

# O silêncio dos inocentes:

## por um estudo narrativo da prática médica

Fabiana Buitor Carelli<sup>1</sup>  
Carlos Eduardo Pompilio<sup>2</sup>

[...] a narrativa árabe – eu penso em As mil e uma noites – também tinha, como motivação, tema e pretexto, não morrer: falava-se, narrava-se até o amanhecer para afastar a morte, para adiar o prazo desse desenlace que deveria fechar a boca do narrador. A narrativa de Shehrazade é o avesso encarniçado do assassinio, é o esforço de todas as noites para conseguir manter a morte fora do ciclo da existência. (Foucault, 2009, p.268)

Um *radiologista*, ao observar uma tomografia, produz um *laudo* – ou seja, um texto escrito, de cunho eminentemente descritivo. Um *clínico*, ao observar a mesma imagem tomográfica, pode produzir um *diagnóstico* – um texto oral, provavelmente (ao comentar o caso com outro médico ou, mesmo, com o paciente), e, posteriormente, um texto escrito (ao escrever, na ficha, os resultados do exame e suas conclusões). Esse texto é também descritivo – mas estruturado segundo relações lógicas baseadas em modelos previamente conhecidos. Se um *especialista* observa a mesma imagem, também produz um *diagnóstico*, que, do mesmo modo que o anterior, poderá ser oral e/ou escrito. Apesar de ser também um texto predominantemente descritivo e estruturado segundo uma lógica, os parâmetros do especialista são provavelmente diferentes dos do clínico. Diante de tal quadro, dois questionamentos se impõem. Em primeiro lugar, quais seriam as diferenças entre esses textos? Em segundo: o *modo* (no sentido amplo: estrutura, gênero, modelos textuais e outros elementos) como esses textos são construídos modifica o(s) possível(is) sentido(s) referencial(is) da própria imagem? De que maneira?

Temos, portanto, uma argumentação que se articula em dois eixos principais. O primeiro, que poderíamos chamar de horizontal, trata da investigação de algo que socialmente goza de imenso crédito, que é a *verdade médica*. Até que ponto várias “verdades” (algumas até mais “verdadeiras” que outras) são constituídas por esses múltiplos discursos, ou na relação entre eles? O segundo, na profundidade, significa questionar a *necessidade de verdade* implícita em toda prática médica. Médicos, na vida real, não tratam de “seres de ficção”, que é como o crítico Antonio Candido chama as personagens narrativas (Candido et al., 1976, p.55). E, caso a referencialidade primária do discurso médico sobre determinado paciente

<sup>1</sup> Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo (USP). Av. Prof. Luciano Gualberto, 403, Cidade Universitária. São Paulo, SP, Brasil. 05508-900. fbcarelli@gmail.com

<sup>2</sup> Divisão de Clínica Cirúrgica II, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP.

se perca nos meandros dessa construção discursiva, que é também operacional, o paciente pode vir a morrer. *Ipsa facto*.

A relação entre texto e medicina parece absolutamente pertinente e ainda bem pouco explorada no meio acadêmico brasileiro. Críticos literários e linguistas analisam a relação entre: linguagem verbal e outras artes, linguagem verbal e novas tecnologias, linguagem verbal e linguagem verbal. Se a prática médica deve se basear na linguagem, onde estão os estudos relacionando justamente esses dois campos, o *médico* e o *linguístico*?

No Reino Unido, no final dos anos 1990, surgiu a *Narrative Based Medicine*, referendada pela publicação do livro de mesmo título, organizado por Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz (Greenhalgh, Hurwitz, 1998). Tal obra deu origem a uma série de cinco artigos, posteriormente publicados no *British Medical Journal* (Greenhalgh, 1999; Greenhalgh, Hurwitz, 1999), que tentam responder, entre outras, às seguintes perguntas: por que estudar narrativa em relação à prática médica? De que modo o estudo da significação pode contribuir para o processo clínico de interpretação dos dados e construção de um diagnóstico (e de um prognóstico) médico? Por que os médicos não escutam as histórias de seus pacientes? Quais os limites da objetividade no método clínico? Como relacionar “evidências” e narrativas na constituição de uma diagnose integrada, já que a medicina é – ou deveria ser - por natureza, integral na sua visão do paciente?

De modo geral, podemos imaginar que laudos e diagnósticos como os referidos anteriormente, provenientes ou não de leituras de imagens e de cunho eminentemente descritivo, virão, em algum momento do processo clínico, a compor narrativas informadas por eles. De que modo isso ocorre, e que tipos de narrativas são essas?

Greenhalgh e Hurwitz (1999, p.48) dão algumas pistas: “O processo de ficar doente, de estar doente, melhorar (ou piorar) e lidar (ou não conseguir lidar) com a doença pode ser pensado como uma narrativa organizada no interior das narrativas (histórias) mais abrangentes de vida das pessoas”, dizem eles (em tradução nossa). E depois, mas não menos importante: “Considerar uma história é um ato interpretativo; a interpretação (discernimento do significado) é central para a análise de narrativas (na crítica literária, por exemplo)” (p.48), já que, explicam os autores, “em comparação com uma lista de medições ou com a descrição dos resultados de um experimento, não há definições autoevidentes do que é relevante ou irrelevante nesta ou naquela narrativa específica. A escolha do que contar e do que omitir cabe inteiramente ao narrador [...]” (Greenhalgh, Hurwitz, 1999, p.48, tradução nossa).

Do ponto de vista clínico, portanto, poderíamos supor que a construção de uma narrativa sobre a doença do paciente (ou sobre o paciente doente – a ordem aqui é discricional, pois dela depende a definição de quem é o *protagonista* da história) acontece segundo o poder de escolha daquele que a conta – no caso, o médico. Ele é quem *escolhe* o que contar e *encadeia* os fatos (entre eles, a própria descrição contida em exames e laudos) de acordo com modelos conhecidos e chancelados cientificamente. Ele é quem confere a essa narrativa o seu *tom*. De suspense? De tragédia? Épico? Edificante? Autoajuda?

Do ponto de vista do paciente, há também uma história a ser contada. Se essa história é ou não levada em consideração para a narrativa elaborada pela razão médica, é um outro problema, mas não menos relevante. Todas essas narrativas, obviamente, fazem e farão parte das histórias de vida de cada paciente, antes e, caso haja melhora ou cura, depois do aparecimento da doença.

Por fim, podemos dizer, também, que o encadeamento narrativo do processo clínico não se volta apenas para o passado, mas organiza um presente e projeta um desenlace, imaginado sempre como um *happy ending*, mas que, às vezes, se realiza de modo trágico. O presente organizado e o futuro projetado têm a ver, respectivamente, com as *prescrições* e os *prognósticos*: conjuntos de ações programadas para surtirem estes ou aqueles efeitos, o que não deixa de ser narrativo.

Todos esses aspectos, em nossa opinião, já justificam a possibilidade e a necessidade de um estudo sério, e teoricamente aparelhado, da prática médica enquanto produtora de narrativas de vida e de morte. Mas há, ainda, uma última questão que incomoda bastante – até por razão de ofício. É que todo discurso é – inalienavelmente, como sabemos – o *exercício de um poder*. A certa altura, o último artigo da série de cinco publicada no BMJ menciona um aspecto da prática clínica que chama a atenção. Nele, afirma a autora:

A arte de selecionar o *aforismo* médico mais apropriado para cada decisão clínica específica é largamente adquirida por meio da acumulação de uma “experiência de *casos*” (histórias ou ‘roteiros de doenças’ dos pacientes e relatos clínicos). (Greenhalgh, 1999, p.323, tradução e grifos nossos)

A referência explícita, no trecho citado, a “*aforismos médicos*” e a uma experiência de “*casos*” nos faz recordar que, embora amplamente fundamentada numa *literatura*, por definição, escrita, a prática médica é também permeada e, por vezes, fundamentada, em processos narrativos *orais*, que possuem estrutura, fundamento e função próprios. Nesse sentido é que lembramos o capítulo “*Lição de escrita*”, de *Tristes trópicos*. Nele, o etnólogo francês Claude Lévi-Strauss narra um episódio extraordinário ocorrido numa de suas expedições entre os índios Nambiquaras:

É de imaginar que os Nambiquara não sabem escrever; mas tampouco desenham, com exceção de alguns pontilhados e ziguezagues nas suas cuias. Porém, da mesma maneira como agi com os Cadiueu, distribuí folhas de papel e lápis com os quais, de início, nada fizeram; depois, certo dia vi-os muito atarefados em traçar no papel linhas horizontais onduladas. Que queriam fazer, afinal? Tive de me render à evidência: escreviam, ou, mais exatamente, procuravam dar a seu lápis o mesmo uso que eu, o único que então podiam conceber, pois eu ainda não tentara distraí-los com meus desenhos. Para a maioria, o esforço parava por aí; mas o chefe do bando enxergava mais longe. Era provável que só ele tivesse compreendido a função da escrita. Assim, exige de mim um bloco e nos equipamos da mesma forma quando trabalhamos juntos. Não me comunica verbalmente as informações que lhe peço, mas traça no seu papel linhas sinuosas e me mostra, como se ali eu devesse ler a sua resposta. Ele próprio se deixa tapear um pouco com a sua encenação; toda vez que sua mão termina uma linha, examina-a ansioso como se dela devesse surgir algum significado, e a mesma desilusão se estampa em seu rosto. Mas não a admite [...].

Ora, mal ele reunira todo o seu pessoal, tirou de um cesto um papel coberto de linhas tortuosas que fingiu ler e nas quais procurava, com uma indecisão afetada, a lista dos objetos que eu deveria dar em troca dos presentes oferecidos [...]. Que esperava ele? Enganar a si mesmo, talvez; mais, porém, surpreender seus companheiros, convencê-los de que tinha participado na escolha das mercadorias, que obtivera a aliança com o branco e que partilhava de seus segredos”. (Lévi-Strauss, 1996, p.280)

O chefe, portanto, alimentava, de posse do papel “escrito”, a legitimidade de seu poder de chefe – baseada em vários fatores, obviamente, mas, nesse episódio específico, referendada pela fetichização da escrita.

Quando um paciente está diante de um médico, expondo sua história, ele, paciente, é o “iletrado”. Ou seja: ele é quem narra *oralmente* a história de sua vida, na qual a doença aparece como fator de reviravolta (a *peripeteia* ou *peripécia* aristotélica) (Aristóteles, *s/d*, p.255 e *passim*). Quem *escreve* essa história é o médico. Nessa relação, o médico é o detentor do poder da escrita. Por isso, acaba vindo a se apropriar, também, do poder de verdade cuja aura vem do *seu saber*. Em outras palavras, o médico se coloca como o possuidor de uma (ou de várias) tecnologias, das quais o paciente, em situação de “paciente” (não de agente!), permanece *desempoderado*.

Por este motivo, acreditamos que é preciso não apenas estudar *de que maneira* os modelos narrativos orais e os escritos (bastante diferentes entre si) operam nas histórias contadas por médicos e por pacientes, mas, também, as diferentes *auras de poder* que circundam e/ou não circundam oralidade e escrita. No limite, o perigo de não perceber esses fenômenos está na constituição de uma fala poderosa e ininterrupta que cala definitivamente aqueles que se acreditam (ou são creditados como) incapazes dela. Nesse caso, não ouvir o doente na especificidade de suas narrativas pode, sim, levar à morte – “desenlace” que, como menciona Foucault na epígrafe deste texto, cerra para sempre a boca de quem conta. Um silêncio próprio dos “inocentes”.

### Colaboradores

Os autores Fabiana Buitor Carelli e Carlos Eduardo Pompilio participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação, e da revisão do texto. A versão para a língua inglesa foi elaborada por Carolina Siqueira Muniz Ventura.

### Referências

- ARISTÓTELES. **Arte retórica e arte poética**. Trad. Antônio Pinto de Carvalho. Rio de Janeiro: Ediouro, s/d.
- CANDIDO, A. et al. **A personagem de ficção**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- FOUCAULT, M. **Estética: literatura e pintura, música e cinema**. Trad. Inês Autran Dourado Barbosa. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. (Ditos e Escritos, III)
- GREENHALGH, T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. **Br. Med. J.**, v.318, n.7179, p.323-5, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114786/>>. Acesso em: 27 dez. 2011.
- GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Narrative based medicine: why study narrative? **Br. Med. J.**, v.318, n.7175, p.48-50, 1999. Disponível em <<http://www.bmj.com/content/318/7175/48.1.full>>. Acesso em: 27 dez. 2011.
- \_\_\_\_\_. (Eds.). **Narrative based medicine**. London: BMJ, 1998.
- LÉVI-STRAUSS, C. **Tristes trópicos**. Trad. Rosa Freire de Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

Embora absolutamente pertinente, a relação entre texto e medicina ainda é pouco pesquisada no meio acadêmico brasileiro. Não obstante, é fato que toda prática médica é permeada de narrativas, quer sejam as dos pacientes, que contam aos médicos as histórias de suas doenças, quer as dos médicos, que recontam essas histórias de acordo com modelos científicos aprendidos e com sua experiência clínica. Inspirado na *Narrative-Based Medicine*, campo teórico já consolidado no meio anglófono, e em algumas teorias provenientes dos Estudos Literários e das Ciências Sociais, este artigo busca discutir, introdutoriamente, algumas possibilidades para a consolidação de um estudo interdisciplinar das narrativas relacionadas à área médica no âmbito acadêmico brasileiro.

*Palavras-chave:* Narrative-Based Medicine. Medicina e narrativa. Medicina e linguagem. Literatura e medicina.

#### **The silence of the innocents: for a narrative study of medical practice**

Although absolutely relevant, the research about the relationship between text and medicine is not well fund within the Brazilian academy yet. Nevertheless, the fact is that the medical practice is permeated with narratives, whether those by patients, who tell the doctors the stories of their diseases, whether those by physicians, who recount these stories according to their consolidated scientific models and to their clinic experience. Inspired by the theoretical field called *Narrative-Based Medicine*, which is already well established within the Anglophone academic environment, and by some theories from the Literary Studies and the Social Sciences, this article aims to introductorily discuss some possibilities for the consolidation of an interdisciplinary study of the medical narratives in Brazil.

*Keywords:* Narrative-Based Medicine. Narrative and medicine. Medicine and language. Literature and medicine.

#### **El silencio de los inocentes: por un estudio narrativo de la práctica médica**

Aunque absolutamente relevante, la relación entre texto y medicina es todavía objeto de poca investigación en el medio académico brasileño. Sin embargo, es un hecho que toda la práctica médica tiene sus relatos, ya se trate de pacientes que cuentan las historias clínicas de sus enfermedades a los médicos, o de los médicos, que cuentan estas historias de acuerdo a sus modelos científicos aprendidos y de su experiencia clínica. Inspirado por la *Narrative-Based Medicine*, campo teórico ya establecido en lengua inglesa, y por algunas teorías que vienen de los Estudios Literarios y de las Ciencias Sociales, este artículo pretende discutir, introdutoriamente, algunas posibilidades para la consolidación de un estudio interdisciplinario de las narrativas médicas en el ámbito académico brasileño.

*Palabras clave:* Narrative-Based Medicine. Narrativa y medicina. Medicina y lenguaje. Literatura y medicina.

Recebido em 06/06/12. Aprovado em 15/01/13.

