

O processo de construção compartilhada de histórias a partir da Medicina Narrativa aplicada à Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso

The process of shared construction of stories based on narrative medicine applied to Primary Health Care: a case study

El proceso de construcción compartida de relatos basados en la Medicina Narrativa aplicada a la Atención Primaria de Salud: un estudio de caso

Aysla Rinaldo¹ , Deivisson Vianna Dantas dos Santos² 

¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

²Universidade Federal do Paraná, Departamento de Saúde Coletiva – Curitiba (PR), Brasil.

Resumo

Introdução: Alguns usuários da Atenção Primária à Saúde (APS), apesar dos tratamentos propostos e do acompanhamento com profissionais da unidade de saúde, especialistas focais e equipe multidisciplinar, sentem-se insatisfeitos e não compreendidos em seu sofrimento. Entretanto, tem-se emergido o conhecimento sobre o potencial das narrativas no contexto da Medicina, e tem sido descrita a Medicina Narrativa (MN), a qual é exercida com a competência de se aprofundar e honrar as histórias dos pacientes. Assim, melhora-se a satisfação no cuidado em saúde e inicia-se um processo de cura em nível simbólico por meio da escuta atenta do sofrimento da pessoa. **Objetivo:** Explorar como a MN pode ser uma ferramenta de cuidado aplicada à APS para usuários que se sentem pouco compreendidos em seu processo de adoecimento. **Métodos:** Estudo de caso qualitativo, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (CEP-UFPR) e pela Plataforma Brasil, na modalidade de pesquisa-ação. Uma usuária foi convidada a participar de uma entrevista semiestruturada qualitativa para a produção de narrativas e melhor compreensão de seu sofrimento, a partir do questionário MINI. Após a aplicação, uma narrativa sobre a história contada foi escrita, lida para a paciente, impressa e entregue. A paciente teve algumas semanas para refletir sobre o conteúdo, com posterior retorno para avaliação do impacto da leitura sobre sua perspectiva. **Resultados:** A adoção dessa metodologia permitiu um aprofundamento na compreensão do sofrimento e um aumento da empatia da profissional. Para a usuária, a experiência proporcionou uma sensação de compreensão e confiança, sem sentir-se julgada, além de uma melhora em seu insight sobre o processo de adoecimento. Foi descrita uma ferramenta simples e de baixa complexidade para uso na APS. No entanto, devido ao uso da leitura e escrita, encontra-se um obstáculo na desigualdade educacional no Brasil. Métodos narrativos têm se mostrado, na literatura, especialmente na área da psicologia e no campo da terapia narrativa, como benéficos para o tratamento de contextos complexos de sofrimento, como transtorno de estresse pós-traumático em refugiados, adolescentes vítimas de violência sexual, vítimas de desastres naturais e no desenvolvimento de resiliência em crianças órfãs. **Conclusões:** A MN pode ser promissora se aplicada na clínica, oferecendo benefícios como o aprofundamento do entendimento tanto do profissional quanto do paciente sobre o processo de adoecimento e as nuances do sofrimento que a simples anamnese não consegue alcançar. A produção de narrativas, seguida de sua entrega e reflexão por parte do profissional e do usuário, contempla e potencializa a integralidade, a coordenação do cuidado e o método clínico centrado na pessoa.

Palavras-chave: Medicina Narrativa; Terapia narrativa; Empatia.

Como citar: Rinaldo A. O processo de construção compartilhada de histórias a partir da Medicina Narrativa aplicada à APS: um estudo de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4136. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4136](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4136)

Autor correspondente:

Aysla Rinaldo

E-mail: ayslarin@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

N. 5.616.856.

TCLE:

assinado pelos participantes.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 28/02/2024.

Aprovado em: 24/05/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello Dala Bernardina Dalla.



Abstract

Introduction: Some primary health care (PHC) users, despite proposed treatments and follow-up with health unit professionals, focal specialists, and multidisciplinary teams, feel dissatisfied and misunderstood in their suffering. However, knowledge has emerged about the potential of narratives in the context of medicine and narrative medicine (NM) has been described, which is practiced with the ability to deepen and honor patients' stories. This approach improves satisfaction with health care and initiates a symbolic level of healing through attentive listening to the person's story. **Objective:** To explore how NM can be a care tool applied to PHC for users who feel poorly understood in their illness process. **Methods:** This is a qualitative case study, submitted to and approved by the Ethics Committee in Research of Universidade Federal do Paraná (CEP-UFPR) and Plataforma Brasil, in the action research modality. A user was invited to participate in a qualitative semi-structured interview to produce narratives and better understand their suffering, based on the MINI questionnaire. After application, a narrative was written about the story told, read to the patient, printed, and delivered. The patient had a few weeks to reflect on the content, with subsequent feedback to evaluate the impact of the reading on her perspective. **Results:** The adoption of this methodology allowed for a deeper understanding of suffering and increased empathy on the part of the professional. For the user, an experience of understanding and trust was experienced, with the benefit of not having felt judged, as well as improved insight into her illness process. A simple, low-complexity tool for use in PHC was described. However, due to the use of reading and writing, there is a challenge in the educational inequality in Brazil. Narrative methods have been shown in the literature, especially in the field of psychology and narrative therapy, to be beneficial for treating complex contexts of suffering, such as post-traumatic stress disorder in refugees, adolescent victims of sexual violence, victims of natural disasters, and developing resilience in orphaned children. **Conclusions:** NM can be promising if applied in clinical practice, with benefits such as deepening the understanding of both professionals and patients about their illness process and nuances of suffering that a simple anamnesis cannot achieve. The production of narratives, followed by their delivery and reflection by both professionals and users, enhance and potentiates the integrality, coordination of care, and person-centered clinical method.

Keywords: Narrative Medicine; Narrative therapy; Empathy.

Resumen

Introducción: Algunos usuarios de la atención primaria de salud (APS), a pesar de los tratamientos propuestos y del seguimiento con profesionales de las unidades de salud, especialistas focales y equipos multidisciplinarios, se sienten insatisfechos y no comprendidos en su sufrimiento. Sin embargo, ha surgido el conocimiento sobre el potencial de las narrativas en el contexto de la Medicina, y se ha descrito que la Medicina Narrativa (MN), que se practica con la capacidad de profundizar y honrar las historias de los pacientes. Así, se mejora la satisfacción en el cuidado de la salud y se inicia un proceso de curación a nivel simbólico a través de la escucha atenta de la historia de la persona. **Objetivo:** Explorar cómo la MN puede ser una herramienta de atención aplicada a la APS para usuarios poco comprendidos en su proceso de enfermedad. **Métodos:** Estudio de caso cualitativo, presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Paraná (CEP-UFPR) y por la Plataforma Brasil, en la modalidad de investigación-acción. Se invitó a una usuaria a participar en una entrevista cualitativa semiestructurada para la producción de narrativas y una mejor comprensión de su sufrimiento, a partir del cuestionario MINI. Después de la aplicación, se escribió una narrativa sobre la historia contada, se leyó para la paciente, se imprimió y se entregó. La paciente tuvo algunas semanas para reflexionar sobre el contenido, con posterior retroalimentación para evaluar el impacto de la lectura en su perspectiva. **Resultados:** La adopción de esta metodología permitió una comprensión más profunda del sufrimiento y una mayor empatía por parte del profesional. Para la usuaria, la experiencia proporcionó una sensación de comprensión y confianza, con el beneficio de no haberse sentido juzgada, además de un mejor conocimiento de su proceso de enfermedad. Se describió una herramienta sencilla y de baja complejidad para su uso en la APS. Sin embargo, debido al uso de la lectura y la escritura, se encuentra un obstáculo en la desigualdad educativa en Brasil. Los métodos narrativos han demostrado en la literatura, especialmente en el campo de la psicología y en el campo de la terapia narrativa, ser beneficiosos para tratar contextos complejos de sufrimiento, como el trastorno de estrés postraumático en refugiados, adolescentes víctimas de violencia sexual, víctimas de desastres naturales y desarrollar la resiliencia de los niños huérfanos. **Conclusiones:** La MN puede ser prometedora si se aplica en la clínica, con beneficios como profundizar la comprensión del profesional y del paciente sobre su proceso de enfermedad y matices sobre su sufrimiento que la simple anamnesis no puede lograr. La producción de narrativas con su entrega y reflexión por parte del profesional y usuario contempla y potencia la integralidad, la coordinación de la atención y el método clínico centrado en la persona.

Palabras clave: Medicina Narrativa; Terapia narrativa; Empatía.

INTRODUÇÃO

Rotineiramente, as consultas médicas se estruturam a partir de uma sistematização de informações, na qual o paciente comunica seu estado interior, é interrogado sobre antecedentes patológicos, familiares e psicossociais, é examinado e, se necessário, submetido a exames complementares.¹ Dado o treinamento para desenvolver o raciocínio clínico, os médicos buscam interpretar e transformar os sintomas e sinais em signos, a fim de diagnosticar uma doença. Dessa forma, tem-se uma experiência clínica que aplica um olhar objetivo sobre a doença.²

Entretanto, na Atenção Primária à Saúde (APS), há casos em que, mesmo após receberem tratamento cientificamente adequado ou serem encaminhados para especialistas focais e equipes multidisciplinares, alguns usuários ainda se mostram não compreendidos ou insatisfeitos com seus tratamentos. Parte desses pacientes é categorizada como apresentando sintomas medicamente inexplicados (SMI).³

Apesar de, aparentemente, não ser possível oferecer um tratamento específico para pessoas com SMI devido à ausência de um diagnóstico claro, consistentemente, descreve-se que a escuta atenta da história do paciente inicia o processo de cura em um nível simbólico para qualquer contexto de saúde e doença.⁴

No horizonte da busca por uma forma de aprofundar na história contada pelo paciente encontra-se a Medicina Narrativa (MN). A MN foi definida pela primeira vez em 2000, pela médica Rita Charon, como a prática médica exercida com competência narrativa. Essa competência envolve o reconhecimento, reflexão, interpretação e engajamento com as histórias de doença, visando compreender e honrar seus significados, e agir a favor do paciente que compartilha sua história.^{5,6}

A MN tem sido aplicada como uma ferramenta para melhorar o autoconhecimento, a capacidade reflexiva e a consciência da identidade profissional de estudantes de Medicina e residentes.⁷⁻¹⁰ Uma revisão sistemática de 55 programas que incorporaram a MN em seus currículos demonstrou uma variedade de benefícios positivos relacionados à educação baseada em narrativas.¹¹

Além de ser aplicada em contextos de ensino e desenvolvimento profissional, a MN também encontra aplicação em contextos clínicos.¹²⁻¹⁵ Nestes, a MN se destaca como um protocolo de intervenção, além de ser uma ferramenta de avaliação. No entanto, ainda faltam protocolos claros e específicos para aprofundar o impacto das narrativas na prática médica e na vida dos pacientes, especialmente na APS.¹⁶

Este trabalho buscou explorar como a MN pode ser aplicada como uma abordagem alternativa na APS, ao construir, em parceria com uma paciente que tem experiências de adoecimento consideradas medicamente inexplicadas ou pouco compreendidas, uma narrativa sobre sua história. O objetivo é refletir sobre como o processo de aplicação de narrativas na APS pode ser terapêutico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando a modalidade de estudo de caso e pesquisa-ação. Nesse contexto, pesquisador e participante colaboram na definição de um problema e buscam entender formas de auxiliar na sua compreensão. Foram propostos até cinco encontros para a construção de uma narrativa na Unidade de Saúde Carlos Jess, que atendia cerca de 26 mil pacientes em Piraquara, região metropolitana de Curitiba, onde três equipes de saúde e residentes de Medicina de Família e multiprofissionais de saúde da família estavam ativos. A unidade foi o local de residência médica da pesquisadora principal durante seu segundo ano. Os encontros ocorreram em horários de baixo fluxo de pessoas, sem prejudicar o atendimento do usuário para outras questões além da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (CEP-UFPR) e pela Plataforma Brasil em 31 de agosto de 2022, sob Parecer 5.616.856. A participação e a divulgação dos dados exigiram o consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

Como instrumento de pesquisa, para melhor sistematização na coleta da narrativa da experiência de adoecimento da paciente, utilizou-se o questionário McGill Illness Narrative Interview (MINI) (Anexo 2). Trata-se de uma entrevista semiestruturada, qualitativa, destinada à produção de narrativas. O instrumento

é estruturado sequencialmente em seções que buscam uma narrativa temporal básica da experiência do sintoma e da doença, protótipos relacionados a problemas de saúde atuais baseados em experiências anteriores de familiares ou amigos, e meios de comunicação ou outras representações populares. Também aborda outros modelos explicativos, incluindo atribuições causais, bem como expectativas de tratamento, curso e resultado, experiência de tratamento, adesão e impacto da doença na identidade, autopercepção e relacionamento com os outros.¹⁷

Inicialmente, foram colocados cartazes de recrutamento de participantes nas salas de espera da Unidade de Saúde (US). No entanto, após algumas semanas, nenhum usuário demonstrou interesse. Então, adotou-se a estratégia de informar sobre a pesquisa durante as reuniões de equipe da US e solicitar que os médicos das outras áreas, ao atenderem um usuário com o perfil da pesquisa, informassem a pesquisadora principal para que ela entrasse em contato com os pacientes. Os critérios de inclusão eram que a pessoa estivesse em acompanhamento longitudinal na US e que o profissional considerasse que o usuário desejasse aprofundar a compreensão de seu processo de adoecimento. Como critério de exclusão, não poderiam participar pessoas que não tivessem boa compreensão da linguagem escrita, já que a metodologia envolveria a escrita participativa dos relatos, bem como a leitura da narrativa construída, que seria entregue e disponibilizada para a reflexão do paciente. Após algumas semanas, a pesquisadora entrou em contato com usuários elegíveis, mas a maioria deles expressou não desejar ou não poder participar devido a compromissos de trabalho. Um usuário aceitou participar, compareceu a três encontros, mas precisou mudar-se para outra área de abrangência e não pôde concluir a participação. Diante dos desafios para o recrutamento, a pesquisadora optou por recrutar pacientes de sua área. Surgiram alguns usuários, mas parte deles não tinha compreensão da leitura escrita e outros, após agendados os encontros, não compareceram, sem que a pesquisadora soubesse os motivos para tal.

Uma usuária concordou em participar da pesquisa, e após a experiência com outro usuário que desistiu da participação, e a interpretação de que muitos encontros poderiam dificultar a adesão do participante devido a questões de tempo, trabalho e desgaste emocional, optou-se por realizar a pesquisa em três encontros. O primeiro encontro, com duração de uma hora, foi para a aplicação do questionário MINI. Durante este encontro, a pesquisadora realizou as perguntas do questionário, ouviu atentamente as respostas sem fazer intervenções de reflexões ou opiniões sobre o quadro atual da usuária, enquanto digitava simultaneamente, com algumas adaptações de tempo ou conjunção verbal, o que a paciente relatava. Após o primeiro encontro, a pesquisadora leu individualmente todas as respostas às perguntas do questionário, anotadas durante o encontro (que não foi gravado), e buscou sintetizar essas respostas em parágrafos. Isso incluiu a incorporação das perguntas em forma de narrativa em terceira pessoa, com descrição dos fatos e releitura das emoções expressas pela paciente, tanto por meio de linguagem verbal quanto não verbal. Após duas semanas do primeiro encontro, a usuária foi convidada a retornar para que a narrativa fosse lida e entregue a ela, em um encontro que durou cerca de 30 minutos. E, após mais duas semanas, a paciente retornou para contar à pesquisadora suas impressões e como se sentiu ao participar da experiência de construção da narrativa.

RESULTADOS

A participante selecionada para a pesquisa é J., do sexo feminino, com 48 anos de idade. Ela estava sob acompanhamento na US havia muitos anos devido a um diagnóstico de depressão grave com sintomas psicóticos, além de um histórico de tentativas de suicídio prévias, incluindo uma no ano de realização

da pesquisa. Além do acompanhamento na US, ela também estava sob tratamento com especialistas em psiquiatria e psicologia. Seu regime de medicação incluía Clonazepam 2 mg/dia, Zolpidem 10 mg/dia, Lamotrigina 1.600 mg/dia, Risperidona 8 mg/dia e Fluoxetina 40 mg/dia. O primeiro contato da pesquisadora com a paciente ocorreu durante um atendimento de acolhimento/demanda espontânea, no qual J. relatava um mal-estar inespecífico, náuseas, cefaleia e angústia nos últimos dias. Durante a conversa, a paciente também compartilhou um sonho envolvendo um irmão falecido por câncer, que a convidava para morrer. A pesquisadora realizou uma escuta ativa, prescreveu medicações sintomáticas e agendou uma consulta para abordagem mais aprofundada da saúde mental da paciente. Duas semanas depois, um enfermeiro da unidade solicitou o apoio da médica pesquisadora para avaliar uma paciente com sintomas inespecíficos, que se revelou ser a mesma paciente. Nesse momento, a pesquisadora considerou que J. poderia se beneficiar da participação na pesquisa e a convidou para um encontro para aplicação do questionário e explicação da proposta.

A participante compareceu ao horário agendado, e foi realizado o questionário MINI em um encontro de uma hora, em formato de entrevista. Durante essa sessão, J. pôde expressar suas respostas ao questionário sem interrupções. A pesquisadora buscou registrar simultaneamente as falas da paciente, sintetizando sem alterações, parafraseando as respostas e mantendo uma postura de acolhimento e contato visual durante o registro. Após o primeiro encontro, J. expressou sentir-se aliviada por poder falar e disse ter “tirado um peso de seus ombros”. Posteriormente, a pesquisadora escreveu individualmente uma narrativa baseada no relato da paciente, sintetizando algumas informações repetidas e descrevendo os fatos, emoções e sensações expressas por J.

Principais trechos da narrativa (Anexo 3):

J. conta que sofre de depressão há cerca de 17 anos. Acha que tudo começou depois de ter presenciado o suicídio de um irmão, com quem ela havia brigado no dia anterior. (...)

Já buscou muitos tratamentos psiquiátricos, e sente que sempre está trocando as medicações, porque não estão surtindo efeito e ela sente como se estivesse drogada. Comenta que tem feito psicoterapia, a pedido de seu psiquiatra, mas que se pudesse, fugiria da psicóloga, porque sente que não a faz bem ficar lembrando do fato que ocorreu com seu irmão.

Antes do que aconteceu com seu irmão, sente que era saudável, não apresentava este problema de saúde. (...)

Para J., o que causa seu problema atual é a culpa em relação ao suicídio do seu irmão e porque o pai foi ao velório do irmão, o que ela havia falado que iria acontecer, quando brigou com o irmão (...) nunca imaginava que isso realmente poderia acontecer, (...)apesar de brigarem às vezes, logo estavam bem. Naquele dia, ela pensou que era só mais uma briga (...) mas depois daquele dia, o irmão se suicidou. (...)

Sobre o impacto que seu problema atual tem sobre sua vida, sente muito sofrimento e culpa (...)

Após duas semanas, um novo encontro foi agendado, no qual a narrativa escrita pela pesquisadora foi lida na presença da paciente. A pesquisadora leu a narrativa sem fazer julgamentos ou intervenções sobre

as emoções expressas. Durante a leitura, a paciente começou a chorar intensamente. A pesquisadora fez algumas pausas durante a leitura, expressou empatia por meio de linguagem corporal e palavras, e terminou a leitura. Após este momento, a pesquisadora perguntou como a paciente se sentia e ela expressou que entendia ser “exatamente isso” e pensava que ainda poderiam ter mais situações a serem acrescentadas, mas que ela não desejava naquele momento. A pesquisadora, após refletir sobre o caso da paciente, comentou sobre o fato de ser muito marcante em sua história o sentimento de culpa. A narrativa foi impressa, entregue à paciente e sugerido que ela lesse em casa, refletisse e retornasse para dizer o que percebia que a leitura da narrativa poderia mudar na percepção sobre seu adoecimento.

Após 17 dias da entrega da narrativa, a paciente compareceu à US para relatar sua experiência de leitura. Após um momento de silêncio, a paciente afirmou que estava começando a fazer sentido em sua mente que ela não teve culpa do suicídio do irmão, e que esta havia sido uma escolha dele. Porém, também relatou que ler a narrativa despertou nela a vontade de chorar, pois ficou pensando na perda repentina do irmão. Afirmou que não desejava mostrar para ninguém, mas pretendia levar para seu psiquiatra; além disso, lembrou-se de outros fatos que geravam nela culpa.

A paciente relatou que, apesar de reviver seus sofrimentos pregressos e sentir-se mal por isso, conforme informado no TCLE, ela sentiu que valeu a pena produzir a narrativa. Uma noite, enquanto lia em casa, “passava um filme” em sua mente e começou a perceber a história da culpa, resgatando sentimentos e fatos que deixou para trás. Sentiu que ainda tinha uma jornada de lidar com a culpa, mas que estava começando a dar os primeiros passos.

Sobre a abordagem de aplicação da entrevista e a entrega da narrativa, a paciente afirmou que se sentiu compreendida, que o método a transmitiu confiança, e que não se sentiu julgada ou pressionada. Ela destacou que, ao contrário das sessões de psicoterapia em que precisa revisitar o passado gradualmente, ela apreciou a oportunidade de lidar com seus traumas de uma vez só.

Ao final, a paciente relatou que o fato de começar a aliviar a culpa foi bom, pois considerava que este “é um fardo de muitos anos”.

Resumo dos principais achados

A estratégia de entrevista com produção de narrativa por meio da aplicação do MINI trouxe uma nova abordagem para o entendimento do sofrimento da paciente, permitindo alcançar fatos e sentimentos que uma simples anamnese ou relato espontâneo não trariam à tona. Isso beneficiou a médica pesquisadora, que pôde acessar informações sobre a história da paciente que desconhecia. Durante a síntese dos relatos da paciente para escrever a narrativa, a médica pôde se aprofundar no sofrimento, aumentar sua empatia pelo caso e perceber a complexidade e densidade do mundo interior e do passado da usuária, identificando o sentimento de culpa como o mais determinante em seu sofrimento atual.

No momento da entrega da narrativa, observou-se uma experiência de compreensão e confiança. Durante a leitura da narrativa, o choro expresso pela paciente e sua verbalização de que “era exatamente aquilo que ela sentia” demonstraram que a prática de escrita e leitura da narrativa fizeram a paciente sentir-se acolhida e ouvida. Na subsequente devolução do que a paciente havia refletido sobre a experiência, ela também destacou o benefício de não ter se sentido julgada e a naturalidade que sentiu com a condução da entrevista por meio da aplicação do questionário. Além disso, ela teve insights sobre o sentimento de culpa que carregava, compreendendo que era um aspecto a ser trabalhado e que não deveria ser cultivado, uma vez que não era responsável pela escolha de suicídio de seu irmão.

Fortalezas e limitações

As principais fortalezas desta abordagem incluem a aplicação de uma ferramenta simples e de baixa complexidade, como o questionário MINI, seguido pela escrita, leitura, entrega e reflexão da narrativa do sofrimento com a paciente. Esta metodologia descreve uma forma de utilização clínica da Medicina Narrativa, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), onde há escassez de dados na literatura sobre o uso da MN. Além disso, destaca-se que esta ferramenta pode ser aplicada não necessariamente apenas pelo profissional médico, mas por todos os membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Entretanto, algumas limitações também foram identificadas. Uma delas é a necessidade de que o usuário seja capaz de ler e compreender o texto, o que requer um nível mínimo de escolaridade. Isso pode ser um obstáculo, dado que uma grande parcela da população brasileira não tem ensino fundamental completo, com estimativa de que, em 2019, apenas 46,6% da população de 25 anos ou mais de idade tinha esse grau de instrução.¹⁸ Com isso, a ferramenta em questão não pode ser universalizada para todos os usuários da APS. Isso representa uma dificuldade significativa. Além disso, o tempo necessário para a aplicação do questionário MINI, que leva no mínimo uma hora, e a necessidade de retornos do paciente para leitura, entrega e reavaliação da experiência, podem ser considerados como desafios. Também é importante notar que a escrita da narrativa pode despertar outros sentimentos e percepções, e o tempo limitado do estudo não permitiu avaliar a persistência do efeito terapêutico. No entanto, esses desafios podem ser mitigados com a abordagem longitudinal do cuidado, que é uma característica fundamental da APS.

Dialogando com a literatura

Os sentimentos relatados pela paciente em relação ao suicídio de seu irmão encontram equivalência nas experiências de outros indivíduos. Há evidências de que, além dos sentimentos típicos do luto, os enlutados após suicídio são confrontados com emoções difíceis adicionais, como o sentimento de culpa e responsabilidade pelo suicídio, além de sentimentos de vergonha, rejeição e a experiência de estigmatização.¹⁹ A culpa no luto por suicídio é mais duradoura quando comparada com outros tipos de luto.²⁰ Isso geralmente é causado pela suposição de que o suicídio poderia ter sido evitado se o enlutado tivesse se comportado de maneira diferente, por exemplo, sendo mais atento.²¹

A literatura também relata como este tipo de luto está relacionado com aumento da morbidade psiquiátrica, particularmente depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Além disso, o luto por suicídio também contribui para um maior risco de tentativa de suicídio fatal e não fatal,²² situações que encontram correspondência com o caso da paciente.

A experiência do suicídio de um ente querido é intensa e perturbadora,²¹ destacando a importância da atitude de acolhimento e escuta ativa para com o indivíduo que passa por essa situação. Segundo o psicólogo Carl Rogers, quando alguém se sente verdadeiramente ouvido, há a possibilidade de reformular a percepção do mundo e buscar uma nova maneira de seguir em frente. Em suas palavras: “Quando se é escutado, é espantoso como coisas que parecem insolúveis se tornam solúveis, como confusões que parecem irremediáveis viram riachos relativamente claros”.²³ Neste sentido, a aplicação do MINI e a produção da narrativa para a paciente possibilitaram essa reformulação, como ela mesma relatou ao mencionar que começou a “juntar pontinhos” e estava buscando mudar, procurando “tirar a culpa”.

A abordagem adotada durante a aplicação do questionário, sem intervenções, buscou seguir um dos princípios da Comunicação Não Violenta,²³ que preconiza a manutenção de uma atenção concentrada no que está acontecendo dentro dos outros, proporcionando-lhes a oportunidade de explorar e expressar plenamente seu eu interior. Neste sentido, a paciente afirmou ter se sentido compreendida e não julgada.

Embora na Medicina a aplicação de narrativas esteja mais associada a reflexões em ambientes universitários ou como instrumento para a ampliação da visão médica sobre seus pacientes, a psicologia tem uma terapia bem estabelecida baseada em narrativas, conhecida como terapia narrativa. Esta é uma intervenção de curto prazo, realizada em dez sessões semanais, que inclui elementos como conhecimento sobre a identidade, externalização do problema e desconstrução de narrativas. A terapia narrativa considera as pessoas como especialistas em suas próprias vidas e percebe os problemas como algo separado das pessoas. Seu fundamento reside na ideia de que as pessoas são “seres interpretadores”, conectando os eventos de suas vidas diárias ao longo do tempo para dar sentido às suas experiências.²⁴

O método utilizado neste estudo, com a elaboração de uma narrativa estruturada, se assemelha à terapia narrativa, e explora os benefícios que esse tipo de abordagem do sofrimento pode trazer para os usuários da APS. A terapia narrativa tem sido associada a muitos benefícios no tratamento de vários contextos complexos de sofrimento, como trauma ou transtorno de estresse pós-traumático em refugiados,²⁵ adolescentes grávidas vítimas de violência sexual,²⁶ vítimas de desastres naturais²⁷ e no desenvolvimento de resiliência em crianças órfãs e institucionalizadas.²⁴ No entanto, faltam dados na literatura sobre a aplicação de métodos narrativos com pacientes enlutados por suicídio.

A aplicação do método narrativo permitiu uma compreensão individualizada do processo saúde-doença da paciente acompanhada, ampliando horizontes e potencialidades do cuidado e autoconhecimento tanto da usuária quanto da médica pesquisadora. No entanto, essas potencialidades muitas vezes são negligenciadas diante de um diagnóstico de depressão, especialmente quando a solução imediata é farmacológica. No entanto, é possível alterar essa abordagem por meio da rememoração de eventos para destacar formas alternativas de lidar com o sofrimento e ressaltar os pontos fortes do paciente e sua capacidade de autoconhecimento, o que pode ser alcançado por meio da adoção de estratégias narrativas,²⁸ como aplicado neste estudo.

Implicações para pesquisa e prática profissional

AMN pode ser aplicada na prática profissional no cenário da APS, destacando-se seus benefícios, tais como o aprofundamento do entendimento do profissional e do paciente sobre seu processo de adoecimento e nuances sobre seu sofrimento que a simples anamnese não consegue alcançar. Os benefícios da abordagem narrativa são evidentes em diversos contextos, e este método pode se tornar uma nova ferramenta para profissionais da APS, uma vez que contempla e potencializa o acolhimento, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e o método clínico centrado na pessoa. Além disso, pode se apresentar como uma abordagem alternativa para usuários que se sentem não compreendidos em seu processo de saúde-doença, especialmente pacientes em contexto de cuidados em saúde mental.

CONCLUSÃO

Este trabalho explorou a aplicabilidade e papel terapêutico da MN na APS. Ao aprofundar-se na história e experiência de adoecimento da paciente, demonstrou como um caso que seria classificado

como 'medicamento inexplicado' tratava-se, na verdade, de um processo de sofrimento muito intenso, com origens e detalhes que uma abordagem clínica puramente descritiva não poderia considerar.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Flora FAM. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2006;2(7):203-16. [https://doi.org/10.5712/rbmf2\(7\)56](https://doi.org/10.5712/rbmf2(7)56)
2. Távira L. O Nascimento da Clínica em Foucault: um poder-saber sobre a vida [Internet]. (En)Cena - A Saúde Mental em Movimento; 2014 [acessado em 20 set. 2021]. Disponível em: <https://encenasaudemental.com/series/o-nascimento-da-clinica-em-foucault-um-poder-saber-sobre-a-vida>
3. Soler JK, Okkes I. Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS). *Fam Pract* 2012;29(3):272-82. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr101>
4. Brody H. "My story is broken; can you help me fix it?": medical ethics and the joint construction of narrative. *Lit Med* 1994;13(1):79-92. <https://doi.org/10.1353/lm.2011.0169>
5. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286(15):1897-902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
6. Charon R. What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician* 2007;53(8):1265-7. PMID: PMC1949238
7. Huang C-D, Jenq C-C, Liao K-C, Lii S-C, Huang C-H, Wang T-Y. How does narrative medicine impact medical trainees' learning of professionalism? A qualitative study. *BMC Med Educ* 2021;21(1):391. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02823-4>
8. Miller E, Balmer D, Hermann N, Graham G, Charon R. Sounding Narrative Medicine: studying students' professional identity development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Acad Med* 2014;89(2):335-42. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000098>
9. Favoreto C. 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 [Internet] [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007 [acessado em 20 set. 2021]. Disponível em: http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/CesarFavoreto_tese.pdf
10. Brady DW, Corbie-Smith G, Branch WT. "What's important to you?": the use of narratives to promote self-reflection and to understand the experiences of medical residents. *Ann Intern Med* 2002;137(3):220. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-3-200208060-00025>
11. Remein CD, Childs E, Pasco JC, Trinquart L, Flynn DB, Wingerter SL, et al. Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019. *BMJ Open* 2020;10(1):e031568. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031568>
12. Cepeda MS, Chapman CR, Miranda N, Sanchez R, Rodriguez CH, Restrepo AE, et al. Emotional Disclosure Through Patient Narrative May Improve Pain and Well-Being: Results of a Randomized Controlled Trial in Patients with Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(6):623-31. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.08.011>
13. Wise M, Marchand L, Aeschlimann E, Causier D, Cleary J. Integrating a narrative medicine telephone interview with online life review education for cancer patients: lessons learned and future directions. *J Soc Integr Oncol* 2009;7(1):19-25. PMID: PMC3407970
14. Cotichelli G. Malattie rare in pediatria e nucleo familiare: uno studio di caso [Internet]. *Italian J Pediatr Nurs Sci* 2012;4(4):133-5 [acessado em 12 set. 2022]. Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=20362218&AN=85226566&h=-Vu8XZW1WxgZnstog1j5W1AfV6THp7QXfK7SS9Mb5y8a%2fMWnnOtejkiRUU7g0agysyi4fUvtYAteYwH0SVI61wA%3d%3d&url=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d20362218%26AN%3d85226566>
15. Di Gangi S, Naretto G, Cravero N, Livigni S. A narrative-based study on communication by family members in intensive care unit. *J Crit Care* 2013;28(4):483-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.11.001>
16. Fioretti C, Mazzocco K, Riva S, Oliveri S, Masiero M, Pravettoni G. Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. *BMJ Open* 2016;6(7):e011220. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011220>
17. Leal EM, Souza AN de, Serpa Júnior OD de, Oliveira IC de, Dahl CM, Figueiredo AC, et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. *Ciênc Saúde Colet* 2016;21(8):2393-402. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08612015>
18. Laura A. IBGE - Educa | Jovens [Internet]. IBGE Educa Jovens; 2017 [acessado em 12 set. 2022]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>

19. Wagner B, Hofmann L, Grafiadeli R. The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *J Clin Psychol* 2021;77(11). <https://doi.org/10.1002/jclp.23192>
20. Silverman E, Range L, Overholser J. Bereavement from suicide as compared to other forms of bereavement. *Omega (Westport)* 1995;30(1):41-51. <https://doi.org/10.2190/BPLN-DAG8-7F07-0BKP>
21. Shear MK, Zisook S. Suicide-related bereavement and grief. *A Concise Guide to Understanding Suicide* [Internet]. Nemeroff CB, Ruiz P, Koslow SH, eds. Cambridge University Press. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 66-73 [acessado em 21 jan.2023]. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/concise-guide-to-understanding-suicide/suiciderelatedbereavement-and-grief/DBD3D3192FF35B45DA45A128BC378DF4>
22. McDonnell S, Flynn S, Shaw J, Smith S, McGale B, Hunt Isabelle M. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. *Suicide Life Threat Behav* 2022;52(5):887-97. <https://doi.org/10.1111/sltb.12874>
23. Rosenberg MB. *Comunicação Não Violenta - Nova Edição: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Agora, Editora, Ltda; 2021.
24. Karibwende F, Niyonsenga J, Nyirinkwaya S, Hitayezu I, Sebuho C, Simeon Sebatukura G, et al. A randomized controlled trial evaluating the effectiveness of narrative therapy on resilience of orphaned and abandoned children fostered in SOS children's village. *Eur J Psychotraumatol* 2022;13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152111>
25. Gwozdziwycs N. Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *Perm J* 2013;17(1):72-8. <https://doi.org/10.7812/TPP/12-058>
26. Volpe EM, Quinn CR, Resch K, Sommers MS, Wieling E, Cerulli C. Narrative exposure therapy. *Fam Community Health* 2017;40(3):258-77. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000072>
27. Crombach A, Siehl S. Impact and cultural acceptance of the Narrative Exposure Therapy in the aftermath of a natural disaster in Burundi. *BMC Psychiatry* 2018;18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1799-3>
28. Gesicki P, Nelson-Becker H. Remission from depression in the DSM: moving from rhetoric to restoration. *Clin Soc Work J* 2017;46(3):220-7. <https://doi.org/10.1007/s10615-017-0635-4>

Anexo 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, pesquisador principal, do departamento de saúde coletiva da Universidade Federal do Paraná, e Aysla Rinaldo, pesquisadora assistente, do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a), que deseja entender melhor sobre seu problema de saúde a participar de um estudo intitulado “O processo de co-construção de histórias a partir da Medicina Narrativa”. Participar desta pesquisa será importante porque ela poderá ser uma ferramenta para que o senhor (a) possa entender melhor sobre sua saúde e seu adoecimento.

- a. O objetivo desta pesquisa é refletir sobre como a escrita narrativa e não apenas médica/técnica sobre o seu problema de saúde e posterior leitura desta narrativa poderá ajudar o (a) senhor (a) a compreender melhor sobre ele.
- b. Caso o (a) senhor (a) participe da pesquisa, será necessário participar de 7 encontros, com duração de cerca de 30 minutos, com a pesquisadora Aysla Rinaldo. Nos primeiros 5 encontros será aplicado um questionário que pretende fazer várias perguntas sobre seu problema de saúde atual. Após esses encontros, a pesquisadora irá resumir o que foi concluído com as resposta ao questionário e escreverá uma narrativa/texto com palavras não técnicas a respeito do que foi obtido nos encontros prévios, a lerá e entregará ao (à) senhor (a), que levará o documento para a casa. No último encontro, o(a) senhor(a) contará a pesquisadora o que sentiu, percebeu e achou a respeito da experiência de escrever sobre a sua história com seu problema de saúde desta forma proposta.
- c. Para tanto o Senhor (a Senhora) deverá comparecer na Unidade de Saúde Carlos Jess, para participar dos encontros, o que levarão aproximadamente sete semanas. Os encontros serão no final da tarde, com dias a serem definidos, e não será identificado aos demais usuários da Unidade que o senhor (a senhora) estará participando da pesquisa, a menos que o senhor (a senhora) deseje compartilhar esta informação.
- d. É possível que o Senhor, (a Senhora) experimente algum desconforto, talvez pelo cansaço de participar dos 7 encontros.
- e. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser ou o constrangimento de ter que relatar sobre todos os seus encontros e consultas médicas prévias, podendo reviver seus sofrimentos pregressos e sentir-se mal por isso.
- f. O Senhor (a Senhora) terá a garantia de que problemas como: constrangimento por relembrar de atendimentos médicos passados ou sofrimentos relacionados a pensar em seu processo de adoecimento, decorrentes do estudo, serão tratados na Unidade de Saúde Carlos Jess. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa o senhor (a senhora) tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.
- g. Os benefícios esperados com essa pesquisa serão que o (a) senhor (a) poderá, através dos encontros e depois da reflexão gerada pela narrativa construída, entender melhor sobre seu problema de saúde e o (a) seu (sua) médico (a) também poderá compreender melhor sobre sua saúde, podendo assim ajudar o (a) senhor (a) de uma forma melhor do que anteriormente.
- h. Os pesquisadores responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o Senhor, (a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo por e-mail, telefone em horário comercial (das 8h às 17h). Pelo email: ayslarin@gmail.com e pelo telefone: 41 35513746.

- i. A sua participação neste estudo é voluntária e se o Senhor, (a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e tratamento na Unidade de Saúde está garantido e não será interrompido caso o Senhor (a Senhora) desista de participar.
- j. O material obtido (questionários) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será descartado em destino de resíduos recicláveis ao término do estudo, dentro de 6 meses.
- k. As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como os preceptores e demais médicos da residência médica de Medicina de família e comunidade, ou, posteriormente, as narrativas poderão ser publicadas em revistas científicas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade
 - () Permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa;
 - () Não permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa .
- l. As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressão dos questionários e narrativas) não são de sua responsabilidade e o Senhor (a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012).
- m. Se o Senhor (a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:30 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento e atendimento. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item f.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Piraquara, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Anexo 2. Questionário MINI (McGill Illness Narrative Interview).

Versão genérica para Doença, Adoecimento ou Sintoma (Danielle Groleau, Allan Young, Laurence J. Kirmayer 2006)
Nº de Identificação: Data: Entrevistador:
<p>Seção I. NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO</p> <p>1. Fale sobre a primeira vez que você sentiu que estava com o seu problema de saúde ou dificuldade (PS). [Deixe a narrativa ir o mais longe possível, apenas motivando com perguntas: Então, o que aconteceu? E então? Substitua os termos do entrevistado por 'PS' nesta e nas perguntas subsequentes]</p> <p>2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta que tinha esse problema (PS)?</p> <p>3. Você pode nos dizer o que estava acontecendo quando você teve seu (PS)?</p> <p>4. Estava acontecendo alguma coisa a mais?</p> <p>5. Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois.</p> <p>6. Se você procurou um médico, conte-nos sobre sua ida ao médico / hospitalização e sobre o que aconteceu depois.</p> <p>6.1 Você fez exames ou tratamentos após seu (PS)? [A relevância desta questão depende o tipo do problema de saúde.]</p>
<p>Seção II. NARRATIVA DE PROTÓTIPO</p> <p>7. No passado você já teve algum problema de saúde que você considera semelhante ao seu atual (PS)? [Se a resposta à questão 7 for sim, então pergunte a questão 8.] [Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]</p> <p>8. Em que o seu problema de saúde passado é semelhante ou diferente do atual (PS)? [Listar as semelhanças e as diferenças.]</p> <p>9. Alguma pessoa da sua família teve um problema de saúde semelhante ao seu? [Se a resposta à questão 9 for sim, então pergunte a questão 10.]</p> <p>10. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? [Listar as semelhanças e as diferenças.]</p> <p>11. Você conhece alguém, que não seja da sua família, que teve um problema de saúde semelhante ao seu? [Se a resposta à questão 11 é sim, então pergunte a questão 12.]</p> <p>12. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? [Listar as semelhanças e as diferenças.]</p> <p>13. Alguma vez você ouviu no rádio, leu numa revista ou livro, ou viu na televisão ou na Internet uma pessoa que tivesse o mesmo (PS) que você? [Se a resposta à questão 13 é sim, então pergunte a questão 14.]</p> <p>14. Em que o problema de saúde dessa pessoa é semelhante ou diferente do seu? [Listar as semelhanças e as diferenças.]</p>
<p>Seção III. NARRATIVA DE MODELO EXPLICATIVO</p> <p>15. Você tem um outro termo ou expressão que descreva seu (PS)?</p> <p>16. Na sua opinião, o que causou seu (PS)? [Listar causa(s) primária(s).]</p> <p>16.1 Tem alguma outra causa que você acha que contribuiu para isso? [Listar causas secundárias.]</p> <p>17. A seu ver, por que o seu (PS) se iniciou naquele momento?</p> <p>18. Aconteceu alguma coisa dentro do seu corpo que poderia explicar o seu (PS)?</p> <p>19. Na sua família, no seu trabalho e na sua vida em geral estava acontecendo alguma coisa que pudesse explicar o seu (PS)?</p> <p>20. Você pode me dizer como isso explica o seu (PS)?</p> <p>21. Você pensou que você poderia ter um <INTRODUZA A PALAVRA QUE DESCREVE O SINTOMA OU O MAL-ESTAR NA LINGUAGEM POPULAR>?</p> <p>22. O que <NOME POPULAR> significa para você?</p> <p>23. O que geralmente acontece com pessoas que tem <NOME POPULAR>?</p> <p>24. Qual é o melhor tratamento para pessoas que tem <NOME POPULAR>?</p> <p>25. Como as outras pessoas reagem diante das pessoas que tem um <NOME POPULAR>?</p> <p>26. Quem você conhece que já teve este <NOME POPULAR>?</p> <p>27. De que forma o seu (PS) é semelhante ou diferente do PS daquela pessoa?</p> <p>28. Você considera que o seu (PS) está relacionado a coisas que aconteceram na sua vida?</p> <p>29. Você pode nos contar um pouco mais sobre esses acontecimentos e de que modo estão ligados ao seu (PS)?</p>

Continua...

Anexo 2. Continuação.

Seção IV. SERVIÇOS & RESPOSTA AO TRATAMENTO

[Esta seção apresenta um conjunto de perguntas aplicável a diferentes cenários de cuidado/tratamento. Como o roteiro desta entrevista é flexível, nesta seção podem ser inseridas perguntas que avaliem a experiência de tratamento em dado serviço em particular].

30. Durante a sua ida ao seu médico para o seu (PS), o que o seu médico falou que era o seu problema?

30.1 A outra pessoa que você procurou para o seu (PS), o que essa pessoa falou que era o seu problema?

31. O seu médico passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? [Listar todos.]

31.1 A pessoa que você procurou passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir?

[Listar todos.]

32. Como você está lidando com cada uma dessas recomendações? [Repita a questão 33 a 36 para cada recomendação, remédio e tratamento listado.]

33. Você está conseguindo seguir este tratamento (recomendação ou medicação)?

34. Você acha que este tratamento funcionou bem? Por quê?

35. Você acha que este tratamento foi difícil de seguir ou não funcionou bem? Por quê?

36. Que tratamentos você esperava receber para seu (PS) que você não recebeu?

37. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você procurou?

38. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você gostaria de receber?

Seção V. IMPACTO SOBRE A VIDA

39. Como o seu problema de saúde modificou a sua vida?

40. Como o seu (PS) mudou o modo como você se sente ou pensa sobre você mesma?

41. Como o seu (PS) mudou o modo como você vê a vida em geral?

42. Como o seu (PS) mudou o modo das pessoas te olharem?

43. O que te ajudou a passar por este período da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

44. Como a sua família ou amigos te ajudaram a passar por este período difícil da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

45. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudou você a atravessar este período difícil da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

46. Tem alguma coisa mais que você queira falar?

Anexo 3. Narrativa.

Janete* conta que sofre de depressão há cerca de 17 anos. Acha que tudo começou depois de ter presenciado o suicídio de um irmão, com quem ela havia brigado no dia anterior. Sua depressão neste momento tem despertado nela alguns sentimentos e emoções como sentir-se muito gorda, o que a faz muitas vezes provocar vômito depois de comer. Também tem muito desejo por compras, mas por não ter condições financeiras para comprar, tem sentido vontade de roubar. Por isso, não tem mais ido ao mercado sozinha, por medo de roubar. Sente que queria poder ter as coisas.

Já buscou muitos tratamentos psiquiátricos, e sente que sempre está trocando as medicações, porque não estão surtindo efeito e ela sente como se estivesse drogada. Já passou por algumas internações e, nestas internações, lembra-se que sempre estava amarrada, porque às vezes em 8 pessoas não conseguiam segurá-la. Sente que em nenhum dos dois internamentos em clínica psiquiátrica ficou bem. Comenta que tem feito psicoterapia, a pedido de seu psiquiatra, mas que se pudesse, fugiria da psicóloga, porque sente que não a faz bem ficar lembrando do fato que ocorreu com seu irmão.

Antes do que aconteceu com seu irmão, sente que era saudável e não apresentava este problema de saúde atual. Considera que seu problema atual tem algumas semelhanças com o do irmão, como quando ele tinha o comportamento de se trancar. Percebe que ultimamente está se tornando agressiva, que antes fazia mal só para si, mas agora por qualquer situação está explodindo. Atualmente tem medo de perder a mãe e piorar muito, tem muito medo que a mãe a esqueça totalmente, porque a mãe está perdendo a memória.

Janete conheceu pessoas no CAPS e no hospital psiquiátrico com problemas semelhantes aos dela. Porém, o que Janete sente que apenas o caso dela tem de único é o sentimento de culpa. Ela acha que vai morrer com essa culpa.

Além de depressão, outro nome que ela dá para seu problema atual é transtorno bipolar, pois sente que é três pessoas no mesmo dia. Sente que no mesmo dia está rindo, está acelerada, mas também tem atitude de ficar trancada e com vontade de chorar. Recentemente desceu do ônibus e teve vontade de se jogar embaixo dele, mas viu sua filha que a esperava e que disse estar com saudade da mãe e, diante desta situação, Janete sentiu mais culpa.

Para Janete, o que causa o seu problema atual é a culpa em relação ao suicídio do seu irmão e porque o pai foi ao velório do irmão, o que ela havia falado que iria acontecer, quando brigou com o irmão no dia anterior. Mas Janete diz que nunca imaginava que isso realmente poderia acontecer, porque ela e o irmão eram da mesma idade e, apesar de brigarem às vezes, logo estavam bem. Naquele dia, ela pensou que era só mais uma briga e logo estariam juntos, mas depois daquele dia, o irmão se suicidou.

Além da situação com este irmão, Janete sente que o que também contribui para sua piora é o fato de ter sido casada por 24 anos, mas achar que ex-marido cansou de estar com ela e foi viver com uma sobrinha dela. Depois deste fato, ela ficou se sentindo um lixo. Isso ocorreu há 2 anos. Além disso, sente muita tristeza por achar que um outro irmão que estava com câncer morreu tomando uma colher de miojo, considerando que ele morreu de fome. E, atualmente, o que também a deixa muito mal é saber que sua mãe está com demência.

Houve também uma experiência com um profissional médico que a deixou muito abalada. Um dia esta pessoa disse a ela que Janete poderia buscar muitos tratamentos, mas seria a 15ª pessoa de sua família que se mataria, e o seu ex-esposo ficaria rindo com outra mulher no seu velório.

Na sua experiência, ela considera que não existe um tratamento ideal para depressão e transtorno bipolar, pois acha que não tem cura. Todos que ela conhece que tem esse problema, só tomam medicamentos e muitos cometeram suicídio.

Além dos medicamentos, Janete conta que já foi orientada sobre fazer terapia com psicologia, fazer caminhadas, ir à academia, fazer amizades, sair de dentro de casa. Mas ela sente que não consegue fazer, pois no final de semana tem que cuidar de sua mãe, sente sobrecarga, fica com um medo imenso de errar, como errou com o irmão.

Ao buscar outras fontes para a ajudar, ela encontrou na internet vídeos de um líder espiritual (Antônio Junior) em que ela sentiu que ele identificava sua dor, o sofrimento, a culpa e falou que Deus pode mudar essa situação.

De todos os tratamentos e acompanhamentos que já fez, ela sente que quando estava com uma médica específica sentiu que melhorou um pouco, mas a médica teve que parar de a atender e ela sofreu muito por essa médica ter saído, sentiu que decaiu muito com a saída dela, que nem queria mais fazer tratamento.

Janete não apresenta no momento expectativas de um tratamento diferente dos que já a foram apresentados.

Considera que sua família vê seu sofrimento como fingimento, pois já passa por isso há muitos anos. Sente que as pessoas a tratam mal por ter este problema. Ouve coisas como que ela é louca, que está atacada, para tomarem cuidado com a louca. Acha que apesar de todo o conhecimento que existe hoje em dia, ainda há muito preconceito. Muitos acham que é frescura, que é um problema de quem não quer trabalhar. Mas ela nunca usou o problema como uma forma de ficar sem trabalhar.

Sobre o impacto que seu problema atual tem sobre sua vida, sente muito sofrimento e culpa, tem vezes que se enxerga um monstro, e acha que quem tinha que viver era seu irmão. Sente-se sufocada no pensamento de que vai descansar se morrer, pois vai passar pelo mesmo processo que o irmão passou ao ter se matado.

Janete tem como prática de espiritualidade a religião católica. Costumava frequentar a igreja, pedia para Deus pelo irmão que tinha câncer, que ela acha que nunca fez mal para ninguém. Mas acredita que ele morreu de fome e por isso nunca mais voltou para a igreja. Acha que esta atitude é errada, pois não poderia buscar a Deus só na hora do problema. As vezes acha que não acredita mais em Deus. Desde que aconteceu a morte do irmão por câncer, não pediu mais nada para Deus, só agradece. Sente que antes, quando estava melhor ia à igreja, gostava de ajudar as pessoas, mas atualmente se afastou de tudo.

*A usuária permitiu que seu nome fosse divulgado.