



MEDICINA NARRATIVA: PRINCÍPIOS, PRÁTICA E DESAFIOS

Narrative Medicine: Principles, Practice, and Challenges

KELLY SIMONE CUNEGUNDES

Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

KEYWORDS

Narrative Medicine
Narrativity
Medical Humanities
Health Humanities
Empathy
Patient centered-medicine

ABSTRACT

Narratives are a fundamental part of human lived experiences and disclose values, meanings, and purposes. Narrative Medicine emerged from the urgent call to react to the radicalization of biomedical model in healthcare, that promoted significant advances in medicine but, at the same time, moved away subjectivity from medical-patient relationship. Narrative competence is understood as the capability to listen, absorb, interpret, and take decisions based on patients' accounts and that competence involves textual, creative, and affective abilities when listening or reading stories. The goal of this article is to discuss the history, principles, practice, and challenges of narrative medicine.

PALAVRAS-CHAVE

Narrativa
Medicina Narrativa
Narratividade
Humanidades Médicas
Humanidades em Saúde
Empatia
Medicina centrada na pessoa

RESUMO

As narrativas constituem parte fundamental das experiências humanas e revelam valores, significados e propósitos. A medicina narrativa nasceu da necessidade de reagir à radicalização do modelo biomédico, que promoveu grandes avanços da saúde, mas, ao mesmo tempo, afastou a subjetividade da relação médico-paciente. A competência narrativa pode ser definida como a capacidade de ouvir, absorver, interpretar e tomar decisões baseadas nas histórias contadas pelos pacientes, e essa competência envolve habilidades textuais, criativas e afetivas quando escutando ou lendo histórias. O objetivo deste artigo é apresentar a história, os princípios, a prática e os desafios da medicina narrativa.

Recebido: 10/04/2022

Aceite: 08/08/2022

1. Introdução

Indiscutivelmente a assistência à saúde foi muito impactada com os avanços técnico-científicos ocorridos no último século. Conquistou-se a capacidade de curar doenças outrora fatais, além de maior habilidade diagnóstica e para realização de procedimentos e tratamentos de alta complexidade. O modelo biomédico positivista se consolidou como a base para o exercício da medicina. Contudo, apesar das relevantes conquistas, asseverou-se um distanciamento da subjetividade no cuidado a saúde (Pino, 2020; Casapulla et al., 2020). Na medida em que avançamos na capacidade tecnológica, médicos e outros profissionais da área de saúde se afastaram do entendimento mais profundo sobre a experiência de seus pacientes ao adoecer.

Embora a competência científico-tecnológica seja um elemento necessário para caracterizar um bom profissional e obter resultados bem-sucedidos, é fundamental que se reconheça a importância de promover a empatia e a compaixão na prática profissional em saúde. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam também a capacidade de ouvir respeitosamente as narrativas de seus pacientes com o intuito de entender suas vivências ao adoecer e ao se confrontar com a morte (Charon, 2006; Remein et al., 2020; Shapiro, 2008).

Nas últimas três décadas observou-se um crescente interesse no papel e no significado das narrativas na experiência humana. Diversos estudiosos têm afirmado que a competência narrativa é essencial para a compreensão das nossas vidas, dos valores éticos e do sofrimento humano (Ahlzén, 2019). Do mesmo modo, a notória crise das relações sociais suscitou diversos debates sobre estratégias de mudança e reforma de um modelo de atenção à saúde que negligenciava aspectos humanos (Milota et al., 2019; Remein et al., 2020).

Todos temos histórias. Narramos histórias sobre as nossas vidas, as nossas carreiras, as nossas relações familiares. Na medicina as histórias de vida são meios para esclarecer não apenas o diagnóstico, mas também conhecer os valores, angústias e perspectivas da pessoa que tem um determinado diagnóstico. A medicina narrativa nasceu neste contexto em que o saber médico avançou do ponto de vista científico-tecnológico, mas recuou em reconhecimento da dimensão humana no cuidado à saúde. Basicamente, o que a medicina narrativa propõe é que através da capacidade de receber e entender as narrativas de pacientes, e as narrativas em saúde em geral, é possível promover um cuidado à saúde realmente centrado na pessoa (Charon et al., 2017; Casapulla et al., 2020).

O termo *medicina narrativa* foi inicialmente empregado pela professora e médica da Columbia University (Universidade de Columbia), Rita Charon. Através dessa nova área de conhecimento, cujas raízes estão nas humanidades médicas, pretende-se preparar profissionais de saúde e pacientes para receber as histórias que emergem no contexto do cuidado à saúde. Pretende-se, ainda, promover um ambiente em que pacientes e profissionais de saúde possam se reconhecer mutuamente facilitando um cuidado realmente centrado na pessoa. Acredita-se ainda que através da medicina narrativa seja possível fomentar uma reflexão mais profunda acerca das inequidades em saúde e o papel dos profissionais de saúde neste contexto (Charon et al., 2017).

O objetivo deste artigo é descrever a medicina narrativa, seus princípios, seus usos em diversos ambientes de prática de acordo com o treinamento do Programa de Mestrado da Universidade de Columbia em Nova York, berço dessa metodologia, onde a professora Rita Charon ministra aulas e dirige o Departamento de Bioética e Humanidades Médicas. Pretende-se ainda discutir os obstáculos e os desafios enfrentados nos últimos trinta anos para a introdução de espaços de prática de medicina narrativa em ambientes de atenção à saúde.

2. Origem da medicina narrativa

Desde meados da década de 80, o papel das narrativas, num sentido mais amplo, assumiu um grande destaque. Diversos estudiosos, a saber, sociólogos, teóricos literários, historiadores e filósofos passaram a exaltar a narrativa e os conceitos correlatos, como narratividade e competência narrativa, reconhecendo que esses termos descrevem um percurso fundamental para o entendimento da experiência humana, do sofrimento e do papel dos valores éticos. De acordo com Ahlzén (2019), no período foi-se configurando a vez da narrativa ou o movimento narrativo. Não demorou muito para que o papel das narrativas fosse incorporado às discussões sobre humanização em saúde. Ocorreu no início dos anos 2000, na Universidade de Columbia em Nova York, uma mobilização organizada e

liderada pela professora Rita Charon que culminou na criação de um método que hoje conhecemos como Medicina Narrativa. (Charon et al., 2017)

Um grupo de pesquisadores, professores e clínicos que atuavam em diversas áreas da Universidade de Columbia, tais como literatura e medicina, ética narrativa, humanidades médicas, comunicação em saúde e atenção primária à saúde, passaram a se reunir em seminários colaborativos intensivos. A questão central nesses seminários era tentar entender quais seriam os benefícios de se introduzir atividades literárias e criativas em ambientes de ensino e prática de saúde (Charon et al., 2017). Qual seria o papel da narratividade na clínica? Em que medida poderia ser positiva a introdução de atividades de leitura e escrita criativa em ambientes de treinamento e prática de profissionais de saúde? A busca por respostas levou à promoção de atividades de leitura e escrita em grupos com profissionais e alunos da medicina e de outras áreas da saúde, além de pacientes.

A experiência acumulada com essas atividades exploratórias foi empregada na promoção de *workshops* iniciados no ano de 2006 e abertos para profissionais de diversas partes do mundo. Em 2009 foi inaugurado o Programa de Mestrado em Medicina Narrativa, muitos dos integrantes dos seminários iniciais compondo o corpo docente. Este programa propunha capacitar profissionais para disseminar a metodologia e contribuir para o seu permanente desenvolvimento em diversas partes do mundo e em diversos cenários de saúde. Para que tal objetivo fosse alcançado seriam estudados conteúdos de diversas disciplinas das humanidades, tais como literatura, filosofia, sociologia, estudos de gênero, antropologia, história, etc. Em 2018, foi criado, também na Universidade de Columbia, o Departamento de Humanidade Médicas e Bioética. Este significou um importante passo no reconhecimento das Humanidades Médicas no currículo médico e é atualmente dirigido pela professora Rita Charon.

3. Princípios da medicina narrativa

Narrativas são histórias compostas pelos seguintes elementos: um narrador, um ouvinte ou expectador, um enredo que se desenvolve em um tempo e tem uma mensagem ou lição. O conhecimento narrativo é aquele que nos permite naturalmente atribuir um sentido à essas histórias. Portanto, o conhecimento narrativo ou competência narrativa proporciona uma experiência interpretativa e reflexiva mais profunda através da história que é narrada. É por meio dessa competência que exercitamos a tomada de diferentes perspectivas acerca da história que nos é contada (Charon et al., 2017; Milota et al., 2019).

É fundamental resgatar, no cuidado à saúde, o entendimento da complexidade das interações humanas, sobretudo em momentos críticos, como de adoecimento, sofrimento e morte. Charon definiu competência narrativa como a capacidade de ouvir, absorver, interpretar e tomar decisões baseadas nas histórias contadas pelos pacientes, e essa competência envolve habilidades textuais, criativas e afetivas quando escutando ou lendo histórias (Charon, 2001, 2004; Greenhalgh e Hurwitz, 1998).

Durante anos de prática de medicina narrativa observou-se que, do comprometimento com uma escuta atenta, desenvolve-se uma capacidade mais aguçada de reconhecer o outro. O contato com a narrativa do outro ou a conexão narrativa é o resultado dos seguintes fenômenos: a atenção, a representação e a parceria, que são os pilares da medicina narrativa. (Charon, 2017) A *atenção* consiste no foco e no comprometimento que aquele que escuta pode doar àquele que narra uma história —paciente, estudante, colega, amigo, familiar, conhecido, etc. A *representação* confere forma ou materialidade àquilo que se ouve. Geralmente ocorre através da escrita ou das artes visuais, permitindo que aquela narrativa seja vista ou representada sob uma perspectiva diferente daquela em que foi narrada. A linguagem é a externalização de um pensamento, e com isto aquele que escreve elabora um novo formato àquilo que foi narrado (Charon et al., 2017). A *parceria* se estabelece a partir da escuta ativa, profunda e focada, e através da representação, que aproxima mais ainda o ouvinte da história contada e, portanto, do narrador.

Entretanto, seria um equívoco afirmar que a medicina narrativa é apenas uma ferramenta que melhora a comunicação mediada pelo discurso. O que se propõe na verdade é que no encontro médico-paciente, ou profissional de saúde-paciente, se faça uma leitura mais ampla que transcenda as palavras e que considere os silêncios ou a linguagem corporal, ou seja, as diversas camadas das relações humanas. Além disto, a medicina narrativa advoga a necessidade de estar atento e refletir acerca das

narrativas sobre saúde num contexto mais amplo, considerando o indivíduo inserido em um contexto histórico-social que molda as narrativas (Greenhalgh e Hurwitz, 1998).

Algumas premissas que norteiam a prática da medicina narrativa: faz-se necessário promover um ambiente em que a experiência estética possa mediar as respostas afetivas, onde a confiança e a colaboração possam substituir a competição, e onde a natureza deste comprometimento permita cuidar melhor de si mesmo e do outro; não são objetivos da medicina narrativa julgar, corrigir ou educar respostas afetivas. Pelo contrário, o que se busca é reduzir o medo e o sentimento de inadequação quando tais respostas emergem, incentivando-se a nomear estas emoções e descobrir formas de expressá-las —com isto, espera-se que uma maior capacidade de lidar com as emoções se desenvolva em contextos médicos; não se admite silenciar o sofrimento do outro. É necessário estimular essas expressões contribuindo para a diminuição da alienação das próprias emoções e sentimentos, como ocorre durante a formação médica e durante a prática profissional (Charon et al., 2017).

4. A prática da medicina narrativa

Reconhecendo os benefícios que a incorporação de disciplinas de humanidades pode trazer para a formação de profissionais de saúde, muitas instituições de ensino introduziram em seus currículos estratégias educacionais empregando tais disciplinas, entre elas a medicina narrativa. Neste caso, o conteúdo, a programação e a dinâmica das atividades podem variar bastante de acordo com o programa e a instituição considerada (Milota et al., 2019; Remein et al., 2020; Charon et al., 2017; Chretien et al., 2015; Zaharias, 2018). As sessões práticas de medicina narrativa podem ocorrer em diversos cenários de saúde —hospitais, ambulatórios, clínicas, etc.; em diversificados grupos de profissionais de saúde, estudantes da área de saúde, pacientes, cuidadores; por diferentes abordagens pedagógicas e em formatos diversificados, podendo ser curso obrigatório de longa duração, cursos optativos, *workshops* ou seminários. Nessas atividades os participantes são envolvidos em contar e ouvir histórias, ler e compartilhar impressões sobre o texto lido, escrever e compartilhar sobre a escrita no grupo. Sobre o tipo de material empregado para as discussões, podem ser textos de ficção ou autobiográficos, poesias, fotografias, filmes, pinturas, peças de teatro, músicas, documentários, etc. (Charon et al., 2017; Zaharias, 2018).

Optou-se por focar aqui na discussão do que é proposto pelo grupo do Programa de Mestrado em Medicina Narrativa da Columbia University. Independente do formato que se escolha as atividades são em grupo e propõem a ruptura de um modelo hierarquizado de relacionamento aluno/participante e professor/facilitador, na qual o(s) facilitador(es) também se colocam como ouvinte(s) e participa(m) das atividades escritas. Para Tsevat et al. (2015), a medicina narrativa é uma metodologia que busca fomentar a reflexão e a crítica de um modelo de atenção à saúde centrado em figuras de autoridade, sobretudo o médico. Desafiar esse modelo é romper com uma tradição de prática médica hierarquizada e paternalista.

Os textos ou outras expressões artísticas escolhidas para as sessões não precisam ser necessariamente relacionados aos temas saúde-doença, mas mesmo que o sejam, estimula-se que as discussões possam transcendê-los para evitar reducionismos ou debates centrados em *dados* sobre a doença ou diagnóstico dos personagens, ou seja, para que não assumam um caráter de discussão técnica. Não existe certo ou errado, deve-se estimular a manifestação da miríade de percepções e interpretações que a dinâmica pode evocar. Atualmente o ensino médico é pautado num modelo positivista em que as certezas são proclamadas em protocolos rígidos e generalizáveis; as dinâmicas de medicina narrativa devem incentivar o movimento oposto —na direção do singular, da abertura, do fluido e das incertezas. (Charon et al., 2017)

A prática da medicina narrativa não é sobre aulas de literatura ou tornar-se um *expert* em artes ou história da arte. Essa metodologia, embora tenha sua origem em conceitos da teoria literária, não visa educar sobre literatura ou outras formas de arte. Não é necessário ter conhecimento profundo em literatura. O que se propõe é que, através do *close reading* ou leitura atenta, o participante possa aprimorar a sua forma de ler não apenas textos de vários gêneros, mas também aprimorar o seu entendimento de uma história e seu narrador (Charon et al., 2017; Charon, 2006). A leitura atenta é definida como um tipo de leitura na qual o leitor presta atenção não apenas nas palavras e no enredo, mas atenta para todo o aparato literário de um texto, para elementos tais como narrador, tempo, espaço, metáforas. De forma que o leitor absorve muito mais de um texto do que apenas informação:

ele é capturado por aquela obra. O trecho seguinte sintetiza o papel da leitura atenta na medicina narrativa:

Os dividendos da leitura atenta para a medicina narrativa são encontrados nos elementos que distinguem este método de leitura de uma leitura casual, técnica ou informativa. O leitor atento absorve o texto sem perder nada. Não importa se esteja lendo um poema, romance ou artigo científico, o leitor se dá conta do gênero, da dicção, da estrutura temporal, dos espaços, da metáfora, e do efeito musical produzido pelas palavras. O leitor atento registra quem está narrando a história – se em primeira ou terceira pessoa, se este narrador está ou não envolvido no enredo, se está distante, se é familiar, convidativo ou combativo. O leitor atento aprecia a métrica e o ritmo do texto; o leitor também reconhece quando o texto alude a um outro texto. Como se estivesse numa conversa com o autor, o leitor está consciente do seu lugar naquela narrativa, fazendo perguntas sobre a sua relação com o autor que emerge deste texto. Qual o dever que me cabe ao ler este livro? Esta é a pergunta chave que o leitor se faz como parte da ética narrativa. (Charon et al., 2017, p. 165)

Na prática, o que se propõe é que o leitor atento, ao empregar essas competências cultivadas na leitura atenta, consiga empregá-las na escuta atenta, no encontro clínico. E que, dessa forma, aprenda a ouvir cada paciente como quem lê um livro, prestando atenção em cada detalhe e promovendo uma escuta presente, oferecendo a este paciente não apenas a prescrição, recomendações ou pedidos de exames, mas também a sua escuta empática.

Assim como a leitura, a escrita criativa também constitui uma parte importante dessas sessões práticas (Miller et al., 2014). Nos *workshops* do Programa de Mestrado em Medicina Narrativa da Universidade de Columbia, para a atividade de escrita utiliza-se o termo em inglês *prompt*, que, quando empregado como verbo, significa incitar, induzir. Nesta atividade, que geralmente ocorre na segunda parte da sessão, quando já se discutiu o texto proposto, sugere-se um tema para o *prompt*. Esse tema se relaciona com o texto proposto e com a sua discussão. É sugerido que a atividade de escrita criativa seja realizada durante a sessão num curto espaço de tempo, geralmente cinco minutos cronometrados.

Confesso que na primeira vez que participei de um *workshop* de medicina narrativa reagi com estranhamento e uma certa resistência a este tipo de atividade. Em atividades criativas com profissionais de saúde muitos admitem não se considerarem criativos, ou sequer acreditam que seja necessária ou desejável criatividade no cotidiano profissional na saúde (Hermann et al., 2017). Entretanto, após participar de várias práticas, algumas vezes como aluna e em outras como facilitadora, pude presenciar a elaboração de textos lindíssimos de alunos de graduação, profissionais de saúde, pacientes ou cuidadores. Muitos participantes expressam a sua perplexidade diante daquilo que eles mesmos criaram em tão curto espaço de tempo, sem o planejamento ou a racionalização com que estão habituados em escritas acadêmicas ou descrições clínicas em prontuários médicos. Alguns afirmam que desconheciam suas habilidades em escrita criativa, outros redescobrem essa habilidade, que muitas vezes fica esquecida, adormecida ou é relegada a um lugar secundário diante da sobrecarga de trabalho no dia a dia do profissional de saúde.

Após a escrita criativa, os participantes são incentivados a compartilhar o texto que produziram e os demais participantes ouvem atentamente e podem comentar suas impressões sobre a leitura do colega. Cria-se mais uma vez uma oportunidade de leitura atenta.

5. Medicina narrativa no ensino em saúde

É intenso o debate acerca da erosão da empatia observada em estudantes de graduação das áreas de saúde à medida que avançam na sua formação e na vida profissional. Os resultados podem variar de acordo com o país onde são realizados esses estudos, ou de acordo com as variáveis e métodos de análise dos resultados. (De Benedetto e Gallian, 2018; Shapiro, 2008; Andersen et al., 2020). Quando alunos da medicina iniciam a graduação, sobretudo quando começam seu treinamento prático, se perguntam muitas vezes qual seria a resposta *certa* ou *errada* ao sofrimento e às demandas emocionais que os cenários de cuidado em saúde podem impor em seu dia a dia. Qual a palavra certa? Qual o melhor gesto? Quando é necessário ficar em silêncio? Muitas vezes sentimentos de inadequação

podem surgir fazendo com que haja um afastamento e um desligamento das emoções dos pacientes e das próprias emoções (Charon et al., 2017).

Desde a década de 70 diversas iniciativas apostam na incorporação de atividades humanísticas com o intuito de preencher essa lacuna na formação médica e apoiar os alunos e futuramente profissionais de saúde a lidar com as contradições, incertezas e ambiguidades de suas rotinas. As atividades humanísticas proporcionam acima de tudo um reencontro com a subjetividade que muitas vezes vai-se apagando no decorrer da formação. Na escola médica da Universidade de Columbia em Nova York, todos os estudantes da graduação em medicina devem cumprir carga horária em curso que oferece 12 grupos de atividades, a serem escolhidos: literatura, cinema, *mindfulness*, escrita criativa, filosofia, artes visuais, atividades em museus, etc. Ao analisar os participantes desses grupos, num estudo qualitativo observacional em que foram organizados em grupos focais, os pesquisadores puderam ter um panorama de como os estudantes percebiam a contribuição das atividades de medicina narrativa na sua formação. Estes reconheceram a ligação entre as atividades e o desenvolvimento de habilidades em comunicação e parceria em ambientes de prática clínica, o desenvolvimento de pensamento crítico, a atenção, a reflexão; muitos enxergaram aquelas atividades como trazendo prazer em meio a tanto *stress* e sobrecarga de conteúdo teórico (Miller et al., 2014).

Outras experiências educacionais no campo da medicina narrativa têm sido empreendidas em diversas partes do mundo, nas mais diversificadas instituições de ensino. O objetivo em comum é ampliar a perspectiva do profissional de saúde em formação através do reconhecimento da importância da subjetividade do paciente no escopo do seu cuidado, enfatizar a autonomia do paciente e a responsabilidade compartilhada e reconhecer as inequidades do sistema de saúde (Arntfield et al., 2013; Bittar et al., 2013; Casapulla et al., 2020; Chretien et al., 2015; De Benedetto e Gallian, 2018).

Embora muitos avanços tenham sido observados em relação ao reconhecimento da importância da formação humanística de profissionais de saúde, ainda são muitos os obstáculos para que efetivas mudanças ocorram a partir da integração desses conteúdos. No que se refere à educação médica, uma carga horária técnico-científica cada vez mais dilatada dos currículos de graduação impõe reservas à inclusão de conteúdos cujos benefícios ainda não são tão amplamente validados pelos métodos quantitativos tão valorizados no contexto contemporâneo. Apesar da medicina narrativa e das humanidades médicas em geral enfrentarem certa resistência para compor currículos na área de saúde, há muitos motivos para acreditar que podem trazer grandes benefícios para o estudante, o médico, a instituição de ensino e o sistema de saúde em geral (Alzhen, 2019).

6. Medicina narrativa, e o paciente ou o cuidador

O narratologista Arthur Frank, em sua obra *Wounded Storyteller* (2013), afirma que as pessoas, ao narrarem suas histórias de doenças, além de pacientes que são cuidados, se tornam também narradores e, como narradores, passam a ser também cuidadores. Suas feridas/doenças se tornam a potência de suas histórias. Para o autor, que relata a própria experiência quando esteve em duas ocasiões tratando doenças graves, narrar a própria experiência (assim como ouvir histórias de doenças) não é tarefa fácil, mas possibilita construir novas perspectivas de sua relação com o mundo. As práticas de medicina narrativa podem também ser empregadas como estratégias para que pacientes ou cuidadores possam lidar com desafios relacionados aos processos de adoecimento, de enfrentamento de um tratamento doloroso, de perda de autonomia ou de limitações que algumas doenças podem impor. Diante de um diagnóstico que pode provocar um senso de perda de identidade, as práticas narrativas permitem encontrar um significado.

Autobiografias que descrevem a experiência do adoecimento —patografias— se tornaram um subgênero das autobiografias e proliferaram intensamente nas últimas décadas. Frank (2013) ressalta que esse fenômeno pode representar uma reação ao modelo técnico-científico que dominou a narrativa das doenças a partir de uma perspectiva estritamente biológica. O fenômeno das patografias reivindica as vozes daqueles que sofrem, é um pedido para serem ouvidas de uma outra forma, busca restituir a autonomia e a autoridade daquele que sofre para que este não seja visto como mero objeto, mas respeitado na sua dignidade de sujeito, de ser humano (Conway, 2007).

Fioretti et al. (2016) publicaram artigo de revisão em que analisaram estudos ou intervenções usando atividades de medicina narrativa em grupos de pacientes ou cuidadores. Nessa revisão foram incluídos dez estudos cujas abordagens diferiam no que se refere à faixa etária, ao tipo de atividade e

ao diagnóstico. Observaram que, com a abordagem da medicina narrativa, envolvendo pacientes ou cuidadores em atividades que lhes permitiam expressar suas histórias, era possível acessar aspectos importantes das experiências. Além disto, a troca de experiências entre pacientes constituía uma atividade eficaz na promoção do bem-estar e na formulação do sentido daquela experiência única, mas, ao mesmo tempo, compartilhada em diversos aspectos; sua implementação em serviços de saúde pode ser relativamente fácil, contribuindo não apenas para o enriquecimento da história clínica como também para a melhora de aspectos clínicos e emocionais dos pacientes que nela se engajam.

7. Medicina narrativa e profissionais de saúde:

A interação médico-paciente pode ser desafiadora, não apenas para o estudante das áreas de saúde, como também para o profissional formado e mais experiente. O esforço para entender a perspectiva do paciente e a dos seus cuidadores deve ser contínuo e novos desafios se impõem com o passar do tempo. Nos últimos anos muito tem sido discutido sobre o *burnout* em profissionais de saúde e uma das causas atribuídas a esse fenômeno seria a supressão das emoções ao lidar com situações em que testemunhamos o sofrimento humano. Para Zaharias (2018), a reflexividade é um dos benefícios que a medicina baseada em narrativa pode trazer. Entender a própria vulnerabilidade, reexaminar momentos em que esteve doente e reconhecer a própria necessidade de autocuidado são importantes movimentos em direção a uma prática clínica mais empática e menos árdua.

Muitos profissionais, após a graduação, direcionam suas carreiras para uma prática cada vez mais superespecializada, mais técnica e dissociada do todo da medicina, caracterizando um cuidado médico cada vez mais fragmentado, em que dificilmente se tem acesso à verdadeira história para além daquele diagnóstico. Cada especialista conhece parte da história que interessa ao órgão ou ao sistema que está tratando. As histórias viram dados permeados de outros dados, tais como exames laboratoriais, e aquele indivíduo que tem ansiedade, medos, esperanças vai silenciando. As práticas de medicina narrativa tendem a suscitar reflexões sobre as próprias escolhas do profissional de saúde e a própria narrativa que esse profissional assumiu em sua carreira. Para Launer (2018), a medicina narrativa é um convite aos profissionais de saúde para uma reflexão crítica acerca das relações de poder implicadas na prática médica e nos sistemas de saúde em si. É um convite para romper, portanto, a alienação e questionar aparentes certezas sólidas. Esta abordagem pode ajudar profissionais de saúde a se conscientizarem da sua implicação política e social.

Em estudo narrativo, Moller e Brogger (2019) analisaram as percepções de 138 residentes sobre a interação médico-paciente através de 259 narrativas. Verificaram nesses residentes a concepção da narrativa ideal, na qual o médico deveria atuar como protagonista da comunicação e aquele que detém os meios para ajudar o paciente. Quando algum ruído se estabelecia nesta comunicação, muitas vezes o paciente ou outro colega, que poderia colaborar com o cuidado, eram vistos como oponentes. O estudo revela os desafios e as contradições de uma profissão que ainda é pautada na autoridade. Frank (2013) nos lembra de que é importante que o médico consiga transitar da postura de “pensar *sobre* as histórias dos pacientes para pensar *com* as histórias” (p.15). Para o estudioso em socrionarratologia, pensar com as histórias implica numa ética da escuta, na qual reconhecemos que, embora às vezes a escuta seja árdua, é um ato moral fundamental na prática profissional de quem cuida de pessoas.

8. Desafios da medicina narrativa e considerações finais:

O debate acerca da inclusão de atividades humanísticas na formação médica vem ocorrendo há cerca de 60 anos. Os argumentos para mudanças no currículo que considerem a inclusão desses conteúdos se baseiam no reconhecimento de que a medicina e a sua prática não se restringem a conteúdos técnico-científicos, mas requerem também um entendimento humanístico e moral. Requerem ainda o reconhecimento de que pacientes fazem parte de unidades mais amplas, como famílias e comunidades, e que essas relações afetam suas vidas (Horton, 2019). A ciência e a tecnologia ensinam profissionais de saúde a diagnosticar doenças, mas as humanidades lançam luz sobre a necessidade de ajudar pacientes a viver com doenças crônicas, debilitantes, e enfrentar a morte, além de ajudar o profissional a refletir sobre a própria vulnerabilidade.

Nas duas últimas décadas verificou-se um intenso debate em meios acadêmicos acerca da importância das narrativas no entendimento das experiências, dos valores e das crenças dos pacientes,

sendo considerada por muitos a necessidade de uma análise aprofundada das narrativas em saúde como uma das prerrogativas para a promoção da saúde centrada na pessoa. Do ponto de vista clínico, uma vantagem óbvia é que o interesse em narratividade tem levado a um interesse aumentado na subjetividade humana. É necessário abordar a questão do desequilíbrio epistemológico na prática médica e a valorização das narrativas em saúde tem papel crucial nesse sentido (Alzhén, 2019). O treinamento em medicina narrativa permite que o profissional de saúde desenvolva sua capacidade de entender, interpretar, respeitar as histórias dos pacientes e de seus cuidadores. Observa-se um melhor resultado terapêutico, uma maior adesão ao tratamento e às recomendações, e uma maior participação do paciente nas decisões relacionadas à sua saúde.

Embora a medicina narrativa seja em geral recebida positivamente como uma possibilidade de contribuir para a humanização em cenários de atendimento a saúde, alguns críticos manifestam reservas à abordagem e muitos profissionais que se dedicam à medicina narrativa relatam muitos obstáculos para colocar a metodologia em prática.

Alguns estudiosos manifestam ceticismo em relação à potência da medicina narrativa em reformar a relação médico-paciente. Para esses críticos, a empreitada proposta por Rita Charon e outros entusiastas da medicina baseada em narrativa seria muito ambiciosa e somente ela não seria suficiente para promover mudanças tão profundas. Outra questão levantada se relaciona ao tempo. O treinamento e a aplicação da medicina narrativa demandam tempo, o que é escasso em currículos nas áreas de saúde já extremamente hipertrofiados com conteúdos técnico-científicos. Num contexto prático, a dinâmica nas consultas e atendimentos em diversos cenários é pautada pela lógica da produtividade, o que influencia o escasso tempo disponível para atender às demandas práticas de atendimento com enfoque no aspecto biológico. Há um temor por parte dos críticos de que uma medicina em que se permitiria um fluxo de narrativa mais livre durante a consulta poderia comprometer o atendimento e encaminhamento práticos necessários à abordagem biológica, ao diagnóstico e ao tratamento (Ahlzén, 2019).

Entretanto, vale considerar que a questão do tempo que a medicina narrativa tomaria dos demais conteúdos é uma preocupação que em si já demonstra a atribuição de um status inferior às humanidades em relação ao conteúdo técnico-científico (Zaharias, 2018). Na verdade, o tempo usado para as atividades de medicina narrativa, na tentativa de ampliar o entendimento sobre o paciente, não seria um tempo gasto, mas sim um tempo ganho. Diversas experiências têm demonstrado que ele pode contribuir para melhora na comunicação, no engajamento do paciente em seu tratamento e, portanto, nos desfechos clínicos (Launer, 2016; Greenhalgh e Hurwitz, 1998; Charon et al., 2017).

Outra questão apontada pelos críticos da medicina baseada em narrativa é que, embora esta discussão esteja ocorrendo há mais de duas décadas, os estudos acerca dos benefícios da abordagem são escassos. Alega-se ainda que a falta de sistematização de uma metodologia, e de acompanhamentos de longo prazo ou que utilizem grupo controle, também seriam limitações para estimar os seus benefícios no currículo e em serviços de saúde (Ahlzén, 2019). Nestas críticas está implícito o olhar quantitativo sobre resultados que utilizam a metodologia qualitativa. O exercício da medicina é pautado em evidências quantitativas, portanto, a sensibilização para o valor da pesquisa narrativa também é um desafio. Faz-se necessário sedimentar o uso da medicina narrativa e concomitantemente produzir estudos que corroborem seus benefícios e sua potência em favorecer uma atenção à saúde mais humanizada.

A medicina narrativa é uma abordagem que foi formulada com o propósito de restabelecer a importância das histórias dos pacientes, que foi sendo substituída ao longo dos séculos pelo discurso biomédico. O reconhecimento de que a competência narrativa tem um valor indispensável vem se expandindo ao longo do tempo. Os desafios do mundo contemporâneo, caracterizado por mudanças rápidas e profundas na atenção à saúde, impõem uma constante reflexão sobre qual a melhor forma de atuar em cenários cada vez mais complexos. A medicina narrativa é uma abordagem que pode contribuir para recuperar o lugar da subjetividade na atenção à saúde e nos convida a refletir sobre uma atenção à saúde em constante transformação e repleta de desafios.

Referências

- Ahlzén, R. (2019). Narrativity and medicine: some critical reflections. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 14(9), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0078-3>
- Andersen, F.A., Johansen, A.S.B., Soondergaard, J., Andersen, C.M., & Hvidt, E.A. (2020). Revisiting the trajectory of medical student's empathy, and impact of gender, specialty, and nationality: a systematic review. *BMC Medical Education*, 20(52), 1-18. <https://bit.ly/3Tr8sYU>
- Arntfield, S. L., Slesar, C., Dickson J., & Charon R. (2013). Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient, Education and Counseling*, 91(3), 280-286. <https://doi:10.1016/j.pec.2013.01.014>.
- Casapulla, S., L., Bianco, J., A., Harter, L., M., Kropf, K., Shaub, T. L., Kerr. A., M., Blais, F., X., Newburn, R., Nandyal, S., Ofei-Tenkorang, N., A., Biechler, M., & Baker, B. (2020). Moving toward Narrative Competence and Inclusive Healthcare through the Open Book Project. *HEALTH COMMUNICATION*, 35(2), 257-261. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1551302>
- Charon, R. (2001). A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 286(15), 1897- 1902. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Charon, R. (2004). Narrative and medicine. *The New England Journal of Medicine*, 350, 862-4. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp038249>
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the stories of Illness*. Oxford University Press.
- Charon, R., Das Gupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, E. R., Colón, E. R., Spencer, D., & Spiegel, M. (2017) *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford University Press.
- Conway, K. (2007). *Beyond words: illness and the limits of expression*. University of Michigan Press.
- Chretien, K.C., Swenson, R., Yoon, B., Julian, R., Keenan, J., Croffot, J., & Kheirbek, R. (2015). Tell me your story: a pilot narrative medicine curriculum during medicine clerkship. *Journal of General Internal Medicine*, 30(7), 1025-1028. <https://10.1007/s11606-015-3211-z>
- De Benedetto, M.A.C, & Gallian D.M.C. (2018). The narratives of medicine and nursing students: the concealed curriculum and the dehumanization of health care. *Interface (Botucatu)*, 22(67), 1197-207. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>
- Fioretti, C., Mazzocco, K., Riva, S., Oliveri, S., Masiero, M., & Pravettoni, G. (2016). Research Studies on patients' illness experience the narrative medicine approach: a systematic review. *BMJ Open*, 6(e011220). <https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e011220>
- Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller- Body, Illness and Ethics*. The University of Chicago Press.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1998). *Narrative Based Medicine – Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books.
- Horton, M.E.K. (2019). The Orphan Child: humanities in modern medical education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 14(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0067-y>
- Junior R.M., Sass S.D., & Gallian D.M.C. (2021). A ressignificação da deficiência pela literatura: os impactos do Laboratório de Humanidades em mães de pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)*, 25(e200106), 1-17. <https://doi.org/10.1590/interface.200106>
- Launer, J. (2018). *Narrative-Based Practice in Health and Social Care – Conversations Inviting Changes* (Second Edition). Routledge.
- Miller, E., Balmer, D., Hermann, N., Graham, G., & Charon, R. (2014). Sounding Narrative Medicine: Studying Student's Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Academic Medicine*, 89(2), 335-342. <https://bit.ly/3Kr1UFR>
- Milota, M. M., van Thiel, G. J. M. W., & van Delden, J. J. M. (2019). Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Medical Teacher*, 41(7), 802-810. <https://bit.ly/3AmT4Eo>
- Moller, J.E., & Brogger, M.N., (2019). How do residents perceive and narrate stories about communication challenges in patient encounters? A narrative study. *BMJ Open*, 9(e029022), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029022>
- Pino, AR. (2020). *Narrative Medicine in Medical Diagnosis*. Med (Cali); 51(1). <https://doi.org/10.25100/cm.v51i1.4339>
- Remein, C.D.F., Childs, E., Pasco, J.C., Trinquart, L., Flynn, D. B., Wingerter, S. L., Bhasin, R. M., Demers, L.B., & Benjamin, E.J. (2020). Content and outcomes of narrative medicine programs: a

- systematic review of the literature through 2019. *BMJ Open*, 10(e031568), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031568>
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 3(10), 1-11. <https://bit.ly/3Ku9Q9p>
- Tsevat, R. K., Sinha, A. A., Gutierrez, K. J., & DasGupta, S. (2015). Bringing Home the Health Humanities: Narrative Humility, Structural Competency, and Engaged Pedagogy. *Academic Medicine*, 90(11), 1462-1465.
- Zaharias, G. (ABR 2018). Learning narrative medicine-based skills – Narrative-based medicine and the general practiceconsultation: Narrative-based medicine 2. *Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien*, 64(4), 286-90.
- Zaharias, G. (MAI 2018). Learning narrative medicine-based skills – Narrative-based medicine 3. *Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien*, 64(5), 352-356. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29760254/>