

Umana cosa è*

JOÃO LOBO ANTUNES**

O doutor João José da Silveira nascido em 1813, médico-cirurgião pela escola do Porto, licenciado em 1841 com uma tese sobre «fístula do ânus», viveu e trabalhou em Ovar toda a vida. Bondoso, franco, sentencioso e anedótico, segundo o testemunho de quem o conheceu, foi dos poucos médicos que não abandonou o seu posto quando a febre-amarela devastou a região em 1855. Céptico em relação aos progressos da ciência dizia: *Bem sei, bem sei, vocês curam à moderna, mas morre-se à antiga*. Para ele, uma história contada a tempo e com graça valia, pelo menos, três receitas.

Foi colega de outro médico igualmente céptico, para quem assinar uma receita era, nas suas palavras, como assinar uma sentença de morte. Para ele na prática a coisa reduzia-se a muito pouco: *mais gástrica e menos gástrica e disse*. Também ele trabalhava de sol a sol e, na palavra do seu biógrafo, *erguia-se com as estrelas*.

Ambos partilhavam a clientela com charlatães, especialistas no que agora se enobreceu como medicina alternativas. O Dr. Silveira com o mestre barbeiro José da Silva Alminha, também chamado João das Bichas; o colega, com um barbeiro cujo nome não passou à história mas que

tinha na sua clínica gente tão ilustre como o Regedor e o Presidente da Câmara.

O colega do Dr. João José da Silveira era o Dr. João Semana, chamado assim, provavelmente, por não cumprir horário.

Consola saber que João Semana não representou um arquétipo idealizado pelo romancista, mas foi decalcado de um médico de carne e osso, precisamente o Dr. Silveira, que tinha como traço fundamental de carácter o ser profundamente humano. E esta qualificação pleonástica – homem humano – cumpre bem a sentença de Terêncio: *Homem sou e diz-me respeito tudo o que ao homem diz respeito*. John Donne, poeta inglês nascido em 1572, disse-o de outra forma, igualmente eloquente:

Nenhum homem é uma ilha, contida em si mesma; todo o homem é parte do continente, é parte de um todo (...) *(Toda a morte de um homem me diminui, porque sou parte da humanidade, e por isso nunca mandes perguntar por quem o sino dobra; ele dobra por ti.*

O que talvez melhor define a humanidade do médico é simplesmente a proximidade do outro, proximidade entendida não só no mero sentido físico, presencial, mas a proximidade expressa numa das mais belas definições da arte de tratar que conheço: uma confiança que procura livremente uma consciência.

Questão fundamental da medicina contemporânea é, sem dúvida, o afastamento cada vez maior dos dois

parceiros, médico e doente, como dois continentes, duas placas tectónicas que se apartam, impelidas por forças poderosas. É sobre estes vectores de sinal oposto que reflectirei um pouco.

Para mim, uma das forças em acção é, paradoxalmente, a explosão do conhecimento médico, que teve como consequência a soberba convicção de que a ciência é capaz de aliviar todo o sofrimento humano. Seria absurdo argumentar que é preferível voltar ao empirismo simpático da medicina de outrora, mas é bom chamar a atenção para dois pontos. O primeiro é que nos países de baixo e médio nível económico pelo menos um terço das mortes se deve a doenças transmissíveis, à ausência de cuidados maternos e perinatais e a défices nutricionais. O segundo é que a contribuição da moderna biologia molecular para novas armas terapêuticas é, por agora, relativamente modesta.

A cientização da medicina teve, em certa medida, a perversa consequência de atrofiar o carácter prudencial da medicina, o seu exercício como ciência do indivíduo, se quisessem, o seu papel pastoral. Recordo o admirável verso de Eliot que exprime claramente como informação não é conhecimento e conhecimento não é sabedoria.

Há quem pense que é relativamente fácil domesticar esta informação selvagem, transbordante, usando as metodologias tão em voga da chamada medicina baseada na evidência. Seria possível assim acudir à aflição de qualquer médico de cuidados primários que, dizem os defensores do que chamam pomposamente um novo paradigma, teria de ler 19 artigos por dia, 365 dias por ano, para se manter actualizado. Não vou argumentar sobre a falácia epistemológica que tudo isto encer-

*Conferência de Abertura do 9º Congresso Nacional de Medicina Familiar. Viseu, 26 de Setembro de 2004

**Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

ra, particularmente pela forma como esta informação, que eles crêem de garantido rigor, é colhida, nem comentarei sobre a necessidade de extrapolar de uma população anónima e amorfa para o doente singular que se senta na nossa frente. Não me debruçarei tão pouco sobre a fragilidade epistémica desta informação para lidar com a incerteza, consequência inesperada de tanto conhecimento.

Ao contrário do que se pensa, muito do que fazemos como médicos não trata da resolução de problemas. As nossas preocupações, dilemas e desafios são sobretudo dificuldades, não são problemas. De facto, toda a nova ciência e a medicina baseada na evidência pouco nos ajudam para cuidar do doente só, desprotegido, reivindicativo, não colaborante, ou daquele que prefere as mezinhas do João das Bichas. É importante por isso, para mim, não perder de vista o que eu gosto de designar como a evidência baseada na medicina e, como verão, as humanidades são instrumento indispensável para a discernir.

Note-se que a explosão do conhecimento atingiu igualmente o outro parceiro do binómio – o doente. Quarenta por cento dos utilizadores da *internet* procuram informação sobre questões de saúde. Não questiono a vantagem e o benefício ético da partilha da informação, mas a verdade é que a assimetria de conhecimento, que era o fundamento ontológico do paternalismo – aliás, é bom não esquecer, a nossa virtude ética por excelência – permitia um outro aconchego espiritual no acto médico; este deve ser, perdoe-se a metáfora, um duplo abraço, cognitivo e afectivo. Hoje passamos, não raramente, de dueto a duelo.

Consequência do novo conhecimento e do progresso tecnológico de

que tratarei adiante é também a fragmentação do acto médico. Aceito a pertinência da nova medicina dos comportamentos; lamento a nova medicina dos compartimentos. Quando estamos em frente do nosso doente, já não estamos mais sozinhos. Embora invisíveis, estão ali presentes outros especialistas, gestores, políticos, legisladores, profissionais de seguros, toda a sorte de gente, de tal modo que a prática médica é hoje em grande medida uma construção social, o que os mais obtusos teimam em negar. Aliás, já Virchow avisara há mais de um século que a medicina era *uma ciência social no osso e na medula*.

A apologia cega do modelo profissional clássico é estéril e contraproducente, mas a defesa dos valores fundacionais da profissão integrados numa vivência cultural contemporânea é uma questão de sobrevivência. As humanidades podem contribuir decisivamente para cumprir este objectivo.

Um outro factor de afastamento é ainda a imparável explosão tecnológica. Para os pessimistas corremos o risco de nos transfigurarmos em gigantes tecnológicos e embriões éticos, mas a tecnologia tornou-se um factor determinante e um imperativo da moderna medicina. Pelas suas próprias características a tecnologia é redutora, simplificadora, impaciente, intolerante da ambiguidade, e desenvolve-se mais depressa que as ideias que a geram. E, mais do que isso, aumentou dramaticamente o poder do médico, ao mesmo tempo que, pela objectivação da doença, a sua metrificacão e a transformação em imagens com valores de ícones – porque a imagem é objecto de fé, quer do médico, quer do doente – veio empobrecer a pouco e pouco a face humana da clínica, substituindo gradualmente a medi-

cina narrativa que prevalecia até pelo menos o meu tempo de aluno. A doença está agora centrada muitas vezes no relatório de imagiologistas, acessível democraticamente aos dois parceiros – médico e doente – e pelo hermetismo da linguagem, descodificada por este numa visita à «Net», o que é fonte de imensurável iatrogenia.

O empobrecimento narrativo é muito evidente no modo como o doente se apresenta hoje numa consulta, e isto não depende do nível sócio-económico. Muitos não sabem contar a sua história; limitam-se a pôr em cima da secretária uma pilha de exames, TACs, radiografias, análises, aquilo enfim que para eles representa a corporização da sua doença, como se esta se apresentasse desprendida do corpo que aflige. Quando lhes solicito que contem a sua história ficam perplexos, quase inquietos, e advertem – «Olhe que o meu historial (é o termo que preferem, sabe-se lá porquê) é muito longo.» A linguagem é curiosamente homogénea, monótona, uma sucessão de clichés e de um jargão que define um idioma que emudece a singularidade do sofrimento. E os médicos também parecem não saber ouvir porque, como os doentes, acreditam na objectivação imagética da doença. O resto é desperdício, uma actividade frívola e supérflua, pois o tempo, por culpa própria e alheia, já escasseia, e o espaço psicológico em que se acolhe a palavra do outro se aperta.

Note-se ainda que as novas tecnologias abafaram a exploração semiológica pelos sentidos e, ao mesmo tempo, subtraíram o valor terapêutico de gestos tão simples como o tocar. A tecnologia é hoje cada vez mais interventiva e de certo modo alterou o conceito de doente ao confundir o sujeito do tratamento – a doença ou

o doente? – e o seu agente – a sociedade que o exige ou o médico que o recomenda? Explico-me: quando persistimos, obstinadamente, em certas técnicas de sustentação da vida, quem estamos ou o que estamos efectivamente a tratar?

As novas tecnologias tornaram-se um instrumento indispensável para detectar, identificar, medir e tratar a doença que, ao mesmo tempo, transformam numa espécie de abstracção epistémica. Têm ainda uma espantosa capacidade de generalização e, por seu intermédio, a catalogação precisa das patologias elimina a singularidade do doente e a subjectividade do médico. Mas no fundo já não podemos viver sem elas: todos as exigem, os nossos doentes, nós próprios, a sociedade, os políticos, porque são, por excelência, marca de prestígio e de modernidade.

Só a cultura das humanidades médicas pode impedir que elas nos roubem definitivamente a alma, e preservam a eterna sabedoria do aforismo de Osler: *It is more important to know the patient that has the illness, than to know the illness the patient has.*

Finalmente, um outro factor de afastamento – e este será tomado por alguns como uma imperdoável heresia – é, para mim, aquilo que chamo de funcionalização da ética médica.

A necessidade da formulação de princípios éticos que sirvam de suporte às decisões morais da profissão é incontestável e é exigida pelo próprio progresso científico e tecnológico. O que sucede é que o «principlismo» – passe o neologismo – ético determina muitas vezes uma abordagem analítica que reduz os dilemas éticos (e é disto que se trata) a simples problemas racionais, cuja solução se baseia num número

limitado de conceitos extraídos da filosofia anglo-saxónica. A decisão ética corre por isso o risco de se tornar um frio exercício de soberba moral, indiferente à face humana do sofrimento, surdo ao clamor angustiado de quem tem dúvida, desdenhoso do que alguém chamou os «mundos morais locais». Isto é, para mim, tanto mais chocante quanto sempre entendi a ética como a história das minhas inquietações.

Tenho encontrado mais consolo e ajuda em obras de ficção, que me têm feito ver com mais clareza o caminho a trilhar, do que em muita prosa asséptica dos eticistas. Como observou Martha Nussbaum, os filósofos modernos recusam-se a aceitar a literatura como um modo sério de argumentação moral. Para eles a literatura é demasiado mole, emocional e particularizante. Eles preferem a sua ética seca e lógica, de princípios e axiomas, o que é de certo um erro. A literatura revela o sentido das coisas que não são redutíveis a teoremas; protesta contra a tirania da abstracção. Para mim, por isso, a literatura desempenha um papel insubstituível – e disso falarei adiante – na compreensão do sofrimento humano.

Parece, pois, que a humanidade da profissão está ferida, e o quadro foi, propositadamente, pintado nos tons sombrios de um Goya. Volto a Sir William Osler, o pai da ciência clínica, que, há mais de um século, afirmou que *the practice of medicine is an art based on science*. O risco que corremos é que a ciência nos sufocue a arte.

Na tradição clássica qualquer disciplina que envolvia o culto da perícia e da excelência na sua aplicação era uma arte. Para nós, a arte médica é o que capta o contexto social da medicina e da sua prática, o que

guia a interpretação dos factos científicos no caso singular; é, em suma, filosofia em acção. Escrevi já que cada acto médico contém sempre uma componente fascinante de interpretação – como sucede com um pianista que executa uma peça musical – e isto define em grande parte o nosso modo de ser médico, a nossa arte. Parece que sabemos, quase instintivamente, quando sorrir ou ficar sério, quando falar ou quedar mudo, quando tocar ou, pelo contrário, afastar. Isto é modulado, evidentemente, pelo temperamento, pelo carácter, pela educação e por uma filosofia própria da profissão. Mas é uma estrutura que não pode ser rígida, mas sim dotada de uma plasticidade subtil que permite responder da forma mais adequada às situações mais diversas e, ao mesmo tempo, constantemente renovada, de modo a não perder a indispensável frescura. Aqui as humanidades são particularmente úteis para o ajuste fino da sensibilidade, de modo a captar melhor as *nuances* da vida e as melodias dos sentimentos.

A arte médica cuida precisamente da humanização da medicina, e vale a pena debruçarmo-nos um pouco sobre o sentido do humanismo. A ideia é antiga, teve origem no século XIV em Itália, mas o termo foi cunhado por filósofos alemães do século XIX. Aplica-se livremente a uma variedade de conceitos, métodos e filosofias que têm em comum a centralidade do homem em tudo o que lhe diz respeito. Este antropocentrismo, esta centralidade da experiência humana, está bem expresso em Boccaccio que começa o seu *Decamerone*, *umana cosa è*.

Era objectivo dos humanistas o desenvolvimento das *humanitas*, ou seja, das virtudes humanas, sob todas as formas e na sua mais vasta amplitude. E as qualidades que

mais prezavam eram, precisamente, aquelas que abundavam no Dr. Silveira e no nosso João Semana – a compreensão, a benevolência, a compaixão e a misericórdia. Mas também virtudes mais pujantes, mais actuautes, como a fortaleza, a prudência, a eloquência ou o amor. Estas humanidades tinham por isso uma dimensão evangélica, e forçavam o auto-conhecimento. Montaigne, um dos expoentes máximos do humanismo abre assim o seu último ensaio *De l'expérience: Il n'est désir plus naturel que le désir de connaissance*.

Por extensão, humanidades são também as disciplinas académicas não científicas e, no nosso caso particular, todas as que ajudam a esclarecer o sentido do que fazemos, e os valores que lhe são próprios. A literatura, a sociologia, a epistemologia, a antropologia, as artes plásticas, todas podem contribuir para esse efeito e revelar valores intrínsecos ao acto médico, quer no domínio afectivo (a vivência da doença, a «dolência» como gostava de chamar Barahona Fernandes), quer cognitivo (como o papel da linguagem ou das questões culturais ou antropológicas). Repare-se que isto transcende muito o objecto da bioética, pois implica a contextualização de valores e significados dentro e fora da prática clínica.

Que esta é matéria que preocupa actualmente os educadores médicos, atesta bem o facto de a revista *Academic Medicine* lhe ter dedicado um número em Outubro de 2003, detalhando os programas de humanidades em 42 escolas médicas dos E.U.A. e de vários outros países. Embora com variantes os objectivos são de um modo geral os mesmos. Cito alguns: estimular a capacidade de observação e interpretação da linguagem do doente; apreciar o con-

texto cultural e social da doença e do tratamento; a relação do profissional com a sociedade, e não apenas no contexto ético; a comunicação de más notícias; o erro, a incerteza e os conflitos de interesse; a morte; a empatia, ou seja a simpatia devolvida; a ênfase na pessoa total do doente; a reflexão sobre a experiência clínica e o seu significado.

Percebi há muito que a medicina tem um travo diferente quando é praticada por médicos cultos, não só porque apreendem mais facilmente a complexidade do que é estar doente – e Virgínia Woolf tratou o tema num pequeno e admirável ensaio que intitulou precisamente *On being ill* – mas também porque desenvolvem aptidões como empatia, curiosidade, sentido de humor, imaginação, disponibilidade, que lhes permitem saborear melhor a profissão que abraçaram. Como nota Saul Bellow, *You have to be learned to capture modernity in its full complexity and to assess its human cost*.

Richard Selzer, um cirurgião-escritor, chamou a atenção para o facto de que muitas dessas capacidades pessoais estão contidas no que se pode chamar conhecimento narrativo, ou seja, a capacidade de contar e ouvir histórias, de seguir o fio da narrativa, reflectir sobre a nossa própria história, imaginar a perspectiva do outro, ser levado a agir pelo seu sofrimento. Afinal, como observou George Simenon, *le romancier et le médecin sont les seules personnes qui approchent l'homme de tout près*.

No fundo, avaliar um doente exige as mesmas aptidões que o exercício cuidado de qualquer leitura. Entre aquelas eu citaria o respeito pela linguagem – e aqui apetece de novo citar Montaigne: *la parole est à moitié à celui qui parle, moitié à celui qui l'écoute* – a capacidade de adoptar os

pontos de vista do outro, de ligar fenómenos isolados, sejam eles os dados clínicos ou simples metáforas, num tecido coerente que nos revela um novo sentido e, finalmente, alinhar os dados numa sequência lógica que liberta uma conclusão.

Muitas vezes aspirei ser um romancista para assim parar a marcha inexorável da doença e escrever um final feliz. A verdade porém é que, como notou Emile Cioran, *a crueldade é uma marca de eleição, pelo menos na literatura. Quanto mais talentoso é o escritor, mais habilmente coloca as personagens em situações de onde não consegue escapar; persegue-as, tiraniza-as, empurra-as para um beco sem saída, obriga-as a passar por toda a sorte de sofrimentos até à agonia*. É assim que a doença se vingará de nós.

A ligação entre a medicina e a literatura é tão antiga como a própria medicina. Apolo, o deus da poesia, era o pai de Asclépio, o nosso deus patrono. Uma das primeiras apologias da importância da escrita na medicina encontra-se a *Etimologia* o livro escrito por Isidoro de Sevilha, que nasceu cerca do ano 560. Aí se lê: *o médico deve saber literatura, (grammatica) para compreender e explicar o que lê; também retórica, de modo a explanar os argumentos que apresenta; dialética para poder estudar as causas e as curas das enfermidades à luz da razão*.

A lista de escritores médicos é impressionante. Cito entre nós Júlio Diniz, Torga, Namora, o meu irmão António; lá fora, John Locke, Anton Chekhov, Gertrud Stein, Axel Munthe, Somerset Maugham e o grande poeta William Carlos Williams que confessava nas suas *Doctor's Stories: Por vezes sentia-me como um ladrão porque ouvia palavras, frases, conhecia pessoas e lugares – e usava tudo isto nos meus escritos (...)*.

Mas algo de mais profundo se passava, no entanto – a força de todos esses encontros. E eu ficava tantas vezes desarmado, e o resultado era, enfim, um mergulho na profundidade de mim próprio. As histórias «médicas» de Chekhov são de uma simplicidade desarmante e ilustram bem o que ele chamava o *estofo vulgar da humanidade*. Ele escreveu a propósito: *a medicina é a minha mulher legítima e a literatura a minha amante. Quando me canso de uma, passo a noite com a outra. Embora seja uma confusão, não é aborrecido, e nenhuma delas fica a perder com as minhas infidelidades. Se eu não tivesse a minha profissão de médico, seria difícil dedicar o pensamento e a liberdade de espírito à literatura.*

É notável como o estudo da literatura pode contribuir para apreciar as dimensões humanas da medicina. Por exemplo, para ensinar a complexidade da relação médico-doente não há melhor que a pequena obra-prima de Tolstoy *A morte de Ivan Illyich*, embora a sua leitura seja, na palavra de um outro escritor, *como caminhar sobre uma montanha de vidros partidos*.

Também me tenho referido a *Les Thibault*, de Roger Martin du Gard, e em especial ao volume em que conta a morte do pai. Quando o filho médico está prestes a cometer eutanásia no pai moribundo ele olha o irmão e diz simplesmente: *Nous ne sommes pas des assassins*. Nunca uma matéria tão controversa apresentou assim a crua humanidade da sua essência moral.

Recorri também a *La Peste* de Camus, para apontar as analogias da narrativa com a grande epidemia da nossa era, a SIDA. Como refere Tony Judt, e esta é uma mensagem que deveria ferir particularmente a sensibilidade dos médicos do nosso tempo, Camus sempre insistiu em

colocar a responsabilidade moral individual no cerne de todas as decisões políticas, o que choca com os hábitos acomodatórios do nosso tempo. A sua definição de heroísmo, gente comum fazendo coisas extraordinárias por razões de simples decência, soa hoje com ainda maior pungência que no tempo em que a obra foi escrita.

Finalmente, através de narrativas patográficas – ou seja relatos por doentes da sua própria doença – percebe-se melhor o sofrimento de estar doente, do ponto de vista estético e ético. Cito por exemplo o *De Profundis* de José Cardoso Pires, ou *Ravelstein* de Saul Bellow. Nesta última obra de Bellow um dos heróis vai morrendo lentamente de SIDA, como ele diz, fatalmente poluído. O outro sofre de uma doença neurológica que o leva a ser internado numa Unidade de Cuidados Intensivos, perdido no labirinto da medicina tecnológica. Ele confessa a certo ponto que lhe ocorreu ser ele um daqueles doentes cujo plano de acção é sugar a atenção do médico: *o homem doente percebe que o medico tem de a dividir, e também reconhece a necessidade de ultrapassar os seus rivais, doente e moribundos.*

É evidente que a literatura é apenas uma das disciplinas humanísticas, porventura a mais frutuosa e mais próxima do que fazemos. Se é verdade que é possível constituir um currículo estruturado fornecendo listas de textos ou *roles* temáticos – e há que escapar a tendência de ficarmos pelos temas sombrios da morte ou do sofrimento – creio que tudo isto cabe mais apropriadamente naquele currículo que chamei «escondido», livremente aprendido, insinuado imperceptivelmente na substância do que somos, determinando silenciosamente o que fazemos.

Sei que é cada vez mais difícil e arriscado ser médico, por razões intrínsecas ao saber médico, tão vasto e tão complexo, mas também por razões extrínsecas à profissão. Mas serão estas razões suficientes por que nos tenhamos tornado mais cínicos, mais cépticos, mais desiludidos, correndo o risco de fazer da carreira que abraçamos, uma profissão de queixumes e queixinhas? Para onde vamos, o que queremos da vida de médico? Como limpar este céu toldado, enquanto celebramos todos os dias o triunfo da ciência e da tecnologia médicas?

Para mim, muito deste estado de espírito se explica pela erosão insensível da humanidade do que fazemos, por aquele afastamento a cujas causas aludi no início. É pois urgente insuflar alma na ciência do que praticamos e daí a importância da reflexão sobre o tema que me foi proposto. Afinal o que é necessário é formar médicos, mulheres e homens completos, porque só eles poderão cuidar completamente de um doente completo. Este será sempre, como observou Montaigne, o supremo humanista, *l'homme ondoyant et divers*.

Adenda

No final da leitura deste texto recitei, com entusiasmo de amator, um poema admirável de Wislawa Szymborska que me acompanha diariamente na minha prática clínica. Aqui o deixo para o deleite de outros.

Endereço para correspondência:

Clínica Universitária de Neurocirurgia
Faculdade de Medicina de Lisboa
Av. Prof. Egas Moniz
1649-028 Lisboa

Contribuição para a estatística

Em cada cem pessoas:

Sabendo tudo mais que os outros:

- cinquenta e duas,

inseguras de cada passo:

- quase todas as outras,

prontas a ajudar

desde que isso lhes não tome muito tempo:

- quarenta e nove, o que já não é mau,

sempre boas porque incapazes de ser outro modo:

- quatro; enfim, talvez cinco,

prontas a admirar sem inveja:

- dezoito,

induzidas em erro

por uma juventude, afinal tão efêmera:

- mais ou menos sessenta,

com quem não se brinca:

- quarenta e quatro,

vivendo sempre angustiadas

em relação a alguém ou a qualquer coisa

- setenta e sete,

dotadas para serem felizes:

- no máximo vinte e tal,

inofensivas quando sozinhas,

mas selvagens quando em multidão:

- isso, o melhor é não tentar saber mesmo aproximadamente,

prudentes depois do mal estar feito:

- não mais do que antes,

não pedindo nada da vida excepto coisas:

- trinta, mas preferia estar enganado,

encurvadas, sofridas,

sem uma lanterna que lhes ilumine as trevas

- mais tarde ou mais cedo, oitenta e três,

justas

- pelo menos trinta e cinco, o que já não é mau,

mas se a isso juntamos o esforço de compreender

- três,

dignas de compaixão:

- noventa e nove,

mortais:

- cem por cento,

número que, de momento, não é possível mudar:

Wisława Szymborska