

Medicina Narrativa como atividade curricular: experiências e esperanças

Narrative Medicine as a curricular activity: experiences and hopes

Ricardo Teodoro Ricci 

Sociedad Argentina de Medicina Narrativa (Buenos Aires), Argentina. riccirt@fm.unt.edu.ar

“Com maior ou menor habilidade, elaboramos ficções não para que o falso pareça verdadeiro, mas para contar as verdades mais inefáveis com a máxima fidelidade por meio da ficção.”

Ferrante E.¹

RESUMO | INTRODUÇÃO: Experiências em nosso país com a Medicina Narrativa (MN) como atividade curricular ainda são bastante escassas. Embora tenhamos mais de uma década de experiência em atividades tangencialmente relacionadas a instituições de ensino, estas não foram consideradas curriculares, nem mesmo eletivas, durante a fase formativa da formação médica. Em Tucumán, Argentina, por sua vez, começamos há dois anos a oferecer workshops extracurriculares na Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Esses esforços levaram à criação da disciplina "Medicina Narrativa" na Universidad San Pablo T, oferecida aos alunos do primeiro e terceiro anos como parte integrante do currículo.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Narrativa. Currículo. Educação Médica.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Experiences in our country regarding Narrative Medicine (NM) as a curricular activity are still quite scarce. While we do have over a decade of background in activities tangentially related to educational institutions, these have not been considered curricular, nor even elective, during the formative stage of medical training. In Tucumán, Argentina, for our part, we began two years ago to offer extracurricular workshops at the Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). These efforts led to the creation of the subject "Narrative Medicine" at Universidad San Pablo T, offered to first and third-year students as an integral part of the curriculum.

KEYWORDS: Narrative Medicine. Curriculum. Medical Education.

1. Introdução/o problema

Este trabalho tem origem na palestra proferida no CAEM (Congresso Anual de Educação Médica) 2024 (Buenos Aires, 26 de setembro de 2024).

As experiências em nosso país com a Medicina Narrativa (MN) como atividade curricular ainda são bastante escassas. Embora tenhamos mais de uma década de antecedentes em atividades tangencialmente relacionadas a instituições de ensino, estas não foram consideradas curriculares, nem mesmo optativas, durante a etapa formativa da educação médica. Em Tucumán, Argentina, há dois anos passamos a oferecer oficinas extracurriculares na Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Esses esforços levaram à criação da disciplina "Medicina Narrativa" na Universidad San Pablo T, oferecida a estudantes do primeiro e do terceiro anos como parte integrante do currículo. Juntamente com a Dra. Paula Amaya, responsável pela disciplina, consideramos este desenvolvimento significativo e digno de celebração. Ao longo de 2024, a disciplina foi ministrada regularmente, recebendo avaliações altamente positivas dos estudantes, em consonância com experiências internacionais semelhantes.

No contexto da prática clínica, o desenvolvimento da MN tem sido muito mais robusto e consistente. Oficinas foram realizadas com profissionais da saúde em vários centros de saúde da Cidade de Buenos Aires e sua área metropolitana. O Hospital Italiano de Buenos Aires, provavelmente o pioneiro dessas iniciativas, já realizou sete Jornadas de Medicina Narrativa. Há dois anos, foi fundada a Sociedad Argentina de Medicina Narrativa, que cresceu exponencialmente, oferecendo cursos, oficinas e um congresso de grande porte em 2023. Mais recentemente, a Sociedade lançou seu projeto mais ambicioso até agora — um Programa de

Diploma em Medicina Narrativa, destinado à formação de facilitadores, coordenadores de oficinas e líderes de atividades. O programa matriculou 25 profissionais, incluindo participantes de províncias argentinas e do exterior. Temos grande esperança de que este projeto promissor seja bem-sucedido; sua conclusão está prevista para meados de 2025.

Estamos conscientes de que o interesse pela Medicina Narrativa está atualmente em forte ascensão. É hora de promover com seriedade e vigor espaços curriculares nas faculdades de medicina de todo o país.

Em uma nota pessoal, posso dizer que realizei o sonho de construir uma ponte efetiva entre o modelo médico científico-técnico dominante e a medicina humanística. Profissionais e pacientes demandam, cada vez mais, resultados concretos no processo de humanização da prática médica. É essencial dar passos sólidos nessa direção.

Há alguns anos, em nossa prática docente, chegamos à conclusão de que, se as humanidades médicas não forem ensinadas junto com as disciplinas clínicas — se forem relegadas à periferia do currículo —, a tão desejada e frequentemente invocada humanização da prática médica se torna uma missão impossível. Essa é a razão do meu entusiasmo pela Medicina Narrativa.

Como apresentação preliminar, podemos dizer o seguinte: Medicina Narrativa é a prática das profissões da saúde por profissionais dotados de habilidades e competências narrativas, incluindo a escuta atenta e ativa, a interpretação do significado das histórias, a gestão das narrativas de pacientes e colegas, a capacidade de processar o impacto emocional e afetivo dessas histórias e a capacidade de atuar em contextos relacionais complexos que envolvem pacientes, suas famílias, colegas de trabalho e eles próprios.

2. Medicina Narrativa na educação: a intervenção e os resultados

Esta introdução nos leva naturalmente a reconhecer que o ensino da Medicina Narrativa apresenta pelo menos dois cenários distintos, cada um exigindo abordagens e estratégias ligeiramente diferentes:

Cenário 1: Medicina Narrativa durante a fase formativa dos profissionais de saúde.

Cenário 2: Medicina Narrativa durante a fase prática do exercício profissional em saúde.

São dois contextos claramente diferentes, cada qual demandando propostas educacionais adaptadas. Dada a natureza desta apresentação, nossa ênfase recairá sobre o primeiro cenário — a educação — sem deixar de considerar o segundo.

Vale recordar brevemente a definição de Medicina Narrativa proposta por Rita Charon², da Universidade Columbia, Nova York:

"Medicina Narrativa é a medicina clínica praticada por médicos que possuem competência narrativa."

Esta é uma definição bastante concisa, que merece desenvolvimento e esclarecimento detalhado, dependendo de qual aspecto da Medicina Narrativa se deseja explorar. Ainda assim, mesmo essa formulação básica nos permite inferir alguns conceitos fundamentais.

Afirma que se trata de uma forma de medicina clínica, preservando os valores da medicina clássica. Não rejeita, mas confirma a importância das evidências e dos fundamentos da medicina moderna. Apresenta-se como uma reafirmação da medicina acadêmica e como uma proposta coerente de cooperação e complementaridade centrada no valor humano das histórias.

A MN pode ser praticada pelos profissionais de saúde tal como os conhecemos, desde que tenham

sido formados em competências narrativas e as incorporem — fazendo-as suas — tanto na vida pessoal quanto na atuação profissional.

A complementaridade com a medicina clínica reside no fato de que os profissionais devem ser treinados em habilidades narrativas específicas, que podem ser listadas inicialmente como:

1. Escuta atenta e ativa;
2. Interpretação das histórias;
3. Criação de uma conexão efetiva e afetiva com o paciente (princípio aplicável a todas as interações humanas).

Assim, chegamos aos três pilares fundamentais da Medicina Narrativa: atenção – representação – afiliação³.

2.1. Atenção

Este conceito refere-se a um olhar focado, justo e compassivo dirigido à realidade individual. É um olhar que nada presume, sendo fruto de uma disciplina cujo pré-requisito é o abandono de generalizações, julgamentos prévios e da pretensão de universalidade — a crença de que todos os casos de um mesmo tipo são iguais e devem ser resolvidos da mesma forma.

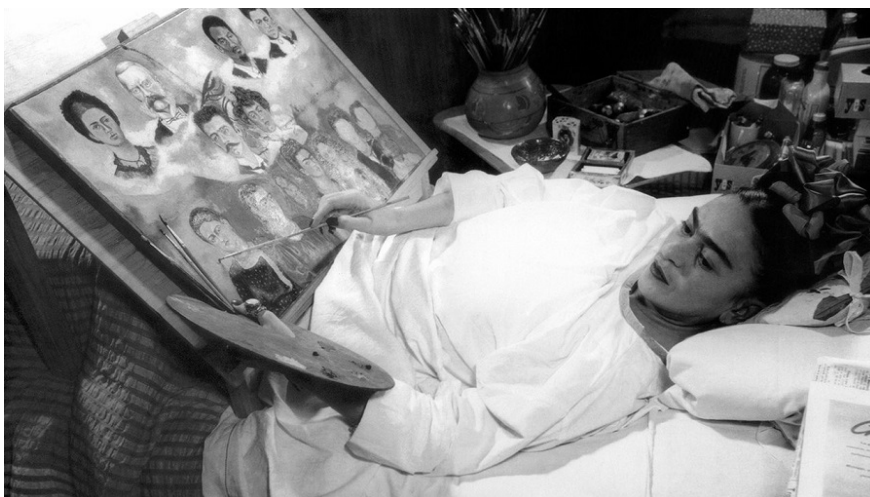
A escuta atenta desenvolve a capacidade de:

- 1) Formular perguntas que aprofundem o entendimento mútuo no encontro clínico;
- 2) Criar um espaço onde as narrativas possam se desenrolar.

Encorajar perguntas de seguimento e reformulações alternativas da narrativa, permitindo que todos reconsiderem a história sob nova luz.

Exemplo de exercício para pequeno grupo de estudantes:

Figura 1. Foto de Frida Kahlo pintando “Retrato de la Familia de Frida”



Fonte: Juan Guzmán (1950-51)¹

Figura 2. A Coluna Partida



Fonte: Frida Kahlo (1944)²

¹Disponível em: <https://www.alejandradeargos.com/index.php/es/completas/32-artistas/41816-frida-kahlo-biografia-obras-y-exposiciones>

²Disponível em: <https://www.nationalgeographicla.com/photography/2019/01/frida-kahlo-una-vida-desplegada-en-obras?image=09-frida-kahlo-difficult-women>

O que Frida Kahlo parece comunicar sobre sua doença nesta obra? Observe o conjunto e os detalhes por dois ou três minutos e, em seguida, compartilhe suas impressões se desejar.

Quais são suas impressões e sentimentos diante deste trecho de *Días sin hambre*, no qual Delphine de Vigan⁴ narra sua experiência com a anorexia?

“Anoréxica. [...] Aparentemente, dez por cento delas morrem. Talvez por negligência. Sem perceber. Pela solidão, certamente.

Às vezes ela pensa nisso. Não poderia continuar assim, especialmente por causa do frio, e também do cansaço. Está exausta. Agora sabe que não se pode viver com aquele peso.

Ela cedeu alguns quilos para evitar o perigo, para sobreviver, acima de tudo. Mas não se entregou. Não quer perder o controle. A vida anterior é apenas uma memória anestesiada, e a vida futura sussurra como uma promessa impossível. Ela não quer se recuperar, porque só sabe existir através dessa doença que a escolheu, aquela de que falam nos jornais e conferências — uma busca cega e sombria que compartilha com outros, cúmplices anônimos e hesitantes em um crime silencioso contra si mesmas. Vai levar tempo para ela entender por que chegou a esse ponto. Por enquanto, recuou para aquele buraco negro no estômago, que a atrai de dentro para fora. O corpo assumiu o controle — diminuto, reduzido como uma pele encolhida, negado até em sua existência, agora ocupando o centro do palco — ela não deixou de notar o paradoxo — sem fôlego, rebelando-se contra o abuso que sofreu por semanas, resistindo. E ela, totalmente concentrada nessa dilatação, não sente mais, não pensa mais; sua alma parou de sofrer.”

Estímulos como esses podem iniciar sessões nas quais estudantes e profissionais refletem sobre as implicações fenomenológicas do sofrimento humano. Trata-se de passar da dor descrita em termos clínicos, como na fibromialgia ou no câncer, para a dor expressa em primeira pessoa.

Nestes exemplos, juntamente com suas respectivas histórias, estudantes ou moradores têm acesso direto ao testemunho do sofrimento de um ser humano. Ao ouvir essas histórias (mesmo as fictícias), as mesmas áreas do cérebro envolvidas no processamento de eventos da vida real são ativadas.

2.2. Representação

Este componente está diretamente ligado à interpretação das histórias e aos processos internos que elas despertam nos profissionais que escutaram atentamente. Representar significa registrar, após o encontro, os aspectos mais marcantes do que foi ouvido: cadências, metáforas, expressões, gestos, ênfases vocais e detalhes narrativos.

Embora tradicionalmente o conceito de representação esteja associado à escrita, não é incomum que o profissional relembre as consultas do dia e que novos entendimentos surjam, mesmo sem registro escrito. Esse processo reforça a percepção do sofrimento do outro e a conecta à autoconsciência do estudante ou profissional de saúde — um impacto que pode alcançar sua identidade profissional.

Exemplo:

Como ressoaria a seguinte história para um estudante de medicina? Qual seria sua interpretação e que efeito pessoal isso teria? Trata-se de um trecho de *O escafandro e a borboleta*, escrito de forma extraordinária por Jean-Dominique Bauby⁵, vítima da Síndrome do Encarceramento.

“A segunda vez que fui a Paris, quatro meses depois, eu já estava quase indiferente. A rua vestia suas roupas de julho, mas, para mim, ainda era inverno, e a paisagem do lado de fora da janela da ambulância era um cenário projetado numa tela. No cinema, chamam isso de ‘transparência’: o carro do protagonista corre por uma estrada que, na verdade, atravessa a parede de um estúdio. Os filmes de Hitchcock devem muito de sua poesia a esse recurso, na época em que ainda era imperfeito. (...) árvores atacando as fachadas e um pouco de algodão no céu azul. Nada faltava — exceto eu. Eu estava em outro lugar.”

Após a leitura, em um pequeno grupo com acor-
do de confidencialidade explícito, os participantes
podem compartilhar emoções, sensações, memó-
rias e reflexões. Também podem ser incentivados
a escrever anotações pessoais em um “prontuário
médico paralelo” (sobre a história de Bauby, nesse
caso), registrando tudo o que não cabe no prontuá-
rio convencional.

É aconselhável romper com os hábitos da formação
anterior e ensinar aos alunos que um dia eles de-
vem parar e escrever suas histórias. Se caírem na
armadilha de ignorar o que não se encaixa na narra-
tiva médica convencional, isso se acumulará dentro
deles e poderá levá-los à loucura. Isso os afastará
de seus pacientes — e de si mesmos. A alienação
começa quando a vida profissional começa a se as-
semelhar à descrição de Hamlet: “cansativa, estag-
nada, monótona e improdutiva” ou, em termos mais
modernos, exaustiva.

2.3. Afiliação

A atenção e a representação adequadas levam ao
fortalecimento do vínculo afetivo entre médico e
paciente, expresso como afiliação. Embora o termo
“afiliação” não seja comum no vocabulário clínico,
ele é adequado aqui se recordarmos o ato de fi-
liar-se a um grupo: tornar-se parte de algo. Neste
contexto, significa formar uma aliança única com o
paciente e com seus familiares.

A afiliação também implica aproximar profissionais
entre si e contribuir para a construção e consolida-
ção de equipes de trabalho saudáveis, nas quais
se valorizem as qualidades de cada membro. Essa
aliança favorece o empoderamento do paciente,
facilitando o acesso à informação e incentivando a
tomada de decisões conjunta.

Exemplo:

O vínculo ou aliança entre o proeminente juiz Ivan
Ilitch e seu servo Gerasim — o único que realmente

se importa com ele, já que não tem “conflito de in-
teresses”. Encarregado de ajudar Ivan com suas
funções corporais e confortá-lo à noite, Gerasim vê
seu papel como oferecer ajuda a um moribundo. Em
contraste, Praskovya e Lisa, em virtude de sua natu-
reza egoísta, só podem agravar a condição de Ivan.
Gerasim consola e cura o moribundo⁶.

*Ivan Ilyich: “Ah! Ah! De novo, de novo, e não há nada a
fazer, a não ser descansar e morrer.”*

*Gerasim (segurando as pernas de Ivan Ilyich para
aliviar sua dor): “Não se preocupe, senhor. Por que eu
não ajudaria você? O senhor está doente, e é nosso
dever — o dever dos saudáveis — ajudar.”*

Ivan Ilyich: “Isso te enoja? É um fardo?”

*Gerasim (naturalmente): “De jeito nenhum, senhor. Está
tudo bem. Deus nos fez a todos, e devemos ajudar uns
aos outros.”*

*Ivan Ilyich (surpreso com a sinceridade e bondade de
Gerasim): “Isso não te cansa? Não te desgasta?”*

*Gerasim (com um sorriso): “Não, senhor. É melhor para
o senhor, e não me incomoda nem um pouco. O senhor
está doente, e isso não é nada para mim.”*

Na graduação, textos literários são utilizados para
treinar os estudantes na tríade atenção – represen-
tação – afiliação. Essas atividades se baseiam na
leitura e reflexão subsequente, sem ainda envolver
histórias reais de pacientes. Depois de concluído
esse exercício de internalização, os estudantes são
incentivados a compartilhar suas percepções den-
tro de um quadro de regras simples e explícitas:
confidencialidade absoluta sobre o que é compar-
tilhado; reconhecimento de que ninguém detém
“a verdade” sobre as contribuições dos outros.
Essa abordagem favorece a ampla participação.
Como já demonstrado, os estímulos para reflexão
e debate podem vir não apenas de textos, mas tam-
bém de fotografias, pinturas, filmes ou outras ex-
pressões do espírito humano.

Passagens exemplares encontram-se em Crime e Castigo, de Dostoiévski⁷, onde Raskólnikov é atormentado pela culpa após cometer um crime horrendo, manifestando um caso clássico de somatização:

“A febre só havia aumentado, e ele estava tão fraco que mal podia se manter de pé. Sua doença física coincidia com sua angústia moral, exacerbando o sofrimento. Sentia que tudo dentro dele clamava por confessar, expiar, libertar-se do fardo que o destruía.”

“A febre continuava a subir, e em seu delírio ele via imagens do crime e o rosto da velha penhorista olhando para ele. A ideia da confissão começou a tomar forma — não como um ato de coragem, mas como uma necessidade para salvar-se da loucura que se aproximava.”

Como dizia minha avó: “Para mostra basta um botão”. Isso se aplica a muitos assuntos, inclusive ao que discutimos aqui. Ainda assim, acredito que muito mais poderia ser dito para oferecer um panorama completo da Medicina Narrativa e de sua incorporação aos currículos acadêmicos e aos perfis de egresso em nossas instituições de ensino.

Alguém disse certa vez que nossos formandos são bem treinados nos aspectos científicos e práticos: são criteriosos, eficientes e precisos. Eu acrescentaria que lhes falta apenas um “ajuste fino”. Essa sutileza é trazida pelos próprios pacientes, por meio de suas histórias carregadas de vida real. As experiências narradas fornecem o cenário, os personagens e os enredos nos quais o médico atua — e já atua. Não é apenas a memória e a experiência vivida que tornam um médico um ser narrativo, sensível às histórias. Esse “ajuste fino” vem da imaginação criativa e da fantasia. Falta aos nossos médicos a capacidade de fantasiar, de imaginar cenários, de dar voz a personagens. É assim que se tornam possíveis a empatia e a compaixão pelo outro.

3. Conclusão

David Winnicott⁸, renomado psiquiatra inglês, afirma:

“Um sinal de saúde mental é a capacidade do indivíduo de entrar imaginativamente e com precisão nos pensamentos, sentimentos, esperanças e temores de outra pessoa, e permitir que essa pessoa faça o mesmo conosco.”

Para concluir, compartilho um trecho de um artigo de testemunho escrito pelo Dr. José Jackson Coelho Sampaio⁹, psiquiatra e pesquisador em saúde pública da Universidade do Ceará, Fortaleza, Brasil, sobre sua experiência durante uma internação longa e complexa por COVID-19:

“Talvez o melhor exemplo seja o banho. Na UTI, não tenho memória racional de quantos banhos recebi ou de como foram dados. Mas na enfermaria, o primeiro jato de água fria foi terrível. Especialmente para mim, que preciso de banho quente até nas cidades mais quentes. Carrego na memória do corpo os calafrios da malária e os jatos de água usados para dispersar-nos durante protestos na ditadura militar.

Eu não tinha gordura corporal, havia perdido 25 quilos. Tremia, protestava — manifestando não só indignação, mas também uma recuperação parcial dos pulmões. Entrei em “greve de banho” até que, um dia, apareceu um técnico de enfermagem que se sentou ao meu lado e disse que buscaria água quente em bacias para temperar a água que usaria em um balde, trazendo-a para o quarto.

Ele descreveu o procedimento: me daria banho por etapas, cobrindo-me com toalhas o tempo todo, começando pela cabeça e terminando pelos pés inflamados. E assim o fez, com atenção e ternura. Seu método virou padrão. Nunca esquecerei. Em circunstâncias de extrema vulnerabilidade, o pequeno gesto de explicar e cuidar torna-se um ato de imenso significado.”

Convido você a ouvir atentamente, refletir internamente e deixar a imaginação voar.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Internacional de Educação e Saúde é indexada no [DOAJ](#) e [EBSCO](#).



Referências

1. Ferrante E. En los márgenes: Sobre los placeres de leer y escribir. Lumen; 2021.

2. Charon R. Narrative Medicine. In: Crawford P, Kadetz P. Palgrave Encyclopedia of the Health Humanities. Palgrave Macmillan, Cham; 2021. p. 1-11. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26825-1_36-1

3. Gothelf EE, Tajer C. ¿Qué es la medicina narrativa y cómo se practica? MEDICINA (Buenos Aires) [Internet]. 2024;84:807-8. Disponível em: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol84-24/n4/807.pdf>

4. Vigan D. Días sin hambre. Barcelona: Anagrama; 2001.

5. Bauby JD. Le Scaphandre et le Papillon. França: Edições Robert Laffont; 1997.

6. Tolstoi L. La muerte de Iván Illich. Madri: Alianza Editorial; 2016.

7. Dostoievski F. Crimen y castigo. Madri: Plutón Ediciones; 2022.

8. Winnicott DW. Home is Where We Start From: Essays by a Psychoanalyst. Nova Iorque: W. W. Norton & Company; 1990.

9. Sampaio JJC. Crise, explicações alucinatórias e perspectivas de vivência como doente grave de Covid-19: um relato pessoal. Interface (Botucatu). 2021;25(Supl. 1):e200671. <https://doi.org/10.1590/Interface.200671>