

A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica*

César Augusto Orazem Favoreto¹
Kenneth Rochel de Camargo Jr²

FAVORETO, C.A.O.; JR, K.R.C. Narrative as a tool for the development of clinical practice. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011.

This paper reflects on the possibilities that the conceptual and operational incorporation of narrative can bring to the improvement in knowledge and clinical practice in primary care settings. Its starting point is an analysis of the meaning of this concept, originated in the social sciences, to discuss its application to the sphere of medicine. In this sense, narrative is presented as a strategy for reflecting on and proposing paths towards the integration of the different dimensions, knowledge, contexts, desires, needs and demands that are present in the clinical act.

Keywords: Narrative medicine. Clinical competence. Primary health care. Physician-patient relations.

Este trabalho reflete sobre as possibilidades que a incorporação conceitual e operativa da narrativa pode trazer para a ampliação do saber e da prática clínica no âmbito da atenção primária à saúde. Parte de uma análise do significado deste conceito advindo das ciências sociais para discutir sua aplicação no âmbito da medicina. Neste sentido, a narrativa é apresentada como uma estratégia para se pensar e propor caminhos no sentido da integração das diferentes dimensões, conhecimentos, contextos, desejos, necessidades e demandas presentes no ato clínico.

Palavras-chave: Medicina narrativa. Competência clínica. Atenção primária à saúde. Relações médico-paciente.

* Este artigo tem por base a discussão teórico-conceitual desenvolvida em Favoreto (2007).

¹ Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rua São Francisco Xavier, 649, casa 7, Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20.550-011. cesarfavoreto@globo.com

² Departamento de Planejamento e Políticas de Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ.

Introdução

Este trabalho explora a análise da apropriação da narrativa na medicina como um norte e um elemento capaz de despertar e facilitar a percepção e interpretação dos textos e contextos produzidos pelos sujeitos nos encontros clínicos, e, deste modo, ampliar a dimensão dialógica e hermenêutica da prática clínica.

A justificativa desta escolha encontra-se no fato de que a narrativa se estrutura, justamente, a partir de uma perspectiva semântica e hermenêutica que integra, a partir de um processo e de uma perspectiva dialógica, os sujeitos com seus contextos e suas ideologias.

Com este objetivo, foi realizada uma busca não sistemática na literatura médica e de ciências sociais em saúde, procurando identificar os aspectos conceituais, significados e perspectivas que podem substantivar a narrativa como um conceito/ideia para a clínica. A partir destas bases conceituais, discutem-se alguns elementos da abordagem da narrativa que estão implicados na escuta e interpretação do adoecimento, nas relações entre médicos e pacientes, e na terapêutica no contexto da atenção primária à saúde (APS).

Parte-se do pressuposto de que as dimensões dialógicas e socioculturais se tornam questões centrais do saber e da prática da clínica exercida no contexto da APS. Por outro lado, o desenvolvimento destas dimensões na clínica pode vir a ser influenciado e a influenciar novos contextos e expectativas, resultantes das transformações dos modelos e modalidades assistenciais.

Modalidades assistenciais no âmbito da atenção primária à saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF) ou a Medicina de Família, possibilitam, em tese, tornar presentes os aspectos sociais, culturais e subjetivos constitutivos do processo saúde-doença (Favoreto, Camargo Jr., 2002), facilitando a construção de um maior diálogo e vínculo entre os médicos e pacientes, e, por conseguinte, ampliando a perspectiva da integralidade na clínica (Brasil, 2004; Campos, 2003).

Dirigir a atenção à saúde no sentido da integralidade e do cuidado implica investimento em novas formas de pensar e agir na clínica, ou seja, ampliar seus saberes e práticas, em relação ao reducionismo biomédico (Camargo Jr., 2003b; Campos, 2003). Esta ampliação compreende transformar o sujeito e suas relações em elementos centrais de uma clínica que avance na perspectiva dialógica e cuidadora (Ayres, 2001).

Com o objetivo de ampliar o escopo da clínica, este trabalho discute as potencialidades do uso da narrativa como um conceito e uma ferramenta para intensificar e qualificar a dimensão dialógica e hermenêutica deste tipo de prática (Favoreto, 2004; Camargo Jr., 2003a; Favoreto, 2002).

A narrativa como uma característica do ser humano

Em um sentido mais corrente e geral, o conceito de narrativa pode ser definido como um conjunto de estruturas linguísticas e psicológicas transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sociocomunicativas e habilidades linguísticas (Brockmeier, Harre, 2003).

Em termos conceituais, a narrativa pode ser entendida em sua intrínseca ligação com a existência humana, pois a racionalidade humana, em sua essência, está envolvida em uma estrutura narrativa (Bury, 2001). Como um elemento da realidade humana, a narrativa tem, por característica essencial, ser um guia, destacadamente sensível, à fluida e variável condição humana (Brockmeier, Harre, 2003).

Este enfoque apreende a narrativa como um elemento para a compreensão dos textos e dos contextos mais amplos, diferenciados e complexos das experiências das pessoas, e o modo específico como elas constroem e dão significado a essas vivências. Com este entendimento, a narrativa representaria, ao mesmo tempo, modelos do mundo e da identidade pelos quais construímos a nós mesmos como parte de nosso mundo (Brockmeier, Harre, 2003).

As palavras e enunciações são consideradas por Mikhail Bakhtin (2004) como elementos centrais das narrativas e responsáveis pela produção de significados pelos sujeitos. O papel da palavra é compreendido como o de um fenômeno ideológico por excelência e capaz de representar a forma mais

pura e sensível do estabelecimento da relação social. A palavra, assim, é fruto dos próprios meios do organismo individual e do consenso existente entre os indivíduos (Bakhtin, 2004).

As palavras e as formas de comunicá-las permitiriam trazer à tona o mundo interior, isto é, expressar os significados produzidos pela consciência individual e construídos no contexto social em que o indivíduo se realiza como pessoa. Deste modo, a palavra e a enunciação por ela expressa têm o papel de materializar a vida semiótica interior (Bakhtin, 2004).

Esta capacidade de materializar os signos interiores decorreria das propriedades das palavras, como: pureza ideológica, neutralidade ideológica, implicação na comunicação humana ordinária, possibilidade de interiorização e sua presença obrigatória como fenômeno acompanhante em todo ato consciente. Bakhtin (2004) compreende a consciência individual como um inquilino do edifício social dos signos ideológicos que segue a lógica da comunicação ideológica, isto é, da interação semiótica de um grupo social.

Para esse filósofo da linguagem, as manifestações verbais estão ligadas aos demais tipos de manifestações e de interações de natureza semiótica, como: a mímica, a linguagem gestual, os gestos condicionados, entre outras formas – isto é, as outras formas de comunicação não verbal. O material semiótico do psiquismo (atividade mental) compreenderia todo gesto ou processo do organismo (a respiração, a circulação do sangue, os movimentos do corpo, a articulação, a mímica, a reação aos estímulos exteriores), pois tudo pode adquirir um valor semiótico; assim, tudo pode se tornar material para a expressão da atividade psíquica, tudo pode se tornar expressivo.

Cada palavra se revela no momento de sua expressão como um produto da interação viva das forças sociais, e é assim que a enunciação, por mais insignificante que seja, constitui um produto que se renova sem cessar na síntese dialética viva entre o psiquismo e o ideológico, impregnando-se mutuamente no processo único e objetivo das relações sociais (Bakhtin, 2004).

Quando Mikhail Bakhtin (2004) afirma que todo signo é social por natureza, tanto o exterior quanto o interior, ele pretende demonstrar como as interações socioculturais constroem as enunciações e por elas são construídas em um processo ininterrupto e dialético de interação verbal e social dos locutores. Ao se compreenderem as enunciações como uma forma de materialização da consciência, infere-se que a narrativa, vista como uma forma de organizar e expor estas enunciações, ao ser constituída, passa a ter materialidade para a pessoa que a produziu. Desta forma, a narrativa apresentaria uma forte capacidade de influenciar o próprio ser que a elaborou, ao interagir, dialeticamente, com sua atividade mental. Entende-se, neste caso, que a narrativa teria o papel de estruturar e reestruturar a consciência que a pessoa tomou em relação à situação de vida ou às questões nela envolvidas, como a experiência do adoecimento passado ou presente.

Em decorrência deste papel estruturante das percepções dos narradores, a narrativa seria capaz de definir posturas e perspectivas para o que a pessoa viverá e, portanto, assume uma força social e subjetiva que dá à narrativa uma expressão ainda mais definida e mais estável.

Este papel da narratividade — de integrar o contexto de vida das pessoas e a construção de suas realidades e identidades — é compreendido, por Hydén (1997), como fruto de uma síntese de discursos políticos e morais, criados pelas pessoas para entenderem e julgarem as circunstâncias e situações em que vivem. A importância da narrativa para o indivíduo estaria, assim, nas possibilidades que ela cria de percebermos, vivenciarmos e julgarmos nossas ações e o curso de nossas vidas.

Nesta perspectiva, como aponta Geertz (1983), a narrativa não seria uma forma neutra, dissociada da história ou da linguagem, e não se limita a ser apenas uma forma de representação secundária em relação ao fato ou situação que ela representa. Uma vez constituída, ela passa a ser parte da realidade e promotora de novos contextos individuais e sociais.

Consequentemente, a importância da narrativa no mundo social advém não apenas do “que” as pessoas falam, mas também do “como” elas falam, na medida em que é por meio da narratividade que vamos conhecer, entender, mas, sobretudo, dar sentido ao próprio mundo social em que vivemos (Hydén, 1997).

Ao analisar o papel da narrativa na sociedade ocidental, no contexto de uma cultura pós-moderna, Abma (2002) considera que não estaria ocorrendo uma perda de poder das grandes narrativas (como a da ciência ou a da medicina) nas respostas às experiências cotidianas e ao adoecimento das pessoas.

Para esta autora, haveria, contudo, uma atenção maior para a perspectiva de que a realidade é produto de um processo ativo de construção de significados realizados por meio das interações sociais. Por conseguinte, o interesse na observação e análise da narrativa pessoal do adoecimento não recairia tanto sobre o produto (a ciência ou seus produtos, como a doença), mas, também, sobre o processo de sua construção.

Esta atenção maior para com as narrativas pessoais não exclui a tensão entre as grandes narrativas e as narrativas particulares ou entre os atores sociais que as representam. O poder dessas grandes narrativas agiria sobre as histórias construídas pelas pessoas — não apenas pelo uso de uma linguagem apropriada, como também pela incorporação de narrativas preexistentes (como a narrativa da medicina) — para dar sentido às percepções e aos significados que se deseja expressar.

Essas histórias pré-formadas são transmitidas culturalmente e incorporadas pelas pessoas, podendo ser usadas por elas para dar sentido e expressar suas identidades, suas vidas e as práticas que adotam. De outra forma, as narrativas pessoais, estruturadas por enunciados da ciência ou da medicina, podem correr o risco de estarem esvaziadas em sua composição das experiências individuais e das narrativas do cotidiano (Abma, 2002; Hodgkin, 1996). Apesar da forte influência de discursos estruturados e estruturantes (como o da medicina e da ciência) na formação das narrativas pessoais do adoecimento, elas, na perspectiva de quem adoecer, podem representar uma forma poderosa de expressar o sofrimento e as experiências relacionadas a ele.

Emerge, desta valorização das narrativas pessoais do adoecimento, o questionamento de como esta noção da narrativa surge e pode se desenvolver na clínica, ou como ela pode vir a ser aplicada como uma ferramenta para ampliar sua prática para além dos limites epistemológicos impostos pela racionalidade biomédica.

As estruturas constituintes da narrativa do adoecimento na clínica

Ao se falar em narrativa na clínica, dirige-se o foco para o narrador e sua ação como sujeito na construção de suas histórias em relação ao processo de adoecimento, a suas demandas e às formas que busca para compreendê-las e respondê-las. Ele, o narrador, ao ordenar e organizar sua história, faz escolhas sobre a forma de expô-la. Estas escolhas estão envoltas e orientadas pelo contexto de onde a pessoa fala e pelos objetivos que os indivíduos têm ao contarem suas histórias para um determinado auditório.

A escuta, a análise e a compreensão das narrativas não estão presas apenas ao que é contado, mas, também, a como se sentiu quem narra e como os outros se sentiram em relação a ele (Greenhalgh, Hurwitz, 2002). Ganha relevância a forma da narrativa, pois sua apresentação e organização também compreendem aspectos da autoimagem que o narrador espera transmitir aos outros e convencê-los (Hydén, 1997).

Para o ouvinte capturar e perceber os elementos surgidos a partir da vivência do adoecimento, é preciso considerar os aspectos da fala, os enredos e as atitudes das pessoas que podem melhor dizer sobre as experiências que elas estão vivenciando. Passam a ser valorizados e analisados elementos que compõem a forma e o sentido da narrativa e, conseqüentemente, a interpretação do significado do adoecer, como: a noção de tempo, a perspectiva intersubjetiva, a influência do contexto sociocultural e a relação entre gêneros narrativos e significados particulares nas falas dos pacientes.

O tempo na narrativa

Referir-se à narrativa como uma construção e constituição da realidade a partir da experiência no mundo e aplicá-la ao campo das práticas e saberes da clínica implica observar e valorizar de modo diferente a dimensão temporal das histórias, ou seja, considerá-la como uma dimensão transcendente ao mero ordenamento ou sequenciamento cronológico de fatos como os sinais e sintomas. Nesta perspectiva, Hydén (1997) compreende que o tempo na narrativa tem um papel na articulação e transformação dos sintomas e das rupturas produzidas pelo adoecimento em uma totalidade temporal e espacial, isto é, em um todo compreensível, criando o mundo do adoecimento (Hurwitz, 2000).

Para Hunter (1989), a narrativa traz a ousadia de incorporar a subjetividade e o envolvimento da noção temporal de um modo particular. Como ela ordena os eventos – subjetiva e cronologicamente –, a narrativa sustenta algumas relações causais entre os eventos, explora o caminho onde causa e efeito estão enredados e confusos com as variáveis do caráter humano e da motivação aos atores.

Por ressaltar a temporalidade na narrativa, Castiel (1999) prefere a ideia de que as pessoas (e os pacientes em particular) narram uma “*hestória*”, e não uma história, pois esta última estaria limitada (sobretudo na clínica) a relatar uma cronologia objetivante dos fatos.

A história clínica tradicional limita-se ao tempo presente, não explora as relações com o futuro ou com as interpretações do passado, procura restringir o foco da escuta aos aspectos factuais surgidos a partir da doença e seus sintomas presentes na história. Para Greenhalgh e Hurwitz (2002), a narrativa como uma unidade operativa na clínica pode ser mais profunda que a história, porque ela vai além da evidência objetiva da doença ao incorporar a experiência sobre os fatos (Verguese, 2001).

Intersubjetividade e narrativa

Mais do que ver a narrativa como uma unidade de discurso ou como uma performance virtuosa de um orador, Loewe et al. (1998) compreendem que a narrativa é mutuamente construída pelos participantes do encontro de acordo com as regras estabelecidas entre eles. Esses autores se fixam em um conceito amplo de narrativa como uma conversa interativa ou uma interação pessoal.

Este enfoque dialógico da narrativa ressalta seu caráter dinâmico e as interações que produz no narrador e no ouvinte. É através da construção do diálogo que a narrativa do paciente interage e cria novas formas e significados ao que é narrado e compreendido, gerando, a partir desta interação dos sujeitos no ato da clínica, novos fatos e novas formas de contá-los.

Em relação à produção de significados e de criação de novas realidades discursivas a partir da interação de sujeitos, Foucault (1987) compreende a existência de uma interação de formas de subjetivação, e não, simplesmente, de sujeitos. O autor identifica que o encontro de diferentes formas de subjetivação seria responsável por produzir novos objetos e novos sujeitos através dos discursos e de suas práticas discursivas.

No diálogo entre o paciente e o médico, está presente uma interação social entre estes sujeitos que estão buscando criar um enredo; sendo assim, as narrativas estão em constante mudança e sendo continuamente negociadas, dependendo das mudanças de perspectivas e de modificações que ocorrem no processo de adoecimento. Ambos (médicos e pacientes) precisam procurar um modo de entender, explicar e articular a doença a um sentido mais amplo. Nesse caso, a narrativa assume o caráter de uma contínua negociação visando à construção de um novo e diferente desfecho (Hyden, 1997).

O resultado do encontro clínico seria, portanto, o produto da narrativa de médicos e de pacientes e da interação desses sujeitos. Esta influência mútua produz novas realidades por meio de uma construção compartilhada. Este enfoque dialógico do ato clínico se aproxima da intenção proposta por Ayres (2001), de elevar a condição do sujeito não a uma individualidade objetivada produtora de ações, mas considerá-lo como um ser em processo contínuo de construção de sua identidade a partir das relações que desenvolve com o outro.

Mas este sujeito, seu processo de adoecimento e sua narrativa, assim como seus interlocutores, não estão nas nuvens, isolados do mundo em que vivem. A singularidade ou individualidade do significado da narrativa do adoecimento está inserida e é constituída em relação a um contexto social e cultural que ambos, pacientes e médicos (alternando papéis de narradores e ouvintes), compartilham com os objetivos que ambos trazem e os dirigem no encontro clínico.

Narrativa em seu meio sociocultural

A personalidade da narrativa é mediada e está envolvida por um contexto, isto é, os símbolos que interagem a partir do meio sociocultural — e se exteriorizam na narrativa — não são apenas meras expressões, instrumentos ou coisas correlatas de uma existência biológica, psicológica e social; eles são os pré-requisitos da narrativa pessoal (Donald, 2002; Hunter, 1996a; Geertz, 1983).

Em outras palavras, não é apenas a narrativa que faz a mediação, expressa e define a cultura, mas também a cultura define a narrativa. Isso torna ainda mais difícil definir a narrativa como tal, isolada dos contextos de discurso nos quais ela é inserida por diversas convenções culturais (Brockmeier, Harré, 2003).

Para Bakhtin (2004), cada estória e cada palavra são polifônicas, e seus significados são determinados por incontáveis contextos em que elas foram previamente utilizadas. O discurso está, portanto, envolto em uma dialogia onde cada palavra, enunciado ou narrativa carregariam consigo os traços de todos os sujeitos, possíveis e reais, que já empregaram tal palavra, enunciado ou narrativa.

É pertinente considerar que é a partir dos contextos onde as pessoas estão inseridas que são constituídas suas representações sobre a saúde e a doença. Para Herzlich (2005), entretanto, a dinâmica entre as representações sociais e as condutas individuais não pode ser entendida como um processo de determinação ou causalidade entre essas dimensões. Ao negar esta percepção mecanicista, a autora propõe que a representação social não seja vista como um simples reflexo do real, mas como uma construção que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele (Herzlich, 2005). Assim, o papel das representações sociais no processo de adoecer seria o de poder evidenciar os códigos a partir dos quais se elaboram significações ligadas às condutas individuais; as representações ajudariam a compreender como se formam e se constituem os focos das condutas múltiplas e complexas adotadas pelos indivíduos (Herzlich, 2005).

Spink (1999) considera que, apesar de qualquer fenômeno social poder ser visto à luz de suas regularidades, se procurarmos entender os sentidos que algo (como uma doença) assume no cotidiano das pessoas, precisaremos focalizar para além da linguagem social, isto é, identificar a linguagem em uso, ou seja, observar a não-regularidade e a polissemia (diversidade de significados) das práticas discursivas.

Na discussão sobre as representações de caráter coletivo e os significados assumidos pelos indivíduos, Brockmeier e Harré (2003) reconhecem, na narrativa, um repertório especial de instruções e normas sobre o que deve e o que não deve ser feito na vida e que, no plano individual, a narrativa deve ser integrada a um padrão generalizado e culturalmente estabelecido.

O padrão cultural pode ser percebido, nos enunciados apresentados pelos falantes, por meio da linguagem por eles usada e na bagagem de enunciações construídas social e temporalmente, assim como por intermédio dos posicionamentos assumidos em relação ao próprio enunciado. Desenvolver a compreensão da narrativa pessoal no nível da produção de sentidos implicaria, além de contextualizá-la culturalmente, observar a linha da história que lhe dá significado (Spink, 1999).

As narrativas, contudo, ao se formarem, não deixam claro o caminho percorrido; reconhecem-se apenas as imagens que foram criadas e elas passam a ser consideradas como uma imagem real. Uma vez produzidas, as narrativas ganham materialidade, permitem a criação de novas realidades, novas estórias para viver e novas categorias normativas, mesmo quando não é perceptível o caminho percorrido na formulação destes atos criativos (Donald, 2002). Cabe a quem as escuta, analisa e com elas interage dialogicamente, articular narrativas gerais e particulares, a partir de sentidos localizados em vozes singulares (Brockmeier, Harré, 2003).

O caminho e o contexto da criação das narrativas não podem, portanto, ser considerados unicamente como uma invenção pessoal ou individual, nem tampouco representam uma simples descrição objetiva das coisas tal como ocorreram ou refletem uma tradução literal dos aspectos sociais e culturais em que os sujeitos e suas narrativas estão envolvidos.

Esta relação entre o contexto das narrativas e suas expressões (seus textos particulares) se torna relevante quando se pensa a escuta médica das narrativas individuais. Ao procurar compreender e interpretar as narrativas dos pacientes sobre o adoecimento, o médico se defronta com um caleidoscópio, em que várias imagens se formam e se desfazem a partir das relações estabelecidas entre elementos como: as representações sociais do adoecer, os cenários de atenção, as situações nas quais as pessoas buscam o cuidado, as relações estabelecidas entre discursos técnico-políticos organizados (como o da ciência, da medicina, da cultura de medicalização da vida social, das tecnologias médicas, das propagandas etc.) e as falas individuais expressas pelos pacientes nos encontros clínicos.

Observar as imagens produzidas pelas narrativas pessoais e interpretá-las é, e continuará sendo, um desafio conceitual e prático para se exercer uma clínica que busca se aproximar, interpretar e intervir nas situações de sofrimento.

A narrativa rompendo as limitações da racionalidade biomédica na clínica

Ao propor uma maior penetração das ciências sociais na prática clínica, Kleinman e Eisenberg (1980) justificam que as variáveis psicossociais influenciam não apenas o social e os significados pessoais do adoecimento, mas, também, o risco de adoecer, a natureza da resposta terapêutica e seu prognóstico. Para esses autores, a questão não seria a diminuição do papel das ciências biomédicas, mas a suplementação da medicina com a aplicação dos saberes das ciências sociais com o objetivo de permitir maior compreensão do adoecimento e maior capacidade de cuidar.

A atenção exclusiva ao fisiológico no campo da clínica biomédica tradicional teria levado a um empobrecimento da função cuidadora da medicina (Camargo Jr., 2003b). Esta seria uma consequência que justificaria uma reconceitualização fundamental das relações entre o ordenamento das palavras das coisas médicas como base para a reformulação da teoria biomédica e da racionalidade clínica (Good, Good, 1980).

Os impasses epistemológicos e práticos decorrentes de um emprego estreito do modelo biomédico na prática clínica justificariam a introdução de reflexões oriundas da antropologia e da sociologia na racionalidade clínica (Good, Good, 1980). A incorporação destes saberes não-biomédicos, como através da valorização da narrativa, abriria novas perspectivas para a clínica, na medida em que transcenderia os limites impostos pela racionalidade clínica biomédica que interpreta sintomas apenas como manifestações de uma realidade biológica (Camargo Jr., 2003a).

Em relação ao desenvolvimento da narrativa como uma ferramenta conceitual para a medicina, Hunter (1996a, 1996b) ressalta sua importância em incorporar e ordenar os eventos, subjetiva e cronologicamente, na medida em que produz um enredo que integra a causa e o efeito do adoecimento com as variáveis do caráter humano e da motivação pessoal. Já Kleinman (1988) valoriza a narrativa como uma ferramenta de análise para a clínica, considerando sua capacidade de facilitar a identificação de como os pacientes dão forma e voz a seus sofrimentos de modo diferente de como a biomedicina os representa.

A partir da metade da década de 1990, surgiram publicações que abordaram a narrativa na medicina tendo como objetivo fazer um contraponto em relação à avalanche provocada pela Medicina Baseada na Evidência (MBE) no direcionamento da prática clínica. Esses trabalhos se organizaram sob a sigla da Medicina Baseada na Narrativa (MBN) e tiveram, como fundamentação teórica e conceitual, os enfoques sobre a narrativa produzidos pela literatura de ciências sociais.

A MBN surge, assim, no bojo da discussão sobre formas de melhorar o cuidado e ampliar as concepções ideológicas dos médicos generalistas, propondo o rompimento com a estreiteza conceitual e metodológica presente na prática da medicina científica, e em sua imagem mais contemporânea, a MBE (Bury, 2001).

Greenhalgh (2002) justifica a MBN e o enfoque que ela traz, argumentando que a genuína prática clínica baseada na evidência pressupõe – e é precedida por – um paradigma interpretativo cujas bases são a experiência do paciente sobre o adoecimento e o encontro clínico. Essa pesquisadora enfatiza que não pretende negar a epidemiologia clínica, mas vislumbra a possibilidade de complementar o escopo da MBE com maior competência clínica, capaz de perceber a narrativa e as dimensões subjetivas e socioculturais do adoecimento.

Apesar da percepção de que a narrativa possa contribuir para a prática clínica – ao criar condições que facilitarão ao médico compreender o significado e fazer um julgamento mais ampliado das circunstâncias e situações de adoecimento das pessoas (Hyden, 1997) – ainda não está claro, nas discussões sobre o tema, o modo como operar esta integração entre a narrativa do adoecimento, a clínica, a tecnociência e os contextos e modelos assistenciais.

Alguns autores procuram demonstrar as possibilidades desta integração, construindo uma argumentação com base em casos e suas experiências clínicas, discutindo e demonstrando, por meio delas, a capacidade interpretativa e terapêutica do uso da narrativa como uma ferramenta na clínica (Donald, 2002; Charon, 2001; Greenhough, Hurwitz, 2002; Hurwitz, 2000; Hunter, 1996a; 1996b). Esta abordagem, centrada na singularidade dos casos e em suas interpretações, encontra limites na organização de enredos e saberes mais generalizantes, capazes de promover maior reprodutibilidade na prática clínica (Favoreto, 2006).

Perspectivas da narrativa na valorização da dialogia e da hermenêutica na clínica

Para Bury (2001), as narrativas pessoais podem ser capazes de expressar o diálogo, a integração entre dimensões discursivas diferentes, como a técnico-científica, e o senso prático, ou entre enredos gerais (como o da ciência e a medicina) e singulares.

Em uma perspectiva construtivista do encontro clínico, é possível apontar na direção desta integração, de forma que transcenda a presença isolada dos elementos que constituem estas aparentes dualidades. Representaria, assim, o resultado da dimensão relacional das situações de adoecimento, isto é, de interação entre o adoecimento, a doença e as contingências do cotidiano.

Este produto da interação das diversas dimensões e discursos envolvidos no contexto do encontro clínico é capaz de embaçar as fronteiras entre o modo de pensar leigo e profissional ou a percepção de onde cada um começa ou termina. Portanto, é possível pensar a possibilidade de integração entre estas diferentes dimensões e gêneros narrativos (o generalizante e o singular), a partir da exploração do próprio caráter relacional no qual a clínica se realiza como uma prática e um saber.

O aprofundamento do caráter relacional do encontro clínico pode trazer uma perspectiva de complementaridade e integração entre o discurso técnico biomédico e a dimensão prática, advinda da sabedoria de pacientes e médicos e constituída a partir de suas experiências anteriores e dos sentidos assumidos em cada situação.

A possibilidade de diálogo acima referida não implica preestabelecer uma simetria entre os sujeitos, suas narrativas e intenções na relação médico-paciente (Camargo Jr., 2004). Também não pressupõe uma determinação direta de causalidade entre as disposições prévias ao encontro e o estabelecimento do diálogo, da negociação, ou melhor, na possibilidade de compartilhamento dos significados dos fatos e sentimentos que compõem os enunciados nas narrativas desses sujeitos.

Esta assimetria e o papel social e cultural ocupado pelo médico no processo terapêutico tornam-no responsável por facilitar a criação do diálogo e abrir canais de participação para que o paciente possa se expressar e refletir sobre suas narrativas pessoais relacionadas ao adoecer. Para o médico se tornar promotor e dinamizador desse diálogo, é preciso valorizar e instrumentalizar sua escuta, seus repertórios e sua capacidade interpretativa. Os elementos que constituem o universo interpretativo do clínico necessitam ser ampliados, de modo a capacitá-lo a reconhecer os contextos narrativos onde as falas, sentidos e as demandas dos pacientes se inserem, tornando possível uma percepção e uma interpretação dos casos que transcendam o repertório biomédico ou a pura e simples coleta de dados sobre a doença.

Para realizar este movimento dialógico e semiótico, o profissional deve reconhecer e incorporar, ao seu universo interpretativo, questões como: as repercussões sociais e econômicas da doença sobre o indivíduo e sua coletividade; as expressões de culpa, o preconceito ou o risco existentes em algumas situações de adoecimento ou em algumas doenças; os sentimentos, construídos social e psicologicamente, como a perda de identidade ou de ruptura ocorrida no curso da vida por conta do adoecimento, entre outros aspectos que estão envolvidos na construção das demandas e nas expectativas de cuidado.

A compreensão destes possíveis enredos formados pelo adoecimento e as interações subjetivas, sociais, econômicas e culturais do indivíduo adoecido pode constituir enunciados facilitadores da abordagem dos pacientes, do estabelecimento do diálogo e da compreensão do significado das demandas (Reinsfeld, Wilson, 2004; Mabec, Olsen, 1997). Esta trajetória semiótica pode contribuir, por sua vez, para a construção e negociação de estratégias terapêuticas dirigidas à recuperação e restauração da autonomia perdida com as rupturas provocadas pelo adoecimento no curso da vida.

A ampliação do repertório interpretativo na clínica facilita a compreensão das narrativas pessoais, pois promove melhor percepção e entendimento sobre quais são o arranjo, a cronologia, a hierarquia e o sentido que o adoecer assume em cada caso (Charon, 2004; Poindexter, 2004). Por outro lado, esta competência dialógica e interpretativa precisa compreender um movimento de autoavaliação dos contextos e valores que influenciam e organizam a escuta e a narrativa do próprio médico (Favoreto, 2007).

Na perspectiva apontada, a ampliação do escopo da clínica na APS compreende o desenvolvimento, pelos profissionais, de competências dialógicas e interpretativas que os tornem capazes de lidar, de modo integrador e dialético, com os vários enunciados presentes no encontro clínico (Favoreto, 2007).

Considerações finais

Esta análise considerou que a estratégia de aumentar a qualidade e a resolutividade da clínica, em especial daquela desenvolvida na atenção primária à saúde, seria beneficiada por uma ampliação da dimensão dialógica e hermenêutica dos profissionais de saúde. Tendo em mente este ponto de partida, discutiu-se a potencialidade do uso da narrativa como uma ferramenta reflexiva e operativa no desenvolvimento de novos saberes e práticas ligadas ao cotidiano dos encontros clínicos.

A valorização e o manejo da narrativa pessoal do adoecimento são apresentados como elementos centrais na ampliação e facilitação da semiótica e terapêutica de uma clínica voltada para a integralidade do cuidado em saúde. Identifica-se sua importância na abordagem das situações de adoecimento, como modo de integrar os contextos socioculturais com os significados singulares e com a maneira como as pessoas expressam seus sofrimentos e organizam suas demandas.

Deste modo, os aspectos socioculturais e subjetivos que compõem o adoecer passam a compor a clínica e não persistem como elementos externos, como parentes distantes da necessidade de qualificar e tornar mais próxima e efetiva a relação de médicos e pacientes no encontro clínico.

A abordagem da narrativa é trazida para a clínica como uma ferramenta que pode facilitar a percepção e a interpretação do significado do processo de adoecimento, como um modo de o profissional de saúde incorporar novos enunciados ao seu repertório interpretativo e, assim, ampliar a dimensão dialógica, hermenêutica e integral do saber e da prática clínica.

Identifica-se que a abertura destas novas possibilidades dialógicas e hermenêuticas pode representar avanços para a clínica na APS, na realização de práticas mais integrais e cuidados mais efetivos. Mesmo em cenários de práticas ou modalidades assistenciais mais amigáveis à noção da integralidade, como no caso do Programa Saúde da Família ou da Medicina de Família, estes novos saberes e práticas se tornam relevantes para a superação dos impasses epistemológicos produzidos pela biomedicina ou por propostas de dimensão totalizante e holística, que se transformam em soluções intangíveis e pouco relacionadas com o cotidiano e a cultura dos sujeitos envolvidos na clínica da APS.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- ABMA, T.A. Emerging narrative forms of knowledge representation in the health sciences: two texts in a postmodern context. **Qual. Health Res.**, v.12, n.1, p.5-27, 2002.
- AYRES, J.R.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.16, n.3, p.525-35, 2003.
- BURY, M. Illness narrative: fact or fiction? **Sociol. Health Illness**, v.23, n.3, p.263-85, 2001.
- CAMARGO JR., K.R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.157-70.
- _____. **Biomedicina, saber & crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003a.
- _____. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2003b. p.35-41.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidea**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CASTIEL, L.D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Fiocruz, 1999.
- CHARON, R. Narrative and medicine [perspective]. **New Engl. J. Med.**, v.350, n.9, p.862-4, 2004.
- _____. Narrative medicine: form, function, and ethics. **Ann. Int. Med.**, v.134, n.1, p.83-7, 2001.
- DONALD, A. The words we live in. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. (Orgs.). **Narrative based medicine**. 3.ed. Londres: BMJ Books, 2002. p.17-28.
- FAVORETO, C.A.O. **A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária**: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.
- _____. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Abrasco, 2006. p.185-204.
- _____. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.205-20.
- _____. **Saúde da família**: do discurso e das práticas. 2002. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2002.
- FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JR., K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, v.2, n.1, p.59-77, 2002.
- FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- GOOD, B.J.; GOOD, M.J.D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutics model for clinical practice. In: KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. (Orgs.). **The relevance of social science for Medicine**. London: D Reidel Publishing Company, 1980. p.165-96.
- GREENHALGH, T. Narrative based medicine in a evidence based world. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. (Orgs.). **Narrative based Medicine**. 3.ed. Londres: BMJ Books, 2002. p.247-65.
- GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Why study narrative. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. (Orgs.) **Narrative based Medicine**. 3.ed. Londres: BMJ Books, 2002. p.3-17.

- GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Narrative based medicine: narrative based medicine in a evidence based world. **Br. Med. J.**, v.318, n.30, p.323-5, 1999.
- HERZLICH, C.A. Problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, v.15, supl., p.57-70, 2005.
- HODGKIN, P. Medicine, postmodernism, and the end of certainty. **Brit. Med. J.**, v.313, n.7072, p.1568-9, 1996.
- HUNTER, K.M.A. Science of individuals: medicine and casuistry. **J. Med. Philos.**, v.14, n.2, p.193-212, 1989.
- HUNTER, K.M.A. Narrative: literature and the clinical exercise of practical reason. **J. Med. Philos.**, v.21, n.3, p.303-20, 1996a.
- _____. Don't think Zebras: uncertainty, interpretation, and the place of paradox in clinical Medicine. **Theor. Med.**, v.17, n.3, p.225-45, 1996b.
- HURWITZ, B. Narrative and the practice of medicine. **Lancet**, v.356, n.9247, p.2086-9, 2000.
- HYDÉN, L.C. Illness and narrative. **Sociol. Health Illness**, v.19, n.1, p.48-69, 1997.
- KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. **The relevance of Social Science for Medicine**. London: D Reidel Publishing Company, 1980.
- LOEWE, R. et al. Doctor talk and diabetes: towards an analysis of the clinical construction of chronic illness. **Soc. Sci. Med.**, v.47, n.9, p.1267-76, 1998.
- MABECK, C.E.; OLESEN, F. Metaphorically transmitted diseases: how do patients embody medical explanations. **Fam. Pract.**, v.14, n.4, p.271-8, 1997.
- POINDEXTER, C.C. Medical profiling: narratives of privilege, prejudice, and HIV stigma. **Qual. Health Res.**, v.14, n.4, p.496-512, 2004.
- REISFIELD, G.M.; WILSON, G.R. Use of metaphor in the discourse on cancer. **J. Clin. Oncol.**, v.22, n.19, p.4024-7, 2004.
- SPINK, M.J.P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.
- VERGHESE, A. The physician as storyteller. **Ann. Int. Med.**, v.135, n.11, p.1012-7, 2001.

FAVORETO, C.A.O.; JR, K.R.C. La narrativa como herramienta para el desarrollo de la práctica clínica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011.

El artículo reflexiona sobre la posibilidad de que la incorporación de la narrativa conceptual y operacional puede aportar a la expansión del conocimiento y la práctica clínica en atención primaria a la salud. Parte de un análisis del significado de este concepto se originó en las ciencias sociales para debatir su aplicación en la medicina. En este sentido, la narración se presenta como una estrategia para estudiar y proponer formas de integrar las diferentes dimensiones, los conocimientos, los contextos, los deseos, necesidades y demandas presentes en el acto clínico.

Palavras chave: Narrativa de medicina. Competencia clínica. Atención primaria de salud. Relación médico-paciente.

Recebido em 14/04/2009. Aprovado em 14/10/2010.

