

## Era uma vez A.: narrativas de integralidade do cuidado

*Once upon a time, A.: narratives of care comprehensiveness*

*Era una vez A.: narrativas de integralidad del cuidado*

Ananyr Porto Fajardo<sup>1</sup>  
Diego Monroe Kurtz<sup>2</sup>  
Elisandro Rodrigues<sup>3</sup>  
Marta Orofino<sup>4</sup>  
Nára Gaertner Azeredo<sup>5</sup>  
Renata Pekelman<sup>6</sup>  
Simone Lima Leistner<sup>7</sup>

A humanidade começa nos que te rodeiam, e não exatamente em ti.  
Valter Hugo Mãe, A desumanização.

**Resumo:** Esta produção coletiva relata um caso vivenciado por profissionais de saúde em um ambiente hospitalar de alta complexidade. Traz para o protagonismo elementos não-vivos, mas relacionais, que são relevantes à manutenção da qualidade de vida do paciente em foco. Nossa intenção é oferecer um espaço de reflexão acerca das relações interpessoais no contexto da atenção à saúde, mediado por uma narrativa em estilo caleidoscópico. Entendemos que a humanização do conceito de caso clínico, ao destacar a pessoa em vez do problema sob anamnese e tratamento, promove o encontro das humanidades com a ciência e a convergência no cuidado integral, não apenas no atendimento clínico-hospitalar. Neste sentido, a narrativa constitui uma mediação entre vários olhares, especialmente se proporcionar voz a todos os sujeitos envolvidos, com seus desejos e necessidades. Portanto, continuemos atentos às considerações daqueles que precisarem de nossos cuidados.

**Palavras-chave:** Medicina narrativa; Integralidade em saúde; Unidades de terapia intensiva; Trabalho em equipe na saúde.

**Abstract:** This collective production is an account experienced by distinct health providers in a high complexity hospital environment. It provides protagonism to non-live, however relational elements that are relevant to the maintenance of the quality of life of the focused patient. Our intent is to provide a scope for reflection regarding interpersonal relationships within the health care context, mediated by a kaleidoscopic-like narrative. We understand that humanizing the concept of clinical case by highlighting the person instead of the condition under anamnesis and treatment, fosters the encounter between humanities and science, as well as the convergence within comprehensive care, not only in the clinical-hospital attention. In this sense, narrative is a mediation among several looks, especially when it provides voice to all the involved subjects, with their desires and needs. Thus, let's keep attentive to the considerations of those who need our care.

**Keywords:** Narrative medicine; Integrity in health; Intensive care units; Work team in health.

<sup>1</sup> Odontóloga, Doutora em Educação, escritora e tradutora. Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Docente permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do GHC. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

<sup>3</sup> Pedagogo, Doutor em Educação. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

<sup>4</sup> Terapeuta Ocupacional, Doutora em Letras. Líder do do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

<sup>6</sup> Médica de Família e Comunidade, Mestre em Educação. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

<sup>7</sup> Licenciada em Letras, Especialista em Saúde Pública. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

**Resumen:** Esta producción colectiva se refiere a un caso experienciado por diversos profesionales de la salud en un ambiente hospitalario de alta complejidad. Trae para el protagonismo elementos no vivos, pero relacionales, que son relevantes al mantenimiento de la calidad de la vida del paciente en foco. Nuestra intención es ofrecer un espacio de reflexión referente a las relaciones interpersonales en el contexto de la atención a la salud, mediado por una narrativa en estilo caleidoscópico. Entendemos que la humanización del concepto de caso clínico, al resaltar a la persona en vez del problema bajo anamnesis y tratamiento, promueve el encuentro de las humanidades con la ciencia y la convergencia en el cuidado integral, no sólo en la atención clínico-hospitalario. En este sentido, la narrativa constituye una mediación entre diferentes miradas, especialmente si proporcionar la voz a todos los sujetos implicados, con sus deseos y necesidades. Por lo tanto, continúemos atentos a las consideraciones de aquellos que necesitaremos de nuestros cuidados.

**Palabras-clave:** Medicina narrativa; Integralidad en salud; Unidades de cuidados intensivos; Trabajo en equipo en la salud.

### Como éramos...

Esta é a história de A. Sua narrativa começa a partir de um ponto, mas de um ponto visto dentro de um caleidoscópio. Assim, teríamos muito mais para contar, assim como o próprio A. teria para vivenciar, e aqueles que nos leem a imaginar. Tomando a coragem e a beleza desta história, assumimos o desafio de compartilhá-la.

Conheci A. em um leito da Unidade Terapia Intensiva no hospital em que trabalho, por sinal, onde sempre trabalhei. Diferente do menino que, aos 15 anos de idade, já conhecia outros hospitais e suas UTIs devido aos graves problemas neurológicos que o acompanhavam desde a infância.

Não sabia ler nem escrever, mal conseguia pegar o lápis para rabiscar seu nome. Por vezes, quando a mão estava firme, tracejava cores pelas folhas de papel em garatujas e desenhos. Nesses momentos, parecia que o lápis ganhava vida própria. Desenhava super-heróis, fabulava histórias de aventura, romances ainda não vividos. Escrevia cartas para pessoas próximas e distantes, como as missivas que iriam para os jogadores de futebol pedindo que lhe dedicassem o próximo gol. O que só existia na imaginação e na telinha do celular ganhava contornos no retângulo branco em formato A4. Aquele pequeno lápis, já usado e apontado várias vezes, deslizava pelo papel como um carro que corria velozmente em uma ultrapassagem perigosa ou como aquele jogador que pegava a bola no meio de campo e avançava sem parar até a área do adversário. Os mundos e as histórias se misturavam nas linhas e cores que surgiam aos poucos. Lia e inventava o mundo a seu modo.

Quem já conviveu em uma rotina dentro de UTI sabe bem que o tempo paralisa a vida. O conhecido dentro deste cenário é tratar a doença e a luta contra a morte. E foi neste ambiente que convivemos com A. ao longo de dois anos.

Às vezes eu sonhava que podia atravessar as paredes, como em filmes em que as pessoas têm poderes especiais ou acordam em uma realidade mágica em que o corpo físico é separado da alma. Eu percorria os corredores e, quando tentava tocar nas coisas, não havia resistência alguma, achava

graça, mas ficava com medo também, pois não sabia em quanto tempo retornaria para o meu corpo. Acordado, todos os dias reduziam-se ao leito da UTI. Não sabia dizer muito bem se era bom ou ruim estar internado, acho que depois de um tempo a gente só acha normal. Ali era o meu lugar, e eu me sentia um menino diferente apenas quando lembrava do respirador ligado a mim o tempo todo. Éramos inseparáveis, mas tudo bem, eu precisava dele, e gostava até de pensar que ele também precisava de mim para existir. Tudo que me cercava de alguma maneira me constituía e me transformava. Poucas coisas eram só minhas dentro daquele espaço que era de tantos e de todos. Assim, o meu espaço, o meu quarto era meu reduto, meu refúgio.

Dois anos de mobilização entre trabalhadores de diversos setores tentando um respirador artificial, dois anos em que um box de UTI foi o mais próximo daquilo que chamamos de casa.

Parece mesmo incrível, mas também quero contar o meu lado dessa história. Desde que fui instalado há nem sei quanto tempo, nunca tinha experimentado essa convivência. Em geral, eles ficam poucos dias, talvez um mês, mas dois anos! Muita proximidade! Como todo box de UTI, não sou muito grande, apenas o suficiente para uma cama, uma poltrona, todos os monitores e milhares de parafernálias que os técnicos nomeiam, mas que nem presto atenção, apenas sinto os constantes bips e foles. Entre todos os boxes ao meu redor, sou aquele que possui o maior luxo: a rede wi-fi. Percebi que a chegada de **A.** alterou o mobiliário e o comportamento do pessoal; parece que ficaram mais amigos, mais afetuosos. Pelo que entendi, muitos já conheciam o menino. Estranho como a permanência consegue transformar o caráter deste box em um lar aconchegante. Foram tempos de experiências muito interessantes: circulação de diversas pessoas, a família se revezando... Até foi permitido fazer uma festa com vários familiares – com o guri de cabelos loiros, pintados pela enfermeira, iguais aos do seu ídolo Neymar Jr. Nesses dias eu queria ser maior. Todos apertadinhos, mas com muito amor. É incrível como, mesmo em situações em que a pulsão de vida é inusitada, podemos encontrar essa força. Adorei estes momentos, tão diferentes daqueles com os quais eu já estava acostumado. Em geral, poucas falas, pessoas tristes e cabisbaixas. Mas com **A.** era diferente, pois me sentia orgulhoso por sustentar o wi-fi e vê-lo se comunicando com o mundo através de uma telinha. **A.** se transportava para lugares onde sua limitação passava a ser relativa, podia participar. Ele, um menino que só conseguia respirar por estar aqui.

Uma vez, como era a rotina hospitalar, precisávamos trocá-lo de leito, pois fazia mais de dois meses que aquele espaço não era higienizado conforme a rotina do Controle de Infecção Hospitalar (CIH). Por ser a enfermeira do turno, a mãe veio conversar comigo e, chorando muito, pediu que não o tirassem da única coisa que ainda restava a ele: a rede de wi-fi.

Todos os dias eram iguais. Eu não podia receber visitas, o que era uma pena, pois tinha amigos do lado de fora, e nós fazíamos altos campeonatos de game. Naquela sexta-feira fatídica, teríamos a rodada mais sensacional de todas, a final do campeonato – e vou dizer uma coisa, eu era um super-craque no futebol! Nem tinha conseguido dormir direito e pela manhã, ainda cedo, vi minha mãe reclamando com a enfermeira. Depois ela veio me dizer que precisavam fazer uma limpeza no leito em que eu estava, e teriam que me deslocar. Até aí tudo bem, mas quando ela disse que eu não teria wi-fi no outro espaço, aí minha casa caiu! “O controle de infecção exige, filho, já faz dois meses que esse espaço não é limpo”, vi na mensagem entrando no celular. Os profissionais já estavam me cercando e eu dizendo que não ia. Só mais um dia, dá pra esperar? Houve um silêncio. Eu não era mesmo normal como os outros, mas encontrei ali um lugar possível de ser.

Torcer a cada jogo de futebol quando seu time jogava e ter sua camiseta presa na parede acima da cama, sinal de boa sorte. O time era motivo para fazer a vida acontecer, como por exemplo quando negociei sua boa sorte como torcedor em troca de uma aliança de prata. **A.** fez jogo duro comigo, relutou e eu, mesmo com desejo de presenteá-lo, me mantive firme na negociação. Até que uma tarde, “Negócio fechado!”. Meu time ganhou e até a última visita vi **A.** exibindo sua aliança no dedo anelar. Outra vez, durante um voo, descobri que junto comigo estava o time inteiro para quem ele torcia. Como tem coisas que mesmo nas férias a gente não esquece, mais que depressa chamei a comissária de bordo, pedi um papel e saí colhendo autógrafos e dedicatórias para **A.** Na segunda-feira, entregar esta lembrança foi minha primeira tarefa do dia.

Adoro o meu trabalho. Quando conto para as pessoas o que faço, falo de boca cheia: sou técnica de enfermagem. Tive um namorado que me deixou justamente por isso: “não quero namorada que passa o dia tocando no corpo dos outros!”. Azar dele, sorte de todos os outros que eu passo o dia tocando. Cuido com carinho, com respeito. Cuido de cada um como se fosse meu pai, minha mãe, meu filho – ainda não tenho filhos, nem tive mãe presente, mas imagino que mãe amorosa cuida assim. Teve uma vez que acompanhei por bastante tempo um menino, que ficou lá no setor por mais de ano. Guri bonito, olhos grandes e sorriso simpático. Lembro direitinho que nas primeiras vezes, na hora do banho, ele era muito tímido. Tadinho... corpo magrinho, de menino ainda, quase sem pelos, mas já tinha malandragem e vergonha. Martírio diário pra ele. Eu? Tentava disfarçar, falava termos técnicos para parecer mais profissional: “Hora da higienização corporal, bucal e genital” e mais um monte de outras coisas que aprendi no curso. Claro que eu também ficava constrangida, mas nessas horas imaginava que estava ajudando o meu irmão menor, que nunca foi chegado ao banho. Com o tempo, a gente conseguia até brincar e rir da situação. Finalmente, depois de mais de um ano

de banho no leito, veio a autorização para banho de chuveiro. Fácil não foi organizar a logística toda, mas valeu a pena. Foi festa e água pra tudo quanto é lado. Ninguém ali saiu seco entre água, sabão e lágrimas.

Em um dia de visita, **A.** estava muito triste, deitado, não queria sentar-se na poltrona como era o habitual, não queria conversar de jeito algum. Após muita dificuldade, acabei por conquistá-lo; fiquei sabendo que seu celular havia quebrado e não tinha mais conserto. Fiz uma solicitação entre amigos e um doador mandou um celular novinho para **A.** A alegria contagiante de receber seu novo parceiro foi indescritível. Porém, durante os dias sem telefone, aconteceu algo inusitado. A fim de preencher aquele tempo sem o eletrônico que era sua única janela para o mundo fora do hospital, soprei uma luva e fiz um boneco com cabeça, tronco e membros. Manipulei o personagem elástico até ele. Sorriu. Propus um jogo. Jogamos. Perdi, ganhei, sorrimos, quase esquecemos que ele precisava de telefone no hospital. A luva animada foi a tecnologia do dia, foi a janela para o mundo lá fora, ou melhor, nos ensinou que tudo está lá fora e aqui dentro o tempo todo quando se pretende um encontro humanizado para cuidar.

Eu, um celular antigo, me sentia parte do cotidiano do meu amigo **A.**, pois era comigo que ele partilhava suas lembranças e acionava seus contatos. Lembro de tê-lo levado tanto a Gravataí para assistir um campeonato de várzea transmitido por um amigo de infância como a Buenos Aires para assistir uma semifinal da Libertadores. Assistimos algumas séries que o levavam a gargalhar sozinho até que chegasse alguém a quem contaria o episódio do dia. para rirem juntos. Escutei alguns comentários contra minha presença no box do **A.** Alguém disse que ele se isolava demais comigo, quando na verdade eu o aproximava dos assuntos que ocupavam seus dias e noites. Buscamos um aplicativo de desenho e pintura e, quando sua mão permitia, ele teclava nos numerozinhos e ia preenchendo os espaços para criar cartões de aniversário e de Natal, além de desenhar paisagens e atletas de quem gostava. Juntos lemos notícias e fofocas que depois eram comentadas com visitantes e funcionários da UTI. Um dia, cansei, não conseguia mais acompanhar sua energia curiosa e me apaguei devagarinho. Por sorte, um técnico em nutrição conhecia um pouco de informática e conseguiu transferir para meu substituto as lembranças que **A.** tinha confiado à minha memória, armazenadas durante aquela solidão acompanhada. Fui levado como sucata e servi como fonte de aprendizado para outro garoto que sonhava em ser especialista em TI (para vocês, leigos, Tecnologia da Informação). Escutei dele que hoje em dia os celulares são, além de inquebráveis, resistentes a banhos diários com álcool gel, seja para uso na rua, em casa ou em alguma UTI onde sejam necessários para manter a comunicação entre pacientes isolados de seus queridos lá fora.

Certo dia, **A.** se foi. Foi para casa, desbravar e respirar o mundo para além de um box de enfermaria. Não foram poucos os documentos, memorandos e processos para conseguir o respirador artificial junto ao município de origem para promover sua desospitalização, todos sem resposta. Também foram inúmeras reuniões junto a gestores de diversos pontos da rede de atenção. Nem o forte argumento comparativo de que durante o tempo de internação anual de **A.** poderiam ter internado naquele leito em média 57 pacientes de UTI surtiu efeito. Foi na família – que se mobilizou para arrecadar o dinheiro para a compra de um respirador – que **A.** encontrou a potência para seguir vivendo. Para nós, equipe multidisciplinar que acompanhou esta história de perto, passado o primeiro sentimento de fracasso, o que permaneceu foi a certeza de que o cuidado pode ser transformador.

### **Refletindo hoje...**

A história de **A.** é uma construção em mosaico que parte de múltiplos e diversos olhares, com contribuições e responsabilidades coletivas. Cuidar em equipe é participar constantemente desta montagem, na habilidade de definir encaixes multicoloridos para um desenho em comum, uma *mosaicografia*. Escolhendo um ponto de partida, o grupo de autores reconstruiu a narrativa a partir de personagens, ora pessoas, ora objetos, compondo um texto que se propõe a experimentar e refletir acerca da multiplicidade que envolve o cuidado multiprofissional.

A construção do pensamento coletivo é um desafio na formação e na prática de trabalhadores da saúde, uma maneira de implementar a integralidade no cuidado, pois multiangular. Entretanto, na cultura ocidental moderna, tanto a medicina como outras áreas da saúde se desenvolveram a partir de um modelo científico-positivista, fragmentado, que afastou o sentir e o saber e enfatizou a dimensão biológica em detrimento da dimensão psicossocial. A articulação transversal das temáticas humanísticas às ciências médicas busca contribuir para a construção de um cuidado que observe a integralidade da existência humana.

Um dos desafios contemporâneos é pensar a singularidade das experiências em um ambiente voltado ao controle da doença, que em alguns momentos sobrepuja-se ao indivíduo, o qual não é mais visto como dono de si, passando a rotina de *cuidado* a controlar suas vontades, gostos e ações. A escuta das narrativas dos pacientes e familiares, por serem expressões variadas provenientes das impressões individuais sobre a realidade, mostra-se como um caminho diferente.

Nos processos de trabalho em equipe estamos sempre em busca de novas estratégias que ampliem o modo de pensar, refletir e compartilhar o cuidado. A discussão de casos clínicos está na base para o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais da área da saúde. O caso

organiza as reflexões e ajuda a selecionar desafios e necessidades de ensino-aprendizagem, de acordo com Onocko-Campos, Emerich e Ricci<sup>8</sup>. Para Viganò<sup>9</sup>, a construção do caso clínico tem como potência as diferentes narrativas que compõem o cuidado, tornando possível a percepção de pontos cegos. Para nós, pensar o cuidado com um olhar multiprofissional a partir da história de A. nos ajudou.

Para além da medicina baseada em evidências, é preciso considerar que todo atendimento de saúde é também um encontro gerador de efeitos, produzidos de/por/com linguagem, corpo. E, para se chegar ao diagnóstico/problema, são necessárias leituras dessas histórias, pois incluir diversos pontos de vista em nosso conto-narrativa expande o olhar sobre a história do paciente e os elementos imbricados nesta dinâmica.

A questão do narrador e dos modos de narrar, para a literatura, perpassa alguns questionamentos possíveis de serem trazidos à nossa reflexão sobre saúde e narrativas. O modo como o leitor terá acesso à história depende muito da relação entre o narrador e o narrado. Arrigucci<sup>10</sup> considera que, “a posição do narrador é o centro da técnica ficcional: quem é o narrador? De que ângulo ele fala? De que canais se serve para narrar? A que distância coloca o ouvinte ou o leitor da narrativa?”, pois podemos utilizar as próprias palavras do personagem, seus pensamentos, suas ações, ou, ainda, contar por meio de terceiros.

Ao trazer este aspecto para o contexto da nossa discussão, Carelli<sup>11</sup> nos convida a pensar se estamos abertos para os canais possíveis de se conhecer a narrativa do paciente:

Do ponto de vista clínico, portanto, poderíamos supor que a construção de uma narrativa sobre a doença do paciente (ou sobre o paciente doente – a ordem aqui é discricional, pois dela depende a definição de quem é o protagonista da história) acontece segundo o poder de escolha daquele que a conta – no caso, o médico. Ele é quem escolhe o que contar e encadeia os fatos (entre eles, a própria descrição contida em exames e laudos) de acordo com modelos conhecidos e chancelados cientificamente.

O trabalho em equipe permite muito mais que o grupo, por seu mosaico de peças complementares, leia/escute a narrativa das pessoas com doença. Assim, há de se pensar em novas perspectivas no cuidar, como aponta Lafuente<sup>12</sup>:

---

<sup>1</sup> Rosana Teresa Onocko-Campos et al., “Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Suporte Teórico para o Curso Formativo.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 23 (2019), <https://www.scielo.br/j/icse/a/qVg5fddX-nTgvvTCHdpZvZxi/?format=pdf&lang=pt>.

<sup>2</sup> Carlo Viganò, “A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental,” *Revista Curinga* 13 (1999):50-9.

<sup>10</sup> Davi Arrigucci Júnior, “Teoria da Narrativa: Posições do Narrador,” *Jornal de Psicanálise* 57 (1998): 11.

<sup>11</sup> Fabiana Buitor Carelli. *Pode o Subalterno Pensar? Literatura, Narrativa e Saúde em Português* (Curitiba: CRV, 2020), 43.

<sup>12</sup> Antonio Lafuente, “A Urgência Cognitiva da Cultura do Cuidado,” *UFRGS: Jornal da Universidade*, 4 de junho de 2020, <https://www.ufrgs.br/jornal/a-urgencia-cognitiva-da-cultura-do-cuidado/>.

A cultura dos cuidados é o contrário: tem a ver com o reconhecimento de nossas vulnerabilidades, está mais vinculada ao tato do que à visão, pois destrói a distância com o objeto ao tocá-lo. Dissolve a diferença, a distância que existe entre ‘o que falo’ e ‘o eu mesmo’ – já não somos coisas distintas, passamos a ser coisas que estão muito próximas. A pessoa que vivencia a cultura dos cuidados é aquela que sabe escutar, que confia que há uma verdade por trás do ponto de vista divergente. Ela se deixa afetar pelo objeto e confia que na outra maneira de ver as coisas sempre há alguma verdade pela qual vale a pena deixar-se afetar.

Carelli<sup>13</sup> salienta nossa complexidade imprecisa e mutável, lembrando como “todo o organismo funciona segundo um padrão. Toda a doença tem um padrão. Mas padrões são generalizações, constituídas pela ciência.” Pessoas possuem desejos, e eles não seguem exatamente os protocolos, mesmo que seja para o bem maior do paciente.

Cada vez mais a tecnologia encontra seu lugar na relação de cuidado estabelecida em ambientes de atenção a pacientes críticos. Merhy<sup>14</sup> aponta que não se trata apenas de tecnologias duras de uso médico, mas também de tecnologias leve-duras e leves, com seu componente relacional. Neste sentido, permitir que um paciente jovem em isolamento se mantenha atento ao que ocorre com os seus no mundo *lá fora*, mas que traz consigo *dentro* da sua vivência hospitalar, pode facilitar sua vinculação com a equipe que o atende e promover um vínculo *extra* e *intra* hospital. Isso pode fazer a diferença entre solidão e acompanhamento, tristeza e crescimento, passividade e parceria. Ou alguém acha que um menino conectado a um respirador e submetido a tomografias e ressonâncias regularmente não sabe que tudo isso faz a diferença, mas não o liga à vida que desejaria ter? Alguém duvida que a equipe interdisciplinar que o atende há anos também se sente acolhida ao receber uma boa notícia capturada pelo jovem graças ao seu celular? Em tempos de isolamento físico-corporal, talvez o *toque* pessoal possa se dar mediante a escuta atenta, por meio de um dispositivo portátil, comunicativo e interativo, extrapolando o toque clínico e avançando para o toque relacional do cuidar, vinculado à “dimensão interpessoal ou relacional do cuidar que é tão indispensável no encontro, (...) como deve ser incondicional”<sup>15</sup>.

As lembranças de A. nos permitem olhar o cuidado para além da perspectiva técnica, por meio do *estar com*, do *estar ao lado*. Quando as lembranças trazem as palavras para dentro destas narrativas, elas mostram que o cuidar deve estar carregado de ciência e transbordando compaixão.

---

<sup>13</sup> Fabiana Buitor Carelli *Pode o Subalterno Pensar? Literatura, Narrativa e Saúde em Português* (Curitiba: CRV, 2020), 28.

<sup>14</sup> Emerson Elias Merhy, *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. (São Paulo: Hucitec, 2005).

<sup>15</sup> Isabel Fernandes, “A relação médico-doente na era da tecnologia – o papel da medicina narrativa,” in *Medicina narrativa: a arte do encontro*, ed. Ana Luiza Novis, Fátima Geovanini, Lorraine Veran (Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2021), 23.

## Referências

- Arrigucci, Davi Jr. “Teoria da Narrativa: Posições do Narrador”. *Jornal de Psicanálise* 1, 57 (1998): 9-43.
- Carelli, Fabiana Buitor. *Pode o subalterno pensar? Literatura, narrativa e saúde em português*. Curitiba: CRV, 2020.
- Fernandes, Isabel. *A relação médico-doente na era da tecnologia – o papel da medicina narrativa*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2021.
- Lafuente, Antonio. “A Urgência Cognitiva da Cultura do Cuidado. *UFRGS: Jornal da Universidade*, 4 de junho de 2020. <https://www.ufrgs.br/jornal/a-urgencia-cognitiva-da-cultura-do-cuidado/>.
- Merhy, Emerson Elias. *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Onocko-Campos, Rosana Teresa; Emerich, Bruno Ferrari; Ricci, Ellen Cristina. “Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Suporte Teórico para o Percorso Formativo.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 23 (2019), <https://www.scielo.br/j/icse/a/qVg5fddX-nTgvvTCHdpZvZxj/?format=pdf&lang=pt>.
- Viganò, Carlo. A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental. *Revista Curinga*, 13 (1999): 50-59.