

PONTO DE VISTA

Medicina Narrativa: para Além de uma História Única

Narrative Medicine: Beyond the Single Story

Ana Luisa Rocha Mallet^{1,2}, Luciana Andrade², Fátima Geovanini², Sílvia Barbosa de Carvalho¹

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ¹, Rio de Janeiro; Universidade Estácio de Sá² – Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Resumo

Chimamanda Adichie é uma autora nigeriana de grande sucesso. Com mestrado em escrita criativa pela Universidade John Hopkins e de Artes em Yale, escreveu o livro *Americanah*, que vendeu mais de meio milhão de exemplares, durante bolsa de estudo em Harvard. Recebeu vários prêmios literários, entre eles o *National Book Critics*, em 2013. Estudou 2 anos de Medicina, e sua irmã é médica nos Estados Unidos. Realizou duas das mais vistas palestras TED (organização sem fins lucrativos dedicada à difusão das ideias, geralmente sob a forma de palestras curtas, de livre acesso na internet, com mais de 1 bilhão de visualizações). *O perigo de uma história única* é uma dessas palestras e apresenta muitas interfaces possíveis com a medicina, algumas delas apresentadas neste artigo, ressaltando a medicina narrativa como um possível antídoto para o risco de uma história única.

O perigo de uma história única

A escritora Chimamanda Adichie é autora de livros de grande sucesso, como *Americanah*, *Meio sol amarelo* e *Hibisco roxo*, editados pela Companhia das Letras. Nascida em uma família de classe média na Nigéria, filha de um professor e uma administradora, ela hoje tem 39 anos e vive entre os Estados Unidos e seu país. É autora de duas das mais elogiadas palestras TED (acrônimo de *Technology, Entertainment, Design*; em português: Tecnologia, Entretenimento, *Design*) realizadas nos Estados Unidos: *Somos todas feministas*

Palavras-chave

Ciências Humanas, Literatura, Narrativas Pessoais como Assunto.

e *O perigo de uma história única*. A primeira virou livro de grande sucesso após a cantora Beyoncé utilizá-la em sua música “Flawless”.¹ Aqui nos interessa sua segunda palestra, em que aborda o que chama de o risco de uma história única e que já foi discutido sob o aspecto das identidades culturais.²

O perigo de uma história única permite várias reflexões à prática médica. Chimamanda começa contando que, como a maior parte das famílias nigerianas de classe média, sua família tinha empregados domésticos que eram muito pobres. Um deles, Fide, era um menino de 8 anos. Sua mãe sempre se reportava a Fide como uma pessoa muito pobre; quando as crianças da casa não comiam tudo no prato, ela dizia: “você não sabem que pessoas como Fide não têm nada para comer?”. Assim, o grande termo definidor de Fide era sua pobreza e seu desamparo. Quando, em uma festa, Chimamanda e sua família foram visitar a casa do menino, encontraram um ambiente pobre sim, mas alegre, e a mãe dele lhes apresentou com orgulho uma linda cesta feita por um de seus filhos. Chimamanda ficou atônita, pois nunca lhe havia ocorrido que qualquer pessoa na família de Fide pudesse realmente criar algo. Ela tinha uma única história de Fide: a pobreza era sua história única. Será que, na prática médica, em um país com o nível de desigualdade social no nosso (75ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano, atrás de Costa Rica, Venezuela, Argentina, Uruguai e Chile, por exemplo), estamos em algum momento nos relacionando com os pacientes unicamente por meio dessa história única de pobreza?

Quando Chimamanda chega aos Estados Unidos, ela passa para o outro lado dessa balança tão desigual: sua colega de quarto, americana, assim que a conhece, fica admirada da qualidade de seu inglês (desconhecia

Correspondência: Ana Luisa Rocha Mallet

Rua Almirante Alexandrino, 1.808, SS-302. Santa Teresa – CEP 20241-263. Rio de Janeiro, RJ – Brasil
E-mail: alr.mallet@gmail.com

DOI: 10.5935/2359-4802.20160037

Artigo recebido em 21/6/2016; revisado em 28/07/2016; aceito em 29/7/2016.

que a Nigéria foi colônia inglesa e que o inglês era sua língua oficial) e bastante desapontada quando, após pedir que a nigeriana lhe apresente sua música “tribal”, esta lhe mostra uma gravação de Mariah Carey. A surpresa continua para a americana ao perceber que a nigeriana sabia usar o fogão. A americana, mesmo antes de conhecer Chimamanda, já sentia pena dela, porque ela tinha uma história única da África: a história de catástrofe. E, diante dessa história única, não existia a possibilidade de os africanos serem iguais a ela, o que a impossibilitava de sentimentos mais complexos que pena. Pena essa que, no fundo, pode explicitar uma arrogância bem-intencionada. Quantas vezes, diante de nossos pacientes, sabemos apenas que eles têm um grave problema de saúde, um grave problema de coração, por exemplo. Será que, ao nos dedicarmos a tratar um paciente e reconhecermos a gravidade de um quadro clínico, estamos deixando de reconhecer outras possibilidades de relação com ele?

Em outra situação citada pela escritora, um professor, ao analisar um de seus textos literários, aponta um grande defeito: a falta de uma africanidade legítima, pois os personagens eram muito parecidos com ele: este professor tinha uma história única da África, a história das diferenças que afastam. E como é possível criar uma história única? Com poder. No caso das pessoas, mostrando apenas uma característica da pessoa: sua cor, sua doença, sua precariedade, cristalizando identidades. Ao reforçar apenas uma característica, a pessoa acaba se tornando apenas aquilo – muitas vezes até para ela mesma. No caso dos países e dos continentes, o poder econômico globaliza valores que parecem únicos. O poder vem, quase inevitavelmente, acompanhado de uma ideia de superioridade. Esse poder permite contar apenas uma das histórias de uma pessoa, de um paciente, de um país, de um continente, e a torna a história *definitiva* daquela pessoa, daquele país, daquele continente. São estereótipos que não chegam, em alguns casos, a serem mentiras, mas configuram verdades incompletas. No Brasil, samba, futebol e praia (e agora, corrupção, Zika...); na África, lindas paisagens, AIDS, animais, catástrofes. No caso da medicina, muitas vezes a doença é a definidora única de uma pessoa (por exemplo “o paciente com uma estenose aórtica”, “o paciente com uma disfunção diastólica” etc.).

Outro exemplo citado pela autora: um estudante lhe pergunta como é viver em um lugar em que os homens são violentos e atacam as mulheres (em referência ao seu livro *Hibisco roxo*). Ela responde com ironia que é a

mesma sensação de viver em um país em que todos os homens são *serial killers*, já que leu *Psicopata americano*. Por conhecermos várias histórias e várias narrativas dos Estados Unidos, nunca passaria pela sua cabeça ou da de qualquer um de nós que todos os homens americanos são *serial killers*. Quanto maior o lugar de poder, maior o número de histórias reconhecidas. Talvez nossos pacientes, quando nos veem, percebam várias histórias: uma foto no consultório com a família, outra nos jornais no caso dos mais famosos, um imaginário que permite pensar que viajamos nas férias. E nós, conhecemos como nossos pacientes se divertem, o que lhes dá prazer? Como são suas famílias? Como percebem suas vidas?

No cenário da saúde, a medicina narrativa, desenvolvida pela médica americana Rita Charon,³ aparece como uma possibilidade de criação de espaços para a valorização das histórias do paciente. A medicina narrativa ou baseada em narrativas tem como objetivo principal auxiliar o médico no aprimoramento das habilidades humanas necessárias à sua prática, como a escuta, a empatia, a compaixão, além de auxiliar no desenvolvimento de valores morais. Para isso, utiliza como recurso a literatura e o estímulo à produção de narrativas, por meio de projetos que podem ser desenvolvidos entre profissionais ou estudantes dos cursos de graduação médica.

Segundo Charon, os médicos entram nas vidas dos pacientes nos momentos de grande fragilidade. São situações narrativas de extrema complexidade, com nuances subjetivas e, segundo a autora, para uma melhor compreensão da história do paciente, torna-se necessário que o profissional tenha uma boa fluência como leitor. Ou seja, o hábito da leitura de histórias capacita-o para a escuta das múltiplas histórias que compõem a vida do paciente. Diante do enfoque tecnocientificista dos cursos médicos, entendemos que essa proposta, ao introduzir a valorização das histórias biográficas do paciente, representa uma transformação significativa na formação do médico, impactando diretamente na melhoria da qualidade das relações médico-paciente.

Os médicos trabalham a partir das histórias que lhes contam. Será que é permitido um espaço de criação de outras histórias de um paciente? Para que isso ocorra, é preciso, antes de tudo, a disponibilidade de escuta por parte do profissional. Os médicos, durante uma anamnese, escutam os pacientes, em média, 16 segundos antes de interromperem seu relato livre e iniciarem o interrogatório padrão.⁴ Nesse interrogatório padrão,

com perguntas diretas, obtemos apenas respostas, mas não a história do paciente. Nem mesmo a história de sua vivência do adoecimento: apenas a história da doença. E se nem mesmo a narrativa desse adoecimento está sendo permitida, que dirá suas outras histórias.

Chimamanda Adichie é precisa ao observar “que é muito difícil que consigamos nos relacionar de forma apropriada com uma pessoa sem nos engajarmos com as múltiplas histórias dessa pessoa”. Ao negligenciarmos o espaço de construção dessas várias histórias, nós impossibilitamos uma conexão como seres humanos iguais. Todos nós somos frutos de várias histórias. Histórias únicas criam estereótipos, roubam a dignidade, dificultam o reconhecimento de nossa igualdade, e enfatizam nossas diferenças e não nossas semelhanças. E, como diz a nigeriana, “assim como histórias têm sido usadas para expropriar, histórias também podem ser usadas para dar poder, desenvolver, humanizar, reconstruir uma dignidade quebrada”. E nós, como profissionais de saúde, vivenciamos essa possibilidade todo dia. Essa não é uma recompensa pequena.

Referências

1. Beyoncé-Flawlessft Chimamanda Ngozi. Adichie [Internet]. [Citado em 2016 Jan 10]. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=JFFtC_q3brM
2. Alves IA, Alves TA. O perigo de uma história única: diálogos com Chimamanda Adichie. In: I Ciclo de eventos linguísticos, literários e culturais. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Salvador; 2011. Anais.
3. Sanders L. Todo paciente tem uma história para contar: mistérios médicos e a arte do diagnóstico. Rio de Janeiro: Ed. Zahar; 2009.
4. Charon R. O corpo que se conta- por que a medicina e as histórias precisam uma da outra. São Paulo: Letra e Voz; 2015.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Mallet AMR, Andrade L, Geovanini F, Carvalho SB. Redação do manuscrito: Mallet AMR, Andrade L, Geovanini F, Carvalho SB. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Mallet AMR, Andrade L, Geovanini F, Carvalho SB.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo foi parcialmente financiado por Universidade Estácio de Sá, Programa de Produtividade.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de trabalho de Pós-doutorado de Ana Luisa Rocha Mallet pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em Literatura Comparada.