

Metadados não aplicados

língua do artigo Português

journalid Interface (Botucatu)

journaltitle Interface - Comunicação, Saúde, Educação

abbrevjournaltitle Interface

issnppub 1414-3283

issnepub 1807-5762

publishername Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Instituto de Biociências de Botucatu - UNESP

publisherid icse

subject Artigos

transtitle Lecturas holísticas: de Tchékhov a la Medicina Narrativa

articleid 1807-57622014.0628

articledoi DOI 10.1590/1807-57622014.0628

volume 19

issue 52

fpage 71

lpage 82

permissions This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License, which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Leituras holísticas: de Tchékhov à Medicina Narrativa*

Lecturas holísticas: de Tchékhov a la Medicina Narrativa

Fernandes, Isabel^a

^aUniversidade de Lisboa

2015

Resumo

Neste artigo, procura-se evidenciar como, no conto “Um caso da prática médica”, o escritor russo, Anton Tchékhov, ele próprio médico, ficcionaliza e chama a atenção para aspetos da prática clínica hoje tantas vezes descuidados, designadamente a observação e avaliação do ambiente em que vivem os doentes; e aspetos de índole familiar, social e até sexual, bem como a importância crucial da relação interpessoal de carácter dialógico entre médico e doente. Relacionar-se-á esta chamada de atenção indireta de Tchékhov com a situação atual no domínio da prática clínica, recorrendo-se ao conceito de Medicina Baseada na Prova (EBM), como paradigma atualmente dominante nas práticas médicas, e à necessidade de o complementar com o da Medicina Baseada na Narrativa (NBM) ou Medicina Narrativa.

Palavras-chave: Palavras-chaveAnton Tchékhov, Medicina baseada na prova, Medicina baseada na narrativa, Medicina narrativa

Resumen

En este artículo se busca mostrar como en el cuento “Un caso de práctica médica”, el escritor ruso Anton Tchékhov, que era médico, presenta como ficción y llama la atención para aspectos de la práctica clínica tantas veces descuidados, específicamente la observación y la evaluación del ambiente en que viven los enfermos y también sobre aspectos de índole familiar, social e incluso sexual, así como la importancia crucial de la relación interpersonal del carácter dialógico entre médico y paciente. Se relacionará esta llamada de atención indirecta de Tchékhov con la situación actual en el dominio de la práctica clínica, recurriéndose al concepto de EBM (Evidence based medicine) como paradigma dominante en la actualidad en las prácticas médicas y la necesidad de complementarlo con el de NBM (Narrative based medicine) o Medicina narrativa.

Palabras claves: Palabras-claveAnton Tchékhov, Medicina basada en pruebas, Medicina basada en la narrativa, Medicina narrativa

*Sobre a importância dos chamados “incipit,” veja-se, por exemplo, Andréa Del Lungo ^[3].

Fundação para a Ciência e a Tecnologia/PTDC/CPC-ELT/3719/2012 Anton Tchekhov (1860-1904), escritor e médico russo, é autor de muitos contos famosos, de entre os quais o texto intitulado “Um caso da prática médica,” publicado em 1898, será objeto da primeira parte deste artigo^(a).

Para benefício dos que possam não conhecer o texto, fornece-se uma breve paráfrase. Um prestigiado médico de Moscovo recebe um telegrama solicitando-lhe uma visita até a fábrica dos Liálikovs, para consultar a filha dos proprietários, e resolve enviar o seu assistente, o Dr. Koroliov. Este não consegue detetar nenhum problema sério de saúde na jovem Lisa – que se queixa de nervosismo, insónias e palpitações, e, não vendo motivos para se demorar, dispõe-se a partir, mas é instado a pernoitar na casa da família pela mãe, que teme que se repita outra noite de pesadelo. Como não consegue dormir, o médico vagueia de madrugada pela fábrica e zonas adjacentes, e tem como que uma epifania, ao aperceber-se duma conexão entre o opressivo meio envolvente e a doença da jovem. A percepção duma enfermidade social e espiritual que afeta aquele microcosmos justifica, aos seus olhos, os sintomas da paciente e leva-o a encará-la de modo diferente: da visão distanciada e profissional que lhe dispensara antes e que de nada lhe valera, passa a uma atenção mais generosa à pessoa e à situação de Lisa, com quem conversa. Agora, além dos batimentos cardíacos, torna-se atento à expressão dos seus sentimentos, medos e ansiedades, com os quais, de resto, se solidariza. Ela responde-lhe com a revelação de estar também convencida de não ter nenhuma doença física, antes sentir “inquietação” e “medo.” A conversa constitui o momento de viragem decisivo para a jovem, que, na manhã seguinte, aparece a despedir-se do médico, sorridente e vestida de branco, como que para uma festa.

Proponho que atentemos no/s parágrafo/s de abertura, geralmente cruciais para o entendimento do que verdadeiramente está em causa no texto, e, também, à identificação de qual/quais a/s figura/s de retórica mais recorrente/s^(b). Começando pela abertura da narrativa, verificamos que nos fala duma figura que irá estar ausente do conto: o anónimo professor. E, de imediato, nos perguntamos: por que incluir, neste início, uma personagem sem interferência no desenrolar dos acontecimentos?

O professor recebeu um telegrama da fábrica dos Liálikov: pediam que fosse lá com urgência. Adoecera a filha de uma tal senhora Liálikova, pelos vistos a proprietária da fábrica, e mais nada se podia perceber do telegrama longo e desconexo. Então, o professor não quis ir, mandando em seu lugar um dos seus médicos, o doutor Koroliov.^[1] (p.261)

Aparentemente inconsequente para o desenvolvimento da história, a menção à atitude do professor é, contudo, significativa, porque ele baseia a sua decisão de não responder ao apelo que lhe é feito num ato interpretativo, num ato de leitura. O facto de o telegrama ser “longo e desconexo” deprecia, aos seus olhos, aqueles que o escreveram, e determina que se esquive à visita, delegando-a no seu assistente. Chama-se aqui a atenção para o ato de leitura como qualquer coisa que precede e acompanha as nossas ações e decisões, e que, como veremos, assinala o tipo de saber e decisões próprios do ato clínico como ato deliberativo, isto é, não meramente cognitivo, dado não se limitar a equacionar factos, mas envolver também emoções e valores, bem como ponderar deveres. Isto é, chama-se

^a O conto foi também publicado no Brasil, com o título “Um caso clínico.” Segui a tradução em português europeu^[1]. Sempre que esta se manifestou menos satisfatória, recorri à tradução inglesa constante da antologia de Jack Coulehan, com o título “A Doctor’s Visit”^[2].

^b Sobre a importância dos chamados “incipit,” veja-se, por exemplo, Andréa Del Lungo^[3].

indiretamente a atenção para o carácter hermenêutico complexo da prática médica, bem como da sua essência deliberativa^(c). Para que não restem dúvidas, mais abaixo, ao descrever o que Koroliov vê no seu percurso até à fábrica, lê-se na tradução inglesa: “And now when the workpeople timidly and respectfully made way for the carriage, in their faces, their caps, their walk, he read physical impurity, drunkenness, nervous exhaustion, bewilderment”^[2] (p.174, ênfase minha).

Tchékhov está, obviamente, apostado em apresentar os médicos como leitores, como decodificadores dos sistemas signícos que os rodeiam, e disso mesmo o texto irá tratar.

Quanto ao recurso retórico central neste conto, e não apenas por ser o mais repetido, mas por ser, ele próprio, transformado em princípio composicional da narrativa, como adiante se demonstrará, torna-se inescapável a comparação. Veja-se, por exemplo, logo no segundo parágrafo, a referência ao cocheiro da carruagem que espera Koroliov: “o cocheiro tinha uma pena de pavão no chapéu e respondia a todas as perguntas em voz alta, como um soldado...”^[1] (p.261, ênfase minha). Aqui, o primeiro contacto com um habitante local aponta, por meio da comparação, para o mundo castrense e sua inerente disciplina e relações de poder, aspetos que serão reverberados na apresentação da fábrica.

Ora, a essência da comparação (que, como se sabe, está na base de toda a construção metafórica) consiste numa aproximação de objectos ou planos diferentes, num esforço integrativo que, segundo Percy Bysshe Shelley, na sua célebre Defesa da Poesia (escrita em 1821, mas publicada postumamente, em 1840), caracteriza o próprio modo poético. A partir duma distinção entre razão e imaginação, em que, segundo defende: “A razão diz respeito às diferenças e a imaginação às semelhanças entre as coisas”, Shelley vai mais longe e afirma que a poesia, sendo a expressão desse poder integrativo da imaginação, é uma linguagem “vitalmente metafórica, ou seja, assinala as relações até aí inapreendidas entre as coisas e perpetua essa apreensão”^[4] (p. 227, traduções minhas).

Que seja a comparação o recurso retórico mais flagrante e recorrente no conto é significativo, dado que, por ele, se assinala a necessidade dum olhar e duma atitude integradoras das forças e relações múltiplas que governam a nossa existência enquanto seres humanos e, mais do que nunca, em momentos críticos como o duma crise ou duma doença, como é o caso neste texto.

Além disso, em termos menos microscópicos, o conto vai progredindo por meio de outras comparações ou aproximações, ainda que não de natureza retórico-estilística mas, antes, de teor composicional. Constrói-se e desdobra-se por aproximações sucessivas entre personagens e entre estas e o meio ambiente. Desde logo, temos a comparação entre a governanta e os patrões, seguida da que assimila Lisa à mãe, e, finalmente, a comparação entre o médico e Lisa, neste último caso, unidos por um conspícuo e inesperado “nós,” que, não sendo meramente sintoma duma sensibilidade geracional comum, vai mais fundo e sinaliza a partilha da vulnerabilidade humana que une sempre, afinal, médico e doente.

Se associarmos estes dois aspetos, o início do texto e o recurso retórico nele central, poderemos arriscar dizer que Tchékhov estará interessado em propor-nos um tipo de médico que designaremos de hermeneuta ou leitor competente, e um modo de exercer a prática clínica que tenha em conta a pessoa do paciente, no

^c Sobre isto, uso os termos e conceitos utilizados na palestra “Bioética e Humanização”, proferida por Diego Gracia, em 31 de março de 2014, no Congresso Internacional Humanidades e Humanização em Saúde, promovido pela FMUSP, em São Paulo, Brasil. Qualquer incorreção ou deturpação de leitura é, porém, da minha total responsabilidade.

seu contexto doméstico, familiar e social; em suma, ao invés duma medicina que disseque ou separe, propõe-nos uma medicina integrativa, restauradora duma imagem global do paciente “em situação”^(d).

Vejam como o faz no conto em análise. Trata-se duma narrativa de narrador heterodiegético onisciente, vulgo de terceira pessoa, em que o ponto de vista é cedido ao jovem Koroliov – é o seu olhar e a sua consciência do mundo que acompanhamos^(e). Tal escolha merece reparo – o convite ao leitor para partilhar o ponto de vista do jovem clínico aponta no sentido de ilustrar um comportamento e uma visão que se dá à consideração como digna de atenção, ou, por outras palavras, convida à empatia entre o leitor e esta personagem^(f).

O momento climático ocorre quando, de noite, vagueando, primeiro, no perímetro fabril e, em seguida, nas imediações, o médico se dá conta dum ambiente hostil, infernal, semelhante ao duma prisão – comparação inescapável que nos é comunicada significativamente em monólogo citado^(g), na sequência duma descrição em que os sentidos da audição e da visão da personagem são convocados, testemunhando o seguinte cenário:

Ouviu-se, ao lado do terceiro edifício: “jac... jac... jac...” E o mesmo nos restantes blocos fabris, e depois por trás das barracas e no portão. E parecia que, no meio do silêncio nocturno, era o próprio monstro com olhos rubros quem produzia estes sons, que era o próprio Diabo quem ali reinava sobre os patrões e os operários, enganando estes e aqueles.

Koroliov saiu para o campo.

- Quem é? – interpelou-o uma voz grosseira. “Como numa prisão...”, pensou Koroliov e não respondeu.^[1] (p. 268)

Mas não é só o entorno da fábrica que afeta negativamente o médico, também o interior da casa da família Liálikov, de gosto duvidoso e com um pretensiosismo novo-rico, tem o dom de o irritar. Além disso, as primeiras impressões que tem de Lisa também induzem nele a intuição de que algo falha ao nível da sexualidade da jovem, que o leva a pensar: “Deveria casar-se, está na altura...”^[1] (p. 264).

Apercebe-se, então, do sem-sentido dum empreendimento que a ninguém beneficia: nem aos trabalhadores, duramente explorados e alienados, nem aos patrões, também eles, afinal, vítimas do mesmo sistema mecanizado e insensível e do mesmo ambiente insalubre, como se prova pela morte prematura do pai de Lisa e pelo sofrimento presente de mãe e filha. A única e irónica exceção a este estado de coisas irracional parece ser a governanta, Khristina Dmitrievna, que sabe tirar partido da boa cama e boa mesa ao seu dispor.

O que se torna evidente ao longo do conto são as qualidades de Koroliov, no que diz respeito às suas capacidades de observação, de audição, de interpretação e à sua sensibilidade em geral. Trata-se de alguém de mente aberta, que sabe ouvir, ver e descodificar o que contempla, e que é afetado pela ausência de beleza e vida em seu redor.

^d Faço-me eco da expressão sartriana: “être en situation,” no sentido de sermos o resultado dum feixe de circunstâncias e pertenças mas não, em última instância, determinados por elas.

^e Estamos perante o artifício dialógico que F. K. Stanzel designa de reflectorização e que origina o que chama de situação narrativa figural, em que uma personagem é usada como reflectora^[5].

^f Cf. Stanzel, segundo o qual, a situação narrativa figural convida à empatia com a personagem-reflectora ou detentora da focalização^[5].

^g Dorrit Cohn usa o termo “quoted monologue” para designar este artifício narrativo, em narrativas de terceira pessoa^[6].

O diagnóstico que faz do microcosmos industrializado que observa leva-o a uma nova e eloquente comparação: tal como a vida fabril é para ele enigmática, assim, também, o são certas doenças incuráveis, cujas causas se revelam obscuras mas incontornáveis. Por mais distração e entretenimento que se proporcione aos operários, tal não logrará curá-los da doença que os aflige, como acontece com os tratamentos vãos que se aplicam em casos de doenças sem cura.

Mas se a avaliação e a diagnose do contexto social e familiar por parte do clínico será certa e decisiva para o que se segue, é o diálogo com Lisa, a doente, que vai constituir a peripécia conducente ao desenlace. Este diálogo evidencia a dependência mútua entre o eu e o outro, explorada, entre outros pensadores, por um Paul Ricoeur^(h) ou por um Mikhail Bakhtin. Este último, por exemplo, num passo eloquente de *Art and Answerability* (obra porventura menos conhecida), chama a atenção para a complementaridade de olhares que caracteriza qualquer encontro interpessoal e sem a qual a apreensão do todo envolvente seria impossível:

Quando eu contemplo um ser humano completo que está situado fora de mim e face a mim, os horizontes concretos por nós efectivamente experimentados não coincidem. Porque, a cada momento dado, independentemente da posição e da proximidade a que esse outro ser humano, a quem eu estou a contemplar, se encontra de mim, eu hei-de ver e saber sempre algo que ele, a partir da posição que ocupa, fora de mim e face a mim, não pode, ele próprio, ver: partes do seu corpo que são incessíveis ao seu próprio olhar (a sua cabeça, a sua face e respectiva expressão), o mundo atrás de si e toda uma série de objectos e relações que, quaisquer que sejam as nossas posições relativas, me é acessível a mim e não a ele. Ao olharmos um para o outro, dois mundos diferentes estão reflectidos nas pupilas dos nossos olhos. É possível, se se assumir uma posição apropriada, reduzir esta diferença de horizontes a um mínimo, mas para anular tal diferença completamente seria necessário fundirmo-nos num só, tornarmo-nos uma e a mesma pessoa.^[8] (p.23)

O carácter conspicuamente óptico conferido a esta cena matricial definidora da relação intersubjectiva, alerta-nos para a interdependência dos pontos de vista irreduzíveis que nela se cruzam, indiciando, ao mesmo tempo, que, para o reconhecimento topográfico de qualquer situação, é indispensável a variação do enfoque. Transpondo esta interdependência para o encontro clínico, postula-se a necessidade de o olhar do médico ser complementado pelo do doente, de modo a recuperar o contexto em que este se insere e, assim, alcançar o diagnóstico⁽ⁱ⁾.

Para se aperceber plenamente da sua situação e dado o seu isolamento relativo, Lisa precisa do olhar de terceiros, neste caso do médico, mas este tão-pouco está seguro de conseguir sozinho lidar com o enigmático mal que afeta Lisa e, sobretudo, de ser capaz de lhe dar conta das suas próprias conclusões, sem que ela com ele interaja. É interessante verificar que o tal diálogo crucial entre médico e paciente é, contra as nossas expectativas, verbalmente enxuto, não muito longo e transmite alguma insegurança de Koroliov: a linguagem técnica da medicina não lhe facilita nem garante o acesso ao íntimo desta criatura que se revelara, entretanto, inteligente e sensível; terá de recorrer a um outro tipo de linguagem.

^h Veja-se uma obra como *Soi même comme un autre*, por exemplo^[7].

ⁱ Esta necessária interdependência e colaboração faz lembrar o célebre triângulo hipocrático: "The [medical] Art consists of three factors, the disease, the patient and the physician. The physician is the servant of the Art. The patient must cooperate with the physician in combating the disease"^[9] (p. 1).

Quase instintivamente, o médico senta-se na borda da cama, pega na mão de Lisa, usa a primeira pessoa do plural, implicando-se no caso, partilhando com ela o que sente ter de lhe transmitir, mesmo sem saber bem como. Por outras palavras, trata-se dum verdadeiro diálogo, dado que ambos os interlocutores se respeitam, se colocam no mesmo patamar, e se vão reposicionando à medida que a conversa se desenrola, visando uma genuína troca de pontos de vista, um entendimento autêntico.

Não há aqui paternalismo, nem o médico se refugia no pedestal do seu saber técnico, antes, admite sentir-se embaraçado, constrangido, como sempre pode acontecer quando o encontro verdadeiro de dois seres humanos ocorre e os intervenientes procuram, em conjunto, uma verdade partilhável. Por isso, emergem nele sinais duma interdependência que não se esgota na relação clínica, antes a ultrapassa, já que Lisa admite que o que verdadeiramente lhe falta é um amigo, alguém em quem confie e com quem possa falar. A capacidade de gerar confiança, a abertura para o imponderável do que o outro tem para nos contar, a disponibilidade para a escuta atenta, a empatia, eis o que, neste diálogo, se encena e se insinua como ingredientes indispensáveis num encontro que se queira digno desse nome e produtivo. Nele o médico revela-se, afinal, não apenas em sintonia com a paciente, mas como um seu igual, e os sintomas de doença – a insónia e a taquicardia –, transmutam-se em sinais duma saudável reação a um contexto hostil e insalubre, e indiciam um instinto de vida de que ambos comungam: “A sua insónia é respeitável: seja como for, é um bom sinal. De facto, uma conversa como esta nossa teria sido impensável para os nossos pais; [...] ora nós, a nossa geração, dormimos mal, atormentamo-nos, falamos muito e duvidamos sempre de termos ou não razão”^[1] (p. 272).

Não interessa se o que Koroliov diz relativamente às diferenças geracionais é verdadeiro ou não, mas, sim, que tal serve como via de acesso e como garantia da necessária confiança viabilizadora do diálogo franco e aberto. O clínico prescindiu transitoriamente da linguagem da ciência, arriscou-se na fragilidade incerta da sua humanidade, cuidando de criar uma ponte para o outro...^(j).

Afinal, tudo se interliga e se nivela: o médico com a paciente, a governanta com os donos da fábrica, estes com os operários e, finalmente, os elementos naturais com o universo humano.

Tudo está, aqui, em estreita interdependência: ao avaliar o ecossistema que envolve a doente, o médico é levado a um diagnóstico que, como tantas vezes acontece, excede a sua competência clínica e o seu saber científico. A vida mecanizada, insalubre e irracional gerada pela industrialização repercute-se nos corpos e nos espíritos, em geral, mas especialmente nos mais sensíveis, e exige uma abordagem holística, que tenha em conta a pessoa como um todo, na multiplicidade das suas pertenças, constrangimentos, compromissos e circunstâncias.

Em diagnose certa do atual estado de coisas na área da saúde, João Lobo Antunes, em obra recente, intitulada *A Nova Medicina*, traça o seguinte quadro:

Um facto surpreendente é que o progresso da biomedicina veio aumentar paradoxalmente a incerteza da decisão médica. [...]

Ainda hoje na prática clínica o diagnóstico começa com a colheita da história, o exame físico – agora um pouco menosprezado pela abundância e rigor das técnicas

^j A única personagem que, neste conto, tem a pretensão de usar uma linguagem médico-científica é a governanta, que macaqueia o idioleto médico, procurando, assim, representar o papel que julga se espera dela. Trata-se de mais uma comparação, neste caso, irónica.

s de imagem – a que se segue o recurso a exames auxiliares de diagnóstico. Na Nova Medicina a imagem quase aboliu a narrativa da doença, em parte porque o médico tem menos tempo para ouvir [...], e porque o próprio doente tem dificuldade em explicar as suas queixas e acha que a doença está claramente revelada nas imagens obtidas.

A prevalência dos exames auxiliares de diagnóstico e, sobretudo, das imagens, tenderam a negligenciar os aspectos verbais, ou melhor, narrativos, inerentes à prática clínica: ouve-se menos o doente e dá-se-lhe menos espaço na consulta, porque o seu testemunho verbal foi desvalorizado.^[10] (p. 29-30)

Pode dizer-se que é neste contexto, neste equilíbrio difícil entre objetividade e rigor científicos e o reconhecimento da necessidade das palavras, do relato verbal, que emerge a Medicina Narrativa ou as Humanidades Médicas^(k), como também têm sido chamadas. Trata-se dum campo de estudo que, nas últimas décadas, tem vindo a chamar a atenção para a necessidade de um recentramento na relação intersubjetiva que caracteriza a prática clínica, atendendo e acudindo às competências comunicativas e a uma preparação humanística por parte do pessoal para/médico que coloque a relação com a pessoa do doente no centro dos cuidados. Para tanto, a Medicina Narrativa, profundamente interdisciplinar, tira partido do contributo de áreas do saber do âmbito das Humanidades, designadamente, dos Estudos Literários, da Filosofia, da Ética, da Antropologia, da Sociologia, entre outras. Se os anos oitenta do século passado testemunharam a emergência e a afirmação quase incontestada da “Medicina baseada na prova” (Evidence-based Medicine – EBM^(l)), que abordaremos adiante, já o aparecimento desta nova área de investigação – Narrative-based Medicine – NBM ou Narrative Medicine – NM – tem conhecido menos protagonismo no âmbito das ciências médicas, muito embora não seja propriamente mais recente^(m). Foi, sobretudo, nas décadas de oitenta e noventa do século passado que se fizeram notar, de forma mais decidida, publicações e iniciativas conducentes a um movimento que hoje se manifesta a nível mundial, mas muito em particular no mundo anglo-saxónico. Refiro-me ao aparecimento de programas académicos como o da Universidade de Columbia, fundado em 2000, e a publicações como as de Richard Zaner, Tricia Greenhalgh, Brian Hurwitz ou Rita Charon.

A Medicina Narrativa, nas palavras da sua principal defensora, Rita Charon: “[é uma] medicina praticada com a competência narrativa para reconhecer, interpretar e ser levado a agir pela situação crítica dos outros”^[11] (p. 83).

Em definição posterior e mais completa, Hurwitz contempla a diferença crucial entre singularidade biológica e a individualidade do doente (esta última objeto privilegiado da MN):

^k As designações variam, com os EUA privilegiando a designação “Narrative Medicine” (Medicina Narrativa - MN), e outros países, como o Reino Unido, preferindo a designação mais abrangente: “Medical Humanities” (Humanidades Médicas), a que correspondem, em França, as “humanités médicales.” Daí, por exemplo, o nome do programa pioneiro nos EUA: Program in Narrative Medicine, sediado no New York’s College of Physicians and Surgeons da Universidade de Columbia.

^l Preferimos traduzir “Evidence-based Medicine” por “Medicina baseada na prova,” dado que a tradução corrente: “Medicina baseada na evidência” atraiçoa o sentido do termo inglês “evidence,” o qual reclama, ao contrário do português, para ser incontestado, ser antes provado.

^m Note-se que já o aparecimento dos Grupos Balint na década de cinquenta do século XX sinalizava a existência dum mal-estar e da necessidade de o colmatar: reconhecendo que a consulta médica é, no essencial, um ato de relação, visavam amparar o clínico, fazendo-o partilhar inter pares os dilemas e dificuldades da sua relação com o doente concreto e singular. O objetivo seria o de fomentar uma atitude mais empática e mais autoconsciente, abrindo caminho a uma relação de confiança entre ambos. (Fonte: http://www.apmgf.pt/ficheiros/Boletim_Inscricao_Balint.pdf)

[a] Medicina Narrativa é uma prática e uma atitude intelectual que permite aos

médicos olhar para lá dos mecanismos biológicos no cerne das abordagens convencionais à prática médica, e abarcar domínios de pensamento e modos de dizer que se focalizam na linguagem e na representação, nas emoções e relações que iluminam a prática dos cuidados de saúde.^[12] (p. 73, tradução e ênfase minhas)

Defende-se ser esta

a plataforma mais desenvolvida que existe para exercer clínica com as técnicas e a sensibilidade necessárias, a fim de sermos capazes de combinar o conhecimento clínico e científico com o entendimento interpessoal dos muitos e variados relatos encontrados nos cuidados de saúde individuais.^[12] (p. 84, tradução e ênfase minhas)

A questão central que hoje enfrentamos consiste em equilibrar os extraordinários avanços registados na medicina como ciência, ou melhor, na/s ciência/s médica/s, e a tendência para uma certa subalternização da relação interpessoal no encontro clínico, da escuta atenta da história do doente, da consideração do seu ambiente social e familiar, aspetos que, como se viu, alguns entendem ser consequência da crença inquestionada e (quase) exclusiva no valor decisivo dos exames auxiliares de diagnóstico e, sobretudo, no rigor das técnicas de imagem.

Esta nova área interdisciplinar, focando-se na linguagem e/ou na representação, não rejeita os avanços científicos, antes, depende deles, mas combina-os com outras disciplinas, derivando sustento intelectual de domínios que vão além da estrita ciência, designadamente o das artes. Assume-se como atividade interpretativa e provisória, inalienável do contexto situacional em que é praticada^[12].

Não sinalizando, propriamente, uma preocupação nova na medicina clínica, a MN é, porém, um campo inovador no modo como, pela primeira vez, conjuga a prática médica com áreas de investigação alheias a ela^[12]. E responde, modernamente, ao crescente domínio do paradigma científico de base positivista, aliado a um profissionalismo algo estreito no exercício da clínica. A MN apareceu como o necessário complemento à institucionalização desse paradigma duro no exercício da arte médica, de base tecnológica, instalado no início dos anos oitenta do século XX e concretizado pela já referida EBM^[10].

O que devemos entender por EBM? Nas palavras de um dos seus defensores: “[a] Medicina baseada na prova, ou medicina factual, define-se como a utilização consciente e judiciosa dos melhores e mais atualizados dados (provas) da investigação clínica, atendendo à especificidade de cada doente”^[13] (p. 71, tradução minha).

Tais provas advêm de estudos clínicos sistemáticos, submetidos a testes extensivos de carácter aleatório, a meta-análises, a estudos transversais ou estudos de acompanhamento fidedignos. A EBM preconiza o recurso a uma revisão sistemática da melhor literatura médica disponível (sujeita a arbitragem científica), análise de risco/benefício e testes de controlo randomizado. Consiste, pois, em basear as decisões clínicas não apenas em conhecimentos teóricos, no julgamento e na experiência (principais componentes da medicina tradicional), mas, também, nas provas científicas, ou seja, os conhecimentos dedutíveis a partir de investigação científica sistemática, realizada sobretudo no plano do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento de doenças e que se baseiam em resultados validados e aplicáveis na prática médica corrente.

Ainda que os seus defensores aleguem não prescindir do julgamento e da experiência médicas e afirmem que a EBM é complementar em relação à prática médica tradicional, a verdade é que esta orientação acentuou o pendor cientificizante da “nova medicina” e levou os médicos, em gesto defensivo⁽ⁿ⁾, a uma utilização excessiva de todo este tipo de resultados e decorrentes dados estatísticos, duma multiplicidade de testes e técnicas auxiliares de diagnóstico, o que determinou um aumento exponencial do número de exames (muitas vezes desnecessários), com riscos acrescidos para os doentes e um aumento significativo dos custos na saúde^(o).

Apesar de tudo, julgo que não devemos encorajar uma visão contraditória entre EBM e NBM/MN, mas, antes, como defende Parker^[16], afirmar que a EBM, devidamente concebida e complementada pela MN, pode constituir a condição necessária para o exercício consciente da liberdade clínica nos nossos dias.

Mas a MN não preconiza apenas que os profissionais de saúde estejam somente atentos e disponíveis para acolher, na história clínica, as informações mais salientes do enredo que, pelo seu relato, o doente veicula, mas, também, que sejam recetivos e capazes de registar e decodificar a linguagem peculiar usada para o narrar, linguagem essa que, por vezes, pode até entrar em conflito com o ostensivo enredo da história relatada. Inspirando-se no método de leitura do New Criticism – o close reading, Charon gosta de usar a expressão close listening, para se referir ao tipo de atenção que o médico deve prestar ao que o doente lhe transmite. Pela capacidade de registarem o tipo de metáforas utilizadas, a repetição insistente de certas expressões, o ponto de vista e a sequência temporal adotados, as ambiguidades, os silêncios, entre outras características discursivas, os profissionais de saúde perceberão melhor e poderão, mais cabalmente, diagnosticar a situação psicossomática particular do doente que têm perante si. E isto só se consegue com treino. Charon defende que: “o treino narrativo ao nível da leitura e da escrita contribui para a eficácia clínica”^[17] (p.107). E acrescenta: “o tipo de decisões terapêuticas que tomamos pode ser marcadamente diferente do processo de decisão convencional, como resultado do aprofundamento narrativo da relação medico-doente”^[17] (p.191).

À leitura dos sinais do corpo, deve aduzir-se uma decodificação das narrativas e outros indícios verbais e não verbais dos doentes, e uma consciência dos aspetos éticos e socioculturais envolvidos. Tal requer uma predisposição cognitiva particular que só uma formação humanística – aliada ao conhecimento e à experiência clínica – pode promover^{[18],[19]}. Esta apreensão e decifração da situação humana específica que, num determinado momento, caracteriza o doente, e que conduz ao diagnóstico, será tanto ou mais competente e eficaz quanto o profissional de saúde dispuser dos instrumentos de análise e interpretação capazes de lhe permitirem fazer sentido do relato que ouve. Parte desses instrumentos pode ser-lhe facultada pelos estudos literários, em geral, e, em particular, pelos contributos dados mais recentemente pela narratologia^[20].

O reconhecimento desta necessária complementaridade entre um conhecimento científico de pendor universalizante, característico das ciências biológicas, e uma abordagem atenta e aberta às ressonâncias peculiares do caso histórico concreto que, no encontro clínico e na história clínica, vão sendo reveladas, ecoa a distinção estabelecida por Aristóteles, na sua *Ética* a Nicómaco, entre dois tipos de conhecimento. Refiro-me à díade sabedoria filosófica e sabedoria prática que, fazendo, ambas, parte do lado racional da alma, são de índole bem diferente. Orientada para a ação, a sabedoria prática não se ocupa apenas com

ⁿ A expressão “medicina defensiva” é usada, a este propósito, por Antunes^[10] (p.24).

^o A este respeito, além de Antunes^[10], veja-se, também, David H. Newman^{[14],[15]}.

universais, como é característico da sabedoria filosófica, mas, antes, atende aos factos particulares imediatos, conhecidos pela experiência. É este tipo de sabedoria que permite corrigir o raciocínio e conduz à excelência da deliberação, fim visado pelo ato clínico^(p).

A importância do reconhecimento duma interdependência entre saber científico, de carácter objetivo, com valor universalizante, e um outro tipo de saber, atento à situação contextual particular e, nesse sentido, provisório e dependente dum ato hermenêutico complexo, foi o que, em parte pelo menos, terá levado Lennard J. Davis e David B. Morris a publicarem, em 2007, o seu manifesto a favor do que designam de “biocultures” [“biocultura/s”], onde defendem o seguinte:

Pensar na ciência sem incluir uma análise histórica e cultural seria como pensar o texto literário sem a teia contextual dos conhecimentos discursivos, ativos ou dormentes, em momentos particulares. É igualmente limitado pensar na literatura [...] sem considerar a rede de sentidos que podem ser aprendidos a partir duma perspectiva científica. [...]

O biológico sem o cultural, ou o cultural sem o biológico, está condenado a ser reducionista, na melhor das hipóteses, e falho de rigor, na pior.^[22] (p. 411, tradução e ênfases minhas)

Com este termo, “biocultura/s,” pretendem validar e consolidar uma multiplicidade de experiências interdisciplinares que já estavam no terreno em inúmeras universidades e que vão desde as “Humanidades Médicas” ou “Medicina Narrativa” à história da medicina, passando pela: saúde pública, bioética, epidemiologia, estudos de identidade e do corpo, antropologia médica, sociologia médica, filosofia da medicina etc. Contestam, ainda, a legitimidade da tradicional fronteira entre as chamadas ciências duras e as restantes, por defenderem “a existência duma comunidade de intérpretes, transversal às disciplinas, intérpretes que estão dispostos a aprender uns com os outros”^[22] (p. 416, tradução e ênfase minhas).

Na atual conjuntura, seria vantajoso que o pessoal de saúde e, em particular, os médicos se encarassem como membros duma “comunidade de intérpretes,” e, nesse sentido, valorizassem as competências interpretativas postuladas pelas exigências da “nova medicina”. Mas tal só se concretizará por via duma mudança de atitude, e esta só ocorrerá quando se abandonarem hábitos e uma mentalidade ainda agora demasiado arreigados no exercício da medicina. Treinado para curar, convicto de que a/s ciência/s médica/s e os seus inegáveis progressos são garantia de sucesso, o aluno das atuais escolas médicas não está preparado para admitir que não sabe ou que se enganou^[15]. Daí que, quando confrontados com situações que fogem ao formato tipificado ou ao caso documentado e estatisticamente previsto, para já não falar do fracasso dos tratamentos, estes candidatos a médicos experimentem situações de ansiedade e desespero que nada deveria justificar. Conforme defende Newmann, a moderna ciência e, sobretudo, a Medicina “continua a tratar o organismo humano como um modelo de causa e efeito, uma máquina cartesiana com funções previsíveis e mensuráveis no mundo físico”. Ora, tal pressuposto é claramente inadequado, e não tem em conta a complexidade das “maquinações internas do corpo humano,” a grande maioria das quais está ainda por compreender^[15] (p. 34). Além disso, ignora ainda um outro fator, para o qual a física quântica chamou a nossa atenção: a importância do observador. Conforme argumenta Newmann:

^p Cf. Aristóteles, *Ética a Nicómaco*^[21]. Agradeço ao Professor Diego Gracia a chamada de atenção para a pertinência desta distinção aristotélica.

[o] modelo estóico do médico moderno que apoiamos – um observador objectivo e distante – não existe. A nossa presença altera a trajectória da doença e tem impacto sobre a experiência humana. Não somos espectadores indiferentes, nem devemos sê-lo; fazemos parte integrante e poderosa tanto da doença como da cura.^[15] (p. 223)

É isso mesmo que nos ensina o conto de Tchekhov, ao propor-nos um protagonista-médico que, confrontado com uma situação enigmática e atípica, acaba por envolver-se, deixando-se impregnar pelo ambiente que rodeia a paciente e tornando-se, assim, ‘parte integrante da cura’.

Jack Coulehan, observador atento do uso de narrativas e de metáforas em medicina, mostrou-nos como a linguagem prevalecente na prática clínica reflete uma cultura que torna o doente num objeto e, o médico, alguém investido de poder para abordar esse doente-corpo, subalternizado^[23]. Por exemplo, tome-se a expressão inglesa: “history taking” [em português, “colheita da história”], também ela metafórica, em que o peso conceptual de “history” sugere a objetivação do que o doente relata, ao mesmo tempo que está implícito tratar-se duma entidade que encontraremos se a procurarmos de modo suficientemente agressivo, tal como se procura uma caixa negra por entre os destroços da vida do doente. O verbo “taking” sugere, implicitamente, uma violação do doente. O médico como que arranca a história ao doente, como quem arranca um dente ou remove um apêndice. A “colheita” em português, outra metáfora, também ela sugere um acto agressivo, rapace, sublinhando a passividade do doente.

Coulehan analisa, ainda, as metáforas mais recorrentes no discurso médico, e chama a atenção para as três mais usuais: a da guerra (a doença é o inimigo e o médico, qual comandante das tropas, propõe-se vencê-la), a paternal (a doença vista como ameaça e o médico como protetor) e a da engenharia (a doença como disfunção e o médico como técnico).

Com o declínio das metáforas paternalistas, que a medicina contemporânea banuiu, ganharam mais força as metáforas militares e mecânicas. Em ambos os casos, porém, a subalternidade do doente e a redução deste ou do seu corpo à dimensão de objeto são inescapáveis. Tal vai de par com a conceção do médico como um observador objectivo e distante, detentor do saber, que não se envolve.

Numa época em que, constantemente, somos surpreendidos pelo reconhecimento da nossa interdependência global, seja em termos climáticos, políticos ou económicos, talvez fizesse mais sentido, como alguém sugeriu, substituir estas metáforas por outras mais holísticas; refiro-me a metáforas ambientalistas, cujos pressupostos remetem para a inter-relação entre as partes envolvidas e entre estas e o todo, evocativas da integralidade dinâmica quer do corpo social quer do corpo físico.

O tratamento bem-sucedido da dor exige mais comunicação entre doente e médico, comunicação entre os vários profissionais e uma visão da medicina como qualquer coisa de inacabado e de integrativo, mais do que especializado, estandardizado e baseado em tecnologia. [...] Talvez as metáforas devessem mudar do terreno da guerra para o do ambiente. A medicina precisa de procurar ir para lá da consideração de sintomas isolados e de soluções agressivas e posicionar-se ao nível da ecologia de sistema alargado.⁽⁹⁾

⁹ O autor continua: “Politicamente, pensar global tornou-se mais uma necessidade do que uma opção ideológica. As fronteiras já não protegem ninguém. A nossa relação com a terra tornou-se mais completa e inevitável. O mesmo se passa com a nossa saúde”^[24] (p. 356-7, tradução minha).

Em última análise, o que a MN propõe é que venham a mudar-se as metáforas, e, com elas, toda uma cultura que tem caracterizado o modo como a medicina é hoje praticada. Não duvidamos de que se trata dum processo lento e com muitos obstáculos, mas a boa notícia é que ele já foi iniciado. Acreditamos, ainda, que os estudos literários, apesar de toda a sua história recente, caracterizada por antagonismos e clivagens, movimentos de ação/reação sucessivos ou, se calhar, precisamente por causa de tudo isso, atingiram uma maturidade que, no indispensável diálogo interdisciplinar, lhes permite darem um contributo decisivo, se souberem ser criteriosos no uso dos seus melhores instrumentos e métodos. E, para além do mais, não nos esqueçamos de que, como alguém fez questão de assinalar: “Mais do que qualquer outro assunto, a literatura presta-se a um ensino poderoso”^(r) (Tradução minha).

Referências

- 1 Tchekhov A. Contos. Guerra N, Guerra F, tradutores. Lisboa: Relógio d'Água Editores; 2006. v. 6, p. 261-73.
- 2 Tchekhov A. A doctor's visit. In: Coulehan J, editor. Tchekhov's doctors: a collection of Tchekhov's medical tales. Kent: Kent State University Press; 2003. p. 174-82.
- 3 Del Lungo A. L'Incipit romanesque. Paris: Éditions du Seuil; 2003. (Coll. Poétique)
- 4 Shelley PB. A defence of poetry. In: Enright DJ, De Chickera E, editores. English critical texts (1962). Delhi: Oxford University Press; 1979. p. 225-55.
- 5 Stanzel FK. A theory of narrative. Goedsche C, tradutor. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
- 6 Cohn D. Transparent minds: narrative modes for presenting consciousness in fiction. Princeton: Princeton University Press; 1978.
- 7 Ricoeur P. Soi même comme un autre. Paris: Seuil; 1990.
- 8 Bakhtin MM. Art and answerability: early philosophical essays. Holquist M, editor; Liapunov V, tradutor; Brostrom K, tradutor do suplemento. Austin: University of Texas Press; 1990.
- 9 Hippocrates. Epidemics 1st, 11 [acesso 2014 Abr 15]. Disponível em: http://www.humanehealthcare.com/Article.asp?art_id=806
- 10 Antunes JL. A nova medicina. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012.
- 11 Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Ann Intern Med.* 2001; 134: 83-7.
- 12 Hurtwitz B. Narrative (in) Medicine. In: Spinozzi P, Hurtwitz B, editores. Discourses and Narrations in the Biosciences. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Unipress; 2011. p. 73-87.

^r “More so than any other subject, literature lends itself to powerful teaching”^[25] (p. 74).

- 13 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J*. 1996; 312:71-2.
- 14 Newman DH. *Hippocrates' shadow*. New York: Scribner; 2008.
- 15 Newman DH. *Onde falham os médicos*. Lucas AG, tradutor. Alfragide: Casa das Letras; 2010.
- 16 Parker M. False dichotomies: EBM, clinical freedom and the art of medicine. *Med Humanit* [Internet]. 2005 [acesso 2012 Ago 8]; 31(1):23-30. Disponível em: <http://mh.bmj.com/content/31/1/23.full>
- 17 Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 18 Tauber AI. *Science and the quest for meaning*. Waco: Baylor University Press; 2009.
- 19 Danou G. *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*. Limoges: Éditions-Lucas; 2007.
- 20 Fernandes I. Confronting the other: the interpersonal challenge in narrative medicine. In: Fernandes I, editor. *Creative dialogues: narrative and medicine*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing. Forthcoming.
- 21 Aristóteles. *Ética a Nicómaco* [Internet]. Vallandro L, Bornheim G, tradutores. São Paulo: Abril Cultural; 1984. Livro VI, cap. 7, p. 145-7 [acesso 2014 Ago 8]. Disponível em: http://sumateologica.files.wordpress.com/2009/07/aristoteles_-_metafisica_etica_a_nicomaco_politica.pdf
- 22 Davis LJ, Morris DB. Biocultures manifesto. *New Lit Hist*. 2007; 38(3):411-8.
- 23 Coulehan J. Metaphor and medicine: narrative in clinical practice. *Yale J Biol Med* [Internet]. 2003 [acesso 2012 Ago 21]; 76:87-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582695/pdf/yjbm00203-0044.pdf>
- 24 Jackson M. *Pain: the science and culture of why we hurt*. London: Bloomsbury; 2003.
- 25 Harpham GG. Politics, professionalism, and the pleasure of reading. *Dædalus*. 2005; 134(3):68-75.