

A Medicina Narrativa no cotidiano na prática médica

Narrative Medicine in the daily life in the medical practice

La Medicina Narrativa en la vida diaria en la práctica médica

Lívia Rangel Lopes Borgneth¹
Ivan Carlos Ferreira Antonello²
Renata Pekelman³

Resumo: O artigo comenta a narrativa do sujeito no cotidiano do fazer médico, no dia a dia da escuta que se torna essência para o cuidado colaborativo e base para a promoção da saúde do indivíduo. A escuta é a ferramenta proposta pela Medicina Narrativa para permear o encontro clínico e facilitar a compreensão de que a atenção é um atributo da presença e do interesse pelo outro. São trazidas duas situações em que histórias de vida acontecem no cenário de saúde em que pessoas – médicos, pacientes e seus familiares – são protagonistas do cuidado. Conclui-se que a evidência científica não basta, quando não ancorada no indivíduo e seu contexto. E que profissionais de saúde ao utilizarem a escuta atenta da narrativa pessoal compreendem melhor o adoecimento e permitem que o sujeito que sofre tenha condições de viver para além de sua doença.

Palavras -chave: medicina narrativa; adoecimento crônico; competência clínica.

Abstract: The article comments on the subject's narrative in the daily practice of medical practice, in the day-to-day listening that becomes essential for collaborative care and the basis for promoting the individual's health. Listening is the tool proposed by Narrative Medicine to permeate the clinical encounter and facilitate the understanding that attention is an attribute of presence and interest in the other. Two situations are brought up in which life stories take place in the health scenario in which people – doctors, patients and their families – are the protagonists of care. It is concluded that scientific evidence is not enough, when not anchored in the individual and its context. And that health professionals, when using attentive listening to the personal narrative, better understand the illness and allow the person who suffers to be able to live beyond their disease.

Keywords: Narrative Medicine; chronic illness; clinical competence.

Resumen: El artículo comenta la narrativa del sujeto en la práctica diaria de la práctica médica, en la escucha del día a día que se convierte en la esencia del cuidado colaborativo y la base para promover la salud del individuo. La escucha es la herramienta que propone la Medicina Narrativa para permear el encuentro clínico y facilitar la comprensión de que la atención es un atributo de la presencia y el interés por el otro. Se plantean dos situaciones en las que se desarrollan historias de vida en el escenario de la salud en el que las personas - médicos, pacientes y sus familias - son los protagonistas de la atención. Se concluye que la evidencia científica no es suficiente, cuando no está anclada en el individuo y su contexto. Y que los profesionales de la salud, al utilizar la escucha atenta de la narrativa personal, comprendan mejor la enfermedad y permitan que la persona que la padece pueda vivir más allá de su enfermedad.

Palabras clave: medicina narrativa; enfermedad crónica; competencia clínica.

¹ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente; Professora Assistente do Departamento de Clínica Médica; Médica Fisiatra; Universidade Federal do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro/ RJ/BR.

² Doutor em Ciências da Saúde; Professor Titular do Departamento de Medicina Interna; Médico Nefrologista; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-Porto Alegre/RS/BR.

³ Mestre em Educação; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Médica de Família e Comunidade da Gerência de Saúde Comunitária-Porto Alegre/ RS/BR.



Introdução

No contexto do adoecimento crônico a construção da narrativa da pessoa que sofre se faz a partir da escuta cuidadosa e atenta e se torna a essência para o cuidado colaborativo, base para a promoção da saúde deste sujeito. Essa escuta é a ferramenta que a Medicina Narrativa (MN) se propõe a facilitar a partir da compreensão de que a atenção é um atributo da presença, do interesse pelo outro que deve permear o encontro clínico. Este tipo de atenção, talvez seja um dos maiores desafios nos tempos pós-moderno, valoriza instantes ao perceber uma lágrima no paciente que relata sua história, valoriza mais a pessoa do que a doença, mantém uma relação intersubjetiva com a construção de significados mútuos⁴.

A vida real talvez seja aquela que vemos e vivemos para interpretar, inundada de inquietudes e desassossegos, quando exercida no campo da complexidade humana. Na área da saúde a leitura do que existe é desencadeada pela narrativa de quem busca auxílio como o primeiro passo para o diagnóstico e tomada de decisão e para isso o conhecimento de toda ciência não basta, quando não ancorado no indivíduo e seu contexto, no entendimento de seu discurso o que permitirá o atendimento de suas necessidades.

O adoecimento crônico é uma realidade no nosso século. Em países como o Brasil existe uma polarização epidemiológica em que taxas elevadas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas convivem com altas taxas de doenças infecto-parasitárias (muitas vezes de curso crônico como o HIV, a tuberculose e agora com a COVID-19 e suas sequelas) e ainda com a violência e causas externas⁵. A cronicidade das condições de adoecimento é um grande desafio para os serviços de saúde que necessitam ampliar a oferta de cuidado cada vez mais multiprofissional, para o indivíduo e seu contexto no enfrentamento desta condição, para os profissionais de saúde que precisam acreditar em um cuidado integral e longitudinal ao invés do pontual e “curativo” da doença aguda.

Nos tempos modernos, constata-se inúmeras condições precárias de vida com formas de viver que provocam um desequilíbrio na saúde das pessoas, com um grupo crescente de portadores de deficiência que sobrevivem cada vez mais graças aos ganhos da tecnologia. Cria-se, assim, uma grande demanda e o profissional de saúde precisa aprender a lidar com a realidade não de curar, mas de proporcionar a melhor qualidade de vida possível para o seu paciente. Qualidade de vida é um conceito amplo que engloba a percepção do sujeito em relação à saúde física, estado psicológico,

⁴ Rita Charon, *O corpo que se conta- Por que a medicina e as histórias precisam uma da outra*, (São Paulo: Letra & Voz 2015).

⁵ Elisabeth Carmen Duarte, Maria Barreto Sandhi, “Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema-Editorial” *Epidemiol. Serv. Saúde* 21, 4 (2012):529-532.

nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, interação com o meio ambiente e condições socioculturais.

A MN traz elementos essenciais para o cuidado que se dará ao longo do tempo, promovendo uma vinculação entre doente e seus cuidadores. As histórias contadas e o conhecimento mútuo que a escuta proporciona possibilitam a empatia e promovem o diálogo, corroborando para melhores resultados e um compartilhamento do cuidado entre profissionais e pacientes. A MN no adoecimento crônico revela os significados e ressignificação da cronicidade e das formas para enfrentá-la na compreensão deste adoecimento para o sujeito que sofre⁶.

O encontro clínico constitui-se na relação entre sujeitos que, apesar de terem expectativas não necessariamente idênticas, o objetivo e o resultado esperado são o mesmo, o cuidado e a promoção da saúde. Toda consulta se faz em um palco onde entramos só com o enredo, que é a preocupação com a saúde, sem texto prévio, o que será preenchido pela narrativa do paciente. O conteúdo deste artigo será o relato de situações que vivemos no consultório, e abordará como a escuta atenta, baseada na MN, ajuda a resolver impasses e criar soluções para o cuidado integral. A escuta atenta é uma ferramenta que o profissional da saúde pode se habilitar dando maior atenção às artes em geral e, em particular, à literatura. A literatura traz em si a essência humana, descreve em suas tragédias e dramas o espírito de homens e mulheres. A literatura nos ajuda a compreender e interpretar a condição humana, conhecimentos tão necessários para a prática do cuidado em saúde. Beber na fonte da literatura e das artes é uma necessidade e uma inspiração na formação para a prática de medicina narrativa.⁷

Cena 1

O cenário é um consultório médico de um serviço público universitário com o professor instrutor, médico fisiatra e três alunos de graduação em medicina, em uma atividade conhecida como didático assistencial. Entra um paciente encaminhado com pedido de parecer escrito: “dificuldade para a marcha e lombalgia”. Trata-se de uma pessoa obesa que já passou há 8 anos por uma cirurgia bariátrica e voltou a ganhar peso nos últimos anos, o que foi agravado pela pandemia de COVID-19. Um paciente na defensiva e penso que a última coisa que devo lhe dizer é “o senhor precisa perder peso”, por ser essa a fala de todos; se quero mudar alguma coisa esse não é um bom caminho. Pergunto sobre a sua vida, diz que foi atleta de lutas marciais e sempre lutou contra a balança. Saudoso

⁶ Tania Gonçalves Vieira Caçador, Romeu Gomes, “A narrativa como estratégia na compreensão da experiência do adoecimento crônico: uma revisão de literatura”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 8 (2020): 3261-3272.

⁷ Jean Starobinski, “Abertura: Em defesa das Humanidades médicas”, Em *Contar (com) a Medicina*, ED. Isabel Fernandes, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal, Alda Correia, Diana V Almeida, (Lisboa: Cadeioscópio, 2018): 17-18.

do passado, atualmente é motorista de táxi, almoça na rua, muitas vezes sentado no próprio carro. Mora só, se separou há alguns anos e quando questionado sobre atividades de lazer responde, “ver televisão” e que a alegria da vida só se dá quando consegue ver as netas. Nega pensamentos depressivos, usa medicação para controlar a hipertensão e se descreve como um sujeito muito ansioso que dorme pouco e vive preocupado com as contas a pagar. O exame físico mostra importante desalinhamento articular de joelhos e pés, abdome globoso, dificuldade para se retificar e fazer transferências posturais, marcha livre do tipo pendular, bastante lentificada. Nosso ambulatório tem espaço para avaliação dinâmica e maca para receber obesos e cadeirantes, essa acessibilidade é de baixo custo e pode facilitar muito a realização do exame físico, parte indispensável da consulta médica.

A sensação de impotência diante dessa história de vida e prognóstico de perda de mobilidade por questões ligadas à mecânica do corpo é a primeira que me desassossega, principalmente por estar diante de alunos e ter o dever de passar para eles a certeza de que sempre podemos fazer alguma coisa de bom pelo paciente. Resolvo conversar um pouco mais, sair de qualquer esquema formal de anamnese para extrair dessa troca alguma coisa encontrar brechas que possam facilitar o desempenho de minha função. Percebo que o comportamento do paciente muda quando demonstro interesse por sua vida e parece que finalmente entramos para o mesmo time. A impressão é a de que ele já recebeu tantos “nãos” e “não temos o que fazer se não houver perda de peso” que já entra esperando essa fala, mas que desta vez foi visto por outra perspectiva. Após o exame físico cria-se em conjunto, com a participação dos alunos, orientações visando reduzir sua imobilidade e fortalecer sua musculatura. Condutas plausíveis de serem executadas no seu dia a dia, respeitando sua realidade e propondo mudanças sutis que esperamos, a médio prazo, se tornem facilitadoras de mudanças de comportamento. Marcado o retorno, pedimos que procurasse explorar possíveis recursos comunitários, espaços ao ar livre em seu bairro ou no local de trabalho que pudéssemos usar em seu benefício. As soluções quando criadas em conjunto têm mais chances de dar certo. Não esperamos grandes mudanças, mas um caminho que nos leve a elas. Sentimos todos que o paciente saiu mais leve da consulta e a sensação de desassossego amainou.

Na conversa com os alunos eles puderam perceber que se estabeleceu uma parceria e que é isso que o encontro médico-paciente tem que realizar. Não se pode desistir e sim criar com o que o dia a dia e nosso conhecimento nos oferecem. Discutimos no grupo a imagem de um jovem jogador de futebol, que entra no final do segundo tempo quando o seu time está perdendo e é impossível ganhar a partida, mas ele entra correndo cheio de gás, porque seu maior prazer é o de jogar.

Aqui se revela a importância de uma escuta atenta comprometida com o outro. Partir de suas possibilidades e aprender com ele a sua expansão. Partir da realidade de suas histórias, dos seus valores para poder compartilhar propostas de tratamento e melhora da condição de saúde da pessoa. O papel da MN em situações muito complexas, como neste caso, é de construir um vínculo intersubjetivo estabelecendo assim uma relação terapêutica.⁸

Cena 2

O rapaz tinha vinte e poucos anos. Encontrava-se em diálise desde os três anos de idade. Nos víamos semanalmente nos últimos tempos. Entre consultas e procedimentos, um dia chegou ao limite a possibilidade de intervenção para a realização de hemodiálise, não tinha mais condições de vasos sanguíneos para as contínuas punções. As diálises eram insuficientes, não se completavam. Consternado, comuniquei o fato detalhadamente a seus pais. A mãe questionou a razão de todas aquelas explicações, respondi que assim ficariam mais conscientes do que estava acontecendo, da condição de paciente terminal de seu filho. Incontinentemente, ela pergunta: “Consciente se sofre menos?”. Sem resposta para esta pergunta, pude refletir sobre a questão ética da situação. Apesar de termos os recursos técnicos, nossa insuficiência tecnológica nos colocava no dilema da comunicação: explicitar de toda a situação conforme algumas interpretações deontológicas ou responder apenas ao que era indagado?

Em vários encontros o rapaz não falava do que me afligia, dizia mais do que desejava, que era retornar à fazenda do patrão de seu pai, no sul do Estado, para poder dirigir um carro. A impossibilidade era a única queixa. Seu único ofício anterior foi o de motorista da prefeitura de sua pequena cidade. Era como voltar um pouco à vida, antes da ameaça. Apesar de saber que longe sua saúde poderia agravar-se, apoiei concordando que fosse viajar. Esteve lá, dirigiu sua vida sem hospitais ou exames. Na volta, contou sobre a enorme alegria, sua emocionante experiência e diversão. Naqueles dias, a morte passou longe dali e somente a pulsão da vida teve lugar. Meses depois, ele faleceu. A propósito, Rita Charon⁹ escreve que as consequências da escuta atenta e precisa na prática médica pode incluir companheirismo profundo entre quem fala e quem ouve, investimento mútuo, clareza recíproca e afiliação, idealmente características da saúde em si.

⁸ Rita Charon, “The ethicality of narrative medicine”, *Narrative Research in Health and Illness*, Ed. Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh, Vieda Skultans, (Oxford: Blackwell, 2004): 23-36.

⁹ Rita Charon, “Literary Concepts for Medical Readers: Frame, Time, Plot, Desire”, *Teaching literature and medicine*, (New York: Modern Language Association of America, 2000): 29-42.

A MN se desenvolve em três movimentos: atenção, representação e afiliação. Percebe-se na relação entre médico e paciente nessa história que se construiu, considerando esses processos como tão necessários, a capacidade de escuta, a afiliação aos desejos e escolhas do paciente, a interpretação da história experimentada e narrada pelo paciente.¹⁰

A medicina narrativa no encontro clínico

O encontro clínico se dá com intenção de quem precisa. Quem ouve a narrativa pode guiá-la o tempo todo para um caminho lógico, técnico e diagnóstico, ou exercer a escuta atenta. São caminhos diferentes que não se excluem. Um pode levar, talvez, à doença e seu nome, o outro se move até a compreensão do sofrimento. Atentar para o que os pacientes e seus corpos doentes narram aproxima-se do modelo desenvolvido pelos ancestrais caçadores¹¹. Coletar pistas, ordená-las e classificá-las constitui a base do exercício diagnóstico e terapêutico.

Na tomada de decisões, há, no mínimo, três aspectos a considerar. Um deles é a evidência científica, tão propagada e respeitada quando derivada de estudos que envolvem ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas baseados em grupos de pacientes. Outro é a experiência, forjada nos encontros anteriores do médico com pessoas em sofrimento. O terceiro é a narrativa do indivíduo que é única e ultrapassa o diagnóstico que o acometeu, pois é como sentiu e entendeu a doença. São os sintomas que o fazem procurar o médico, não a doença que não conhece. Mas além deles, acompanham o doente sua história de vida, suas experiências pessoais e familiares de adoecimento, suas expectativas de cura que estão presentes no encontro clínico e devem também ser considerados nestas tomadas de decisão.

Quando se dá crescente importância ao relato do paciente no encontro com seu cuidador, percebe-se que um pouco disso está centrado na preocupação advinda do imenso desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, que se acompanhou da velocidade de comunicação, nem sempre eficaz, valor preponderante na sociedade atual. No entanto, há mais: as narrativas que se tornaram mais relevantes no entendimento das doenças crônicas e suas consequências, assentaram-se mais reflexivas com o advento da pandemia pelo SARS-CoV-2. O medo, a reclusão, a comunicação à distância trouxe de volta a atenção às narrativas ameaçadas por sintomas e sinais com diferentes significados.

¹⁰ Susana Vasconcelos Teixeira Magalhães, “História do resgate da espessura dos cuidados em saúde”, *Medicina Narrativa A Arte do Encontro*, Ed. Ana Luiza Novis, Fatima Geovanini, Lorraine Veran, (Rio de Janeiro: Ed. Thieme Revinter, 2021):25-36.

¹¹ Maria Helena, Cardoso, Eloísa Grossman, “A narrativa como ferramenta na educação médica.” *Revista.hupe.uerj.br* 13, 4 (2014):32-38.

Ao encontrar o profissional de saúde, o paciente relata seus sentidos em troca do empenho do outro em ajudá-lo a entender melhor o significado daquilo que está contando. Espera que a subjetividade seja pretendida como um valor a ser descoberto e não uma dificuldade no caminho da meta diagnóstica. Como citado acima, a relação terapêutica se estabelece quando se alcança um vínculo intersubjetivo entre o doente e o cuidador/cuidadores. A capacidade de dizer, de contar e de ouvir e interpretar histórias a partir de uma relação de alteridade com o outro, potencializa e mais que isso, constrói significados para quem dela participa.

Considerações finais

Paciente com doenças crônicas e incuráveis, portadores de incapacidades funcionais que dificultam a autonomia para as tarefas da vida diária, é o cotidiano da maioria dos médicos. Necessitam idealmente de uma abordagem por equipe multiprofissional que nem sempre está disponível nos serviços e apresentam questões de ordem psicossociais que, em grande parte, são fonte de problemas que não se consegue resolver. O tripé formado pela gravidade da lesão, escassez de recursos técnicos e de rede de apoio social pode apontar para um prognóstico muito ruim. Esta realidade, porém, não pode impedir que o paciente se sinta melhor com a nossa intervenção, que não necessariamente deve ser medicamentosa. São pessoas que já tomam inúmeros medicamento e muitas de suas queixas não serão atendidas quimicamente.

A narrativa do paciente precisa ser valorizada como ferramenta de trabalho, ela é o elemento central para o exercício da compreensão do outro e a interpretação de sua história. Ensinar estudantes a buscarem soluções no que o paciente conta, na sua biografia e na valorização de seu cotidiano e desejos, ajustam o discurso e criam orientações mais plausíveis, pragmáticas e realistas. Nem sempre dispomos de tecnologia e de equipe de apoio, falta que pode tornar muito difícil o atendimento, mas pela escuta atenta se dá o acolhimento que precisa ser valorizado como prática de promoção de saúde, gerando um ambiente favorável a mudanças e educação para uma melhor qualidade de vida. As dificuldades de percepção do adoecimento crônico e do acompanhamento continuado podem servir como desculpa para ser mais um a encaminhar o paciente para outro local onde também não resolverão suas questões. De outra forma, a partir da atenção, a pessoa encontra o que veio procurar, tem seu desconforto aliviado, sentiu-se acolhido e compreendido na sua forma de viver, do seu ponto de vista, da maneira que conta sua história. Estimular a pesquisa sobre recursos da comunidade é também estimular a criatividade e responsabilidade por sua própria saúde.

A Medicina Narrativa ajuda na formação do jovem médico ensinando o valor da escuta atenta, da representação/compreensão e da afiliação com o doente em seu contexto, estimulando a capacidade criativa para a interpretação, vivenciando o não vivido, permitindo melhor compreensão da complexidade do ser humano e ampliando a possibilidade de uma carreira profissional humanizada. Acolher, atender as necessidades, educar para a promoção da saúde e tratar quando possível é o que pode ser feito, e o curar vai sendo substituído pelo cuidar, na maioria das vezes, dialogando sobre o viver bem em sua realidade.

Profissionais da saúde por meio da narrativa passam a compreender melhor o adoecimento crônico a partir da experiência de quem vive a situação e podem, deste modo, facilitar que o sujeito que sofre possa ouvir a si próprio, refletir e ressignificar seu estado de adoecimento para que tenha condições de viver para além da doença.

(...) *Hoje, a morte está difícil.*
Tem recursos, tem asilos, tem remédios.
Agora, a morte tem limites,
a ciência da eternidade
inventou a crônica.
*Hoje, sim, pessoal, a vida é crônica*¹².

Contribuições dos autores: As autoras e autor participaram de todas as etapas do processo de elaboração e revisão do artigo.

Referências

1. Charon, Rita. *O corpo que se conta-Por que a medicina e as histórias precisam uma da outra*. Traduzido por Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra & Voz, 2015
2. Duarte, Elisabeth Carmen; Sandhi, Maria Barreto. “Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema-Editorial” *Epidemiol. Serv. Saúde* 21, 4 (2012): 529-532
3. Caçador, Tania Gonçalves Vieira, Gomes, Romeu. “A narrativa como estratégia na compreensão da experiência do adoecimento crônico: uma revisão de literatura”. *Ciência & Saúde Coletiva* 25, 8 (2020) :3261-3272

¹² Paulo Leminski, “O que passou passou?”, *Toda poesia*, (São Paulo: Companhia das Letras, 2013): 287-288.

4. Starobinski, Jean. “Abertura: Em defesa das Humanidades médicas”. Em *Contar (com) a Medicina*. Fernandes, Isabel; Cabral, Maria de Jesus; Casal, Teresa; Correia, Alda; Almeida, Diana V(orgs). Lisboa: Cadeidoscópico, 2018
5. Charon, Rita. “The ethicality of narrative medicine”. Em *Narrative Research in Health and Illness*. Editado por Hurwitz, Brian, Trisha Greenhalgh, Skultans, Vieda 23-36. Oxford: Blackwell, 2004
6. Charon Rita. “Literary Concepts for Medical Readers: Frame, Time, Plot, Desire”. Em. *Teaching literature and medicine*. Editado por Hawkins AH, McEntyre MC. 29-42. New York: Modern Language Association of America, 2000
7. Magalhães, Susana Vasconcelos Teixeira; “História do resgate da espessura dos cuidados em saúde”. Em: *Medicina Narrativa A Arte do Encontro*. Editado por Novis, Ana Luiza, Geovanini, Fatima, Veran, Lorraine, 25-36. Rio de Janeiro: Ed. Thieme Revinter, 2021
8. Cardoso, Maria Helena & Grossman, Eloísa. “A narrativa como ferramenta na educação médica.” *Revista.hupe.uerj.br* 13, 4 (2014):32-38
9. Leminski, Paulo. *Toda poesia*, São Paulo: Companhia das Letras, 2013