

Encaixe: uma narrativa clínica na Atenção Primária à Saúde

Walk-in: a clinical narrative of Primary Health Care (abstract: p. 8)

Encaje: una narración clínica en la Atención Primaria de la Salud (resumen: p. 8)

Guilherme Coelho^(a)

<guilcoel@unicamp.br> 

^(a) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia (doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Alexander Fleming, n. 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. CEP: 13083-881.

Este texto apresenta uma narrativa clínica ficcional ambientada em uma Unidade Básica de Saúde brasileira. Uma operadora de caixa de supermercado procura atendimento na madrugada por dor torácica, temendo um infarto. O encontro entre ela e o médico de Família e Comunidade revela como a escuta atenta, o exame físico contextualizado e a linguagem acessível transformam o cuidado. A narrativa explora a integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), situando a dor no contexto do trabalho precarizado e das condições de vida. A nota reflexiva que acompanha o conto dialoga com o campo da medicina narrativa, propondo que a competência clínica exige competência narrativa.

Palavras-chave: Medicina narrativa. Atenção Primária à Saúde. Humanização da assistência. Relação médico-paciente. Literatura.

A luz fria do mercado pinga do teto como uma chuva de néon. O corredor das bolachas tem cheiro de açúcar quebrado e de papelão úmido. Ela fecha o caixa devagar, dedos ainda tintos de moeda, e pensa que a dor no peito é uma campainha insistente em porta sem visita. O segurança boceja com respeito; o gerente passa e diz “força aí, campeã”, palavra que arranha mais do que consola.

Lá fora, o ar guarda o calor do motor e a poeira fina. A madrugada se move sem pressa, como loja fechando porta. O relógio não grita horas, só fura. A dor anda junto.

No caminho para a UBS [Unidade Básica de Saúde], a mochila belisca o ombro. A fígada aumenta quando respira fundo, como se um grampo prendesse a costela à pele. O medo inventa atalhos rápidos: infarto, castigo, destino. No balcão, a técnica pergunta o nome, tira o cartão amassado do Sistema Único de Saúde (SUS) como quem acha fotografia antiga.

Ele chega, jaleco gasto no cotovelo, voz de quem aprendeu a falar baixo em sala cheia. Vê primeiro os detalhes: o cadarço duplo, sinal de pressa; o solado gasto para fora; o queixo levemente voltado para a esquerda ao inspirar; a mão que protege o esterno como se fosse ferida à mostra. Não começa com a dor – começa com a vida.

Trabalho? Caixa de supermercado, turno trocado, madrugada. Casa? Dois cômodos, janela para a avenida, a filha no meio do cursinho, o marido que faz bico de moto. Comida? Arroz e o que tiver; hoje foi pão com margarina e café forte. Sono? Entre barulhos, o corpo pegando no tranco, como quem pega ônibus na hora errada. A dor? “Começou ontem na prateleira alta. Fui erguer um fardo de açúcar e veio um pontinho que virou uma tampa de panela apertada”.

Ele respira devagar e deixa a sala em silêncio por um instante, juntando o que viu ao que ela contou. Pergunta como dói, quando piora, o que alivia. Quer saber se o corpo reclama ao girar o tronco ou ao subir a ladeira. Não houve suor frio, nem falta de ar que truncasse a frase, nem peso que se esticasse para o braço ou para a mandíbula.

A dor não tem hora certa: vem com o gesto, vai com a pausa, volta quando ri de uma bobagem do rádio. O medo, sim, tem hora – entra junto com a palavra “infarto” que o vizinho jogou por cima do muro.

No exame, ele encosta a polpa dos dedos no espaço entre a costela e a cartilagem, na segunda e na terceira junção, lado esquerdo, ponto exato onde ela apontou. A dor responde na hora, como um botão que acende. Pede que ela gire o tronco; a fígada aumenta. Comprime outras regiões do peito; só aquele ponto protesta. O estetoscópio encosta: pulmões limpos, coração ritmado como uma canção que ela conhece. Palpa de novo – um clique silencioso entre os tecidos, a confirmação que o corpo dá quando a história fecha com a mão.

Explica simples, sem aula: a dor que pede perna e pressa é de outro tipo; a dela briga mesmo é com gesto torto. Ela ri curto, aliviada e desconfiada; pergunta se é “dor de nervo”. Ele ajeita: é dor da junção entre costela e cartilagem que se inflama quando a vida pede demais – erguer peso, dormir torto, tossir forte. Às vezes vem sozinha, às vezes depois de uma gripe que força a tosse. Expressão grande que ele dobra para caber: “inflamação do encaixe costal”.

O gerente do mercado passa na cabeça dela, dizendo que a prateleira alta é “coisa leve, só açúcar”. Ela desvia do julgamento com humor pequeno: “Leve pra quem, doutor?” Ele acompanha o sorriso: “Leve pra quem não carrega o mês no ombro.”

Ela conta da fila do último ônibus e do senhor que espirrou de máscara no queixo; tossiu de volta por três dias. Ele pergunta se tossiu muito – o corpo dela responde com memória. Pode ter começado ali, com o peso do açúcar, mais uma noite de sono repartido.

Ele abre o cuidado em passos curtos: calor no ponto, levantar com as duas mãos, erguer sem torção, apoio da escada quando precisar. O alongamento entra como quem ajeita a roupa antes de sair. Se couber remédio, que seja simples – o combinado nasce do que dá para pegar na farmácia do posto. Combinam os sinais do corpo: se melhorar, pode espaçar; se piorar ou se a dor mudar de cara – virar peso que aperta caminhando, vir com falta de ar, suor gelado ou descer pelo braço – é outra história e outra porta, dessas que se abrem depressa.

A sala fica clara do jeito possível: nada de promessa, só chão firme para seguir. Ele desenha dois traços e uma seta onde dói; escreve uma palavra que não precisa virar bandeira e entrega a folha. Pede que ela diga como vai fazer; ela devolve o plano com as próprias palavras e ele marca o retorno. Pergunta do turno, e ela confessa que às vezes troca hora para tapar buraco. “Buraco não se tapa com costela”, ele responde. Ela guarda a frase para usar com o gerente.

A dor continua sendo campainha, mas agora há quem atenda. No ponto de ônibus, ela apoia a mochila no colo para não morder o ombro. Um menino passa vendendo bala: “leva uma que a segunda é sorte”. Ela compra uma e fica com a sorte, do tamanho de um pequeno estalo na junta certa.

Em casa, a filha pergunta se é grave; ela responde que é um nome comprido para incômodo teimoso. A panela no fogão pede fogo baixo; o peito agradece.

Nota reflexiva

O encontro clínico é, antes de tudo, um encontro de narrativas. A pessoa que chega traz uma história – fragmentada pelo medo, editada pela vergonha e atravessada pelo cansaço de quem saiu do turno da madrugada direto para a fila da Unidade de Saúde. O profissional que recebe traz outra: um repertório de padrões, uma gramática de sinais, uma urgência silenciosa de encaixar o que ouve no que sabe. O cuidado acontece quando essas duas histórias conseguem se tocar.

Rita Charon, ao fundar o campo da medicina narrativa, propôs que a competência clínica exige competência narrativa, ou seja, a capacidade de reconhecer, absorver, interpretar e ser movido pelas histórias dos outros¹. Não se trata de abandonar a técnica, mas sim de perceber que o diagnóstico começa na escuta e que a escuta é um ato criativo. O médico que observa o cadarço duplo, o solado gasto e a mão protetora sobre o peito não está apenas coletando dados: está também lendo um texto que o corpo escreve antes da palavra.

Na Atenção Primária à Saúde brasileira, esse encontro assume contornos próprios. A integralidade – princípio que atravessa o SUS desde sua fundação – convida a olhar a pessoa para além do sintoma, situando a dor no contexto do trabalho precarizado, da moradia apertada, do sono repartido entre o barulho da avenida e a preocupação com a filha no cursinho². A costocondrite que aparece no prontuário é também o fardo de açúcar, a prateleira alta, o gerente que a chama de “campeã” enquanto distribui tarefas que o corpo não aguenta.

A linguagem que o profissional escolhe faz parte do cuidado. Traduzir “costocondrite” para “inflamação do encaixe da costela” não é simplificação: é hospitalidade³. É abrir espaço para que a pessoa reconheça seu próprio corpo nas palavras que recebe e possa, ela mesma, explicar à filha que pergunta se é grave. Quando o plano terapêutico nasce do diálogo – “Como você vai fazer quando chegar em casa?” – o que se constrói não é adesão, e sim aliança.

Este conto resulta de um procedimento compósito: o autor sintetiza, em uma única cena, padrões recorrentes observados em encontros clínicos na Atenção Primária, sem correspondência a qualquer paciente identificável. O sigilo se preserva pela ficcionalização; o que se busca preservar do real é a estrutura do encontro, não o seu acontecimento. A escrita opera por um princípio único, e não por dois: o dado técnico funciona como ponto de virada narrativa. A costocondrite, palavra que pesa, dobra-se em “inflamação do encaixe da costela” e, nesse gesto, deixa de ser diagnóstico para se tornar hospitalidade. É a precisão fisiopatológica que torna a frase clinicamente operante; é o seu reatamento na linguagem da paciente que a torna terapêutica. Esse modo de compor situa-se no terreno explorado por Stelet⁴, que propõe a medicina narrativa e a medicina baseada em evidências menos como polos opostos do que como movimentos passíveis de conciliação na formação do médico que escreve sobre o que vê.

A cena narrada não é exceção: encontros assim acontecem em Unidades Básicas de Saúde brasileiras, e o silêncio da madrugada apenas adensa o que, em outros turnos, também se pode construir. O que é preciso reconhecer, no entanto, é a sua vulnerabilidade estrutural. A Política Nacional de Atenção Básica fixa o teto de uma equipe de Saúde da Família para cada dois mil habitantes⁵, proporção que se distancia, em muitos contextos, da realidade encontrada nas unidades, pressionadas pela demanda espontânea e densidade territorial. Sob essa pressão, a competência narrativa – entendida como reconhecimento, absorção e interpretação da história do outro – não se realiza apenas como disposição do profissional, pois depende de condições materiais que lhe deem espessura. O risco contrário é converter em virtude individual o que é, antes, condição de serviço.

Há, além disso, uma fragilidade epistemológica que merece registro. Dutta⁶ questiona se a escuta narrativa, tal como teorizada, de fato realiza a promessa de “juntar-se” ao paciente na experiência do adoecimento, ou se opera por aproximações que podem subestimar a alteridade – advertência que, sem desfazer o valor heurístico da medicina narrativa, recomenda cautela contra a confiança epistêmica excessiva na empatia como via de conhecimento clínico. Silva e colaboradores⁷, em ensaio publicado nesta mesma revista, situam a medicina narrativa em terreno semelhante de tensão: aspirar à escuta inteira é diferente de poder sustentá-la cotidianamente. A medicina



narrativa, portanto, comparece neste texto não como técnica que se ensina em isolado, mas sim como horizonte que só se realiza quando a organização do serviço – e a humildade epistêmica do profissional – têm espessura para sustentá-lo. Reconhecer esses limites não invalida o gesto do encontro: ao contrário, devolve-lhe peso político.

A dor continua sendo campainha. A narrativa é uma forma de atender.

Disponibilidade de dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Conflito de interesse

O autor não tem conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Elizabeth Maria Freire de Araujo Lima 

Editora de criação

Juliana Araujo Silva 

Submetido em

07/01/26

Aprovado em

29/04/26

Referências

1. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press; 2006.
2. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO; 2001. p. 39-64.
3. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006;30(1):6-14. doi: 10.1590/S0100-55022006000100002.
4. Stelet BP. Medicina narrativa e medicina baseada em evidências na formação médica: contos, contrapontos, conciliações [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
6. Dutta R. The limitations of narrative medicine. *Theor Med Bioeth*. 2025; 46:247-64. doi: 10.1007/s11017-025-09713-6.
7. Silva AF, Mendonça MOL, Silva RCF, Correia IB. Entre ouvidos e palavras: um ensaio sobre medicina narrativa, redes sociais e humanização na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2023; 27:e220467. doi: 10.1590/interface.220467.

This text presents a clinical narrative of a fictional case in a primary care center in Brazil. A supermarket cashier goes to the center in the middle of the night complaining of chest pain, fearing a heart attack. Her encounter with the family physician reveals how active listening, a context-based physical examination and accessible language transform care. The narrative explores comprehensiveness as one of the underlying principles of the Brazilian National Health System (SUS), framing pain in the context of precarious working and living conditions. The reflective note accompanying the story dialogues with the field of narrative medicine, proposing that clinical competence requires narrative competence.

Keywords: Narrative medicine. Primary Health Care. Humanization of care. Doctor-patient relationship. Literature.

Este texto presenta una narración clínica ficcional. Una cajera de un supermercado busca atención médica durante la madrugada por causa de un dolor torácico, con miedo a un infarto. El encuentro entre ella y el médico de familia revela como escuchar atentamente, el examen físico contextualizado y el lenguaje accesible transforman el cuidado. La narración explora la integralidad como principio del Sistema Brasileño de Salud (SUS), situando el dolor en el contexto del trabajo precario y de las condiciones de vida. La nota reflexiva que acompaña el cuento dialoga con el campo de la medicina narrativa, proponiendo que la competencia clínica exige competencia narrativa.

Palabras clave: Medicina narrativa. Atención Primaria de la Salud. Humanización de la asistencia. Relación médico-paciente. Literatura.