

A MINHA NARRATIVA

João Lobo Antunes

Neurocirurgião

Professor Catedrático da

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Pouco tempo depois de concluir o meu curso, era ainda interno do “Geral” como então se dizia, comecei a fazer consulta de Neurologia na Associação dos Empregados do Comércio no Largo do Caldas. Esta independência no ofício, tão precocemente assumida, seria hoje impensável. Olhando para trás, e já lá vão quase quarenta anos, não creio que a minha verdura tivesse causado dano aos incautos pacientes que me procuravam, em parte porque a Neurologia era então muito mais pobre nos recursos do diagnóstico e benigna na terapêutica e, por isso, a nossa ignorância, era mais inofensiva. A meu favor tinha, acima de tudo, aquilo que um sábio neurocirurgião inglês chamou “the victorian quality of diligence”, uma apreciável formação teórica – parafraseando uma expressão favorita de Nemésio, eu lera tudo para o que desse a viesse – e um ouvido colado ao chão, atento como um índio, pronto a detectar o tropel longínquo da cavalaria.

A arte da clínica desenvolvia-se então em dois tempos: a colheita da história e o exame minucioso dos sinais do corpo, a chamada semiologia. A semiologia neurológica era uma arte francesa, como a alta-costura e a gastronomia, muito preciosa no gesto, cultivada no Serviço de Neurologia, desde o princípio do século XX em Santa Marta, para onde fora importada sobretudo por António Flores. Mais tarde fui surpreendido pela escola americana para quem o examinar o doente era um exercício quase fútil – ouvi uma vez Houston Merritt, o famoso neurologista americano, que a CIA enviou um dia para examinar o Dr. Salazar dizer: “Do you have to examine the patient to make the diagnosis?” Ou seja, para ele o diagnóstico neurológico emergia, qual Vénus “boticelliana”, da história clínica.

A colheita da história era ensinada aos alunos de modo a ser cumprido um roteiro inflexível, e a lenda era que o modelo perfeito só era praticado nos Hospitais Civis e que a gente de Santa Maria era, nesta matéria, uma turma de amadores. Isto era perversamente demonstrado sempre que um médico oriundo da academia, um estigma desprezível, se candidatava àquela temível e exclusiva corporação.

A expressão colher a história sugeria algo semelhante a uma ceifa ou vindima da informação madura. O diagnóstico saía carimbado de um catálogo taxonómico, impaciente com o que nele não se encaixava - o síndrome febril indeterminado, por exemplo, era uma espécie de capricho da natureza, um segredo passageiro. Curiosamente, a formulação diagnóstica não poderia estar incluída na narrativa da doença transcrita no que se chamava a “doença actual”. A esta seguiam-se os antecedentes pessoais e familiares e uma exaustiva avaliação dos sistemas que compõem a máquina corporal, como se cada um deles trabalhasse teimosamente só. E assim o doente surgia como um “écorché”, esfolado pela nossa curiosidade, despido do invólucro que lhe conferia a sua humanidade, que fazia dele um ser singular, irrepetível, e, o que era provavelmente mais relevante pela transcendência moral que isso implicava, um nosso semelhante que sofria.

De facto éramos educados para sermos arquivistas, diaristas, cartógrafos, para usar as expressões de A. Kleinmann, focados nos “artifacts of disease”, esquecendo que na clínica toda a narrativa deveria ter a oportunidade de ser contada e ouvida. Não raramente o diagnóstico era encerrado precocemente com o risco de erro que esta atitude necessariamente comporta. Ignorávamos o risco de amar à primeira vista um diagnóstico! Mas essa certeza ou presunção era cuidadosamente ocultada na nossa narrativa.

Estávamos longe do piedoso modelo biopsicosocial, um ideal mítico de provável irrelevância, em parte porque havia uma natural reticência em relação à inevitável intrusão que representava o inquirir para além do confinamento estreito das queixas espontaneamente confessadas. A expressão, que não feneceu, “cada caso é um caso”, referia-se muito mais à singularidade biológica do que à individualidade da pessoa doente. O caso raro era isso mesmo, e o caso interessante era, aquele que fazia luzir o acumen diagnóstico do Mestre, ostentado com displicência, embora não raramente este

diagnóstico não tivesse prova, e a sua veracidade apenas garantida pela autoridade de quem o proferia.

Devo dizer, porque isto me parece relevante para o que se segue, que despertei para a literatura imaginativa, se me é permitida a expressão, a literatura “como modo de vida” para usar a fórmula feliz de Harold Bloom, muito antes de ser médico.

Se em algumas obras encontrei referências à Medicina ou à doença, e o interesse sobre o tratamento ficcional, biográfico ou autobiográfico da doença só me veio mais tarde, a verdade é que cheguei a médico com o gosto pelas histórias e, quando muitos anos depois, escrevi no prefácio do meu primeiro livro a que chamei “Um Modo de Ser” que era outra a Medicina praticada por médicos cultos, tinha em mente não a erudição literária, mas a cultura que me apurava o ouvido para apreender o sentido mais profundo da narrativa ou os segredos escondidos no interstício do discurso. Era isto que me tornava apto a falar com qualquer pessoa, e elevar o diálogo àquela altitude que permite o olhar horizontal, olhos nos olhos, pois esse é o plano mais fecundo para o encontro de médico e doente.

Volto agora, depois desta longa deambulação, à minha clínica no Largo do Caldas, porque foi aí que descobri pela primeira vez, com maravilhosa surpresa, que todos os doentes tinham uma história para contar e, para muitos deles, aquela vertigem, ou insônia, ou dor de cabeça, eram um mero pretexto para o fazer. “Sometimes a person needs a story more than food to stay alive”, escreveu Barry Lopez. É verdade que com frequência não olhamos para lá da máscara dos sintomas. Esta não é a doença, e esconde uma desoladora solidão, uma perda sem remédio, uma angústia sem consolo, um vale de lágrimas contido a custo por uma frágil película de orgulho. Afinal tudo isto eu aprendera já com a literatura que me servira de dieta durante os verdes anos da minha adolescência.

A Associação dos Empregados do Comércio prestava assistência a uma casta de uma nobreza singular: a pequena burguesia da Lisboa de então (já passaram tantos anos!), sobretudo uma clientela de lojistas e empregados do comércio da baixa pombalina. Gente séria que seguia uma etiqueta formal que incluía uma deferência genuína em relação ao médico imberbe que os escutava e lhes oferecia apenas “the empty cup of attention” de que falava William James. E foi aí que me narraram histórias que me marcaram para a

vida, umas tristes, outras pícaras, todas com o cunho de uma autenticidade pura, sem enfeites, sem disfarces.

Assim eu ouvi em consultas intermináveis (porque o tempo era então infinito) o desconsolo amoroso de uma mulher, cuja idade me parecia inapropriada para o romance que tanto a fazia sofrer, pela indiferença de um homem que ela em vão tentava seduzir. Explicava-me que o andar em que vivia tinha duas portas e uma delas permitia uma entrada discreta. Mas ele ignorava a chave que ela colocava debaixo do guardanapo, enquanto tomavam chá na leitaria do bairro em que viviam. Para mim, era evidente que não valia a pena procurar a doença no corpo, mas sim armar uma estratégia mais eficaz de sedução. De facto, cada vez que aquela mulher entrava no meu Consultório de Neurologia este transformava-se num Consultório Sentimental, e neste campo a minha experiência era ainda mais curta.

Fui lá que eu descobri como era preciso olhar para lá das aparências – função primordial da Filosofia como me ensinou Fernando Gil, que em mim reconhecia um especial conhecimento das vidas –, e o risco que se corre quando a confiança da narrativa é perturbada pelo jugo tirânico de um cônjuge autoritário. Foi o que sucedeu um dia quando me procurou um certo casal. À minha frente sentou-se a mulher, enquanto o marido ocupava com ar resignado um segundo plano. Afinal, era ele o doente, mas segundo a mulher era ela que sabia melhor o que se passara. Tudo começara quando um dia o marido “me_chegou” a casa muito tarde – e o “me chegou” foi o primeiro indício do despotismo conjugal –, explicando que sofrera um período de desorientação e amnésia quando saíra do emprego. Só à noite recuperara a bússola e dera finalmente com o caminho. Ela chamou então a casa um neurologista de boa reputação. O médico aliás “fazia o favor de ser meu amigo”, uma expressão bem castiça de uma circunstância que a Medicina de hoje não favorece. Ao doente foi recomendado repouso, porque ele sofrera um acidente vascular cerebral. Assim o homem foi aferrolhado em casa durante um mês. Estava agora recuperado e como tinha direito a ser atendido na Associação e mulher levava-o, desconfiada, à minha consulta. Durante este relato o homem abanava cabeça numa negação resignada e muda. Semanas depois voltou sozinho e confessou-me então, esperando naturalmente a minha cumplicidade – enfim, como o nosso Egas Moniz gostava de dizer, “Tout comprendre c’est tout pardonner”. De facto sucedera naquela

tarde fatídica ele ter encontrado, à saída do emprego, uma amiga antiga que o convidou a ir tomar uma bebida a sua casa, e, acrescentava com um sorriso quase malicioso, “O Senhor Doutor sabe como são estas coisas. O tempo foi passando e eu não encontrei outra desculpa se não dizer que tinha sofrido de amnésia”. E concluiu resignado: “Veja só o meu castigo”.

Foi lá também, que eu percebi como a doença gosta de se explicar por metáforas e, como escreveu Virgínia Woolf, “requires not only a new language, more primitive, more sensual, more obscure, but a new hierarchy of passion”. Susan Sontag quis, em vão, defender um discurso diferente quando escreveu que a doença não era uma metáfora, e que a maneira mais saudável de ser (ou estar) doente é a que é mais resistente ao pensamento metafórico: ”human beings can and should think of illness from a pure biochemical or physiological perspective”

Poucos meses depois parti para Nova Iorque para aprender o ofício e aí a clínica tinha outra face. Quiseram fazer de mim um cirurgião competente, eficaz, respeitador de uma forma de relação, em que havia muito daquele “detached concern”, que alguns promovem e outros repudiam. Entretanto a Neurologia e o seu braço armado que eu cultivava, a Neurocirurgia, sofriam uma transformação radical com a introdução da imagem, da TAC e da Ressonância Magnética que trouxeram uma flagrante imediatividade ao diagnóstico e isto abafou a narrativa da doença. Esta nunca mais recuperou. De facto, as tais mil palavras valiam muito menos do que a imagem ostensiva do inimigo.

Eu diria que nesse tempo me decompus entre num especialista competente e num homem de cultura, duas personagens que se cumprimentavam, mas que falavam pouco – um estava entretido numa especialidade de um prestígio sofisticado; o outro seguia o seu caminho na busca de novas vozes e outras vistas.

Foi também lá que eu descobri a importância da importância, e como esta banhava com impudência a narrativa da doença. De facto, aquele era um lugar para pessoas importantes, e o reconhecimento do estatuto de privilégio de cada um era um passo prévio e indispensável na relação que se estabelecia. Para o doente isto era

essencialmente um mecanismo de defesa, um grito de apelo adicional, a reclamação da atenção exclusiva, o que não surpreende pois todos os doentes, sem excepção, se encontram no estado que alguém descreveu eloquentemente como de “wounded humanity”. Mas, no fundo, a doença é um implacável igualizador e ri-se do berço e da fortuna.

Ainda hoje a expressão da importância social por quem me procura na clínica privada, assume por vezes o disfarce de uma arrogância risível. Entre nós, são sobretudo aqueles que pretendem afirmar a sua superioridade em relação ao clínico que os atende, para eles, um serviçal de uma qualquer Companhia de Seguros, que mais sucumbem a essa pobre fragilidade.

Quando aqui comecei a ensinar Neurocirurgia eu tinha por hábito levar para a minha consulta os meus alunos, prática que depois abandonei por razões que não vêm agora ao caso. A narrativa do doente era para eles fascinante. Recordo-me um dia ser visitado por um casal de aristocratas riquíssimos, circunstância já na altura excepcional... Eu avisara os dois estudantes que estavam comigo, que iriam assistir a uma consulta extraordinária. De facto, o Conde não nos desiluiu. Explicou-nos que as suas dores na coluna tinham começado após a viagem que fizera ao Mónaco para participar no Baile dos Grimaldi – vulgo Rainier e Grace –, para o qual eram convidados todos os anos. E explicou – “A questão, sabe, é que a suspensão do Bentley é duríssima...”. Os alunos ouviam tudo isto pasmados. Depois, porque a hora era já tardia eu disse-lhes que se quisessem podiam ir embora. Responderam-me: “Deixe -nos ficar. Isto é melhor do que ir ao cinema”.

A percepção de que a narrativa da doença ultrapassava largamente a sua utilidade heurística foi uma revelação progressiva, e o reconhecimento do poder curativo da palavra tornou-se, para mim, cada vez mais evidente. Acentuou-se contudo o risco de desencontro no diálogo, pelo uso de dois idiomas diferentes. A linguagem com que o doente conta a sua história é diferente da linguagem do técnico que explica indicações, métodos, riscos e complicações, que parece cinzelada com os instrumentos que usa, e que são no fundo, um pouco da sua segunda natureza. É esta, aliás, a linguagem de que nos servimos para obter aquilo que se consagrou como consentimento informado, um passo que cumpro disciplinadamente, sabendo bem que o que é realmente importante é deixado

fora do que é, na essência, o simples cumprimento de um ritual de confiança, pois ignora valores tão importantes como fidelidade, diligência, empatia ou disponibilidade. Este consentimento obriga às vezes a usar um paternalismo puro e duro que porventura escandaliza os fariseus da ética, e assumir o risco de declarar com veemência que tal e tal são complicações que nunca acontecem, embora sabendo que esta é uma verdade precária que amanhã pode ser desmentida.

A narrativa da doença é também, não raramente, uma admissão de culpa, do abuso ou do desleixo do corpo, a inatenção aos primeiros murmúrios, às primeiras queixas, pois só a saúde é muda. Tantas vezes é a narrativa também um acto de contrição, e o doente espera de nós nada menos que uma absolvição, aliás, tristemente inconsequente.

Uma outra dimensão na narrativa só se tornou nítida para mim, quando fui obrigado como doente a contar a minha própria história. Então eu descobri que uma forma inócua de esconjurar o medo era desdobrar-me numa outra personagem, essa sim, realmente doente, tentando preservar por um narcisismo incongruente, um eu bramânico, distante, inviolável. É que dar voz à doença é necessariamente uma confissão de vulnerabilidade. Por isso quando o corpo me traiu, o meu refúgio foi adoptar a impassibilidade do coronel inglês de calças de caqui e pingalim, cuja imagem se gravara indelével quando ainda adolescente vi pela primeira vez David Niven na “Ponte do Rio Kwai”. Aliás já no terceiro ano do Liceu Camões o Eduardo Prado Coelho quando dissertara – teria doze ou treze anos – sobre os diversos tipos psicológicos tinha declarado: “O Lobo Antunes é fleumático”. Fiquei feliz, porque ao diagnóstico associava um fauteuil de couro, um cachimbo e um casaco de “tweed”. Ao mesmo tempo refugiou-me num certo rigor formal, na gramática precisa das minhas queixas, embora não pretenda cumprir a pretensão de Anatole Broyard, crítico e novelista, que escreveu a propósito da sua doença: “I would also like a doctor who enjoyed me. I want to be a good story for him, to give him some of my art in exchange for his”. Mas recuso a mentira. “Ele olhava silenciosamente aquele homem que lhe mentia”, li num dos volumes do “Thilbault”, “La mort du père”, mas também não me interessa particularmente saber a verdade. Prefiro a compaixão ontológica, de bicho para bicho, um sentimento cuja essencial nobreza tem uma raiz biológica que só agora se vai desvendando, à comiseração piedosa, um sentimento mais barato.

Esta é a minha maneira de ser doente. Como médico, sou diferente. Aí eu procuro na narrativa todos os indícios do medo e é curioso como este medo tanto perturba o cirurgião, que parece pensar que tal sentimento é quase uma ofensa à sua perícia ou à sua fama. Na minha especialidade o medo é, na maior parte das vezes, expresso metaforicamente no receio da cadeira de rodas, muito mais do que deixar de falar, ou ver, ou o que para mim é mais assustador, de tornar-se numa pessoa diferente.

Também a maturidade dos anos me ensinou a apreciar mais a porção silenciosa da narrativa, aquela que é também expressa na imagem que o nosso interlocutor nos pretende transmitir: o penteado, os adornos, a maquilhagem, a pose. Embora tal não tenha hoje o valor simbólico de outrora, a minha mãe levava-nos ao médico com o traje da Missa de Domingo. A consulta era acto sagrado.

Entretanto algo mudou nos últimos anos que, quanto a mim, alterou substancialmente o contexto do acto clínico e a sua narrativa e que, surpreendentemente, não tem merecido a atenção que exige. De facto a narrativa perdeu algo da sua cristalina inocência: o relato pormenorizado dos sintomas, das circunstâncias em que emergiam, por vezes colorido por interpretações fantásticas dos seus mecanismos ou até sugerindo, timidamente, diagnósticos plausíveis. Era brutal e irredutível a assimetria de conhecimento entre médico e doente. Agora pelo recurso à Webb – ao Dr. Webb alguém o chamou - o encontro singular da clínica é como um jogo de sombras em que nós médicos, ignoramos a medida do conhecimento do outro, que no passado presumíamos ser nulo. Hoje o diálogo tem também subjacente o juízo implícito do conhecimento ou da competência do clínico, e temos de aprender a jogar com novas regras.

Ainda recentemente apresentou-se na minha consulta um doente ainda relativamente jovem com um tumor cerebral. Relatou-me as vicissitudes do diagnóstico e do tratamento, que eu fui comentando com solicitude, até que me perguntou a certa altura: – “Quanto tempo tenho de vida? Não sei porque razão detectei que a pergunta não era totalmente inocente e arrisquei – “Porque me pergunta isto? Já sabe a resposta, já foi à NET”. Ele confirmou com um aceno de cabeça e eu recordei-lhe que também certamente lera que havia casos que excediam largamente os 12 a 18 meses de sobrevida, e que essa

era uma razão porque não devemos desistir. Esta é a conciliação aceitável com a uma esperança que está tão próxima de ser falsa...

Chego ao tempo de hoje, quase cinquenta anos depois de ter começado a aprender esta arte. Uma nova aragem embala agora um corpo que se acha tão sólido no saber e na perícia. Refiro-me à Medicina Narrativa, que acolhi com regozijo porque me pareceu consagrar um conjunto de ideias e princípios que defendia há muito no que praticava e ensinava. Aliás muitos dos meus escritos dum género que designei modestamente como ensaio (no mais puro sentido montaigniano) estão semeados de histórias (ou estórias, embora embirre com o grafismo), onde se destilam exemplos do que é singularmente humano neste ofício de tratar. Estes são os tijolos com que vou construindo o meu “currículo escondido”, e ampliam o tesouro ficcional que vou acumulando desde a infância. A “Medicina Narrativa” entendida como disciplina intelectualmente híbrida ganhou a sua alforria com o livro com mesmo título de Rita Charon, e surgiu num tempo certo em que as Humanidades vão renascendo. De facto, após um período de declínio, agravado particularmente pela desconfiança quanto aos seus préstimos, as Humanidades têm conhecido novo ímpeto, por se reconhecer que provavelmente só o seu culto permite ganhar a agilidade de espírito necessária para enfrentar uma modernidade tão incerta e tão complexa. No caso da Medicina sentia-se a necessidade urgente de um contrapeso ao reducionismo da técnica, da superespecialização, da submissão a novas materialidades, novos poderes, enfim tudo o mais que cavava um fosso cada vez mais profundo entre as duas culturas do esquema de Lord Snow . Timidamente vão-se invocando de novo os mandamentos de Sir William Osler – “Listen to the patient” –, e reconhecendo a importância de iluminar de novo obras canónicas que revelam com esplendorosa nitidez os modos mais comuns ou mais inesperados do sofrer.

Para mim, o mérito de Rita Charon foi o ter abordado o tema, não por meio da filosofia ou da análise histórica, mas simplesmente pela literatura, pelo recurso às obras dos mestres, delicadamente, fugindo ao que poderia ser mais difícil de digerir pelos destinatários – essencialmente os médicos em que persiste uma réstea de desejo de ouvir outras melodias e de se maravilharem com a palavra justa.

Na convicção arrogante e néscia que o objectivo do ensino se traduz no empilhar desempenhos, os educadores médicos entregaram aos especialistas em técnicas de comunicação a missão de ensinar regras formais para enquadrar o diálogo da clínica, transformando-o numa espécie de teatro de marionetes, esquecendo, no entanto, que aqui o enredo é improvisado em cada momento. Richard Zaner, a quem este diálogo importa acima de tudo pela oportunidade ética que encerra, reconhece, citando Schultz; mas mesmo quando bem sucedida fica de fora “an inaccessible zone of the Other, the private life which transcends my possible experience”. Para Rita Charon parece evidente que as relações que se “desenvolvem” em Medicina “têm uma estranha semelhança entre os contadores (de histórias) e os ouvintes. (...). O que os estudos literários dizem à Medicina é que as relações médicas íntimas acontecem na palavra. É a textualidade não a fisicalidade que define a relação”.

O objectivo da Medicina Narrativa é “a aquisição da competência em reconhecer, absorver, interpretar e ser emocionalmente tocado pelas histórias da doença”. Embora seja evidente que invocar a nossa própria experiência é um argumento espúrio, a verdade é que o “ser emocionalmente tocado” é uma faculdade que, se a deixarmos solta, vai crescendo quase imperceptivelmente ao longo da nossa vida como médicos, com o refinamento da nossa dimensão afectiva, e isto não depende apenas do arquivo cumulativo de histórias, mas do apurar o sentido que confere um vibrato emocional cada vez mais agudo àquilo que nos marca como testemunhas ou que experimentamos como sujeitos. E assim, para surpresa minha, os anos foram-me tornando mais sensível, mais vulnerável, mais humano. Afinal, ao contrário do que pretendia Sir William Osler, a imperturbabilidade não é um dote a cultivar, mas sim um verniz com que nos pintamos nos primeiros anos do ofício, mas que o tempo, pacientemente, vai substituindo pela virtude da compaixão.

Esta começa a despontar no dia em que, pela primeira vez, ouvimos o outro, sem impaciência nem preconceito, mas com a infinita ternura do homem pelo homem de que falava Camus, ou seja, como se tivéssemos a ouvir a voz com que falamos a nós próprios.