

O APELO ÀS HUMANIDADES NO CONTEXTO DA “NOVA MEDICINA”¹

What *do* I want in a doctor? I would say
that I want one who is a close reader of
illness and a good critic of medicine.
Anatole Broyard. “Doctor, Talk to me.”
On Doctoring (1991)

RESUMO

Na nossa apresentação iremos traçar as raízes do movimento das Humanidades Médicas bem como a emergência da Medicina Narrativa, articulando-as com uma particular configuração epistemológica do saber médico, cada vez mais especializado e exigente, com um modelo educativo dos profissionais de saúde muito centrado em aquisições científicas e técnicas e com uma conjugação de fatores de índole socio-histórica decorrentes da 2ª Guerra Mundial. Iremos ainda demonstrar a pertinência de incorporar os saberes humanísticos, designadamente os literários, no âmbito da saúde, aspeto que ilustraremos com alguns exemplos concretos.

ABSTRACT

The aim of this presentation is to outline the origins of the movement of Medical Humanities and the emergence of Narrative Medicine. The two will be connected to the specific epistemological configuration of medical

¹ O presente texto é uma versão revista e aumentada da comunicação homónima proferida na Universidade do Porto, no dia 26 de junho de 2019, no âmbito do Congresso Internacional subordinado ao tema: “As Letras entre a tradição e a inovação”, por ocasião do Centenário da FLUP – Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Este trabalho é financiado por fundos nacionais da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projecto PEst-OE/ELT/UI0114/2019.

knowledge, which is ever more specialised and demanding, to the education model of health professionals, which focuses on the acquisition of scientific and technical knowledge, as well as to the combination of the social and historical factors resulting from World War II.

A further aim is to demonstrate the pertinence of including knowledge of humanistic subjects, especially literary subjects, in the health sciences. Concrete examples will be given to illustrate this point.

Kathryn Montgomery Hunter, na sua obra intitulada *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*, estabelece uma relação entre o raciocínio médico e o de um detetive, usando como figura tutelar a personagem de Sherlock Holmes. Sabemos que o criador de Holmes, Arthur Conan Doyle, ele próprio médico, enquanto estudante em Edimburgo, foi aluno do Dr. Joe Bell, conhecido pelos seus celebrados dotes dedutivos e provável fonte de inspiração do famoso detetive. Conta um outro aluno de Bell que este costumava incitar os estudantes a usar “o método”, referindo-se com isso à dedução lógica, e lançava-lhes o repto: “O que é que se passa com este homem, há?” E quando um estudante, a medo, replicava tratar-se dum problema de articulação da anca, ele não perdia o ensejo de o enxovalhar, exibindo em simultâneo os seus dotes detetivescos:

Qual anca, qual nada! O coxear não vem da anca, vem do pé. Se observassem com atenção, veriam que há gretas, cortadas à faca, naquelas partes dos sapatos em que a pressão do calçado comprime mais o pé. O homem sofre dos calos, meus senhores, e não tem nenhum problema na anca. Mas ele não veio aqui para tratar dos calos, meus senhores. O problema dele é bem mais grave; trata-se dum caso de alcoolismo crónico. O nariz rubicundo, a cara inchada e intumescida, os olhos injetados, as mãos trémulas e os músculos faciais contraídos com as artérias temporais a latejar com rapidez, tudo isto o demonstra. Mas atenção, meus senhores, todas estas deduções têm de ser confirmadas por provas concretas e irrefutáveis. Neste caso, o meu diagnóstico é confirmado pelo facto de eu estar a ver o topo duma garrafa de whisky a sair do bolso direito do casaco do doente... Nunca deixem de comprovar as vossas deduções².

Numa cena anedótica como esta, salienta-se a importância por parte do médico duma atenção fina e perspicaz e duma rigorosa observação, tão apuradas como as dum detetive da craveira de Sherlock Holmes, com os seus inigualáveis dotes de memória e de dedução lógica, criatura não por acaso saída da imaginação de Arthur Conan Doyle, o médico que fora aluno do Dr. Bell.

Katherine Hunter usa esta personagem para, entre outras coisas, enfatizar o carácter hermenêutico ou interpretativo da prática médica, já que se trata:

² Harold E. Jones, cit. por Hunter (1991:22) – tradução nossa.

“da arte de adequar abstrações científicas ao caso individual” (1991:xvii). Para tal o médico dispõe tradicionalmente da história contada pelo doente (sintomas) e do exame físico (sinais), complementados, hoje em dia, com toda uma panóplia de exames e outros auxiliares de diagnóstico. Porém, Hunter alerta-nos para a existência duma disjunção patente entre a narrativa que o doente faz da sua doença e a versão da mesma registada pelo médico na ficha clínica, a que chama “metahistória” (1991:13). Há uma incomensurabilidade entre os dois patamares epistémicos e esse é um dos problemas no cerne daquilo a que João Lobo Antunes chamou de “nova medicina,” dado que gera uma distância entre médico e doente, nem sempre fácil de transportar³. Em grande parte, tal desacerto advém duma disposição incontornável por parte dos clínicos de privilegiar a ficha clínica como o relato objetivo e imparcial que transforma um paciente desconhecido numa entidade médica reconhecível, cientificamente legível e diagnosticável, suscetível de permitir a patilha do caso concreto *inter pares* e dar início ao tratamento. Esta operação racional, característica do conhecimento científico (ou epidemiológico) procura “descobrir no mundo natural verdades universais”. Já o conhecimento narrativo “permite a um indivíduo perceber acontecimentos particulares que ocorrem com outro indivíduo não como exemplos de alguma verdade universal mas como situação singular, plena de significado” (Charon, 2006:9 – tradução nossa).

O problema com aquela abordagem é que, pelo caminho, se perde de vista a pessoa do doente, a dimensão experiencial da doença e o eventual sofrimento que ela acarreta (Hunter, 1991:12-13)⁴. Ora o que Hunter procura também enfatizar é a ideia de que a medicina não é afinal uma ciência exata, mas antes uma arte ou uma prática que, muito embora se baseie crescentemente em avanços científico-tecnológicos e em estudos experimentais e epidemiológicos cada vez mais rigorosos, tem de lidar continuamente com a incerteza e assenta, sobretudo, em mecanismos eminentemente interpretativos e dedutivos, nos quais a mediação é principalmente narrativa e o procedimento de base semelhante ao da leitura:

Na prática quotidiana da medicina, funciona um “círculo diagnóstico” [*diagnostic circle*] semelhante ao “círculo hermenêutico”, um processo de raciocínio que vai da parte para o todo e de novo para a parte que Wilhelm Dilthey estabeleceu como o modo de entendimento característico na interpretação dos textos (Hunter, 1991:9 – tradução nossa).

³ Veja-se a obra de 2012, intitulada justamente *A Nova Medicina*, em que se debruça sobre os desenvolvimentos da medicina nos últimos quarenta anos.

⁴ Sobre isto e a importância do que designa de *parallel chart*, veja-se também Charon, 2006:44-45 ou 54-55.

Defende, então, que a investigação clínica se parece muito mais com o ato de leitura do que com quaisquer outros procedimentos laboratoriais considerados propriamente científicos (*ibid.*).

Se este estado de coisas era, no início dos anos 1990, claramente observável e de diagnóstico não muito difícil, já o aparecimento de manifestações mais precoces de desconforto com a crescente cientificação e especialização da medicina e a concomitante perda gradual de valores humanos que a norteasse vinha sendo denunciada desde os finais do séc. XIX. Foi William Osler, por muitos olhado como o pai da moderna medicina⁵, quem, de modo enfático, em 1919, fez notar a absoluta necessidade de introduzir no *curriculum* médico uma componente humanística: história, clássicas, filosofia, literatura, saberes estes capazes de preparar e formar os médicos como seres humanos completos para um exercício profissional exigente. Da sua lista de sugestões de leituras faziam parte, além do Antigo e do Novo Testamentos, Shakespeare, Montaigne, Marco Aurélio, o *Dom Quixote* de Cervantes e Emerson, entre outros. Foi sem dúvida este alerta que esteve na origem da fundação da primeira cátedra em História da Medicina, na Universidade de Johns Hopkins, nos EUA, em 1929, visando contribuir para uma integração de saberes médicos crescentemente especializados e divergentes.

Porém, foi preciso esperar pelo fim da Segunda Guerra Mundial, para que surgisse pela primeira vez a expressão Humanidades Médicas. Viria a propô-la o historiador da ciência George Sarton que, já em 1924, sinalizara a necessidade do que designou de um “novo humanismo”, que contrariasse a crescente fragmentação dos saberes científicos, e advogara uma visão sinóptica das ciências capaz de unir cientistas, historiadores e sociólogos com o objetivo de alargar os respetivos horizontes, sem com isso fazer perigar o rigor de cada disciplina. Numa antecipação às considerações de C. P. Snow, patentes em *The Two cultures* (1959), Sarton procurava assim colmatar tal divisão. Ele mesmo, em 1948, comentando a obra dum médico americano, Edmund Andrews, precocemente desaparecido, elogiara o que entendia ser uma “combinação de experiência médica com discernimento filológico” [*philological insight*] e afirmara, por isso: “His death at the early age of 48 is a sad blow to the medical humanities”, dando assim início ao que viria a ser doravante a fortuna desta designação: humanidades médicas⁶.

Apesar de tais chamadas de atenção e deste impulso integrador, e muito embora, a seguir ao fim da guerra, a implantação dum modelo biomédico,

⁵ Veja-se, por exemplo: Antunes (2012:17). Em 1892, Osler publicou *The Principles and practice of Medicine*, que estabeleceu as bases científicas da medicina moderna.

⁶ Citado por Hurwitz, 2015:18. Sigo aqui Hurwitz no seu artigo introdutório ao número especial sobre Humanidades Médicas, da sua responsabilidade editorial, publicado em *Anglo Saxonica*, em 2015.

positivista e cientificizante se tenha vindo a impor crescentemente, a verdade é que a implantação desta nova área multi- e interdisciplinar não logrou institucionalizar-se nas décadas imediatas. Só a partir do final dos anos 70 se assistiria, sobretudo no mundo anglo-saxónico, ao aparecimento dos primeiros institutos vocacionados para este campo multidisciplinar. Porém, nas décadas imediatamente anteriores, notara-se já o surgimento de periódicos dedicados à área, então numa aliança significativa com aspetos de índole ética⁷. De acordo com Brian Hurwitz, num importante artigo de 2015, *Medical Humanities: origins, orientations and contributions*, a primeira instituição devotada a esta área foi fundada em 1973 na Universidade do Texas, Galveston. No Reino Unido, seria preciso esperar até 1997, para se assistir à criação do Centre for Philosophy and Health Care, na Universidade de Swansea, a que se seguiriam vários outros já na primeira década do séc. XXI, entre os quais o Centre for the Humanities and Health, do King’s College London, dirigido por Hurwitz (Hurwitz, 2015:22).

Ainda que o objetivo último tivesse começado por ser a necessidade de humanizar a relação médico-doente, criando condições para a empatia, a verdade é que os programas em HM se apresentaram sobretudo como “terreno de estudo e de investigação, e não como antídotos contra os efeitos despersonalizantes da biomedicina” (Hurwitz, 2015:23 – tradução nossa).

Preocupações desta última natureza e um enfoque mais pragmático na formação e na prática clínica de jovens médicos haveriam de caracterizar o aparecimento da chamada Medicina Narrativa ou Medicina Baseada na Narrativa (MN ou NBM), em resposta à emergência da *Evidence-Based-Medicine* (EBM), na década de 80. Foi, sobretudo, por essa altura 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 e mais uma vez no mundo anglófono. Refiro-me ao aparecimento de programas como o da Universidade de Columbia – o *Program in Narrative Medicine* (em 1996) – e a publicações como as de Richard Zaner ou de Rita Charon, fundadora daquele programa.

Para ratificar esta nova tendência, alegava-se que ela visava corrigir o quadro anterior em que se procedia como se os médicos fossem treinados para tratar qualquer situação médica como mero problema a ser resolvido, mas sem ter em conta os aspetos psicológicos e contextuais do doente (história de vida, crenças, medos, etc.), os quais criariam condições para a indispensável confiança e para a vinculação entre o clínico e o seu paciente.

⁷ Estão neste caso o *Journal of Medical Humanities and Bioethics*, a partir de 1980, intitulado *Journal of Medical Humanities* (USA) e o britânico *Medical Humanities*, criado em 2000, como ramificação do *Journal of Medical Ethics*.

Impunha-se um redirecionar da atenção para o doente e uma reconsideração da relação clínica, que revalorizasse a singularidade e o contexto específico de cada caso. Surgia, assim, a NM ou NBM, pouco depois do momento em que se institucionalizava a EBM.

O que devemos entender por EBM, ou Medicina baseada na prova?

“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” (Sackett – tradução nossa).

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 ainda o recurso a uma revisão sistemática da melhor literatura médica disponível (sujeita a *peer review*) e a uma análise de risco / benefício, e a testes de controlo aleatório [*randomized control tests*]. Consiste, pois, em basear as decisões clínicas não apenas em conhecimentos teóricos, no julgamento e na experiência (principais componentes da medicina tradicional), mas também e sobretudo nas provas científicas. Por provas entendem-se 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.

Pretende-se, assim, que todos os profissionais de saúde, na sua prática diária, façam “um uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência disponível” [*conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence* - Sackett – tradução nossa]. Opiniões ex-cátedra do médico especialista são desconsideradas em termos da sua validade. Todos os especialistas têm obrigação de basear as suas opiniões em estudos científicos credíveis e atualizados.

Este conceito da EBM começou por ser desenvolvido por epidemiologistas canadianos no início dos anos 80 do séc. XX e foi depois adotado pela *Cochrane Collaboration*⁸, uma organização dedicada à divulgação deste tipo de pesquisas sistemáticas e que defende, desde a sua fundação, em termos gerais, metodologias que se pretendem tão rigorosas quanto possível na pesquisa clínica.

Ainda que os seus defensores aleguem não prescindir do julgamento e da experiência médica e afirmem que a EBM é complementar em relação à prática médica tradicional, a verdade é que esta orientação acentuou o pen-

⁸ Foi fundada em 1993, sob orientação de Iain Chalmers, para corresponder ao apelo lançado por Archie Cochrane para a divulgação atempada das revisões sistemáticas de todos os testes de controlo aleatório suscetíveis de criar condições de segurança e credibilidade na prática clínica.

dor cientificizante da nova medicina e levou os médicos, em gesto defensivo (“medicina defensiva,” como lhe chama J. L. Antunes - 2012:24) a uma utilização, por muitos considerada excessiva, deste tipo de resultados e decorrentes dados estatísticos (plasmados em protocolos), ao recurso a todo o género de testes e técnicas auxiliares de diagnóstico, o que determinou o seu aumento exponencial (muitas vezes desnecessários e, nalguns casos, com riscos acrescidos para os doentes), e uma subida nos custos na saúde (cf. Newman, 2008). Apesar de tudo, julgo que não devemos encorajar uma dicotomia ou uma visão contraditória entre EBM e NBM, mas antes, como defende M. Parker, aceitar que a EBM, devidamente concebida e complementada pela NBM, pode constituir a condição necessária para o exercício consciente da liberdade clínica nos dias de hoje.

Neste contexto, porquê o apelo à narrativa? Porquê a sua pertinência?

A década de 80 testemunhou também um movimento por alguns denominado de *narrative turn*, que sublinhou a pertinência e a relevância da narrativa em domínios do saber que ultrapassavam os estudos de literatura. Refiro-me à história, à antropologia, à sociologia, à psicologia, entre outros⁹. Também no âmbito médico ele reverberou na chamada Medicina Narrativa, já que, segundo Charon:

Como coisa viva, a narrativa tem muitas dimensões e poderes. O romancista valoriza a sua força criativa; o historiador confia no seu impulso de ordenação; o autobiógrafo sublinha a sua ligação à identidade. [...] O que se torna claro é que a narrativa faz coisas por nós, coisas que talvez não pudessem ser feitas doutro modo. As estruturas narrativas, tais como os romances, os artigos de jornal e as cartas a amigos permitem-nos recapitular acontecimentos, descrever personagens, sugerir causas para os acontecimentos, representar a passagem do tempo, usar metáforas para comunicar sentidos doutro modo indizíveis. Como instrumento de autoconhecimento e de comunhão, a narrativa é insubstituível (Charon, 2006:39-40 – tradução nossa).

Usar narrativas no treino dos estudantes de medicina foi o que esta médica internista, com um doutoramento em literatura, se propôs fazer, na convicção de que o treino narrativo potenciava um conhecimento de si, dos outros e do mundo, com toda a complexidade e riqueza, que nenhum outro meio poderia proporcionar. Por essa razão, o contacto com narrativas desenvolveria “uma competência narrativa” que permitiria aos futuros médicos “reconhecer, interpretar e ser levados a atuar em função da situação crítica de outrem” (Charon, 2001 – tradução nossa).

O método, cujos princípios e prática viria a desenvolver e explanar, numa obra mais recente, de 2017, em coautoria com elementos da sua equipa mul-

⁹ Veja-se, a propósito, a obra de Riessmann.

tidisciplinar¹⁰, assenta na recuperação do *close reading*, método de leitura tradicionalmente praticado ao longo de décadas nos departamentos de inglês desde finais dos anos 30 do séc. XX, e que consiste numa leitura atenta e rigorosa da letra do texto, suspendendo-se temporariamente a sua contextualização histórica ou filiação num autor e/ou num movimento. Porém, ao praticar o *close reading* em grupo, seguido de discussão alargada e de um exercício de escrita “à sombra do texto” [*in the shadow of the text* – 2017:174], Charon amplia o seu potencial e os seus efeitos. De facto, ela não dispensa o posterior engajamento afetivo dos leitores, espelhado quer na diversidade de respostas ao texto durante a discussão, quer durante a escrita. É pois uma prática inclusiva, por acolher essa diversidade de pontos de vista e assim promover o reconhecimento e a validade dos mesmos, sem contudo comprometer o que está escrito no texto. Rita Charon está convencida de que “bons leitores farão bons médicos” [*good readers make good doctors*] e explica:

Quando digo que bons leitores fazem bons médicos, estou a pensar em tipos de leitores muito particulares. O *close reading* é o tipo de leitura que se ensina em programas de licenciatura em Literatura nos quais o leitor, por força do hábito, dá atenção, não apenas às palavras e ao enredo, mas a todos os aspetos do aparato textual (...) (2006:113 – tradução nossa).

O que se ganha com este género de exercícios de leitura de textos literários é o tipo de atenção simultaneamente analítica e holística que é indispensável no encontro clínico. Por isso, Charon atribui ao *close reading* de textos literários um papel crucial na educação médica:

A partir do momento em que um estudante tenha sido treinado no *close reading* por um dado período de tempo, ele ou ela desenvolve os reflexos necessários para reparar em muitíssimos aspetos de um texto. O treino no *close reading* de textos literários não é muito diferente do treino em tipos de leitura mais clínicos que os profissionais de saúde assimilam (*Ibid.* – tradução nossa).

Darei a seguir um exemplo deste tipo de exercícios de leitura e de escrita, tal como o vimos praticando na Universidade de Lisboa, mas com as adaptações necessárias ao caso português, e, mais concretamente, a grupos de estudantes da licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina daquela universidade.

Começámos por entregar aos estudantes não um texto literário mas antes um caso clínico muito breve que tem a particularidade de se ter passado com Archie Cochrane [1909-1988] que não é outro senão o impulsor da EBM e o fundador do respetivo periódico, *Cochrane Collaboration*. Porém,

¹⁰ Note-se que o título escolhido para este volume é *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, claro eco da obra de Osler atrás referida, denotando simultaneamente continuidade mas também um nítido intuito fundacional - Charon, 2017:2.

este relato, passado durante a segunda Guerra Mundial, num campo de prisioneiros em que Cochrane era o único médico, só se tornou conhecido aquando da respetiva publicação póstuma na autobiografia intitulada *One man's Medicine*, de 1989, por razões que se tornam claras após a sua leitura:

Uma noite, os alemães despejaram na minha enfermaria um jovem prisioneiro soviético. A enfermaria estava cheia, e por isso instalei-o no meu quarto porque se encontrava moribundo e gritava e eu não queira acordar a enfermaria inteira. Examinei-o. Era óbvio que tinha cavitação bilateral extensa e uma obstrução severa da pleura. Pensei que era esta última a causa da dor e dos gritos. Eu não dispunha de morfina, só de aspirina que não tinha qualquer efeito. Sentia-me desesperado. Nessa altura, sabia muito pouco russo e na enfermaria não havia ninguém que o falasse. Por fim, instintivamente, sentei-me na cama e tomei-o nos meus braços e, quase de imediato, os gritos cessaram. Morreu tranquilamente nos meus braços algumas horas depois. O que causara a gritaria não fora a pleurisia, antes a solidão. Tinha sido uma bela lição em como cuidar dos que morrem. Envergonhei-me do meu erro de diagnóstico e guardei segredo desta história¹¹.

O texto é primeiramente objeto de leitura muito atenta e detalhada, em que fazemos notar, entre outras coisas, a narração na primeira pessoa, os dois tipos de registo linguístico em presença: o médico e o confessional, a importância da notação das emoções, a criação de suspense ocasionado por um erro inicial de diagnóstico, etc. Os estudantes são depois convidados a escrever durante cinco a seis minutos, imediatamente após lhes ser dado um mote ou disparador (*prompt*). Neste caso, o que lhes pedimos foi que re/escritessem o texto a partir da perspetiva do prisioneiro russo. Seguiu-se a discussão dos textos produzidos, em pequenos grupos de três alunos, sendo que cada um dos grupos escolheu um dos textos para ser lido em voz alta. Os textos selecionados foram então objeto de comentários por parte dos restantes membros da turma e dos dois professores/moderadores presentes, havendo sempre a preocupação de garantir o reconhecimento de aspetos globais ou de pormenor dignos de interesse e de nota em cada um dos textos escolhidos.

Seguiu-se um outro tipo de exercício, desta vez com recurso a uma pintura de Francisco Goya, *Autoretrato com o Dr. Arrieta*, de 1820.

Tal como em relação ao texto de Cochrane, procedeu-se a uma análise minuciosa a partir dos comentários dos estudantes, procurando estabelecer a ligação quer ao texto anterior quer ao ponto seguinte: definição e objetivos das Humanidades Médicas e da Medicina Narrativa e explicitação do chamado tripé desta última: atenção, representação e vinculação.

Este tipo de exercícios é importante a vários níveis: põe em prática e valoriza uma dinâmica intersubjetiva própria da relação terapêutica; explora

¹¹ Archie Cochrane (1909-88), citado por Brian Hurwitz, *The Art of Medicine: what Archie Cochrane learnt from a single case*. *The Lancet*. 389 (11 Feb. 2017) 594-595, 594 - tradução nossa.

capacidades hermenêuticas/interpretativas atinentes àquela prática; desenvolve a atenção e o poder da observação fina; familiariza com a ambiguidade e com a incerteza; assenta no respeito por perspetivas diferentes, ao enfatizar a importância da experiência subjetiva da doença pelos doentes, mas também da experiência subjetiva por parte dos profissionais de saúde, a fim de promover um melhor cuidado de si e do outro. Em suma é um “laboratório”, como lhe chama Charon (2017:123), que utiliza narrativas em contexto hospitalar e formativo para desenvolver competências relacionais e hermenêuticas de escuta atenta e de auto- e heteroconhecimento.

Nestas circunstâncias, a literatura pode ser um instrumento de extrema valia, ao fornecer situações reais ou ficcionadas de doença (*illness narratives*), narrativas sobre doença escritas por médicos, mas também, e simplesmente, ao estimular o leitor a colocar-se num outro espaço e no lugar do outro, como acontece em qualquer texto literário. Além destes aspetos relacionais de índole ética, está também em jogo uma dimensão estética, a que Rita Felski chama de “encantamento,” que ajuda a uma adesão afetiva e ritual à experiência lida por parte do leitor. A ética e a estética podem assim com proveito aliar-se à ciência. Transpõem os muros da universidade e entram na sala de aula, no hospital, na clínica, concretizando o anúncio feito em 2007 por Lennard J. Davis e David B. Morris, no seu *Manifesto das Bioculturas* [*Biocultures Manifesto*] em que advogam a interdependência entre saber científico e saber humanístico:

Pensar na ciência sem incluir uma análise histórica e cultural seria como pensar sobre um texto literário sem o enquadramento e a contextualização proporcionados pelos saberes discursivos ativos ou dormentes num momento particular. É igualmente limitativo pensar na literatura (...) sem considerar as redes de significados que podem ser apreendidas a partir duma perspetiva científica. (...) O biológico sem o cultural ou o cultural sem o biológico estão condenados a ser reducionistas, na melhor das hipóteses, ou inexatos, na pior (Davis e Morris, 2007:411 – tradução nossa).

E isto é válido porque todos somos afinal parte integrante duma “comunidade de intérpretes, transversal às disciplinas, intérpretes que [desejavelmente] estão dispostos a aprender uns com os outros” (Davis e Morris, 2007:416)¹². A leitura e discussão de textos literários e o decorrente exercício de escrita podem contribuir decisivamente para o diálogo e a aprendizagem interdisciplinares indispensáveis a uma tal comunidade. Parecerá um contributo modesto, mas é, a meu ver, valioso e o único que realisticamente, enquanto professores de literatura, podemos oferecer, se aceitarmos que as

¹² No original lê-se: “In the end, all branches of knowledge interpret. Interpretation isn’t all that they do, but it constitutes a massive common ground. (...) Biocultures argues for a community of interpreters, across disciplines, willing to learn from each other”.

humanidades “nos ensinam a lidar com os fenómenos não-mensuráveis da existência humana” (Pellegrino, 1979:4) e que o estudo da literatura constitui: “uma educação em como representar e compreender situações humanas” [*an education in how to picture and understand human situations*] (Murdoch, 2004:33).

REFERÊNCIAS

ANTUNES, João Lobo (2012) - *A Nova Medicina*. Lisboa: Relógio d'Água.

BROYARD, Anatole (1991) - Doctor, talk to me. *On Doctoring*. Ed. Richard Reynolds and John Stone. New York: Simon & Schuster.

CHARON, Rita (2006) - *Narrative Medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press.

CHARON, Rita (2001) - Narrative Medicine: form, function, and ethics. *Ann Intern Med*. 134, 83-87.

CHARON, Rita [et al.] (2017) - *The Principles and practice of narrative Medicine*. New York: Oxford University Press.

DAVIS, Lennard J.; MORRIS, David B. (2007) - Biocultures Manifesto. *New Literary History*. 38:3, 411-418.

FELSKI, Rita (2008) - *Uses of Literature*. Malden; Oxford: Blackwell Publishing.

HUNTER, Kathryn Montgomery (1991) - *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

HURWITZ, Brian (2017) - The Art of Medicine: what Archie Cochrane learnt from a single case. *The Lancet*. 389 (11 Feb.) 594-595.

HURWITZ, Brian (2015) - Medical Humanities: origins, orientations and contributions. *Anglo Saxonica*. Special Issue on Medical Humanities. Series III, 10, 11-31.

HURWITZ, Brian; SPINOZZI, Paola (ed.) (2011) - Discourses and narrations in the Biosciences. In *Interfacing Science, Literature and the Humanities*. Ed. Vita Fortunati, Elena Agazzi. [Germany: V&R Unipress]. (ACUME 2; 8).

MURDOCH, Iris (2004) - *The Sovereignty of Good*. London; New York: Routledge & Kegan Paul.

NEWMAN, David H. (2008) - *Hippocrates' shadow*. New York: Scribner.
Trad. Portuguesa: NEWMAN, David H. (2010) - *Onde falham os médicos*. Trad.
Ana Glória Lucas. Alfragide: Casa das Letras.

PARKER, M. (2005) - False dichotomies: EBM, clinical freedom, and the
art of Medicine. *Journal of Medical Ethics. Medical Humanities*. 31:23-30.
Disponível em: <http://mh.bmj.com/content/31/1/23.full> (Consult. 8-12-12).

PELLEGRINO, Edmund (1979) - *Humanism and the Physician*.
Knoxville: The University of Tennessee Press.

RIESSMANN, Catherine (2008) - *Narrative Methods for the Human
Sciences*. Thousand Oaks: Sage.

SACKETT, D. L. [et al.] (1996) - *Evidence Based Medicine: what it is
and what it isn't*. *BMJ: British Medical Journal*. 312, 71-2.

SARTON, George (1948) - Seventy-first critical bibliography of the
history and philosophy of science and of the theory of civilization (to October
I 947). *Isis*. 39: 1/2, 70-139.

SARTON, George (1924) - The New Humanism. *Isis*. 6:1/2, 9-42.

SNOW, C. P. (1959). - *The Two Cultures and the Scientific Revolution: the
Rede Lecture 1959*. Cambridge: Cambridge University Press.