



## A LITERATURA E A MEDICINA

### A literatura como fonte de escuta, empatia e autorreflexão

Literature and Medicine: Literature as a Source of Listening, Empathy and Self-Reflection

CARLA FONSECA ZAMBALDI

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

---

#### KEY WORDS

*Medical Humanities  
Narrative Medicine  
Medical listening  
Empathy  
Self-reflection  
Self-care*

#### ABSTRACT

*Modern times have brought advances in the understanding of diseases, new diagnostic and therapeutic resources and the revolutionary use of technology, allowing the progress of medicine. To cover the complexity of the progress of scientific evidence, medical training has reinforced and privileged scientific knowledge. The investment in the formation of humanistic, language, communication, listening and empathy skills was not equivalent to technical training. Such imbalance has shown losses in the ability of the modern physician to listen carefully, to understand globally and to relate appropriately to his patients. Despite this, initiatives to promote human and integral medicine have emerged and have been maintained in medical schools.*

---

#### PALAVRAS-CHAVE

*Humanidades Médicas  
Medicina Narrativa  
Escuta médica  
Empatia  
Autorreflexão  
Auto-cuidado médico*

#### RESUMO

*Os tempos modernos trouxeram avanços na compreensão das doenças, novos recursos diagnósticos e terapêuticos e o uso revolucionário da tecnologia, permitindo o progresso da medicina. Para abarcar a complexidade do progresso das evidências científicas a formação médica tem reforçado e privilegiado o conhecimento científico. O investimento na formação de habilidades humanísticas, de linguagem, comunicação, capacidade de escuta e empatia não se equiparou à formação técnica. Tal desequilíbrio tem mostrado prejuízos na capacidade do médico moderno escutar com atenção, compreender globalmente e se relacionar adequadamente com seus doentes. Apesar disto, iniciativas de fomento à uma medicina humana e integral tem surgido e sido mantidas nas escolas médicas.*

Recebido: 22/07/2019

Aceite: 18/06/2020

## Introdução

A literatura é fonte de humanização e item indispensável à nossa existência. Segundo Antônio Candido, em *O direito à literatura*, não há povo ou homem que viva sem literatura (Candido, 2011).

[...] a literatura corresponde a uma necessidade universal que deve ser satisfeita sob a pena de mutilar a personalidade, porque pelo fato de dar forma aos sentimentos e à visão do mundo ela nos organiza, nos liberta do caos e, portanto, nos humaniza (Candido, 2011).

Apesar disto, a literatura tem perdido espaço na formação humana. Vivemos num momento em que prevalecem informações técnicas e instrumentais que são compostas de uma linguagem “pobre, utilitária e massificada” que não alcança realidades mais amplas e profundas do ser (Gallian, 2017).

E assim, sem palavras adequadas para traduzir e expressar o que sentimos, sem termos que nos ajudem a perceber e nomear nossos assombros, êxtases e perplexidades frente ao movimento da vida, vamos todos adoecendo e nos desumanizando (Gallian, 2017).

A modernidade trouxe avanços inimagináveis para o conhecimento médico. Para abarcar a complexidade do progresso das evidências científicas a formação médica tem reforçado e privilegiado o conhecimento científico. O investimento na formação de habilidades humanísticas, de linguagem, comunicação, capacidade de escuta e empatia não se equiparou à formação técnica. Tal desequilíbrio tem mostrado prejuízos na capacidade do médico moderno escutar com atenção, acolher, compreender globalmente e se relacionar adequadamente com seus doentes. Para cuidar de ser humanos, a compreensão de sistemas, patologias, protocolos e técnicas não é suficiente, é preciso sensibilidade, humanidade e visão integral do indivíduo, de sua história e contexto.

Anatole Broyard (1920-1990), autor, crítico literário e cronista do *New York Times* teve diagnóstico de câncer de próstata metastático aos 66 anos. No ensaio “*The patient examines the*

*doctor*” ele descreveu sua primeira consulta médica com um urologista que não lhe causou boa impressão e deixou explícito sua expectativa por um médico que tivesse competências humanas além das competências técnicas (Broyard, 1993).

Desde o início, tive um sentimento negativo sobre esse médico. Ele era um homem de aparência tão inócuo que não parecia ser suficientemente intenso ou voluntarioso para prevalecer sobre algo poderoso e demoníaco como uma doença. Ele era insípido, cordial e vago, educado, onde a polidez era irrelevante. Eu senti que ele seria educado até mesmo com minhas falas, quaisquer que fossem. Ele me lembrava um vendedor, sem nada para vender, a não ser sua inofensividade. Eu não gostei do jeito que ele falou. Pareceu-me deliberado, o discurso do homem fixado em uma pose, brincando de médico. Não havia sinal de um trágico senso de vida nele que eu pudesse ver, nenhum desejo furioso de se opor ao destino. Eu percebi, é claro, que o que eu estava procurando não era razoável, que eu estava exigindo nada menos que um médico ideal. Sentei-me no escritório deste pobre homem e comparei-o a um modelo heróico que sumariamente imaginara (Broyard, 1993, p. 37, tradução minha).

Anatole buscava um médico que pudesse lhe escutar atentamente, ouvindo não apenas seus sintomas, mas também sua narrativa, e que acolhesse com empatia seu percurso de sofrimento, luta, dor, revolta, aceitação. Anatole propôs em seu ensaio que o médico alcançasse esta habilidade através da literatura.

Eu não vejo nenhuma razão para os médicos não lerem uma pequena poesia como parte de seu treinamento. O adoecer ou morrer é uma espécie de poesia. É desarranjo. Na crítica literária se fala sobre o desequilíbrio sistemático dos sentidos. Isto é o que acontece com o homem doente. Então, parece-me que os médicos poderiam estudar poesia para entender essas dissociações, essas desordens, e seria um abraçar mais completo da condição do paciente (Broyard, 1993, p. 41, tradução minha).

Diante do exposto, nos perguntamos se a literatura poderia ser um recurso para promoção da humanização medicina. Quais seriam os

benefícios da leitura literária para os médicos? Que habilidades podem advir dela? Ela poderia ser uma ferramenta útil na formação médica?

## A literatura como fonte de escuta

A habilidade de ouvir é essencial na prática médica. Lamentavelmente, não são infrequentes as queixas que o médico não escuta, não olha, atende com pressa, desatenção, desinteresse ou arrogância. O precário empenho em escuta e comunicação de qualidade trazem falha no acolhimento do sofrimento do paciente diante de seu adoecimento. Experimentos científicos observam que a fala inicial dos pacientes é interrompida pelos médicos em menos de meio minuto, geralmente por perguntas fechadas, o que não favorece a abertura e o diálogo (Beckman & Frankel, 1984; Marvel et al., 1999). Devido habilidades de comunicação deficientes nem sempre as diversas preocupações, queixas, dúvidas, medos são esclarecidos (Robinson et al., 2016) e o doente se sente insatisfeito com o atendimento (Street et al., 2007).

Rita Charon, médica da Universidade de Columbia, durante sua formação em Literatura Inglesa, se dedicou ao estudo da teoria da narrativa e estrutura do romance. Ela percebeu que o uso de competências narrativas auxiliou a sua prática clínica. No exercício da docência ela foi pioneira em incentivar e propagar o treinamento em leitura literária e escrita como forma de promoção da empatia e da capacidade de ouvir, acolher e refletir dos estudantes e profissionais de saúde. Ela denominou Medicina Narrativa a prática clínica acompanhada da capacidade de reconhecer, absorver, metabolizar, interpretar e ser movido por narrativas ou histórias de doenças, ou simplesmente, a medicina praticada por alguém que sabe o que fazer com histórias (Charon, 2001, 2007, 2013).

A Medicina Narrativa promove a escuta atenta, que permite acolher a história do doente como um todo, não apenas valorizando a doença e seus sintomas, mas recebendo também suas emoções, demandas, crenças, medos e dúvidas. Não se trata de prescindir dos avanços da ciência médica, mas de reconhecer que ela só por si não é capaz de fornecer bases sólidas que preparem

o médico para a complexidade dum genuíno e profícuo encontro com o seu doente.

A compreensão do processo de receber uma narrativa, interpretá-la e responder a ela provém ao médico recursos para estar diante do doente que narra. Assim como quem lê uma obra literária e usa seus recursos internos para compreender quem está falando, para quem está falando, porque e como é contado, assim também deve estar o médico diante do doente.

Como o médico ouve os pacientes, ele segue o fio narrativo da história, ele imagina a situação de quem conta (a situação biológica, familiar, cultural e existencial), reconhece o múltiplo e muitas vezes contraditório significado das palavras usadas e os eventos descritos, e de alguma forma, entra e é movido pelo mundo narrativo dos pacientes. Não diferente de ler literatura, a anamnese utiliza o recurso interior do ouvinte - memórias, associações, curiosidades, criatividade, poderes interpretativos, alusões a outros - para identificar o significado. Só então o médico pode compreender e responder a perguntas narrativas do paciente: O que há de errado comigo? Porque é que isto me aconteceu? E o que será de mim? (Charon, 2001, tradução minha).

Numa postura de acolhida e curiosidade, a narrativa do doente deve ser acolhida como um todo. O doente que procura o médico tem uma narrativa e uma história a ser contada e a escuta desta história faz o contato médico ser humano, pois ampara a pessoa que sofre e pede ajuda, indo além de um contato técnico que aborda apenas a doença e os protocolos para curá-la.

A doença expõe. Ela levanta o véu de realidades ordinariamente ocultadas da visão - segredos de família, memórias enterradas, arrependimentos pessoais, ambições não realizadas, cicatrizes. Infelizmente, o médico dificilmente possui instrumentos para saber o que fazer com tais revelações. Sendo assim, essas oportunidades para o verdadeiro contato humano são desperdiçadas por causa do medo e da ignorância, e a pessoa doente é deixada à deriva, tendo-lhe negado exatamente aquilo que é preciso no momento de uma doença séria alguma segurança de que se é reconhecido e reconhecível, ainda reconhecível como um eu apesar de uma mudança drástica no corpo (Charon, 2015, p.21).

*Grande Sertão: Veredas*, livro do médico e escritor Guimarães Rosa, publicado em 1956, nos ensina a escutar. Nesta obra, o personagem Riobaldo, num monólogo, conta a um ouvinte a história de sua vida. Ele fala sobre a guerrilha no sertão, lembra-se de pessoas que conheceu, de histórias que ouviu, de paisagens que viu, faz reflexões sobre a vida. A história de Riobaldo é longa e o ouvinte escuta pacientemente. Riobaldo chama este ouvinte, que parece ser instruído e de fora da cidade, de “moço” ou “senhor” e com frequência pede ele lhe escute e imagine o que ele conta, “o senhor...Mire veja.” (Rosa, 2012).

O senhor é de fora, meu amigo mas meu estranho. Mas, talvez por isto mesmo falar com o estranho assim, que bem ouve e logo longe se vai embora, é um segundo proveito: faz do jeito que eu falasse mesmo comigo. (Rosa, 2012, p. 19).

Este ouvinte poderia ser um jovem médico que chega na cidade e se dispõe a ouvir Riobaldo, não só suas queixas, mas toda sua experiência de vida. Ao ser escutado, Riobaldo confessa suas culpas e remorsos, elabora sua história, se liberta de suas dores, dá sentido à vida e se sente agradecido.

Amável o senhor me ouviu, minha ideia confirmou: que o Diabo não existe. Pois não? O senhor é um homem soberano, circunspecto. Amigo somos. Nonada. O diabo não há! É o que eu digo, se for... Existe é homem humano. Travessia. (Rosa, 2012, p. 608)

Apesar da importância da escuta, ela ainda é uma habilidade pouco valorizada e treinada nas escolas médicas. É preciso compreender que a escuta é um processo ativo e mental, exige do médico atenção, compreensão, interpretação e técnica. “Como a leitura, a escuta é, antes de mais nada, uma atividade da mente, e não do ouvido ou dos olhos. Quando a mente não está envolvida de forma ativa no processo, ele deve seu chamado de audição, e não de escuta...(Adler, 2014)”.

A escuta médica é essencial ao diagnóstico clínico, ela constrói a relação médico paciente e é terapêutica por si mesma. A escuta corre grande risco de não ser efetiva numa relação desigual entre as partes. O médico na postura de mais forte, superior ou detentor do saber, dita as

regras e impõe sua verdade, sendo desnecessário ouvir o que o paciente diz (Ferreira, 2014). A escuta médica também pode minguar se o médico não tem o hábito ouvir histórias. Com intuito de familiarizar o médico com narrativas, algumas escolas médicas têm Medicina Narrativa em seus currículos, outras tem treinamento em habilidades de comunicação, curso de leitura e escrita literária, ou outras formas de utilizar a literatura como recurso de incremento da prática médica (Hunter et al., 1995). Através de leitura de livros literários, partilha das impressões que tiveram nos textos, rodas de discussão, escrita criativa de vivências e histórias dos doentes ocorre treinamento em competências narrativas. Tem sido observado que essas medidas favorecem a compreensão do doente como um todo, a comunicação, a empatia e o exercício de ler e rotina de usar a escrita (Frich & Jørgensen, 2000; Shakir et al., 2017).

## **A literatura como fonte de empatia**

Para uma adequada relação médico-paciente, além da escuta, é necessário o exercício da empatia. A empatia é um conceito complexo que apresenta várias dimensões, como a capacidade de reagir imitando a postura ou expressão observada no outro (empatia facial), a habilidade de perceber o estado interno, o pensamento e o sentimento da outra pessoa (empatia cognitiva), a capacidade de sentir o que a outra pessoa sente (empatia afetiva) e conseguir imaginar a si mesmo na situação vivida pelo outro.

A empatia é importante para a vida em sociedade, ela auxilia a compreensão da justiça e da moral, promove ações altruístas e o cuidado com o outro. Além disto, a empatia é primordial para a prática médica. Pela empatia é possível ao médico imaginar o contexto e a vivência do doente, mesmo que lhe sejam distantes, e compreender os sentimentos e preocupações presentes na situação. Pela empatia o médico consegue perceber a doença e o processo de adoecimento na perspectiva individual do doente, para assim propor soluções e medidas condizentes com aquela realidade.

Maiores níveis de empatia levam a repercussões positivas para o doente e para o médico. Médicos com maiores níveis de empatia fazem melhores decisões clínicas, têm mais

satisfação com o trabalho e maior bem estar psíquico, além disto desenvolvem uma relação médico-paciente mais eficiente, levando a satisfação do paciente, adesão ao tratamento e melhor desfecho clínico (Batt-Rawden et al., 2013; Gleichgerrcht & Decety, 2014).

Alguns estudos identificam declínio dos níveis de empatia comparando alunos de medicina nos anos iniciais com os alunos nos anos finais do curso ou durante os estágios clínicos. São apontados como motivos para esta constatação o estresse, o *burnout*, a perda do idealismo inicial diante do contato com os doentes e com a morte, a influência de exemplos negativos de professores e preceptores e a falta de treinamento específico (Neumann et al., 2011).

Ao abrir um livro o leitor se dispõe a perceber a vivência do personagem, a se emocionar, se projetar, se identificar e compreender uma nova realidade. A leitura literária permite exercitar a capacidade de se sentir na pele de outro, de se deitar tocar e sentir o que o outro sente, de se imaginar em seu lugar e de fazer inferências mentais e prever pensamentos e ações.

Suzanne Keen, autora de *empathy and the novel*, mostra que as reações empáticas diante da ficção ocorrem com a identificação com o personagem. O leitor percebe o enredo e circunstância e reconhece sua experiência anterior ou atual semelhante a aquela a sua frente (Keen, 2006). Já, a professora Andreea Deciu Ritivoi, no texto *Empatia, intersubjetividade e compreensão narrativa*, defende a ideia que a narrativa desenvolve empatia, seja porque o leitor se identifica com aqueles conteúdos e personagens que tem familiaridade, seja por experimentar, pela imaginação, realidades que lhe são diferentes (Ritivoi, 2018).

A ficção é uma história inventada, não real. Apesar disto, a ficção é uma forma de representação ou simulação da realidade, o que Aristóteles chama de *mimese* em *Poética*. Diferentemente do texto informativo, a ficção atua de modo a transportar o leitor para o contexto. Ela desperta emoções, evoca a memória de emoções já vividas e transforma o estado emocional. O leitor, na leitura ficcional, é levado à identificação, imaginação e percepção de outras vivências e perspectivas. Ser

transportado pela história é um fator importante na promoção da empatia. Ser transportado é estar atento, com sua emoção e cognição imersas na história, situação que a ficção provoca muito melhor que um texto informativo (Appel & Malečkar, 2012).

Na tentativa de provar e entender a promoção da empatia pela leitura literária, alguns estudos experimentais verificaram o fenômeno. Foi observado que leitores habituais de ficção mostram maiores níveis de empatia e que a promoção da leitura pode levar a aumento desta habilidade (Djicic et al., 2013; Mar et al., 2009, 2011). Kidd e Castano (2013), através de cinco experimentos, mostraram que a leitura de ficção estava relacionada também a melhor capacidade de inferir estado mental e prever o comportamento de outras pessoas (Kidd & Castano, 2013). Assim também, Pino e Mazza (2016) mostraram que a leitura de ficção estava relacionada com a empatia e a capacidade de imaginar o estado mental e emocional do outro (Pino & Mazza, 2016).

Existem iniciativas específicas para promover a empatia em estudantes de medicina, como simulação, feedback, oficinas de habilidades interpessoais e comunicativas, experiência de hospitalização, oficinas de teatro e cursos de literatura e escrita reflexiva (Stepien & Baernstein, 2006). A intervenção com literatura mostrou promover uma melhor compreensão da perspectiva do paciente e maiores índices de empatia (Hampshire & Avery, 2001; Lancaster et al., 2002; Shapiro et al., 2004). Neste sentido, compreendemos quando o médico e escritor Moacyr Scliar nos fala que os livros são “obras importantes, que deveriam figurar no currículo médico, junto com o Cecil e o Harrison” (Scliar, 2013).

## A literatura como fonte de autorreflexão

A literatura pode promover momentos de reflexão, insight, autoconsciência, ampliando pontos de vistas e ensinando a ter pensamento crítico. Os artistas, incluindo os escritores, de forma mais ou menos explícita, fazem as coisas comuns parecerem incomuns, eles sabem apresentar o tema de tal forma que o habitual é

percebido com estranhamento e distanciamento. Situações cotidianas são apresentadas de uma forma nova pela literatura e assim temas ordinários podem ser vistos em nova perspectiva, favorecendo a reflexão e aprendizado sobre si mesmo.

A psicóloga Emy Koopman defende a tese e demonstra em seus estudos que a literatura promove reflexão e mudança comportamental. A complexidade do texto literário, fator que exige disposição e empenho para a compreensão, o tempo contemplativo que se passa na leitura literária e o efeito da desfamiliarização são fatores favoráveis à promoção da autorreflexão (Koopman, n.d., 2015; Koopman & Hakemulder, 2015).

A autorreflexão é indispensável para o médico perceber a si mesmo, sua prática clínica, sua conduta moral diante dos dilemas, o sentido de seu trabalho, a identidade médica e o papel da medicina nos tempos atuais. O conto *Enfermaria nº6*, de Anton Tchekhov, narra a trajetória do Dr. Andrei Iefímitch que ainda jovem assumiu o cargo de médico de num hospital de uma cidade interiorana. No início, Dr. Andrei trabalhou com “afinco”, mas com o tempo, perdeu o gosto pelo trabalho. Considerava seu trabalho inútil, um “embustre”. Ele percebia que não conseguia atuar “com as regras da ciência”. Atendia muitas pessoas por dia e não tinha como fazer um bom trabalho. Por fim, não conseguiu mais encontrar sentido para seu trabalho e não encontrava razões para se impedir a doença, o sofrimento e a morte. Ele entrou em um estado de abatimento, depressão e abuso de substâncias. Sem cuidar de seu próprio bem-estar e de sua saúde, sem perceber a si mesmo, sem refletir, Dr. Andrei tem um trágico desfecho (Tchekhov, 2014).

Assim como o exemplo do conto de Tchekhov, a literatura é repleta de oportunidades para “ler a si mesmo”. A identidade médica, o sentido de ser médico e seu dever devem ser constantemente reconstruídos. Para o trabalho fazer sentido e ser vivido de uma forma saudável

é importante que ele esteja alinhado e coerente com a autoidentidade e a concepção que se tem de si mesmo.

A leitura e a discussão de obras trazem a oportunidade de médicos desenvolverem sensibilidade diante do vasto campo das adoecer e dos dilemas morais diante de seus pacientes. O Laboratório de Humanidades Médicas da Unifesp, através de encontros semanais para discussão de obras clássicas, é um exemplo de atividade que promove o hábito de apreciação literária por médicos e profissionais de saúde. Dante Gallian, coordenador do projeto, observou que a partilha das leituras literárias ampliou horizontes dos participantes, desenvolveu habilidades, suscitou encontro com questões essenciais da existência humana, impactou na formação e vivência ética, e por fim, propiciou humanização através da abertura pra si e para o outro (Gallian, 2017).

Ao oferecer um conhecimento diferente do conhecimento diferente do conhecimento convencional ou científico, possibilita compreender os comportamentos e motivações humanas de uma forma mais ampla e profunda, que vai além da visão algorítmica e que incorpora a emoção, a empatia e a intuição. (Gallian, 2017, p. 83)

## Conclusão

A literatura com sua linguagem, sua estética, suas histórias podem tocar nosso ser e ter poder transformador. A literatura é indispensável a todos os públicos, mas podemos ousar dizer que é um “remédio” essencial para os médicos. A literatura pode favorecer a capacidade de escutar com cuidado, de ter empatia na relação com o paciente e a estar em autorreflexão, o que dentre outros feitos, contribui para o auto-cuidado e uma postura ética. Por fim, acreditamos que as iniciativas que promovem a leitura literária contribuem para uma medicina mais humana para os doentes e também para os médicos.

## Referências

- Adler, J. M. (2013). *Como falar, como ouvir*. São Paulo: É Realizações.
- Appel, M. & Malečkar, B. (2012). The Influence of Paratext on Narrative Persuasion: Fact, Fiction, or Fake? *Human Communication Research*, 38(4), 459–484. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2012.01432.x>
- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), pp. 1171–1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
- Beckman, H. B. & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692–696. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>
- Broyard, A. (1993). *Intoxicated by my illness and others writings on life and death*. New York: Fawcett Columbine.
- Candido, A. (2011). *Vários escritos*. Rio de Janeiro: Ouro sobre Azul.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286(15), pp. 1897–1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- (2007). What to do with stories: The sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*, 53(8), pp. 1265–1267.
- (2013). Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Medicale*, 42(1), pp. 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.10.015>
- (2015). *O corpo que se conta - porque a medicina e as histórias precisam uma da outra*. São Paulo: Letra e Voz.
- Djikic, M., Oatley, K. & Moldoveanu, M. C. (2013). Reading other minds: Effects of literature on empathy. *Scientific Study of Literature*, 3(1), 28–47. <https://doi.org/10.1075/ssol.3.1.06dji>
- Ferreira, E. M. A. (2014). A escuta sensível das narrativas médicas. *Intersemiose*, 5, 78–98.
- Frich, J. C. & Jørgensen, J. (2000). Medicine and literature-interpretation and discussion of literary texts in medical education. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke*, 120(10), pp. 1160–1164. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863345>
- Gallian, D. (2017). *A literatura como remédio: os clássicos e a saúde da alma*. São Paulo: Martins Claret.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(july). <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00243>
- Hampshire, A. J. & Avery, A. J. (2001). What can students learn from studying medicine in literature? *Medical Education*, 35(7), 687–690. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00969.x>
- Hunter, K. M., Charon, R. & Coulehan, J. L. (1995). The Study of Literature in Medical Education. *Acad Med*, 70(9), 787–794.
- Keen, S. (2006). A theory of narrative empathy. *Narrative*, 14(3), 207–236. <https://doi.org/10.1353/nar.2006.0015>
- Kidd, D. C. & Castano, E. (2013). Reading literary fiction improves theory of mind. *Science*, 342(6156), 377–380. <https://doi.org/10.1126/science.1239918>
- Koopman, E. M. (E.). (2016). Effects of “literariness” on emotions and on empathy and reflection after reading. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 10(1), 82–98. <https://doi.org/10.1037/aca0000041>
- Koopman, E. (2015). How texts about suffering trigger reflection: Genre, personal factors, and affective responses. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 9(4), 430–441. <https://doi.org/10.1037/aca0000006>
- Koopman, E. & Hakemulder, F. (2015). Effects of Literature on Empathy and Self-Reflection: A Theoretical-Empirical Framework. *Journal of Literary Theory*, 9(1). <https://doi.org/10.1515/jlt-2015-0005>

- Lancaster, T., Hart, R. & Gardner, S. (2002). Literature and medicine: Evaluating a special study module using the nominal group technique. *Medical Education*, 36(11), 1071–1076. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01325.x>
- Mar, R. A., Oatley, K., Djikic, M., & Mullin, J. (2011). Emotion and narrative fiction: Interactive influences before, during, and after reading. *Cognition and Emotion*, 25(5), pp. 818–833. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.515151>
- Mar, R. A., Oatley, K., & Peterson, J. B. (2009). Exploring the link between reading fiction and empathy: Ruling out individual differences and examining outcomes. *Communications*, 34(4), 407–428. <https://doi.org/10.1515/COMM.2009.025>
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *Journal of the American Medical Association*, 281(3), 283–287. <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283>
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), pp. 996–1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Pino, M. C., & Mazza, M. (2016). The Use of “Literary Fiction” to Promote Mentalizing Ability. *PLOS ONE*, 11(8), e0160254. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160254>
- Ritivoi, A. D. (2018). *Empatia, intersubjetividade e compreensão narrativa - lendo as histórias, lendo as vidas (dos outros)*. São Paulo: Letra e Voz.
- Robinson, J. D., Tate, A., & Heritage, J. (2016). Agenda-setting revisited: When and how do primary-care physicians solicit patients' additional concerns? *Patient Education and Counseling*, 99(5), 718–723. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.009>
- Rosa, G. (2012). *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Scliar, M. (2013). *Território da emoção: Crônicas de medicina e saúde*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Shakir, M., Vannatta, J., & Schlefer, R. (2017). Effect of College Literature and Medicine on the Practice of Medicine. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 110, 593–600.
- Shapiro, J., Morrison, E. H., & Boker, J. R. (2004). Teaching empathy to first year medical students: Evaluation of an elective literature and medicine course. *Education for Health*, 17(1), 73–84. <https://doi.org/10.1080/13576280310001656196>
- Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy: A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), pp. 524–530. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>
- Street, R. L., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science and Medicine*, 65(3), 586–598. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.036>
- Tchekhov, A. (2014). *O beijo e outras histórias*. São Paulo: Editora 34.