *Can Fam Physician*. 2018; [acesso em 2022 jul. 27]; Mar;64(3):176-180. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5851389/pdf/0640176.pdf>
7. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006; [acesso em 2022 jul. 27]; 3(10):1673–6. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
8. Schweller M. O ensino de empatia no curso de graduação em medicina. 2014;138.
9. Amore Filho ED, Dias RB, Toledo Jr AC de C. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2018; [acesso em 2022 jul. 27]; 42(4):14–28. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180056>
10. Barros, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. 2002; [acesso em 2022 jul. 27]; 11(1): 67-84. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
11. Charon R. At the membranes of care: stories in narrative medicine. *Acad Med*. 2012; [acesso em 2022 jul. 27]; Mar;87(3):342-7. Disponível em <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182446fbb>.
12. Milota MM, van Thiel GJMW, van Delden JJM. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Med Teach*. 2019; [acesso em 2022 jul. 27]; 0(0):1–9. Disponível em <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1584274>
13. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de, No EC de ESR, 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Vol. 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)
14. Easton G. How medical teachers use narratives in lectures: A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2016; [acesso em 2022 jul. 27]; 16(1):1–12. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0498-8>
15. Bleakley A. Stories as data, data as stories: Making sense of narrative inquiry in clinical education. *Med Educ*. 2005; [acesso em 2022 jul. 27]; 39(5):534–40. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02126.x>
16. Leal EM, de Souza AN, de Serpa Júnior OD, de Oliveira IC, Dahl CM, Figueiredo AC, et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: Tradução e adaptação transcultural para o português. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016; [acesso em 2022 jul. 27]; 21(8):2393–402. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08612015>
17. Groleau D, Anne N, Souza D, Bélanger E. Integrating the Illness Meaning and Experience of Patients: the McGill Illness Narrative Interview Schedule as a PCM Clinical Communication Tool. 2013; [acesso em 2022 jul. 27]; 3(2):140–6. Disponível em <https://doi.org/10.5750/IJPCM.V3I2.400>
18. Ricoeur P. *Hermenêutica e ideologias*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. ISBN-13: 978-8532637123.
19. Favoreto CAO, de Camargo KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface Commun Heal Educ*. 2011; [acesso em 2022 jul. 27]; 15(37):473–83. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000005>
20. Grossman E, Cardoso M. The narratives in medicine: contributions to medical practice and medical teaching. *Rev Bras Educ Med*. 2006; [acesso em 2022 jul. 27]; 30(1):6–14. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100002>
21. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): AN

- Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcult Psychiatry*. 2006; [acesso em 2022 jul. 27]; 43(4):671–91. Disponível em <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
22. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *Saúde Paid*. 2002;
23. Arjmand S. The Use of Narrative in Medical Education. *J Learn through Arts A Res J Arts Integr Sch Communities*. 2012; [acesso em 2022 jul. 27]; 8(1). Disponível em <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ985631.pdf>
24. Charon R. Medicine, the Novel, and the Passage of Time. *Annals of Internal Medicine*. 2000; [acesso em 2022 jul. 27]; 132(1):63-8. Disponível em <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-1-200001040-00011>
26. Campos GW de S, Amaral MA do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien Saude Colet*. 2007; [acesso em 2022 jul. 27]; 12(4):849–59. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
27. Bedrikow R, de Sousa Campos GW. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev Assoc Med Bras*. [acesso em 2022 jul. 27]; 2011;57(6):610–3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003>
28. Trombetta, VA, O que os estudantes nos contam sobre as entrevistas narrativas. Dissertação de Mestrado. Mestrado Profissional de Saúde da Família – PROFSAUDE. Universidade Federal do Paraná; 2021. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/72457>