

BIOÉTICA CLÍNICA & FILOSOFIA DA MEDICINA

DARLEI DALL'AGNOL



BIOÉTICA CLÍNICA & FILOSOFIA DA MEDICINA

Fundação Universidade de Caxias do Sul

Presidente:
Dom José Gislon

Universidade de Caxias do Sul

Reitor:
Gelson Leonardo Rech

Vice-Reitor:
Asdrubal Falavigna

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação:
Everaldo Cescon

Pró-Reitora de Graduação:
Terciane Ângela Luchese

*Pró-Reitora de Inovação e
Desenvolvimento Tecnológico:*
Neide Pessin

Chefe de Gabinete:
Givanildo Garlet

Coordenadora da EDUCS:
Simone Côte Real Barbieri

Conselho Editorial da EDUCS

André Felipe Streck
Alexandre Cortez Fernandes
Cleide Calgaro – Presidente do Conselho
Everaldo Cescon
Flávia Brocchetto Ramos
Francisco Catelli
Gelson Leonardo Rech
Guilherme Brambatti Guzzo
Karen Mello de Mattos Margutti
Márcio Miranda Alves
Simone Côte Real Barbieri – Secretária
Suzana Maria de Conto
Terciane Ângela Luchese

Comitê Editorial

Alberto Barausse
Università degli Studi del Molise/Itália

Alejandro González-Varas Ibáñez
Universidad de Zaragoza/Espanha

Alexandra Aragão
Universidade de Coimbra/Portugal

Joaquim Pintassilgo
Universidade de Lisboa/Portugal

Jorge Isaac Torres Manrique
*Escuela Interdisciplinar de Derechos
Fundamentales Praeeminentia Iustitia/
Peru*

Juan Emmerich
*Universidad Nacional de La Plata/
Argentina*

Ludmilson Abritta Mendes
Universidade Federal de Sergipe/Brasil

Margarita Sgró
*Universidad Nacional del Centro/
Argentina*

Nathália Cristine Vieceli
Chalmers University of Technology/Suécia

Tristan McCowan
University of London/Inglaterra



BIOÉTICA CLÍNICA & FILOSOFIA DA MEDICINA

DARLEI DALL'AGNOL



Apoio:



© do autor

1ª edição: 2025

Preparação de texto: Agnaldo Alves

Leitura de prova: Helena Vitória Klein

Editoração: Ana Carolina Marques Ramos

Capa: Ana Carolina Marques Ramos

Arte de capa: *The Doctor*, exibido em 1891, por Sir Luke Fildes (1843-1927). Apresentado por Sir Henry Tate, 1894. Fotografia: Tate.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade de Caxias do Sul

UCS – BICE – Processamento Técnico

D144b Dall'Agnol, Darlei
 Bioética clínica & filosofia da medicina [recurso eletrônico] / Darlei
 Dall'Agnol. – Caxias do Sul, RS : Educs, 2025.
 Dados eletrônicos (1 arquivo).

Apresenta bibliografia.

Modo de acesso: World Wide Web.

DOI: 10.18226/9786558074557

ISBN 978-65-5807-455-7

1. Bioética. 2. Medicina - Filosofia. 3. Filosofia. I. Título.

CDU 2. ed.: 608.1

Índice para o catálogo sistemático:

1. Bioética	608.1
2. Medicina – Filosofia	61:1
3. Filosofia	1

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária

Márcia Servi Gonçalves – CRB 10/1500.

Direitos reservados a:



EDUCS – Editora da Universidade de Caxias do Sul

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Telefone/Telefax: (54) 3218 2100 – Ramais: 2197 e 2281 – DDR (54) 3218 2197

Home Page: www.ucs.br – E-mail: educs@ucs.br

Para A.C.K.S. (Tónico)

A medicina é a mais humana das ciências e
a mais científica das humanidades.
(Pellegrino)

Embasar ou centrar a medicina somente numa coisa,
sejam evidências, pessoas ou pacientes,
parece uma empreitada equivocada.
(Upshur)

*Medicina autem in filosofia non fundata,
res infirmata est.*
(Bacon)

O filósofo trata uma pergunta como uma doença.
(Wittgenstein)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, aos colegas do grupo “Dilemas COVID-19 Bioética”, Alcino Eduardo Bonella (UFU), Marco Antonio de Oliveira Azevedo (Unisinos) e Marcelo de Araujo (UERJ/UFRJ), pela oportunidade de discutir alguns dos temas aqui tratados durante a pandemia causada pelo SARS-CoV-II (2020-22). Daqueles debates nasceu o desafio para elaborar o projeto “Bioética Clínica e Filosofia da Medicina”, atualmente financiado pelo CNPq (PQ-1B), base importante da pesquisa cujos resultados parciais aparecem neste livro. Além disso, sou grato a alguns colegas integrantes do projeto *em rede* BioJusPan (Bioética, Justiça Distributiva e Pandemias), com mais de 50 investigadores, também financiado pelo CNPq a partir do Edital Pró-Humanidades, do qual participo como coordenador-geral e pesquisador do eixo sobre Medicina de Precisão. Agradeço pelas conversas com Ben Davies sobre tópicos aqui tratados, em especial, diferenças entre necessidades de saúde e necessidades médicas além de questões relacionadas à alocação de recursos escassos durante a COVID-19. Tive o privilégio também de discutir com Michael Loughlin alguns tópicos da sua proposta de uma Medicina Centrada *na Pessoa*. Apesar de algumas divergências, vários aspectos de sua abordagem são aqui tratados. Destaco, entretanto, nestes agradecimentos iniciais, o diálogo contínuo com meu amigo, médico e filósofo, Marco Azevedo, a quem devo a principal motivação para escrever este livro. Temos, ao longo dos últimos anos, trabalhado juntos em vários temas bioéticos, e seus comentários, provocações e sugestões foram fundamentais para chegar ao principal resultado teórico deste trabalho.

Agradeço aos discentes do Curso de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) do semestre 2024.2, a saber, Ana Testoni, André Figueiredo, João Vitor Teixeira, Eduardo da Costa, Tales Yamamoto, Thiago Chaves, pelos debates em sala de aula e, em especial, aos médicos e filósofos Igor Chaves, Mario Machado e Rafael Lisboa, pelas contribuições mais pontuais, incluindo correções técnicas. Alguns defendem a Medicina Centrada no Paciente (MCP), diferentemente de Marco Azevedo, mais afeito à *medicina convencional*, e, dessa maneira, o debate foi frutífero para chegar à proposta defendida aqui. A eles dedico este livro num espírito hipocrático “*Iatros philosophus Iso Theos*”, interpretando essa afirmação no sentido de

que é necessário mais do que conhecimento para ser um(a) *excelente* médico(a), em especial, praticar *cuidado respeitoso*. Gostaria também de agradecer aos alunos e alunas do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade de Caxias do Sul (UCS), onde tive a oportunidade de apresentar palestras e uma versão *draft* deste livro em 2023.2, e, em especial, ao convite do Coordenador Evaldo Kuiava.¹

No segundo semestre de 2024, apresentei o último capítulo, que contém a contribuição mais original deste livro, em vários eventos: no III Colóquio Internacional de Filosofia Prática, em Caxias do Sul; no XX Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia (Anpof), em Recife; no III Workshop BioJusPan, Rio de Janeiro, e no XIX Seminário Interamericano de Filosofia, em Montevidéu. Agradeço a todos os participantes pelas contribuições. Gostaria de agradecer a Milene Consenso Tonetto, pela leitura atenta do manuscrito e pelas sugestões e correções. É quase desnecessário lembrar que sou o único responsável pela versão final do livro.

Desde já gostaria de fazer um alerta: este trabalho foi escrito por um filósofo que estuda bioética, mas não é um livro de “filosofia clínica”, ou seja, não possui qualquer pretensão *médica*. Discute apenas, de forma crítica, temas epistêmicos e éticos, tratando, como diria Wittgenstein, de *pseudoquestões* como “doenças do entendimento”, por exemplo, confusões conceituais, erros inferenciais etc., e somente nesse sentido tem efeito “terapêutico”. Novamente, não se trata de “terapia holística” ou qualquer coisa do gênero, mas antes de um trabalho analítico-crítico. Desejo uma boa leitura e reflexões estimulantes em torno da proposta filosófica aqui apresentada e defendida.

¹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=90SiBBsYkBA>. Acesso em: 14 dez. 2024.

ABREVIATURAS

APS – Assistência Primária à Saúde

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEUA – Comissão de Ética no Uso de Animais

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Classificação Internacional de Doenças

ECR – Estudo Clínico Randomizado

FIMed – Filosofia Integral da Medicina

GRADE – Classificação de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Análises

MACs – Medicinas Alternativas e Complementares

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MCP – Medicina Centrada no Paciente

MHDF – Método Hipotético-Dedutivo Falseável

ME – Medicina Evolucionária

MP – Medicina de Precisão/Personalizada

MT – Medicina Translacional

PEP – Princípio Ético Primeiro

P-P/P-P – Profissional-Pesquisador/Paciente-Participante

SBB – Sociedade Brasileira de Bioética

SIFE – Sentimentos, Ideias, Funcionamentos e Expectativas

SNEPSH – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

SOAP – Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Planejamento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCR – Teoria do Cuidado Racional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

<i>Prefácio</i>	11
Referências	19
<i>Introdução</i>	21
<i>1. Por uma filosofia integral da medicina</i>	36
1.1. Brevíssima história da medicina	39
1.2. O que esperar de uma filosofia da medicina?	43
1.3. O surgimento da bioética clínica	49
1.4. Estudos clínicos e medicina translacional	55
1.5. Ética da pesquisa clínica e da translação	63
<i>2. Medicina baseada em evidências</i>	69
2.1. Surgimento e desenvolvimento da MBE	70
2.2. Bases epistêmicas da MBE	75
2.3. Raciocínio médico: aplicando métodos científicos	82
2.4. Como praticar a MBE?	99
2.5. Repensando as bases axiológicas da MBE	105
<i>3. Medicina centrada no paciente</i>	111
3.1. Saúde, doença e a experiência de sentir-se enfermo	118
3.2. Compreendendo a pessoa do paciente como um todo	127
3.3. Encontrando um solo comum	134
3.4. Melhorando a relação paciente-clínico	142
3.5. Repensando a bases axiológicas da MCP	149
<i>4. A medicina como arte, ciência e ética</i>	154
4.1. Superando modelos simplistas	155
4.2. A medicina como arte (<i>techné</i>) ou técnica	159
4.3. Como garantir a cientificidade da medicina?	163
4.4. Como garantir a eticidade na prática médica?	170
4.5. Uma FIMed	177
<i>Considerações finais</i>	186
<i>Referências</i>	188

PREFÁCIO

MARCO ANTONIO AZEVEDO

MÉDICO E DOUTOR EM FILOSOFIA (UFRGS)

UNISINOS, CNPq

A medicina tem sido objeto de interesse dos filósofos desde a Antiguidade. A ética médica, por exemplo, remonta a uma tradição reconhecidamente longa. Albert Jonsen fala-nos em uma “[...] longa tradição de discurso moral sobre a medicina” (Jonsen, 2000, p. ix). Ele nos conta que a ética da medicina na cultura ocidental tem suas raízes na medicina dos povos helênicos e romanos antigos. Os filósofos gregos usavam a medicina como exemplo em vários de seus argumentos, tanto em política como em teoria da linguagem. Platão desenvolveu um argumento por analogia usando a medicina para tentar objetar a tese de Trasímaco de que o governo serve aos mais fortes, defendendo que, assim como bons médicos são aqueles que alcançam melhor os fins de sua arte (a saúde dos pacientes), bons governantes seriam os que exercem com excelência a arte de governar. Aristóteles usou o termo “saudável” para distinguir usos primários e secundários de certos termos (comidas e pessoas podem ser saudáveis, mas não no mesmo sentido; comidas são saudáveis porque tornam pessoas saudáveis). Na era moderna, vários filósofos usaram exemplos tomados das nascentes descobertas médicas para argumentar em favor de certos princípios de filosofia natural. E filósofos da ciência contemporâneos nossos, como Hempel, apelaram a casos da história da medicina (como a descoberta de que a febre puerperal tinha uma causa infecciosa) para especular sobre a lógica do raciocínio científico em geral. Filósofos críticos como Foucault estudaram a medicina e a saúde pública que emergiu no século XVIII para, a partir desse estudo, desenvolver uma teoria sociológica crítica. Mas em nenhum desses momentos surgiu, salvo até muito recentemente, qualquer pretensão em tomar a medicina objeto de uma disciplina filosófica específica. É verdade que, no final do século XX, problemas paradigmáticos de ética extraídos da prática médica passaram a receber uma atenção mais específica, o que impulsionou o desenvolvimento de um domínio prático da ética, a bioética. Mas o movimento que fez emergir o que hoje entendemos por bioética não pretendeu fazer da medicina objeto de estudo de qualquer disciplina

particular. Bioética e filosofia da medicina não são áreas de pesquisa coincidentes.

Alguns filósofos, recentemente, concluíram que há uma lacuna teórica que merece um esforço intelectual com foco mais específico em temas de epistemologia e metafísica. Foi em 2005 que ocorreu o primeiro evento internacionalmente reconhecido com foco em “filosofia da medicina”, o *International Philosophy of Medicine Roundtable* (IPMR), organizado por Harold Kincaid da Universidade do Alabama (<https://philosmed.wordpress.com>). Esses eventos, que ainda prosseguem a cada dois anos, oportunizam apresentações acadêmicas, excluindo, porém, temas de bioética e filosofia da psiquiatria, baseando-se na opinião de que a bioética, a filosofia da psiquiatria e a história da medicina já seriam disciplinas relacionadas com organizações nacionais e internacionais bem estabelecidas. A ideia de que a filosofia da medicina deveria concentrar-se em temas de ontologia e epistemologia também influenciou pensadores como Thompon e Upshur (2018), que defendem que a filosofia da medicina poderia ser mais bem compreendida como um ramo das filosofias das ciências.

Uma exceção notável é o pensamento de Edmund Pellegrino. Falecido em 2013, Pellegrino é conhecido como um médico e bioeticista defensor de uma visão abrangente de filosofia da medicina, buscando unir todas as áreas da filosofia em uma investigação conceitual e teórica sobre a prática médica. Pellegrino ficou conhecido também por suas convicções cristãs (foi presidente da Universidade Católica da América de 1978 a 1982), um distinto e agraciado professor de medicina e ética médica, e também diretor do famoso Instituto Kennedy de Ética da Universidade de Georgetown nos Estados Unidos. Outro pensador que abordou a medicina de forma compreensiva foi Tristram Engelhardt Jr. A partir de Pellegrino, uma visão mais ampla sobre a filosofia da medicina tornou-se influente. William Stempsey é outro que segue essa linha geral. Stempsey defende o que entende como uma visão semelhante ao modelo descrito por Schaffner e Engelhardt (2000), que veem a filosofia da medicina como abrangendo questões em epistemologia, axiologia, lógica, metodologia e metafísica geradas por ou relacionadas à medicina. Isso inclui a ética médica, embora a ética médica e a bioética tenham se tornado, diz ele, um tópico tão grande que merece estudo e investigação separados (Stempsey, 2008).

Intelectuais como Pellegrino, Engelhardt Jr. e Stempsey, para citar apenas alguns representantes que considero notáveis, são também, além

de filósofos, médicos. Mas a filosofia da medicina não é um assunto que é ou precisa ser investigada por médicos com formação filosófica como eles. Em bioética, é bastante comum que filósofos sem formação médica específica envolvam-se academicamente com temas de ética médica e, ocasionalmente, também de metafísica e epistemologia médicas. Albert Jonsen, embora conhecido principalmente por suas contribuições à bioética, foi professor de *medical ethics* na Universidade de Washington, Seattle. E um exemplo sem dúvida destacado é o de Mario Bunge, filósofo argentino, falecido em 2020, professor de lógica e metafísica na Universidade McGill, em Montreal, Canadá, desde 1966. Bunge não era médico, mas seu livro *Medical philosophy: conceptual issues in medicine* é certamente uma das mais importantes contribuições filosóficas sobre a medicina de todos os tempos. Considere-se, por exemplo, essa passagem do livro de Bunge, extraída de seu Prefácio:

Várias controvérsias atuais na comunidade médica são sobre conceitos-chave ou suposições abrangentes. Portanto, elas são, na verdade, filosóficas e não médicas, embora sejam frequentemente discutidas no *Lancet*, *New England Journal of Medicine* e *British Medical Journal*. Que esta pequena lista de perguntas seja suficiente para provar a existência da iatrofilosofia, ou a filosofia da medicina: se uma doença é apenas um conjunto de sinais ou biomarcadores dela; se um conjunto de dados clínicos é suficiente para descrever uma doença e fazer um diagnóstico correto; se a medicina contemporânea é peculiar por ser baseada em evidências; se os médicos devem se abster de formular hipóteses e teorias sobre coisas imperceptíveis; se os ensaios clínicos randomizados são necessários e suficientes para validar uma terapia; se a medicina é ciência, tecnologia, artesanato ou todos os três; se terapias complementares e alternativas merecem ser incluídas na medicina; se os placebos são puramente imaginários ou têm efeitos biológicos; se existem verdades biomédicas universais ou apenas convenções sociais; se a pesquisa biomédica é dominada por interesses comerciais e poder político; e se algum dos filósofos mais conhecidos – Platão, Aristóteles, Tomás de Aquino, Descartes, Spinoza, Locke, Hume, Kant, Hegel, Engels, Nietzsche, Mach, Russell, Husserl, Heidegger, Wittgenstein, Popper e Foucault – fez a medicina avançar (Bunge, 2013).

É com esse espírito acadêmico de produzir uma filosofia da medicina *integral*, ou *holística* em certo sentido, que o livro de Darlei Dall'Agnol surge no âmbito da filosofia brasileira. Darlei, assim como Bunge e Jonsen, não é médico, mas é filósofo com formação e produção exemplares. Mas, em diferença aos filósofos que se ocupam da medicina apenas com interesse em temas de epistemologia ou ontologia, seguindo a mesma linha dos médicos e filósofos Pellegrino e Stempsey, Darlei compreende que é preciso desenvolver uma abordagem filosófica ampla sobre a medicina que, incluindo a ética e bioética, contemple igualmente reflexões sobre temas de metafísica e filosofia da ciência.

É com esse propósito que Darlei inicia seu livro propondo desde já uma *filosofia integral da medicina*. O livro é resultado de vários anos de estudo e interlocuções com alunos e, principalmente, com colegas, aos quais orgulhosamente me incluo. Nesses últimos quatro anos ao menos, temos interagido muito desde que iniciamos por minha sugestão um grupo, inicialmente informal de pesquisa, com os colegas e amigos Alcino Bonella e Marcelo de Araujo, grupo que recentemente oficializou-se com a oportunidade de um projeto de pesquisa financiado pelo CNPq, o *Bioética, Justiça e Pandemia* (BioJusPan). O livro que tenho a honra de prefaciar é certamente a mais importante contribuição de filosofia da medicina (seja ela *em, sobre,* ou simplesmente *e* medicina) publicada em língua portuguesa.

As aproximações de Darlei com a filosofia da medicina não são recentes. Em seu livro *Care and respect in bioethics* (2016),² Darlei já havia introduzido o conceito de “cuidado respeitoso” (*respectful care*). Práticas em saúde, conforme Darlei, têm como objetivo fundamental prestar cuidado de forma respeitosa (garantindo aos pacientes também um *respeito cuidadoso* – *careful respect*). Nesse livro, Darlei inicia avaliando um rumoroso caso de bioética de um bebê prematuro extremo (que conheceu quando visitou a Universidade de Michigan, em Ann Arbor, nos Estados Unidos) e que acabou desenvolvendo uma complicação grave (enterocolite necrotizante), cujo prognóstico médico foi dado como “reservado”. Os médicos, então, passaram a recomendar limitações de tratamentos. Os pais da criança, no entanto, não concordaram com tais restrições terapêuticas e buscaram alternativas, algumas não convencionais. Uma opção era de um transplante de intestino, considerado pelos médicos como “experimental” e que a equipe considerava “fútil”. Darlei discute o caso e o compara a outros dois, um deles, semelhante, que conheceu no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Em seu livro, Darlei conclui que, no caso do bebê de Michigan, a equipe médica desrespeitou os pais: o cuidado não foi respeitoso. A controvérsia assemelha-se à que envolveu os pais do bebê Charlie Gard (portador de uma doença mitocondrial grave e incurável) e sua equipe médica no Reino Unido – ver: <https://www.theguardian.com/uk-news/charlie-gard>. No caso Gard, a recusa médica diante da insistência dos pais foi também criticada por bioeticistas consagrados como Julian Savulescu e até mesmo pelo Papa Francisco (ver: <https://www.vaticannews.va/pt/papa/>

² Para uma resenha crítica do livro de Darlei, leia-se a de Alcino Bonella (2017), publicada na revista *Ethic@*.

news/2018-04/caso-alfie-tuite-papa.html). Para Darlei, não se tratava de que os médicos estavam tecnicamente errados. A recomendação de cuidados paliativos estava correta, mas a forma como foi conduzida pela equipe médica mostrou-se desrespeitosa. Em outras palavras, até mesmo o cuidado apropriado pode ser eventualmente desrespeitoso.

Em *Care and respect in bioethics*, Darlei une a teoria metaética, que intitula de *cognitivismo prático*, à sua engenhosa fusão entre a ética do cuidado e a ética do respeito. No livro, ele argumenta que o cuidado “pressupõe um tipo prático de conhecimento”. Ecoando Gilbert Ryle, afirma que o cuidado apropriado pressupõe um tipo particular de “[...] saber-como e não apenas saber-que” (2016, p. 99). Na bioética clínica, o que importa, com efeito, não é meramente saber como cuidar, algo que os médicos aprendem tecnicamente, mas saber como cuidar *respeitosamente*, pois o cuidado sem respeito pode resultar em vários tipos de injustiça. Por exemplo, uma pessoa pode ser cuidada de forma tecnicamente adequada, mas de um modo ofensivo, ou pode não ser cuidada da maneira a que tem direito (seu terceiro exemplo no livro é de um caso em que não houve o cuidado apropriado a que o paciente tinha efetivamente direito). Penso que a abordagem do cuidado respeitoso tem muitas vantagens teóricas sobre abordagens mais famosas, como o principialismo de Tom Beauchamp e James Childress, por exemplo. Ela une os dois polos fundamentais das mais influentes abordagens em ética normativa, como a que inicialmente influenciou os próprios principialistas, a defendida por William Frankena (1993), mas que tinha a simplicidade teórica de partir de apenas dois princípios fundamentais *prima facie*: a benevolência e o respeito (justiça), numa linha que remota a Hume. Darlei sabiamente encontra em Stephen Darwall a fundamentação para essa concepção normativa. Essa união entre cuidado e respeito, penso, também captura algo que Hume e Sidgwick viam como dois polos normativos ocasionalmente em tensão nos processos de tomada de decisão prática.

Bioética clínica & Filosofia da medicina, o novo livro de Darlei, representa o amadurecimento lógico de seu pensamento sobre a medicina, na busca de uma concepção abrangente, que une epistemologia e metaética à prática médica, principalmente a prática clínica. As teses principais do livro podem ser assim resumidas. Primeiro, uma filosofia adequada da medicina precisar ser uma filosofia *integral*. Ela precisa, portanto, abordar a medicina em todos os seus aspectos e, filosoficamente, precisa integrar metafísica, epistemologia e ética. Segundo, a medicina é uma prática que precisa estar embasada solidamente em

práticas científicas, isto é, em *evidências*. Assim, Darlei acolhe (criticamente) o movimento da *medicina baseada em evidências* (MBE), criticando de forma direta o modo como certos grupos de médicos, durante o período mais grave da pandemia de COVID-19, distanciaram-se dos cânones da MBE (ou intencionalmente os distorceram de forma equívoca) para defender práticas sem fundamentação científica. Darlei entende, porém, que uma medicina científica, como pretende ser a MBE, deve evitar tanto o “curandeirismo” de certas modalidades da medicina tradicional, como os deslizes metafísicos de certas versões reducionistas que cometem o erro “mereológico” de separar o corpo biológico da pessoa. A MBE deve, portanto, evitar cair no que seus críticos chamam de “cientificismo”, a concepção falaciosa que sobrevaloriza descrições fiscalistas e negligencia o papel das humanidades na descrição da própria natureza humana.

A conclusão é de que a MBE não é incompatível com o cuidado respeitoso e que, sem respeito, a medicina convencional que a segue pode acabar se tornando prejudicial às pessoas. O resultado é uma filosofia da medicina que fornece ao leitor, seja ele médico, profissional de saúde ou leigo, uma versão fundamentada e coerente de uma *medicina centrada no paciente* (MCP). Fica claro no livro por que Darlei prefere chamar a esse movimento de medicina centrada “no paciente” e não, como muitos preferem (eu inclusive), na “pessoa”. Darlei acolhe o conceito de MCP, preferindo a versão que a defende como uma prática clínica centrada nos pacientes, para diferenciá-la da prática clínica criticada, entre outros, por Michael Loughlin e Derek Mitchell (2023), segundo a qual a MBE e o cuidado técnico apropriado são compreendidos como práticas centradas de forma mítica na figura ou no pensamento do “médico”, isto é, uma prática enviesadamente centrada apenas em valores pretensamente “objetivos”, o que Loughlin, Lewith e Falkenberg chamam criticamente de “cientificismo” (*scientism*) (2013).³ Segundo alguns defensores da visão convencional, entretanto, centrar a prática médica na objetividade científica teria a vantagem de evitar que a atividade semiológica seja desviada pelos equívocos e vieses que advêm da “subjetividade” dos pacientes. Segundo essa visão, os médicos devem ser treinados para evitar que a subjetividade dos doentes afete a objetividade de seu raciocínio. Convencionalistas, portanto,

³ O cientificismo, dizem, “[...] é uma filosofia que pretende definir o que o mundo ‘realmente é’”, definindo a realidade como “[...] o que pode ser descoberto por certos métodos de investigação bastante específicos”, tendo como consequência que “[...] as características da experiência não reveladas por tais métodos são consideradas como ‘subjetivas’”, sugerindo como isso que não possuem “realidade”, estando, assim, além “[...] do escopo de uma investigação racional significativa” (Loughlin; Lewith; Falkenberg, 2013).

supervalorizariam as evidências que compõem as imagens científicas do mundo e negligenciariam a experiência dos pacientes, parte essencial de nossa vivência mundana, um elemento que integra o que Sellars chamou de nossa “imagem manifesta” do mundo (Sellars, 1962). Os críticos à MBE, no entanto, também parecem muitas vezes supervalorizar esses elementos subjetivos da “experiência do adoecimento” em detrimento da objetividade que resulta da compreensão metódica da história relatada e trazida pelos doentes (a anamnese) unida aos dados coletados durante uma minuciosa investigação clínica. Darlei, por sua vez, entende que a prática clínica deve ser, sim, *embasada* em ciência, mas que o *centro* de sua prática não está “internamente” na mente do médico, mas “externamente”, na figura e na condição humana vulnerável do paciente. Em outras palavras, o que motiva, o que dirige a atividade do médico é essa condição humana vulnerável que entendemos como a condição de ser “paciente”. São as pessoas como pacientes que devem, portanto, estar no *centro* da prática médica. Todavia, o objetivo de cuidar precisa dar respostas objetivas e cientificamente embasadas, em respeito ao próprio paciente.

Por fim, em terceiro, Darlei sustenta que a medicina é, a uma só vez, arte, ciência e ética. Uma avaliação crítica dos modelos simplistas da MBE e da MCP devem nos levar, com efeito, a uma filosofia integral de medicina (FIMed). A *finalidade* última da FIMed é dizer o que a medicina é *qua* medicina (veja mais sobre isso na Introdução).

Resta-me celebrar o livro de Darlei como um acontecimento na história da filosofia brasileira. Trata-se, até onde sei, do primeiro livro de um filósofo acadêmico sobre o que é a medicina com o objetivo de alcançar uma teoria filosófica sobre a medicina que seja tanto coerente como abrangente (*comprehensive*). Penso também que se trata de uma teoria correta e bastante persuasiva. Meus próprios comentários pessoais e eventuais diferenças são meros detalhes que buscam na verdade aprimorar a teoria (algo que vou me permitir apresentar em outro momento e lugar). Por ora, meu ímpeto é de celebração. Darlei conseguiu produzir o que eu gostaria de ter tido a oportunidade e a capacidade de fazer. Estando já feito o trabalho, cabe-me seguir o caminho trilhado.

Para finalizar, permita-me o leitor retornar a William Stempsey. Em um artigo sobre o que é, afinal, a filosofia da medicina, Bill nos lembra que o trabalho que constitui a rica história da filosofia da medicina foi feito, em grande parte, por médicos praticantes. Ele comenta as afirmações de Henrik Wulff (1992), para o qual a profissão médica

precisa da ajuda de filósofos profissionais da mesma forma que precisa da cooperação de cientistas básicos. A filosofia da medicina, segundo Wulff, não precisa ser considerada nem como uma subespecialidade médica, nem como uma subespecialidade da filosofia, mas como as principais tendências do pensamento médico contemporâneo estariam ligadas a questões conceituais que são objeto de estudo da filosofia, faz sentido compreendê-la como uma subdisciplina médica emergente (ou reemergente, já que na Antiguidade essa separação entre filosofia e medicina não existia do modo como a vemos hoje em dia). Wulff, entretanto, defendeu que, assim inserida na formação médica, uma nova geração de médicos filósofos tenderia a ver um espectro de problemas como servindo aos objetivos ou preocupações da medicina e não apenas da filosofia acadêmica. Há exemplos que parecem confirmar essa opinião de Wulff (ele mesmo um exemplo destacado do que defende). Um que me vem imediatamente à mente é o de James L. Bernat, médico neurologista, graduado em medicina em 1973 pela Cornell University, e que contribuiu decisivamente para aprimorar conceitos como o de “morte encefálica”. Ao que eu saiba, Bernat não teve formação acadêmica como filósofo, mas seus artigos são filosóficos densos. O tema da morte, aliás, é um desses temas clássicos da metafísica que passaram a ser tratados de forma conceitualmente detalhada por médicos e filósofos, exigindo dos protagonistas do debate uma elevada capacitação técnica em ambos os domínios. Não há dúvidas de que a perspectiva médica empresta coerência e adequação empírica à discussão. Todavia, sem a filosofia, o debate estaria fadado à superficialidade teórica e à confusão conceitual. Stempsey, pensando sobre as opiniões de Wulff, entende que é mais adequado ver a classe dos filósofos da medicina como incluindo mais do que apenas filósofos. De fato, diz ele, “[...] os médicos podem ser um subconjunto importante dos filósofos da medicina” (Stempsey, 2008, p. 385). Coerentemente, Stempsey defende que o termo “filósofo da medicina” deva incluir qualquer pessoa envolvida na ampla gama de reflexão filosófica sobre qualquer um dos tópicos abrangentes relacionados à teoria e prática médicas. A filosofia da medicina seria, com efeito, aquilo que esse conjunto diverso de pessoas fazem (Stempsey, 2008).

Darlei é, como entendo, um filósofo da medicina e provavelmente o mais qualificado de todos nós no Brasil de hoje. Darlei, de fato, busca ser um filósofo da medicina no sentido que Stempsey compreende. Durante sua pesquisa, ele seguidamente me procurava, enviando-me textos e propondo discussões, já que, nesse conjunto de filósofos, com-

partilho as duas *expertises*, a filosofia acadêmica e a medicina, a que sigo praticando (e bastante). Darlei também procurou estimular seus alunos a estudar os assuntos que escolheu como temas de seu livro, motivando os estudantes de filosofia, tradicionalmente orientados a ler filósofos clássicos, a se interessar por temas médicos sob uma perspectiva filosófica. Isso fez com que suas disciplinas passassem também a ser frequentadas por médicos com interesse filosófico, médicos de diferentes especialidades, alguns tendo se tornado inclusive alunos do prestigiado curso de pós-graduação em filosofia da UFSC. Darlei também procurou produzir interlocuções com lideranças da área médica, principalmente da ética médica. Nesse processo, diga-se de passagem, foi bem e malcompreendido, um resultado da intensa controvérsia que dividiu os médicos naquele período conflituoso da pandemia de COVID-19. Academicamente, Darlei aceitou o desafio que propus a ele, a Alcino Bonella e a Marcelo de Araujo, de criarmos um grupo de pesquisa sobre temas de ética relacionados à pandemia e, por sua iniciativa, submetemos um projeto conjunto ao CNPq, o BioJusPan. Agora, a filosofia da medicina, para progredir, precisa avançar e reunir filósofos acadêmicos, filósofos com formação em medicina ou médicos com formação filosófica (como me classifico de certa forma), além de médicos e profissionais da saúde com interesse em temas de filosofia e profissionais da saúde em geral com formação acadêmica em filosofia ou nas humanidades. Este livro é um convite para esse desafio, representando um marco para a consolidação dessa nova área de atuação acadêmica em nosso país.

Referências

BONELLA, A. E. Resenha de “Care and respect in Bioethics”. *Ethic@*, v. 16, n. 2, p. 375-388, 2017.

BUNGE, M. *Medical philosophy: conceptual issues*. New Jersey: World Scientific Publishing, 2013. (Edição do Kindle)

DALL’AGNOL, D. *Care and respect in bioethics*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2016.

FRANKENA, W. K. *Ethics*. Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, 1993.

JONSEN, A. R. *A short history of medical ethics*. New York; Oxford: Oxford University Press, 2000.

LOUGHLIN, M.; MITCHELL, D. *The philosophy of person-centred healthcare*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2023.

LOUGHLIN, M.; LEWITH, G.; FALKENBERG, T. Science, practice and mythology: a definition and examination of the implications of scientism in

medicine. *Health Care Analysis*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 130-145, 2013. DOI: 10.1007/s10728-012-0211-6. PMID: 22622355.

SCHAFFNER, K. F.; ENGELHARDT JR., H. T. The philosophy of medicine. In: CRAIG, E. (Ed.). *Concise Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London: Routledge, 2000.

SELLARS, W. Philosophy and the scientific image of man. In: COLODNY, R. (ed.). *Frontiers of Science and Philosophy*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press, 1962. p. 35-78.

STEMPSEY, W. E. Philosophy of medicine is what philosophers of medicine do. *Perspectives in Biology and Medicine*, [s. l.], v. 51, n. 3, p. 379-391, 2008.

THOMPSON, R. R.; UPSHUR, R. E. G. *Philosophy of medicine: an introduction*. New York/Abington: Routledge, 2018.

WULFF, H. R. Philosophy of medicine – From a medical perspective. *Theoretical Medicine and Bioethics*, [s. l.], v. 13, p. 79-85, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00489221>.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, revelou vários problemas médicos, sanitários e ambientais, mas também suscitou inúmeras questões ético-políticas. Para ilustrar: no editorial “The Fiasco of Evidence-Based Medicine Exposed by the COVID-19 Pandemic”, da revista *European Journal for Person Centered Healthcare*, os autores (Couto; Miles, 2020, p. 162) diagnosticaram algumas divergências teóricas e práticas na maneira de enfrentar a pandemia entre duas abordagens: a chamada “Medicina Baseada em Evidências” (daqui para frente, MBE) e a “Medicina Centrada na Pessoa” (MCP). Depois de reconstruir as pretensões do *suposto* “novo paradigma” médico-científico da MBE, Couto e Miles apontam para uma série de equívocos no tratamento da COVID-19 (por exemplo, a confusão e a desorientação geral sentida pela ausência de Estudos Clínicos Randomizados [ECRs] ou meta-análises sobre o novo vírus e a nova doença, gerando pânico e até mesmo inação) e defendem, então, o retorno às práticas médicas que já haviam estabelecido as bases autênticas de um sistema de saúde *centrado na pessoa do paciente*.

A pandemia da COVID-19 realmente exibiu, inclusive no Brasil, certa *polarização* entre diferentes grupos de médicos e outros profissionais da saúde: um mais convencional, orientado pelo conhecimento fisiopatológico, pelas observações originadas das atividades clínicas diárias, pelos relatos de casos etc., e outro guiado pelo uso rigoroso das metodologias da ciência experimental para o estabelecimento de políticas públicas, para a tomada de decisões clínicas e, enfim, tratamento. Embora não se possa identificar diretamente o primeiro grupo “pragmatista” como sendo equivalente ao que adota a MCP (seria melhor caracterizá-lo antes como seguindo o método convencional apenas porque alguns explicitamente rejeitam o centrado no paciente), há certa associação possível que aparenta ser mais do que mera coincidência e precisa ser mais bem investigada, dada a falta de cientificidade generalizada no enfrentamento da pandemia. O Brasil, com menos de 3% da população mundial, tem cerca de 10% do número total de óbitos por COVID-19.⁴ Se tivéssemos a taxa de mortalidade mundial, teríamos meio milhão de compatriotas vivos hoje. Conforme veremos neste livro, foi exatamente a falta de uma orientação pela MBE que alimentou

⁴ Consultar ourworldindata.org para dados sobre a pandemia da COVID-19.

a prática usual de prescrever tratamentos ineficazes e potencialmente danosos entre junho de 2020 e 22 de janeiro de 2022. Dessa maneira, temos, por um lado, a avaliação negativa da MBE apontada acima, mas, por outro lado, encontramos também críticas aos profissionais que acabaram prescrevendo usos *off label* (fora da bula) de fármacos sem evidências científicas suficientes de sua eficácia e segurança, chegando-se ao absurdo de prescrever vermífugo para combater o SARS-Cov-II. Algo muito errado aconteceu que precisa ser avaliado e corrigido para enfrentarmos as próximas crises sanitárias.

Durante a pandemia fomos inclusive procurados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM-SC) para, na condição de filósofos que trabalham com temas bioéticos, contribuirmos para superar essa *polarização* entre os dois grupos. Naquele momento, participávamos do Subcomitê Científico da UFSC (Portaria 751/2020), criado para estabelecer diretrizes de enfrentamento da COVID-19, e do CEPSES-SC (Portaria 701/21), onde a polarização também já aparecera. Muitos profissionais da saúde atuaram na “linha de frente” do combate à COVID-19 e sentiram, na sua prática diária, a dificuldade de superar o antagonismo entre essas duas visões, a saber, profissionais que se guiam por um conhecimento mais *convencional* ou *usual*, e outros que exigiam evidências científicas mais robustas para prescrever medicamentos *off label*. De uma forma não muito clara, alguns buscavam ajuda para saber como a bioética e a filosofia poderiam contribuir para superar a constrangedora divisão que prejudicava o enfrentamento da pandemia (cf. cartas dos dois grupos no Centro de Documentação do BioJusPan).⁵

Conforme veremos ao longo deste livro, uma forma de superar a partidarização pode ser buscada num amplo acordo sobre a hierarquização epistêmica das evidências científicas que geram graus mais altos de confiança no diagnóstico para um tratamento eficaz com bom prognóstico de cura. A bioética tem lidado, há tempos, com questões morais envolvidas nas pesquisas de ensaios clínicos (*clinical trials*) e pode, assim argumentaremos neste trabalho, contribuir para superar as divergências teóricas e práticas entre a MBE e a MCP. Há, todavia, outras questões importantíssimas, inclusive éticas, por exemplo, se podemos simplesmente assumir uma perspectiva preferencialista (“os valores do paciente”) no contexto clínico, em especial, numa pandemia. Em outros termos, pode um paciente demandar tratamento sem efeito terapêutico (por exemplo, ivermectina) se um ECR mostra sua ineficácia? Deveria

⁵ Disponível em: <https://biojuspan.ufsc.br/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

um(a) médico(a), que é, certamente, autônomo(a), prescrever algo (por exemplo, cloroquina) ciente de que traz riscos somente porque há clamor político para fazê-lo? Não seria antiético?

Vários outros temas de filosofia da medicina, por exemplo, se a prática clínica precisa ser guiada por um suposto *telos* interno (como sustenta o médico e filósofo Edmund Pellegrino [1988]) ou é antes uma construção social (defendida pelo também médico e filósofo Tristram Engelhardt [1996]), são relevantes e precisam ser abordados por qualquer discussão crítica sobre as atividades de cuidado terapêutico. É necessário, então, aprofundar questões epistêmicas & (bio)éticas da *prática médica* que parece conjugar arte ou técnica, ciência e *moral*. Em outros termos, ela parece envolver habilidades profissionais, teorização científica e *expertise* clínica, saber geral aplicado às particularidades do paciente e valores sociais. Neste livro, vamos investigar de forma mais detalhada a relação entre essas três dimensões da prática médica a partir de uma reflexão filosófica buscando superar a polarização apresentada acima, integrando a MBE (a ser estudada no capítulo 2) e a MCP (a ser examinada no capítulo 3) com a intenção de construir uma nova filosofia da medicina a ser apresentada no último capítulo.

Para iniciar, perguntemos: Quais são, afinal, as principais tendências filosóficas atuais na medicina? Num recente livro introdutório à filosofia da medicina, os autores Thompson e Upshur (2018, p. 170-181) apresentam várias correntes: a Medicina Baseada em Evidências (MBE); a Medicina Evolucionista/Darwiniana (MED); a Medicina de Precisão/Personalizada (MPP); a Medicina Centrada no Paciente (MCP); a Medicina Baseada em Valores (MBV); e a Medicina Alternativa e Complementar (MAC). Por outro lado, Marcum (2022, p. 20) menciona também a Medicina Translacional (MT), a Medicina Integrativa (MI), a Medicina de Sistemas (MS) etc., e Loughlin *et al.* (2022, p. 39) discutem outro *modelo*, a saber, a Prática Baseada em Valores (VBP), cuja tese central é que a medicina não é uma ciência, apenas *informada* pelo conhecimento científico. Poderíamos acrescentar outras tendências atuais, como a Medicina de Narrativas (MN) etc., mas talvez novas etiquetas ou adjetivações não ajudem a esclarecer a natureza da prática do cuidado médico. Entretanto, visto que algumas dessas tendências parecem ser *assimiláveis* por outras (por exemplo, a MED, MT e a MS pela MBE; a MPP, a MBV e a MN pela MCP), buscaremos focar a nossa discussão sobre a filosofia da medicina em torno das duas principais correntes mencionadas no início da introdução: a MBE e a MCP, visando, como finalidade última deste trabalho, a sua *unificação*

numa visão completa, construindo uma concepção panorâmica da prática médica.

Como veremos a seguir, sobre o estado da arte da disciplina “Filosofia da Medicina,” tanto a bioética clínica quanto a MBE e a própria MCP nasceram no final do século XX e são, em grande medida, respostas às mesmas transformações sociais e científicas e, principalmente, à crise no *modus operandi* da medicina convencional, embora esta última já tenha representado, desde Hipócrates (470-360 a.D.), um significativo avanço em relação às práticas curandeiras antigas de benzedura ou outras afins não embasadas na ciência, mas no pensamento mágico ainda presente, por exemplo, no xamanismo, considerado uma prática medicinal *tradicional*, antiga, pré-científica.

Como entender o chamado “método convencional” (não confundir com “tradicional”) de medicina ou o que Loughlin *et al.* (2022, p. 38) denominam “prática usual” de clinicar? Antes de mais nada, é necessário situá-lo na via hipocrática, isto é, apesar das transformações ocorridas ao longo dos séculos que apontaremos no próximo capítulo, médicos(as) seguiam os ensinamentos dos “pais fundadores” (Hipócrates, Galeno, Avicena, Paracelso, Osler, Pasteur, Bernard etc.). Basicamente, o método convencional analisa um caso clínico a partir de uma queixa principal do paciente, faz um histórico da doença (eventos ocorridos, medicações, hábitos do paciente, herança genética etc.) e examina a condição atual, inserindo-a no contexto familiar e social mais amplo. A seguir, realiza uma revisão sistêmica com exame físico e complementares se necessário (laboratoriais, imagem etc.) para então elaborar um diagnóstico e, enfim, estabelecer um plano terapêutico de tratamento com bom prognóstico de cura. Conforme veremos, o método convencional pode adotar ou não o chamado “modelo biomédico”, também conhecido como “modelo flexneriano”.⁶

Podemos sintetizar esse modelo a partir do acrônimo SOAP:

Subjetivo	Avaliação geral do paciente a partir de suas queixas, ou seja, da sua narrativa de <i>sintomas</i> .
Objetivo	Identificação dos <i>sinais</i> de enfermidade a partir de exame físico detalhado e eventuais dados laboratoriais com a devida reconstrução histórico-genética, pessoal, familiar e social do(a) paciente.
Avaliação	Julgamento sobre alguma questão particular de saúde envolvendo uma revisão dos subsistemas orgânicos e a elaboração de uma lista de problemas (<i>diagnóstico</i> propriamente dito).
Planejamento	Prescrição de <i>tratamento</i> e elaboração de plano terapêutico.

⁶ Disponível em: http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

Temos, então, no método convencional, uma *aplicação* clínica do saber médico caracterizado pelo conhecimento fisiopatológico das doenças com indicação unilateral de uma terapia curativa. Em outros termos, o exame convencional leva ao registro no prontuário médico orientado pelo SOAP, que fornece uma espécie de *mapa mental* de como clinicar.

É claro que a “prática usual” do método convencional pode assumir várias feições por diferentes profissionais, dependendo do maior ou menor conhecimento científico, diferenças de capacidades e do próprio caráter das pessoas envolvidas. Uma caricatura dessa prática pode ser encontrada na internet “ensinando”, em menos de 1 minuto, a clinicar: a primeira instrução é “Comprar jaleco branco!”, o que já revela certo autoritarismo. Eis, então, o modo como o diagnóstico/tratamento é recomendado: “Se for dor, é dipirona; se for infecção na garganta, é benzetacil; se for nas costas, é voltaren; se for na barriga, é buscopan; se não sabe o que tem, pede exame e manda pra outro plantão”. A lição termina com o seguinte conselho: “E outra coisa, faz cara de brabo; não escuta o paciente. Se ele gostar de você, vai voltar no seu plantão”. A recomendação final é: “Faz igual aos colegas: tira a cadeira, não deixa o paciente sentar pra ser rapidinho”. Esta seria a prática “do sistema,” segundo o *doutor* Vinicius Costa procurando evadir-se de qualquer responsabilidade.⁷ Todavia, mesmo correndo o risco de parecermos ingênuos, gostaríamos de crer, dado o autoritarismo, que a falta de cientificidade e a inexistência de qualquer preocupação ética de respeito ao paciente é uma exceção, mas o *doutor* revela que se trata de uma prática sistemática. Felizmente, desde Hipócrates, o método convencional é, conforme veremos mais adiante, mais sofisticado, envolvendo não apenas um suposto saber empírico, *intuitivo*, derivado da prática clínica, mas o efetivo envolvimento com a teorização científica e atenção *ética*. Quando a teoria científica muda (por exemplo, a dos quatro humores: bile amarela; sangue; fleuma e bile negra), as práticas clínicas (sangramento) também precisam se transformar. A não percepção desse ponto parece ter sido uma das razões da insistência em tratamentos ineficazes e danosos durante a pandemia da COVID-19.

Conforme já apontado por alguns autores (por exemplo, Drummond [2014, p. 26]), ambas, a bioética e a MBE (e podemos acrescentar a própria MCP), insurgiram-se contra o autoritarismo conservador da medicina convencional. A bioética clínica mostrara, desde a década de

⁷ Curso de Medicina em 1 Minuto. Disponível em: youtube.com/shorts/E87Yh-Xryvs. Acesso em: 28 out. 2024.

1970, que há várias questões *morais* que transcendem a relação profissional da saúde/paciente, em especial, aquelas que envolvem experimentações científicas com participantes humanos. Por isso, é crucial, como veremos, diferenciar *bioética* e *ética médica*. Como quase todo diagnóstico médico é provisório e todo tratamento é “experimental” (no sentido de ser uma *tentativa* de cura), parece claro que há uma normatividade a ser considerada. Além disso, a prática médica estava sofrendo outros impactos *externos*, por exemplo, a influência da poderosíssima indústria farmacêutica (a segunda maior do mundo, perdendo apenas para a militar), dos planos de saúde, do consumismo característico das sociedades contemporâneas etc. Outro fator importante foi a quantidade crescente de pesquisas e publicações científicas em revistas especializadas, o que levou a um questionamento dos supostos saberes de alguns profissionais orientados *apenas* pela sua formação acadêmica e pela sua prática cotidiana guiada pelo convencionalismo do “olho clínico”.

Como veremos em mais detalhes no capítulo 2, a MBE prima por resultados de estudos científicos guiada por três componentes: (i) as melhores evidências das pesquisas científicas (*best research evidence*); (ii) o saber especializado dos profissionais da saúde (*clinical expertise*); e (iii) os valores do paciente (*patient values*) (cf. Guyatt *et al.*, 2015, p. 65; Strauss *et al.*, 2019, p. 1). Todos esses componentes serão analisados criticamente no segundo capítulo. Para anteciparmos, todavia, e termos desde agora uma visão preliminar mais panorâmica da MBE, convém apresentá-la a partir da descrição feita num editorial de 1995 da prestigiada revista *British Medical Journal*:

A medicina baseada em evidências é, na essência, fundada em cinco ideias interconectadas: em primeiro lugar, as decisões clínicas devem estar fundadas nas melhores evidências científicas disponíveis; em segundo lugar, o problema clínico – em vez de hábitos ou protocolos – deve determinar o tipo de evidência a ser buscado; em terceiro lugar, identificar a melhor evidência significa usar modos de pensar epidemiológicos e bioestatísticos; em quarto lugar, conclusões derivadas da identificação e da avaliação crítica das evidências são úteis somente se colocadas em prática ao lidar com pacientes ou tomar decisões de saúde; e, finalmente, o desempenho deve ser constantemente avaliado.

Notemos que não há referências aos valores do paciente (um mero acréscimo posterior), nem ênfase na necessidade de decisões compartilhadas. Conforme veremos ao longo deste livro, há variantes da MBE (e da própria MCP), sendo que algumas salientam mais certos componentes que outros. Um detalhamento maior dos passos a serem dados para a prática efetiva da MBE será apresentado no capítulo 2.

Alguns elementos, acreditamos, permitem certa aproximação com a MCP, mas é necessário também repensar o seu caráter preferencialista (os valores *do paciente*), pois o cuidado parece gerar, metaeticamente falando, razões neutras (*agent-neutral*) para agir. Aqui, a bioética, em especial a clínica, parece ter algo a contribuir para buscar uma aproximação entre a MBE e a MCP, por exemplo, usando um princípio bioético mais robusto, a saber, o princípio do respeito pela pessoa do paciente em vez da simples deferência à autonomia individual, ou seja, às suas preferências subjetivas.

Desde já, é necessário alertar que a MBE pode, eventualmente, assumir um viés *reducionista* e, nesse sentido, ela parece realmente ser incompatível com a perspectiva *holista* da MCP. Nesse caso, não seria possível mostrar congruência e eventual complementaridade entre essas versões. Em outros termos, a MBE utiliza-se do *modelo biomédico* do paciente, de suposta aplicação mecânica, enquanto a MCP usa outro modelo, a saber, o *biopsicossocial* da pessoa. As diferenças entre esses modelos serão mais bem explicadas nos próximos capítulos. Como veremos, entretanto, a MBE precisa, de fato, adotar o naturalismo *metodológico*, mas não, necessariamente, o *metafísico* e, nesse sentido, ela pode ser compatibilizada com certos enfoques da MCP. Em outros termos, parece possível evitar o tecnicismo do modelo biomédico subjacente à MBE, bem como outros desvirtuamentos dessa abordagem filosófica da medicina.

A MCP critica, como veremos no capítulo 3 em maiores detalhes, o modelo biomédico tecnicista e reducionista da medicina baseada em evidências (que pode ser, entretanto, apenas uma distorção da MBE) e centra a atenção no *paciente* a partir de quatro ingredientes aqui expostos, usando a versão que se tornou predominante no Brasil, tal como exposta recentemente (Stewart *et al.*, 2024):

- i) a necessidade de explorar a saúde, a doença e a experiência de sentir-se mal (*exploring health, disease, and the illness experience*);
- ii) a consideração da pessoa como uma totalidade (*the whole person*);
- iii) a procura de um solo comum (*finding common ground*) de decisão compartilhada; e
- iv) o melhoramento da relação entre o paciente e o médico (*enhancing the patient-doctor relationship*).

Esses componentes serão examinados no capítulo 3, mas é preciso notar que eles não parecem, a princípio, ser incompatíveis com a

MBE. Por exemplo, no primeiro ponto, a MCP leva em consideração uma série de experiências subjetivas, de sentimentos etc., a partir dos valores e vivências do paciente (Stewart *et al.*, 2024, p. 133). Mas, novamente, o cuidado gera razões neutras para agir e, nesse sentido, é necessário superar os resquícios de preferencialismo presentes também na abordagem centrada no paciente, evitando, dessa maneira, problemas inerentes às “experiências de sentir-se enfermo”, por exemplo, racionalizações.

A MCP não pode prescindir da cientificidade, seja como política pública geral que justifica a existência da própria medicina, seja no contexto clínico do diagnóstico e da prescrição com bons prognósticos de tratamento. Por isso, é necessário ter cuidado na recomendação de certas abordagens ditas “terapêuticas”, por exemplo, de algumas “Medicinas Alternativas e Complementares” (MACs), que, em alguns casos, correm o risco de (re)introduzir o curandeirismo e permitir até mesmo diversos tipos de charlatanismo na área da saúde. Dito de outra maneira, a própria MCP precisa, algumas vezes, questionar crenças e valores subjetivos do paciente e da sua experiência da doença, além, é claro, de evitar o negacionismo científico e orientar-se pelas melhores evidências para proporcionar um cuidado de qualidade. Ora, parece claro que ninguém *respeita* pacientes se oferece uma prática médica não científica, assim como ninguém *cuida* realmente se não zela pelas singularidades de um paciente especial, mesmo diante de resultados generalizados de estudos científicos. Comparando, agora, as diretrizes norteadoras de ambas, não parece existir *ab initio* incompatibilidade de princípios entre a MBE e a MCP. Esta, ao menos, será a nossa conjectura inicial que pretendemos investigar ao longo do livro, procurando unificar as duas principais correntes da medicina atual em direção a uma abordagem filosófica completa.

Cabe, então, questionar se a MBE e a MCP, mesmo estando em *tensão* em alguns pontos, seriam, em última análise, irreconciliáveis ou, evitando mal-entendidos e distorções de ambos os lados – tanto epistêmicos quanto éticos –, não poderiam convergir contribuindo para uma prática médica *de excelência* tanto científica quanto eticamente falando. Uma resposta provisória suscita a questão de saber *como* essa convergência poderia funcionar, não apenas na teoria, mas principalmente na *prática* médica (clínica). Exibir essa complementaridade é, enfim, a finalidade principal do nosso trabalho, ou seja, propor uma Filosofia *Integral* da Medicina, que abreviaremos usando o acrônimo FIMed, e que aparecerá como proposta no capítulo 4, depois de apro-

fundarmos os estudos nas principais correntes da medicina atual. A *finalidade* última da FIMed é dizer o que a medicina é *qua* medicina. Seja como for, nosso ponto de partida é o de que, se não houver desvirtuações, parece possível compatibilizá-las, buscando uma medicina de qualidade total: *tanto baseada nas melhores evidências científicas para proporcionar um cuidado otimizado, quanto no respeito ao paciente enquanto pessoa*. Esta é uma contribuição da visão expressa pela FIMed. Resta investigar, por conseguinte, *como* essa integração pode ser feita para oferecer a melhor terapia médica possível.

Resulta claro, em outras palavras, que temos, atualmente, um estado da arte na filosofia da medicina que a compreende de forma parcial, ora salientando o aspecto científico, ora o humanitário quando o segundo aspecto não é simplesmente negligenciado. Talvez essa clivagem remonte à separação positivista entre *fatos*, supostamente objetivos, e *valores*, relegados ao âmbito subjetivo e desprezados. Por exemplo, no livro *Philosophy of Medicina*, Thompon e Upshur (2018, p. 5) restringem a filosofia da medicina ao estudo dos aspectos epistêmicos e ontológicos da prática clínica, excluindo os éticos que seriam tratados por uma disciplina independente, a saber, a bioética (cf. também Reiss; Ankeny, 2016; Howick, 2022; Karhausen, 2023). Este é, na verdade, um erro duplo: primeiro, por negligenciar que a medicina é uma *empreitada moral*, pois consiste no encontro de, no mínimo, duas *pessoas* (um(a) profissional da saúde e um(a) paciente) buscando *um bem*; segundo, confunde-se ética médica com (bio)ética. Tem-se, por conseguinte, uma Filosofia *Parcial* da Medicina em todos esses autores que será devidamente criticada neste livro.

É verdade que a bioética, em especial a clínica, causou, no final do século XX, um profundo impacto na transformação do *ethos* médico de tradição hipocrática guiado, em geral, pelo ideal de beneficência em direção a uma moral moderna fundada em direitos, mas ela não se deixa reduzir à mera deontologia profissional. Albert Jonsen (2000, p. 115) narra essa *suposta* “passagem” da ética médica para bioética. É necessário, entretanto, mantê-las distintas. No próximo capítulo, então, começaremos mostrando como essa transformação da prática médica ocorreu a partir das influências externas da bioética. Por isso, é necessário incorporar a dimensão ética na própria compreensão da prática clínica. Conforme veremos ao longo deste livro, uma filosofia da medicina precisa ressaltar que a prática clínica é, digamos, *tridimensional*, a saber, é, ao mesmo tempo, *arte, ciência & ética*. Por conseguinte,

somente uma filosofia *integral* é capaz de mostrar a compatibilidade da MBE com a MCP.

O *problema* principal deste livro pode, enfim, ser colocado nos seguintes termos: de que maneira a bioética, em especial a clínica que exerceu considerável influência *externa* transformando a prática médica convencional, pode contribuir para aproximar a MBE e a MCP buscando a sua integração teórica e prática? A *hipótese básica* que será investigada é a seguinte: dado que a bioética clínica é composta pela intersecção de diversos domínios éticos *objetivos* (éticas profissionais, ética da pesquisa científica em geral e, em especial, a ética da experimentação com seres humanos), ela parece exigir uma reformulação tanto do terceiro princípio da MBE quanto do primeiro componente da MCP buscando maior cientificidade desta última e maior humanização da primeira. Dessa maneira, será possível construir a FIMed para mostrar, para usar as expressões de Pellegrino (2008, p. 309), que ela é “[...] a mais científica das humanidades” e “[...] a mais humana das ciências”, proporcionando um *cuidado respeitoso* e um *respeito cuidado*. Retomaremos esses conceitos, já elaborados em outros trabalhos, no capítulo 4, quando apresentarmos a FIMed.

O objetivo geral, então, é investigar as possíveis contribuições da bioética clínica (capítulo 1) para aproximar a MBE e a MCP (capítulos 2 e 3, respectivamente), superando as eventuais divergências entre o modelo biomédico – geralmente interpretado como sendo reducionista e tecnicista – e o biopsicossocial – que algumas vezes inflaciona os conceitos de “pessoa” e “saúde” –, buscando estabelecer a sua complementaridade com vistas à formação de uma filosofia plena da medicina baseada na ciência e respeitosa em relação à pessoa do paciente. Obviamente, a exata conexão entre a MBE e a MCP será o objeto da investigação, ou seja, se se trata, em última análise, de uma oposição ou de uma complementaridade, de uma confluência ou se, como Stewart *et al.* (2024, p. 14, grifos nossos) sustentam, “[...] o método clínico centrado no paciente *incorpora ou subordina* a medicina baseada em evidências”.

Para alcançar o alvo central, alguns objetivos mais específicos serão perseguidos, a saber, vamos:

- a) repensar os princípios clássicos da bioética, em especial, o respeito pela pessoa ou pela autonomia individual e os valores envolvidos na relação pesquisador(a)/participante da pesquisa, buscando superar o preferencialismo;

- b) aprofundar os estudos na bioética *clínica*, diferenciando-a tanto da ética médica (deontologia profissional) e da bioética geral ou global, quanto da ética da pesquisa científica em geral;
- c) examinar criticamente os princípios epistêmicos e éticos da MBE, incluindo o eventual comprometimento com o modelo biomédico reductionista, apresentando uma versão compatibilizável com a MCP;
- d) repensar o terceiro princípio da MBE (*patient values*) a partir das possíveis contribuições da bioética clínica, evitando o preferencialismo;
- e) analisar criticamente a MCP, explicitando o modelo biopsicossocial da pessoa do paciente, mas sem inflacioná-lo, buscando aproximá-lo dos pressupostos da MBE;
- f) repensar o preferencialismo do primeiro componente da MCP a partir das contribuições da bioética clínica;
- g) confrontar, estabelecendo semelhanças e diferenças, a MBE e a MCP, reconstruindo as críticas mútuas e avaliando a possibilidade de convergência e integração;
- h) aplicar os valores bioéticos, buscando a aproximação entre a MBE e a MCP em direção a uma sinergia teórico-prática para a construção de uma filosofia plena da medicina, bem como uma definição da própria prática médica.

Para finalizar esta Introdução, convém apresentar algumas palavras sobre as metodologias e as justificativas do presente trabalho, assim como algo sobre o que esperar de uma proposta de filosofia da medicina. O principal instrumento metodológico a ser aqui utilizado será a *análise conceitual*, tal como ela é praticada na filosofia contemporânea, em especial, a chamada “análise gramatical”, inspirada em Ludwig Wittgenstein (1889-1951), conhecido por defender uma “filosofia terapêutica”. Ela já tem sido utilizada nas discussões tanto de bioética quanto de filosofia da medicina por diversos autores (Elliot, 2001) e, mais recentemente, por Karhausen (2023) de forma sistemática, embora não tenha sido usada para analisar uma possível integração entre a MBE e a MCP. Tal metodologia tem sido aceita por autores de diferentes orientações filosóficas. Por exemplo, no livro *The Philosophy of Person-Centred Healthcare*, os fenomenólogos Mitchell e Loughlin (2023, p. 13), ao discutirem a possibilidade de definir termos como “saúde”, “pessoa”, etc., escrevem:

Como Wittgenstein observa, muitos termos não podem ser definidos. Para conceitos como “tempo” e talvez também “pessoa” e “saúde” parece possível que nenhuma definição irá capturar todos (e os únicos) usos legítimos desses termos na diversidade dos contextos em que eles operam. Nós precisamos, ao invés disso, tratá-los como termos com “semelhanças-de-família”, de tal maneira que o seu significado é uma questão de uso sobreposto entre diferentes contextos nos quais eles são empregados e sua contribuição para as “formas-de-vida” que esse emprego facilita.

Embora alguns pontos desta citação precisem ser revisados (por exemplo, de que maneira o conceito *Lebensform* [forma-de-vida; cf. Glock, 2005] permitiria aproximar a MBE e a MCP), procuraremos, ao longo deste livro, fornecer uma filosofia plena da medicina ressaltando sua tridimensionalidade, sem, entretanto, ter qualquer pretensão de uso *direto* da filosofia para finalidades clínicas.

Assumiremos, porém, apenas um uso *indireto* da “terapia gramatical”, indicando as *regras de uso* significativo nos diferentes jogos-de-linguagem médicos e, por tabela, o que não faz sentido. Recentemente, o médico e filósofo Lucien Karhausen publicou um excelente livro usando uma “caixa de ferramentas” wittgensteiniana, em especial, a noção de *semelhanças-de-família*, para criticar a visão essencialista da medicina e mostrar que conceitos como “doença”, “saúde”, etc., resistem à análise em termos de condições necessárias e suficientes. E nos valeremos desses resultados, embora tenhamos que apontar algumas divergências interpretativas e, principalmente, discordarmos da compreensão da prática médica como sendo composta apenas por *epistémé* (ciência) e *techné* (arte). Como veremos a seguir, ela envolve necessariamente aspectos (bio)éticos, ou seja, é tri e não bidimensional.

Para evitar dogmatismos, é importante ressaltar que o uso da análise gramatical não é metodologicamente excludente. Temos utilizado esse método em pesquisas anteriores, analisando *gramaticalmente* conceitos como “cuidado”, “respeito”, etc., e ele tem se mostrado bastante frutífero para a posterior *síntese*, ou seja, a construção do conceito cuidado respeitoso. Como veremos, entretanto, esse procedimento metodológico não é incompatível com alguns enfoques *fenomenológicos*, embora não certamente com todos (não, por exemplo, com o husserliano, pois ele pressupõe essencialismo e é fundacionista). Conforme Wittgenstein mostrou (PI, §133), “[...] não há *um* método da filosofia, mas há diferentes métodos como diferentes terapias”. Voltaremos ao aspecto supostamente “terapêutico” de sua filosofia ao longo deste livro, mas é bom salientar desde já que a única “cura” que a filosofia proporciona é livrar as pessoas de ilusões metafísicas, confusões conceituais,

erros inferenciais etc., incluindo assumir uma “dieta” metodológica unilateral. Um(a) filósofo(a) trata *questões* (metaforicamente falando como doenças), mas não enfermidades propriamente ditas. Uma das principais é achar que existe um método único na ciência e na filosofia. O pluralismo metodológico é importante para ambas, mas esse ponto ficará mais claro nos capítulos subsequentes.

A *justificativa* para superar o embate em torno da(s) filosofia(s) da medicina já foi, de alguma forma, apresentada acima, ou seja, a existência da polarização entre grupos de profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19, e, principalmente, para tirarmos algumas lições para as próximas crises sanitárias. A intenção do nosso trabalho é, modestamente, tentar contribuir para a superação dessa divisão que, de alguma maneira, perdura na pós-pandemia da COVID-19, como pode ser constatado na recente eleição para o CFM (Rocha, 2024). O negacionismo científico é inadmissível numa autarquia cuja responsabilidade é normatizar e fiscalizar a prática médica. Por conseguinte, precisamos tirar algumas lições dos erros cometidos no enfrentamento da pandemia (que, no caso brasileiro, foram muitos e levou a um desastroso número de óbitos). Nesse sentido, concordamos com especialistas quando dizem que, dentre todos os problemas que agravaram a pandemia no Brasil

[...] a incapacidade de grande parte dos nossos profissionais de saúde de entender o que são evidências científicas e como elas são construídas certamente colaborou muito para nosso alto número de mortes e sofrimento (Pasternak, 2021, p. 7).

Por isso, a medicina brasileira, especialmente a apoiada, durante o governo Bolsonaro, pela *diretoria* do CFM e as de muitos conselhos regionais (por exemplo, o CRM-SC), embora não por várias excelentes associações médicas nacionais como a ABM, AMIB etc., precisa de um verdadeiro *choque de cientificidade*. É preciso evitar a altíssima taxa de mortalidade nas próximas crises sanitárias que, devido às mudanças climáticas, ao crescimento populacional etc., certamente surgirão. Nesse sentido, a filosofia tem contribuições vitais a fazer, tanto teóricas quanto práticas, para integrar ciência & humanidades na medicina contemporânea, especialmente num país onde não há livros sobre Filosofia da Medicina e pouco se lê. Eis, então, uma tentativa de suprir essa lacuna sem pretender um pioneirismo vazio, mas, antes, tendo a intenção de iniciar uma discussão mais aprofundada com uma proposta que faça sentido no presente contexto, mas também no filosófico em geral.

Para esclarecer melhor esse ponto, convém salientar que projetos como o BioJusPan poderiam contribuir significativamente para a reavaliação das políticas públicas adotadas durante a pandemia da COVID-19. Por exemplo, um dos objetivos da investigação era determinar se a adoção oficial do protocolo de alocação de UTIs sugerido pela AMIB, feita pelo estado de Santa Catarina, foi justa e eficaz.⁸ Em outros termos, é preciso determinar qual a taxa de mortalidade antes da sua adoção e compará-la com os resultados obtidos durante a sua vigência. Entretanto, infelizmente, a secretária de Saúde da SES-SC à época não autorizou, a despeito da participação no projeto de uma pesquisadora do próprio Estado e uma representante da AMIB, a sua execução em hospitais estaduais onde documentos vitais poderiam revelar se não seria necessário adotar outro modelo para salvar mais vidas (Araujo *et al.*, 2023). A “política pública” parece ter sido a de não avaliar criticamente políticas públicas, e isso ajuda a entender por que nos saímos tão mal em termos de óbitos pela COVID-19. É necessário repensar essa falta de espírito público e adotar uma medicina cientificamente fundada e eticamente orientada.

Dado que parte das razões para escrever este livro é contribuir para a construção de uma filosofia plena da medicina que integre a MCP e a MBE, é importante desde já deixar claras as expectativas dos possíveis resultados. Uma filosofia plena da medicina deve considerá-la como arte, ciência e atividade intrinsecamente moral (marcaremos, frequentemente, essa tridimensionalidade com os termos transliterados do grego *epistémé*, *techné* e *ethiké*). Também é importante ressaltar que uma filosofia completa da medicina mostrará a necessidade de superar o preferencialismo confesso tanto da MBE quanto da MCP em direção à adoção de valores objetivos que guiem a prática clínica. Para evitar confusões, distinguiremos o preferencialismo *radical* do *moderado*: o primeiro defende que quaisquer preferências importam; o segundo, somente as racionais. Conforme veremos, a Teoria do Cuidado Racional (TCR) não elimina a esfera pessoal, sendo compatível com um preferencialismo moderado sobre o bem-estar. Em outros termos, o bem-estar (e a saúde como um de seus ingredientes fundamentais) não é necessariamente constituído pelas *preferências subjetivas*, mas por aquilo que um paciente *que se preocupa consigo* precisa escolher a partir da perspectiva de uma pessoa cuidadora. Tal visão possibilitará construir uma FIMed e terá que fazer um esforço teórico sério para caracterizar o que é a medicina em todas as suas dimensões. Em especial,

⁸ Objetivos do Eixo 1 disponíveis em: <https://biojuspan.ufsc.br>. Acesso em: 14 dez. 2024.

uma filosofia plena da medicina deverá tornar claro que, se é verdade, como alegam defensores da MCP, que a MBE não é um método clínico completo, também é verdade que a própria MCP não é uma filosofia da medicina completa e precisa ser corrigida em alguns pontos. Somente com ajustes e a integração de ambas poderemos alcançar uma visão filosófica adequada da prática médica que será esclarecida na última parte deste livro. No capítulo 4, apresentaremos também uma definição de “medicina”, objetivo último de uma filosofia da medicina, e um conceito de “saúde” que é a sua categoria fundamental, procurando superar as insuficiências das definições tanto da MBE quanto da MCP em direção a uma FIMed.

Iniciaremos, agora, o primeiro capítulo com as contribuições da bioética clínica, guiada pelo cuidado e pelo respeito, para a transformação da medicina atual, em especial, seu *ethos* hipocrático, para, nos capítulos seguintes, passarmos para a MBE e a MCP, buscando questionar a sua incompatibilidade, avaliando a sua complementaridade possível, com o objetivo de unificá-las, revelando que a finalidade da prática médica é, acima de tudo, proporcionar um cuidado respeitoso.

Neste primeiro capítulo, iniciaremos a discussão sobre como construir uma FIMed considerando a sua tridimensionalidade: enquanto arte, ciência e ética. Visto que a maioria dos enfoques filosóficos atuais da medicina são parciais e insatisfatórios, em especial por negligenciarem os aspectos morais da prática clínica, esse será o foco central do capítulo. As outras dimensões serão mais bem abordadas nos próximos capítulos, que tratarão, respectivamente, da MBE e da MCP. A intenção é, aqui, diferenciar a bioética e a ética médica das questões morais gerais envolvidas na prática clínica, possibilitando a construção, no último capítulo, de uma filosofia completa da medicina.

Como veremos, o surgimento da bioética causou profundo impacto nas práticas médicas ao longo do século passado e continua a exercer considerável influência atualmente. De algum modo, ela “lembrou”, especialmente depois das atrocidades praticadas nos campos de concentração nazista da Segunda Guerra Mundial (os *experimentos* desumanos do médico Josef Mengele) e de casos como o Tukesgee (e, recentemente, de alguns episódios da pandemia de COVID-19, como a morte recente de 11 pacientes em Manaus com altas doses de cloroquina em estudos clínicos), que a medicina não pode se guiar por interesses quaisquer, mas deve seguir a ciência & a ética. Para garanti-los, a bioética instituiu a necessidade formal de respeito à autonomia do paciente através do consentimento informado (*informed consent*), que, no Brasil, chamamos “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE). Ele levou a uma transformação positiva da prática médica.

Neste capítulo, argumentaremos que, de todas as influências *externas* da medicina atual, por exemplo, da indústria farmacêutica, das corporações oferecendo planos de saúde etc., o desenvolvimento da bioética clínica ajudou a melhorar as práticas médicas atuais. Além do TCLE para procedimentos mais delicados (cirurgias etc.), a própria incorporação paulatina do respeito pelo paciente levou à elaboração das chamadas “Diretivas Antecipadas de Vontade”. Essas diretrizes estabelecem limites para determinados procedimentos médicos, como, por exemplo, a ressuscitação. Além disso, contribuíram para o reconhecimento, pelo Código de Ética Médica, do direito do paciente de

recusar certos tratamentos que, no Brasil, ocorreu tardiamente, a saber, somente a partir de 2010.

Essas transformações da prática médica mostram que a bioética clínica tem um papel central na elaboração de um modelo que integre tanto a cientificidade quanto o respeito pelo paciente. Ela não pode, portanto, ser vista como alheia a uma filosofia completa da medicina. Por isso, cabe aqui fazer um questionamento geral: quais são os principais temas/problemas que uma filosofia da medicina deve abordar? Ela pode, de modo geral, ser inicialmente entendida como uma disciplina que estuda os aspectos semânticos, ontológicos, epistêmicos & éticos que envolvem a prática da medicina. Um exemplo de uma discussão filosófica que envolve todos esses aspectos é entre *naturalistas* e *normativistas* em torno da questão da compreensão do fenômeno do *adoecimento*: seria ele um processo que precisa ser entendido apenas como fenômeno natural ou é também um acontecimento cultural, ou seja, normativo?

A reflexão filosófica sobre a natureza da medicina é, como sabemos, tão antiga quanto a própria atividade terapêutica. Na Antiguidade, a prática da medicina servia de exemplo para reflexões e argumentos em diferentes domínios da atividade filosófica (e vice-versa). Todavia, até recentemente, a filosofia da medicina não tinha se estabelecido como campo sistemático e autônomo de reflexão filosófica, tendo, inclusive, sido negada a sua própria existência enquanto disciplina (Caplan, 1992). Nos últimos anos, entretanto, ela se desenvolveu bastante, seja pela maior atenção dada aos seus problemas fundamentais, seja pelo aumento significativo nas publicações, tanto de artigos quanto de livros qualificados. Além disso, veículos especializados surgiram, como o *The Journal of Medicine & Philosophy*, fundado em 1976, dando impulso à sua sistematização enquanto disciplina. No presente livro, abordaremos, de forma introdutória, alguns temas que consideramos centrais para a compreensão dessa nova disciplina, incluindo, como parte intrínseca, alguns temas (bio)éticos que podem contribuir para a sua consolidação.

Cabe iniciar, então, o exame mais minucioso das relações entre bioética clínica e filosofia da medicina, introduzindo algumas distinções. No texto “What the Philosophy of Medicine Is”, Pellegrino (2008, p. 24) distingue quatro formas de relacioná-las:

- i) filosofia e medicina;
- ii) filosofia na medicina;
- iii) filosofia médica;

iv) filosofia *da* medicina.

Conforme veremos, Pellegrino entende que a filosofia *da* medicina discute a natureza da medicina *enquanto medicina*. Já Bunge (2017) escreve um livro de filosofia *para* médicos.

Várias questões, então, específicas de filosofia da medicina (de caracterização da medicina *enquanto medicina*) podem surgir: seria correto descrevê-la como uma prática envolvendo apenas arte e ciência, ou seja, habilidade e conhecimento? Considerá-la uma arte + ciência é suficiente para caracterizá-la? Em que consiste, afinal, a *expertise* médica? Ela não envolveria também valores morais (respeito, virtudes etc.), pois toda e qualquer atividade científica pressupõe, como corretamente mostrou Hugh Lacey (1998), valores?

Uma comparação da filosofia da medicina com outras disciplinas similares pode, eventualmente, auxiliar para caracterizá-la. Conforme vimos na Introdução, alguns autores, ao discutir *o escopo e o objeto* da filosofia da medicina, sustentam que ela é, dentre os domínios clássicos da filosofia, composta pela epistemologia, metafísica e lógica, *mas não pela ética*. Além disso, argumentam que, mesmo reconhecendo as questões valorativas presentes na atividade clínica, a filosofia da medicina seria apenas, tal como a filosofia da física, ou do direito, ou da biologia etc., uma *subdisciplina da filosofia da ciência*. Essa visão, todavia, parece distorcer a prática médica e resulta, conforme já apontamos acima, numa filosofia parcial da medicina. Para Thompson e Upshur (2018), as questões morais da prática médica vêm sendo, nos últimos anos, discutidas independentemente pela bioética, mas qual é o sentido de separá-las? Um exemplo típico das conexões internas entre ciência e ética é o debate sobre os padrões comportamentais aceitáveis nas pesquisas clínicas envolvendo seres humanos. Portanto, discordamos da visão separatista, pois ela é tributária de uma perspectiva positivista ultrapassada de ciência (de suposta neutralidade axiológica) que não condiz mais com atividades investigativas, principalmente as que envolvem experimentações com seres humanos enquanto participantes de estudos clínicos *que precisam, hoje, de aprovação prévia em CEPs e/ou CEUAs*.

Conforme mostraremos ainda neste primeiro capítulo, se assumirmos que o encontro médico/paciente é entre duas pessoas livres e iguais, mesmo que em circunstâncias distintas e desempenhando papéis diferentes, qualquer reflexão sobre a natureza dessa prática envolverá necessariamente aspectos éticos, e não apenas epistêmicos. Do mesmo

modo, considerações ontológicas fundamentais, por exemplo, sobre o *status* moral de crianças e adultos portadores de transtornos graves de consciência também envolvem aspectos éticos. Sendo a medicina uma prática social institucionalizada, não há nem mesmo como abordar questões conceituais ontológicas ou epistêmicas abstraindo-se de toda e qualquer consideração ético-política e até mesmo moral. Mesmo que a ética médica e a bioética possam ser consideradas como disciplinas independentes da filosofia da medicina, não há como tratar, de forma adequada, temas ontológicos e epistemológicos inerentes à prática médica, sem considerar certos temas nucleares de ética como: a questão da autonomia do paciente; os compromissos com a beneficência e bem-estar das pessoas; o problema da distinção entre as dimensões objetivas e subjetivas do bem-estar humano; as questões de justiça social no âmbito do sistema de assistência à saúde etc. Esse ponto deverá ficar claro nas próximas duas seções, em que apresentaremos uma pequena história do desenvolvimento da medicina e como a bioética clínica impactou positivamente. Dessa maneira, começaremos também a construir as bases mais amplas para uma comparação (estabelecendo semelhanças e diferenças) entre a MBE e a MCP, visando propor a filosofia completa da medicina e uma definição da própria medicina *qua* medicina a ser apresentada na conclusão deste livro. Antes, alguns desenvolvimentos históricos.

1.1. Brevíssima história da medicina

A história da medicina (ao menos a ocidental, para não falarmos aqui de outras tradições, por exemplo, a indiana e a chinesa) revela, desde o seu surgimento enquanto prática embasada cientificamente com Hipócrates na Grécia clássica, importantes mudanças para enfrentar várias crises através dos séculos, tendo importantes contribuições a partir da revolução científica experimental na modernidade, em especial, no século XIX. A própria *ética médica*, como bem aponta Jonsen (2000), passou por modificações nesses 25 séculos de história desde o período grego, passando pelo medieval e o renascimento, até os dias atuais. Em outros termos, tanto a medicina quanto a sua *ethiké* sofreram profundas transformações ao longo de mais de dois milênios. Segundo um dos mais profundos conhecedores da sua história (Bynum 2011, p. 11), tivemos, ao longo dos séculos, cinco *tipos* principais de medicina, cada qual com características específicas:

- i) a medicina à beira do leito (a hipocrática);

- ii) a medicina especulativa (período medieval);
- iii) a medicina praticada nos hospitais (iluminismo);
- iv) o nascimento da medicina comunitária; e, finalmente,
- v) a medicina laboratorial atual, fortemente influenciada pela ciência experimental moderna.

Conforme veremos ao longo deste trabalho, a medicina hipocrática tinha como objeto de pesquisa *o paciente como um todo* e estabeleceu as bases científicas da medicina, embora em certos momentos houvesse um desvio dessa orientação, como no medievo. Ao longo da história, houve um aprofundamento nessa direção, como podemos constatar, por exemplo, na prática da dissecação, estabelecendo as bases da anatomia e da fisiologia na modernidade e, finalmente, na nossa era contemporânea da *tecnociência*, com a criação dos experimentos clínicos (por exemplo, os ECRs para testar vacinas) da medicina laboratorial atual.

Outros estudiosos dividem a medicina, segundo diferentes “cosmologias”, em três tipos: medicina à beira do leito; a medicina hospitalar e a medicina laboratorial (Jewson, 1976). Por outro lado, Bunge (2017, p. 40) divide-a em quatro períodos: primitivo, arcaico, moderno e contemporâneo. Não é a intenção deste trabalho, entretanto, entrar nas particularidades metodológicas das divisões históricas da medicina, nem mesmo reconstruir a história da ética médica. Seja como for, é importante frisar que a medicina hipocrática era entendida como uma empreitada filosófico-científica orientada pela teorização e rigorosa metodologia clínica (cf. Hipócrates, 2022) e, ao mesmo tempo, estabeleceu os princípios da ética médica (Jonsen, 2000).

No capítulo sobre “A evolução do método clínico”, Ian R McWhinney corretamente aponta (Stewart *et al.*, 2024, p. 26-37) a indevida *separação* entre a filosofia e a medicina ocorrida no século retrasado, a partir do paradigma cartesiano (a suposta divisão entre mente, *res cogitans*, e corpo, *res extensa*) reforçado pelo positivismo contemporâneo. A medicina, desde então, pretendeu-se puramente científica, classificando doenças em categorias (Sydenham) e agrupando-as em classes etc. (Laennec), levando a uma suposta neutralidade axiológica caracterizada como “modelo ontológico” (a doença seria uma espécie de *entidade*) contraposto ao modelo ecológico ou fisiológico que compreende as doenças como *desequilíbrio* entre partes ou sistemas do organismo e deste com o ambiente. As diferenças entre esses modelos serão abordadas no terceiro capítulo deste livro.

A explicação de McWhinney coincide, *grosso modo*, com a narrativa genealógica apresentada por Foucault (1980, p. x) em *O nascimento da clínica*:

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido.

Surge, então, a “medicina experimental” (Bunge, 2017, p. 50) em torno de 1800, com a química, a farmacologia, a vacina etc. Seria um erro, todavia, negligenciar as contribuições epistêmicas e éticas da longa tradição hipocrática que já compreendia a medicina como arte (*technê*).

Por detrás da aparente neutralidade científica estaria uma série de pressuposições nunca questionadas, por exemplo, um uso acrítico da lógica linear quando, na verdade, a medicina precisaria trabalhar com uma noção de mais complexa causalidade. Voltaremos a esse ponto no segundo capítulo, pois essa diferenciação pode levantar dúvidas sobre possíveis narrativas da “evolução” do método clínico. Parece exagerado, entretanto, responsabilizar a medicina da sociedade industrial pela expropriação da saúde no sentido de Ivan Illitch (1975), ou seja, de iatrogênese clínica, dada, por exemplo, a tentativa corporativista de monopolização do saber científico. Não entraremos, porém, nos detalhes dessas divisões e seus critérios históricos. Nosso desafio, aqui, será compreender a atividade clínica, tendo como objeto a medicina tal como ela é praticada atualmente.

A compreensão da existência dessas transformações pode, todavia, ser fundamental para tentar resolver a tensão entre os diferentes tipos de medicina que analisaremos neste trabalho, em especial, a MBE e a MCP. Nesse sentido, caberia mencionar, lembrando novamente Foucault, a necessidade de relacionar bioética e biopolítica. Seguiremos, neste livro, a tese de Schramm (2010), a saber, que a bioética é uma forma de *resistência* ao biopoder. Esse ponto ficará claro quando apresentarmos em detalhes o caso Tukesgee e outros similares. Também é importante não perder de vista que há, hoje, diversas correntes filosóficas guiando as práticas médicas e não apenas as duas predominantes que analisaremos nos próximos capítulos.

No final do século XX, em especial, a medicina passou novamente por profundas crises e transformações. Pellegrino (2008, p. 6), fazendo um diagnóstico preciso, enumera os seguintes problemas:

Especialização em demasia; tecnicismo; profissionalização excessiva; insensibilidade aos valores pessoais e socioculturais; visão estreita do papel do médico; demasiada atenção ao “curar” ao invés do “cuidar”; pouca ênfase na prevenção, na participação do paciente e na sua educação; ciência em demasia; pouca arte liberal; pouca ciência comportamental; muito incentivo econômico; uma mentalidade de “escola de comércio”; insensibilidade ao pobre e ao socialmente desvantajoso; sobremedicalização da vida cotidiana; tratamento desumano aos estudantes de medicina; trabalho excessivo dos funcionários de hospitais; deficiências na comunicação verbal e não verbal.

Diante de tantos problemas, a prática médica precisa, certamente, ser repensada e renovada. No último capítulo e nas *Considerações finais*, retomaremos esta lista e apresentaremos algumas soluções a partir da proposta aqui defendida de uma FIMed.

As transformações de *fin de siècle* relatadas acima foram, por um lado, desencadeadas pela descoberta do uso de pacientes como cobaias humanos em experimentos científicos, como o caso Tukesgee, quando, no Estado do Alabama, a alguns homens negros foi negado atendimento contra a sífilis simplesmente para estudar como ela evoluiria em condições naturais. Como veremos mais adiante, esse caso deu origem a um escândalo levando as pesquisas clínicas envolvendo seres humanos à necessidade jurídica de adaptação aos preceitos de uma ética moderna, baseada na autonomia e nos direitos humanos, e não apenas no imperativo hipocrático da beneficência. Uma história detalhada desse caso e do próprio surgimento e desenvolvimento da bioética clínica tem sido apresentada por diversos bioeticistas (cf. Jonsen, 2003), relacionando-a ao caso do julgamento dos médicos de Nuremberg e a adoção da Declaração de Helsinque que, pela primeira vez, exigiu formalmente o consentimento dos pacientes. Por outro lado, as revoluções *tecnocientíficas* também foram impactantes. Elas foram causadas, entre outros fatores, pelo aumento astronômico nos custos assistenciais, principalmente de equipamentos e exames, pelo grande volume de produção de artigos baseados em pesquisas científicas e pela obsolescência de alguns métodos tradicionais de ensino baseados na autoridade e em manuais que logo se tornavam ultrapassados. Por conseguinte, a produção tecnocientífica (por exemplo, nas ciências biológicas) também impactou *externamente* na prática clínica, ou seja, no encontro médico(a)/paciente.

Tanto a MBE quanto a MCP, cada qual à sua maneira, são reações a essas crises. A MBE procurou organizar o grande volume de conhecimento sendo produzido para subsidiar as decisões clínicas; a MCP buscou manter, como ideal *ético*, a pessoa do paciente no centro das atenções, evitando a aplicação supostamente neutra ou mecânica

da ciência e dos seus artefatos tecnológicos. Conforme vimos, a MBE e a MCP estão em tensão, mas não parecem ser incompatíveis e irreconciliáveis, e a bioética clínica pode contribuir para integrá-las. Antes de abordá-las, discutiremos de forma mais detalhada a finalidade da própria filosofia da medicina. A intenção principal é mostrar que a eventual divisão entre a MBE e a MCP pode ser devida, entre outros fatores, a uma suposta separação entre filosofia e medicina, e que, bem pensada, uma FIMed pode mostrar a sua complementaridade a ser exibida numa visão panorâmica da medicina *tout court* na última seção do quarto capítulo.

1.2. O que esperar de uma filosofia da medicina?

Para compreender o alcance e os limites deste trabalho, é crucial fazer uma apresentação geral da filosofia da medicina, procurando estabelecer exatamente o que ela é enquanto expressão do saber humano. Conforme vimos acima, há maneiras diferentes de compreender a relação entre medicina e filosofia. Nesta seção procuraremos distinguir em que consiste, especificamente, a filosofia *da* medicina.

Segundo o já mencionado médico e filósofo Edmund Pellegrino, para tornar claro esse campo de atuação e, eventualmente, caracterizá-lo como disciplina, é preciso equacionar satisfatoriamente as possíveis relações que podem existir entre a filosofia e a medicina. Nesse sentido, podemos, por exemplo, diferenciar as questões médicas gerais tratadas ocasionalmente na filosofia, dos problemas filosóficos específicos discutidos na medicina. Entretanto, a filosofia da medicina é, aparentemente, mais do que isso. Conforme a definiu Pellegrino (Engelhardt; Jotterand, 2008, p. 36),

[...] [a] filosofia da medicina consiste na reflexão crítica sobre o objeto da medicina – sobre seu conteúdo, conceitos e pressuposições peculiares à medicina *enquanto medicina* (grifos no original).

Torna-se, dessa maneira, central investigar filosoficamente em que consiste a própria medicina: ela não aparenta ser “apenas” uma ciência (*epistémê*), pois também envolve habilidades, um *saber-como* fazer um exame físico ou uma cirurgia, ou seja, ela é também uma “arte” (*technê*), mas, sobretudo, *a prática clínica é o encontro de, no mínimo, duas pessoas* na busca de um bem (saúde), e, dessa maneira, parece envolver necessariamente questões morais (*ethikê*), por exemplo, qualidades inerentes ao saber-como cuidar de forma respeitosa. Mostrar essa tridimensionalidade é, enfim, a pretensão geral deste trabalho. Portanto,

para além da questão nacional da inexistência de tratados sistemáticos de filosofia da medicina, este livro justifica-se pela tentativa de fazer uma contribuição propriamente filosófica sobre a medicina válida para além das fronteiras brasileiras, por exemplo, apresentando uma definição de “medicina” que será feita na seção *Considerações finais*.

Uma filosofia da medicina precisa, então, investigar questões *conceituais* como: o que entendemos ou devemos entender pela própria “medicina”? É uma arte? Uma ciência? Uma prática que conjuga arte, ciência e ética? Como definir “saúde”, “doença”, ou “enfermidade” (a experiência de sentir-se mal)? O que profissionais da saúde, médicos em particular, entendem por “morte”? É possível apresentar uma definição *real* desses conceitos ou somente semelhanças-de-família?

Esses problemas semânticos suscitam questões *ontológicas*: que tipo de “entidade” é uma doença? Um conjunto de fatos? Um processo? Um desequilíbrio? Uma doença é somente um acontecimento biológico ou envolve elementos valorativos e normativos? Há um corpo humano *normal*? O que é não normal? O que é uma disfunção orgânica? Há uma essência do que chamamos “doença”? Quais os tipos de adoecimentos (*disease* [doença], *illness* [enfermidade] etc.)? O que são “desordens mentais”? Elas são supervenientes ao somático? Pacientes declarados como tendo “morte encefálica” estão *realmente* mortos?

Há também problemas *epistêmicos*: que tipo de conhecimento é o saber médico? É uma ciência (ou conjunto de ciências)? É formada somente por conhecimento científico e baseado nas ditas “ciências duras” (biologia talvez reduzível aos fenômenos químicos e, ultimamente, físicos) ou também por saberes humanistas produzidos na psicologia, na sociologia etc. relacionados com *qualidade* de vida envolvendo até mesmo virtudes como a sabedoria prática? Se esse for o caso, que habilidades a constituem? É uma prática complexa que conjuga ambas, arte e ciência? Há vários desafios *metodológicos*: como se dá o processo de investigação (diagnóstica e de tratamento) em medicina, ou seja, o chamado “raciocínio clínico”? Juízos médicos são indutivos ou dedutivos ou abduativos?

Há, enfim, como procuraremos argumentar neste livro, inúmeros problemas *éticos*: como se dá o processo de tomada de decisão na prática médica? Ele é determinado ou apenas conduzido pelo profissional da saúde rumo a uma decisão compartilhada? Um paciente é, realmente, uma pessoa autônoma capaz de decidir? É um(a) médico(a) autônomo(a)? Seria o conhecimento médico um estado mental indivi-

dual ou coletivo? Seria a medicina uma prática moral por excelência? Pode um *expert* como um(a) médico(a) tomar decisões compartilhadas com um(a) leigo(a), o(a) paciente? Não seria a medicina apenas uma modalidade de exercício de poder sobre as pessoas (pacientes)? Como entender os conflitos de interesse na prática médica? Quais as particularidades da medicina enquanto prática ou cuidado em saúde (*healthcare*)? Quais vínculos há ou deveria haver entre a ética médica e a bioética? Pode a medicina ser orientada ou centrada na pessoa do paciente? Todos os pacientes são pessoas? Se pessoas forem indivíduos dotados de autonomia, o que fazer com bebês e seres humanos com demência? Qual o estatuto ontológico de embriões e fetos?

Como podemos perceber, há tanto questões éticas quanto científicas. Por isso, uma filosofia completa da medicina não pode, *data venia* a visão predominante expressa, por exemplo, por Thompson e Upshur (2018, p. 5) entre outros, restringir-se aos aspectos epistêmicos e ontológicos, excluindo questões (bio)éticas. Uma FIMed deve dar conta das diferentes correntes e de todos os problemas acima mencionados, tanto teóricos quanto práticos.

Sem querer aprofundar, aqui, todas as interconexões entre filosofia e medicina, é crucial salientar a necessidade de evitar uma caracterização *parcial* da filosofia da medicina. Por exemplo, de acordo com Reiss e Ankeny (2016), “A filosofia da medicina é um campo que procura explorar questões fundamentais na teoria, na pesquisa e na prática nas ciências da saúde, particularmente tópicos metafísicos e epistemológicos”.⁹ Esta definição, entretanto, é bastante limitada, assim como a fornecida por Thompson e Upshur, que excluem questões (bio)éticas e restringem-se à filosofia da ciência como se essa fosse livre de pressupostos valorativos. Essa posição parcial também foi, infelizmente, assumida por Karhausen (2023), de algum modo traindo o espírito wittgensteiniano do livro. Dito em outras palavras, a prática médica é uma atividade *de* pessoas humanas *para* humanos, ou seja, da nossa *forma-de-vida* (*Lebensform*), abstraindo aqui, claro, a “medicina veterinária”. Adotar uma perspectiva etnológica, ressaltada pelo conceito de forma-de-vida, permite-nos uma maior objetividade, por exemplo, ver a condição ontológica do cuidado como constitutivo da nossa espécie. Como escreveu Wittgenstein para seu ex-aluno e médico psiquiatra Dr. Drury: “Olhe para seus pacientes mais proximamente como seres humanos em dificuldades...” (Drury, 2017, p. 162). Claramente, uma

⁹ Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/medicine/>. Acesso em: 25 ago. 2024.

filosofia adequada da medicina precisa considerar a prática clínica como sendo dirigida a seres humanos necessitando cuidados, e ver nisso a sua justificativa como instituição social.

Uma das pretensões do presente trabalho é, enfim, mostrar que as questões (bio)éticas não podem ser dissociadas de uma FIMed. Uma preocupação filosófica fundamental, então, seria estabelecer o que a medicina é (mesmo que não em termos essencialistas), em especial, esclarecer a natureza do encontro clínico entre profissional e paciente, ou seja, da prática médica como um envolvimento moral. Nesse sentido, ela conteria questões metodológicas, epistêmicas (natureza da própria cientificidade), ontológicas e éticas. Há, certamente, problemas conceituais importantes, desde os mais básicos para a medicina, a saber, “o que significa ‘saúde’?”, até possíveis diferenciações ontológicas entre tipos de doenças, tais como transtornos mentais, enfermidades, doenças e outras condições, mas, acima de tudo, questões sobre a natureza da prática médica como *relação entre pessoas*: é da natureza da medicina ser ética.

Seria demasiado pretensioso querer construir uma filosofia completa da medicina, definitivamente acabada, neste livro. Por isso, concentramo-nos, principalmente, nos aspectos epistêmicos e éticos da prática médica. Em especial, usaremos a bioética clínica, tal como ela será caracterizada mais detalhadamente a seguir, para aproximar as perspectivas médicas que estamos analisando. Algumas questões aparecerão na exposição das duas correntes da medicina que estamos propondo examinar: a baseada em evidências e a centrada no paciente.

Uma questão central, então, da filosofia da medicina é se há uma moralidade *interna* à prática médica ou se há exigências éticas externas que podem ser invocadas para normatizar as relações entre profissionais da saúde, que estão desempenhando também papel de pesquisador(a), e pacientes na condição de participantes de pesquisas clínicas. Esse ponto será retomado na próxima seção.

Outros problemas mais complexos da relação entre ética médica propriamente dita e bioética clínica surgem, por exemplo, nos seguintes pontos: (i) na análise sobre a necessidade ou não de se obter sempre o consentimento livre e esclarecido (TCLE) para certos tipos de experimentos; (ii) nos problemas envolvendo o “efeito placebo”; (iii) na questão da equivoque; (iv) na necessidade (ou não) de interrupção de pesquisas, mesmo já aprovadas no Sistema Nacional de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos (SNEPSH),¹⁰ uma vez constatados riscos e malefícios não previstos etc. Alguns desses pontos serão tratados nos próximos capítulos.

Uma maneira, então, de reconhecer alguns problemas filosóficos suscitados pela prática médica é discutindo as relações entre filosofia da medicina e bioética. A bioética clínica desenvolveu-se, como veremos com mais detalhes na próxima seção, desde a década de 1970, a partir de questões morais da prática médica, como, por exemplo, diante da escassez de órgãos para determinar quem teria acesso ao transplante. Tais problemas iam além da ética médica tal como fora até então entendida. Agora, se considerarmos a bioética uma subdisciplina da Ética e esta parte da filosofia (cf. Dall’Agnol, 2024), então precisamos concluir que os problemas tratados pela filosofia da medicina inevitavelmente surgem a partir de algumas práticas clínicas, em especial, aqueles presentes em tratamentos ou procedimentos experimentais em pacientes. A visão positivista de ciência parece superada e é amplamente aceito que a própria atividade científica envolve valores como a honestidade (por exemplo, não fabricar dados ou adulterar resultados), a liberdade para conduzir pesquisas definindo seus temas prioritários, a eficiência no uso de recursos, a publicidade dos resultados, o respeito pelas pessoas participando da pesquisa clínica etc. Esses valores éticos serão abordados na próxima seção com mais detalhes. Além disso, mesmo concepções com tendências aparentemente científicas, como algumas versões da MBE, precisam considerar os valores do paciente. Conforme veremos, então, não faz sentido restringir a filosofia da medicina a problemas epistêmicos e ontológicos.

Outra maneira de perceber que a filosofia da medicina e a bioética não são campos completamente separados é discutindo a natureza mesma da medicina, por exemplo, se ela é uma prática que tem um *telos* inerente (por exemplo, o bem do paciente) ou se suas funções são estabelecidas socialmente. Esse é um problema central para a reflexão filosófica sobre a medicina, para lembrarmos da definição feita acima, enquanto *medicina*. Destacam-se, então, duas posições:

- i) uma internalista, inspirada na tradição hipocrática, centrada na beneficência;

¹⁰ A Lei nº 14.874, de maio de 2024, instituiu um novo sistema nacional responsável pela ética na pesquisa em substituição ao antigo sistema CONEP. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/14874.htm. Acesso em: 25 nov. 2024.

- ii) outra externalista, influenciada pela moralidade moderna, centrada na autonomia do médico e do paciente, mas sensível ao controle social.

A seguir, apresentaremos, brevemente, cada uma delas e vamos utilizar a distinção para diferenciar *ética médica* e *bioética*.

A perspectiva filosófica internalista pode ser encontrada no livro *For the Patient's Good*, de Pellegrino e Thomasma (1988). Segundo seus autores, o *telos* da atividade médica é o bem do paciente, sendo ele constituído, em ordem decrescente de importância, por quatro ingredientes: (i) o bem último tal como ele é percebido pelo paciente; (ii) o paciente enquanto pessoa humana (por exemplo, sua racionalidade e capacidade para decidir); (iii) os interesses do paciente, ou seja, o modo como ele próprio avalia a qualidade de sua vida e o impacto dos procedimentos terapêuticos e, finalmente, (iv) o bem (bio)médico ou clínico, isto é, o bem que pode ser alcançado através das intervenções médicas para curar uma doença. Como podemos perceber, a justificação da medicina é, segundo essa perspectiva filosófica, dada pela sua finalidade *interna* e não por convenções sociais sujeitas a transformações ao longo da história. Todavia, é oportuno notar criticamente que os elementos (i) e (iii) são determinados pelo paciente, enquanto o (ii) e o (iv) não. Em outros termos, o *respeito pela pessoa* do paciente foi incorporado no modelo.

O enfoque filosófico externalista sobre a natureza da medicina é defendido pelo também médico e filósofo estadunidense Tristram Engelhardt. Numa série de artigos e livros, mas em especial em *The Foundations of Bioethics*, ele procurou mostrar que o valor fundamental da medicina não é a beneficência, dado que não há uma concepção única de bem e de saúde nas sociedades contemporâneas. Por isso, é a autonomia ou a permissão que deve reger as relações médico/paciente. A partir do princípio da permissão, ele argumenta que a autoridade das ações, numa sociedade pluralista e secular, deriva da autonomia. Por conseguinte, o consentimento é fundamental na relação médico/paciente enquanto constituído por pessoas livres e iguais. Além disso, os interesses do paciente, em geral visto nas sociedades atuais como *um consumidor de produtos de saúde e bem-estar*, acabam transformando as práticas médicas para além da missão tradicional. Por exemplo, cirurgias de embelezamento passam a ser feitas por médicos se houver demanda. Não existiria, portanto, um bem único, interno às práticas médicas. Todavia, também é oportuno notar criticamente que o *respeito*

recíproco é condição *sine qua non* do encontro clínico mesmo na concepção externalista.

O debate acima sobre a natureza da atividade médica mostra que valores como o respeito recíproco e o cuidado mútuo precisam ser abordados por qualquer filosofia da medicina. Em outros termos, muitos temas de (bio)ética clínica estão inextricavelmente ligados às práticas médicas. Nesse sentido, a devida consideração ao participante de pesquisas, a ponderação entre riscos e benefícios (ou custos e ganhos), a prevenção de danos etc. são centrais para a caracterização da atividade médica. Portanto, a prática médica não pode ser separada da discussão sobre temas éticos e, nesse sentido, precisamos de uma mudança da visão predominante na própria filosofia da medicina.

Nos próximos capítulos, faremos reconstruções mais detalhadas tanto da MBE quanto da MCP, respectivamente, incluindo alguns dados históricos. Delimitando o nosso trabalho, focaremos nos seus aspectos *éticos*, sem descuidar, entretanto, de várias questões epistêmicas e ontológicas de cada uma dessas abordagens da medicina. No final, procuraremos indicar a necessidade de reformulação de ambas as perspectivas para que se possa alcançar uma nova abordagem filosófica da medicina. Conforme veremos, uma compreensão adequada das pressuposições metaéticas e normativas do cuidado e do respeito que temos pesquisado nos últimos anos, a partir da *Teoria do Cuidado Racional* (TCR), parece fundamental para construir uma filosofia da medicina sólida. Este enfoque ético do cuidado será retomado mais adiante, pois tem importantes implicações para a bioética. Cabe, então, iniciar a discussão mais aprofundada sobre como a bioética, em especial a bioética clínica, pode, eventualmente, contribuir para aproximar a MBE e a MCP. Para atingir esse objetivo, é necessário definir mais claramente a própria expressão “bioética clínica”.

1.3. O surgimento da bioética clínica

Nesta seção, buscaremos estabelecer, de forma mais precisa, as possíveis relações entre a bioética, em especial a bioética *clínica*, e as pressuposições éticas das filosofias da medicina em questão. O objetivo é identificar em que termos ela pode contribuir para aproximar a MBE e a MCP, procurando construir uma visão unificada das práticas médicas. Já deve ter ficado claro que a bioética exerceu uma influência *externa* positiva na ética médica. É crucial, entretanto, explicitar melhor em que ela pode contribuir para formar uma filosofia plena da medicina.

Para iniciar, convém distinguir diferentes âmbitos da bioética. O que podemos chamar “bioética holista” nasceu em 1927, a partir dos trabalhos de Fritz Jahr, e o seu princípio fundamental pode ser formulado nos seguintes termos: “Respeite cada ser vivo por princípio como fim em si e trate-o, se possível, como tal” (Jahr, 2011, p. 245). Trata-se de uma visão geral, ou, nos termos de von Potter (1998), de uma “bioética global” que procura superar o antropocentrismo abordando questões valorativas da saúde e do bem-estar humano, relacionando-as com o meio ambiente e com animais não humanos. Essa é, certamente, uma contribuição valiosa da “bioética global” à medicina: não existe paciente saudável num meio ambiente doentio (por exemplo, com ar poluído), sem saneamento básico, sem água potável, sem alimentação adequada etc., ou seja, que não oferece as condições ambientais e sociais mínimas para o florescimento da vida.

O enfoque predominante na bioética, entretanto, passou a ser o que associa as questões bioéticas aos problemas morais específicos na área da saúde que envolvem seres humanos, em especial na biomedicina, mas também na própria medicina, enfermagem etc. Por influência do *Kennedy Institute of Ethics*, a bioética foi definida como “[...] o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais” (Reich, 1978, V.1, p. XIX). O já mencionado caso Tuskegee levou, nos EUA, ao Relatório Belmont (1978) da *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, que estabeleceu três princípios bioéticos *prima facie* válidos ainda vigentes nos EUA:¹¹

- i) o respeito pela pessoa;
- ii) a beneficência; e
- iii) a justiça.

É importante esclarecer que o Relatório Belmont, ao insistir no respeito pela pessoa e não apenas na autonomia individual, segue uma ética de cunho mais kantiano ou uma ética baseada em direitos universais, como tem sido preconizada por autores a exemplo de: Tugendhat (1994), Dworkin (2002) e Darwall (2004). No recente livro *Towards Neurobioethics*, defendemos essa perspectiva contra tendências neurocientíficas *reducionistas*, tais como a sustentada por Marta Farah. No

¹¹ Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>. Acesso em: 25 nov. 2024.

presente trabalho, procuraremos complementar a análise gramatical de “pessoa”, fazendo sentido ao princípio de respeito pela pessoa.

Conforme já mostramos em diversos trabalhos (cf., Dall’Agnol, 2016b, 2022), esse esquema normativo do Relatório Belmont foi desenvolvido, posteriormente, pelo chamado “princípioismo”, cujo texto clássico é o livro *Principles of Biomedical Ethics*, que estabeleceu as quatro normas do respeito à autonomia individual (e não à pessoa), desmembrando, além disso, a não maleficência da beneficência e reafirmando a justiça. Esse enfoque predominante academicamente fundamenta também a legislação brasileira (Resolução 466/2012 e a própria Resolução 510/2016, que regulamenta pesquisas nas humanidades). Apesar de alguns problemas metaéticos, que procuramos corrigir em trabalhos já publicados propondo uma teoria metaética que denominamos “cognitivismo prático”, esse é um bom ponto de partida para a discussão de questões bioéticas gerais. O princípioismo, na ausência de um metaprincípio, gera dilemas éticos (Beauchamp; Childress, 2018, p. 10) que podem ser formalizados da seguinte maneira:

$$(Op \wedge Oq) \sim \Diamond (p \wedge q)$$

Em linguagem natural: é obrigatório *p* (tratar um paciente), e é obrigatório *q* (respeitar a sua vontade de não ser tratado), e não é possível fazer as duas coisas ao mesmo tempo. Para resolver tais dilemas, precisamos de um metaprincípio ético que será apresentado no último capítulo deste livro.

Sobre as bases metaéticas e normativas da bioética, é importante evitar dilemas e investigar as características metaéticas do cuidado e do respeito, principalmente as suas bases epistêmicas e ontológicas enquanto expressões de um tipo especial de conhecimento: o *saber-como* agir moralmente. A tese central do cognitivismo prático, que substitui a base *metaética intuicionista* do princípioismo (a que gera dilemas morais), é que o saber moral é mais bem compreendido como um subtipo do saber-como e não apenas como sendo composto por crenças justificadas em proposições verdadeiras. Quando analisarmos o conceito “cuidado respeitoso”, retomaremos essa epistemologia moral.

Já a bioética *clínica*, que pretendemos focar no presente trabalho, além desses quatro princípios que orientam pesquisas científicas com seres humanos, centra-se nas especificidades das relações entre profissionais da saúde e pacientes, sem poder ser confundida com a *mera deontologia médica* baseada em Códigos de Ética (por exemplo, no caso brasileiro, promulgadas pelo Conselho Federal de Medicina

ou outros [enfermagem, psicologia etc.]). Desse modo, uma distinção entre bioética geral e clínica pode ser feita nos seguintes termos: além dos quatro princípios mencionados que norteiam toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, há, na bioética clínica, questões morais *específicas* presentes numa complexa relação entre, por um lado, uma pessoa desempenhando um duplo papel (*profissional da saúde & pesquisador*) com outra pessoa também performando um duplo papel (*paciente & participante de pesquisa*).¹² Esses papéis duplos de cada pessoa envolvida na relação clínica de cura com pesquisa experimental serão aqui simbolizados por P-P/P-P, para enfatizar a complexidade do campo que estamos tratando. Como podemos perceber, a bioética geral é mais ampla envolvendo questões ambientais e de relação com animais não humanos, e a bioética clínica lida especificamente com alguns problemas éticos presentes no encontro clínico entre profissionais da saúde/pacientes com finalidade não apenas terapêutica, mas de incremento do conhecimento científico, ou seja, da medicina enquanto *episteme*. Procuraremos, então, mostrar que a relação não pode ser guiada por valores subjetivos e nem apenas pelos valores de um dos lados da relação (ou a ética deontológica médica *ou* as preferências do(a) paciente).

Nem todo encontro médico, todavia, envolve essa intrincada rede de relações que pode inclusive levar a *conflitos de interesse* entre papéis na mesma pessoa (por exemplo, de um(a) médico(a) pesquisador(a) entre incrementar o conhecimento ou zelar pela qualidade de vida do(a) paciente e, do ponto de vista do(a) paciente, entre o autocuidado e a vontade de contribuir para a ciência, sacrificando até mesmo o seu bem-estar). Como dar conta de forma filosoficamente satisfatória das questões éticas presentes nas relações P-P/P-P? Alguns bioeticistas propõem regras especiais para normatizá-las. Por exemplo, Beauchamp e Childress (2018, p. 327-384) citam, no capítulo 8 do livro acima mencionado, a *veracidade*, a *privacidade*, a *confidencialidade* e a *fidelidade*. Certamente, a proteção da privacidade de um(a) participante de pesquisa é fundamental, assim como a honestidade do(a) pesquisador(a) e a confidencialidade no acesso a dados são exigências morais básicas dos experimentos científicos envolvendo humanos. O problema é saber se essas *regras* (também consideradas virtudes por Beauchamp e Childress) são suficientes para regular as relações P-P/P-P. Trataremos

¹² Se o(a) leitor(a) não estiver familiarizado(a) com essas duplas funções desempenhadas *pela mesma pessoa*, aconselhamos assistir ao filme *Wit* (Uma lição de vida), dirigido por Mike Nichols. A professora Vivian (Emma Thompson) é uma paciente e participante de pesquisa, e o médico Harley (Christopher Lloyd) é um *profissional da saúde* encarregado do caso e, ao mesmo tempo, um *pesquisador*.

desse ponto no último capítulo. Como podemos perceber, não estamos aqui tratando de um encontro clínico corriqueiro, por exemplo, de uma simples *consulta* médica por causa de uma gripe ou cefaleia.

A bioética clínica nos mostra, de qualquer modo, que a prática médica precisa estar orientada pela Ética. Este ponto é claramente reconhecido por muitos autores. Por exemplo, Pellegrino e Thomasma citam, em *For the Patient's Good*, a benevolência (disposição de fazer o bem ao paciente) e a coragem como virtudes inerentes à prática médica. Essas qualidades serão retomadas no último capítulo, quando apresentarmos a FIMed. Do ponto de vista ético, não parece ser suficiente defender que, ao lado das melhores evidências e da *expertise* médica, é necessário apenas levar em consideração os valores do paciente. Neste aspecto, a MBE precisa ser revista nos seus pressupostos preferencialistas. Aliás, algumas versões da MCP também não consideram de modo adequado os aspectos valorativos envolvidos na relação P-P/P-P. Essa é, aparentemente, uma contribuição que a bioética clínica pode fazer e será um dos aspectos centrais a serem investigados na tentativa de aproximar a MBE e a MCP. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

Há, entretanto, outra distinção importante a se fazer para estabelecer as especificidades da bioética clínica. Ao introduzir a diferenciação entre ética clínica (*clinical ethics*) e ética da pesquisa (*research ethics*), Beauchamp e Childress (2018, p. 360) discutem algumas especificidades vinculando-as à *prática médica* (*medical practice*), sem confundir-la com a *pesquisa clínica* (*clinical research*). Obviamente, nem toda pesquisa é clínica. É crucial, então, perceber que elas podem guiar-se por valores diferentes: uma busca “apenas” conhecimento generalizável, mas na prática médica utiliza-se das descobertas científicas da pesquisa clínica para fins de diagnóstico e terapia. Desse modo, a *prática* médica possuiria exigências próprias, pois, por um lado, nem sempre as novas tecnologias ou o próprio conhecimento científico generalizado pode ser diretamente aplicado. Muitas vezes, os dados são obtidos em pesquisas populacionais com resultados estatísticos e indicações probabilísticas, e podem não se adequar às idiosincrasias do(a) paciente que é uma pessoa única, singular. Aqui vale o dito “cada caso é um caso”. Por outro lado, muitas das práticas corriqueiras nos consultórios ou em clínicas possuem caráter *experimental*, e os pacientes estão sujeitos a “pesquisas”, mesmo que não exista a intenção de produzir conhecimento generalizável, mas apenas de beneficiar o(a) paciente. Esse é o caso, enfim, com supostos tratamentos inovadores, com usos *off label* de medicamentos etc. que não seguem normalmente os padrões

éticos e científicos (por exemplo, ECRs). Como veremos na próxima seção, há vários tipos de pesquisa e estudos, com diferentes graus de confiabilidade, e alguns podem ter origem na própria prática médica. Desse modo, surgem questões bioéticas sobre se é adequado permitir *novos experimentos* (por exemplo, farmacológicos) sem a regulação governamental, baseada na ética da pesquisa em nome, por exemplo, da “autonomia médica”, ou da tese de que a relação entre profissional da saúde e paciente seria uma “questão privada”.

A autonomia médica foi bastante invocada, no Brasil, nas discussões sobre o chamado “tratamento precoce”. Trata-se do uso do famoso “Kit Covid” (há várias versões, mas a mais conhecida é a composta por cloroquina, ivermectina etc.) nos primeiros estágios de manifestação da doença. O movimento mais saliente foi o dos “Médicos pela Vida”, de alguma forma legitimados pela Resolução 04/20 do Conselho Federal de Medicina (CFM), mas não pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) ou pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Esse movimento levou até mesmo à elaboração de um aplicativo (o *TrateCov*), uma espécie de calculadora que diagnosticava e prescrevia cloroquina. Conforme argumentamos em outro lugar (Dall’Agnol, 2023), ninguém nega a importância da *autonomia médica*. Todavia, ela possui limites e não pode ser vista como licenciabilidade para cometer infrações ao juramento hipocrático, nem para fazer experimentações de todo tipo com seres humanos. Nesse sentido, a bioética clínica parece ter, de fato, importantes contribuições a fazer para guiar a prática médica cotidiana. Por exemplo, é permitido fazer uso *off label* de fármacos sem evidências suficientes de eficácia e segurança? Em que circunstâncias? No início da pandemia da COVID-19, praticava-se uma espécie de “clínica do desespero”, e certos usos compassivos eram permitidos na medida em que pesquisas como a Coalizão COVID Brasil e a *Solidarity* da OMS estavam ainda em andamento. Todavia, depois de estabelecida a ineficácia de certos fármacos por estudos do tipo ECRs e meta-análises já em junho/agosto de 2020, *constitui-se em infração ética a sua prescrição*. Depoimentos pessoais de casos de suposta cura podem sugerir alguma correlação, mas se não conseguem estabelecer o nexo causal, eles possuem baixo ou nenhum valor científico. No caso da cloroquina, pode-se cometer a falácia *post hoc, ergo propter hoc* (depois disso, logo causado por isso). A pandemia mostrou a dificuldade de certos profissionais da saúde entenderem que correlações podem ser *espúrias* e que é necessário estabelecer o *nexo causal* entre o princípio ativo do medicamento e a efetiva cura, pois em 90% dos casos o próprio sistema

imunológico combate de forma eficaz o novo coronavírus. Voltaremos a discutir esses tipos de estudos clínicos e o grau de confiabilidade associado a cada um no próximo capítulo.

De modo geral, então, podemos dizer que a *bioética clínica* é uma área de intersecções da *bioética geral* com a *ética médica*, com a *ética da pesquisa* e com *valores sociais*, além dos próprios *valores do paciente*. Por conseguinte, a bioética clínica procura dar conta das relações P-P/P-P que a simples ética médica ou a pura adoção *ad hoc* dos valores do paciente, tomados isoladamente, não permitem fazê-lo. Nesse sentido, uma *hipótese da nossa pesquisa começa a fazer sentido*, e a bioética clínica parece, enfim, poder contribuir para compreender os termos de uma possível aproximação entre a MBE e a MCP.

Tendo apresentado, brevemente, o surgimento e o desenvolvimento da bioética clínica, bem como a sua influência na área da saúde, precisamos examinar, agora, em que medida ela pode contribuir para compreender a atividade médica tal como ela é mais bem praticada hoje. Como veremos a seguir, a medicina atual pode guiar-se por diferentes tipos de estudos clínicos, cada um tendo um grau maior ou menor de objetividade e gerando, com isso, também maior ou menor grau de confiabilidade na prática terapêutica.

1.4. Estudos clínicos e medicina translacional

Estudos experimentais com seres humanos são atualmente bastante comuns na área da saúde. Nesta seção, reconstruiremos brevemente os principais tipos bem como discutiremos alguns pressupostos filosóficos, em especial epistêmicos e éticos, desses estudos. Além disso, trataremos da chamada “ciência translacional”, particularmente, a MT (Medicina Translacional) como ponte entre estudos laboratoriais e aplicações específicas para pacientes especiais, individualizados.

Para começar, explicaremos as diferentes fases pelas quais passa a aprovação de um novo fármaco ou testagem de vacina envolvendo seres humanos, com a finalidade de ilustrar e salientar como a bioética clínica pode auxiliar na discussão dos fundamentos da medicina. Posteriormente, apresentaremos, com mais detalhes, os principais tipos de estudos que envolvem ensaios clínicos com seres humanos. Nos próximos capítulos, esses estudos serão retomados na discussão sobre a avaliação das evidências e sua hierarquização para vinculação entre diagnóstico e grau de confiabilidade prognóstica e terapêutica, em

especial, quando estudarmos a MBE, mas também quando abordarmos a MCP.

No Brasil, a legislação, inclusive a Lei nº 14.874, estabelece que novos fármacos e novas vacinas sejam testados em fases. Existe uma fase *pré-clínica* em que experimentos são feitos *in vitro* (em testes laboratoriais) e, posteriormente, *in vivo* (em animais não humanos). Este ponto sobre ética animal (zooética) já foi mencionado acima, mas é bom salientar que, em geral, segue-se uma política baseada nos 3Rs: reduza, refine e substitua (*replace*). Voltaremos a esse enfoque a seguir.

Na *fase clínica* propriamente dita, a pesquisa deve ser controlada, aleatorizada e cega. Na Fase I, os testes são feitos em seres humanos saudáveis, mas em um número pequeno de pessoas que concordam em participar na qualidade de voluntários. Essas pesquisas procuram estabelecer a *segurança* do novo fármaco ou vacina. Em geral, essa fase dura de dois a três anos. A Fase II envolve um estudo terapêutico piloto que visa demonstrar principalmente a *eficácia* do medicamento, isto é, se ele serve para tratar a doença. Nessa fase, o número de pessoas que participa do teste também é pequeno, mas os participantes, diferentemente do que ocorre na Fase I, sofrem da condição patológica para a qual se busca um tratamento ou vacina. Na segunda fase procura-se, por exemplo, estabelecer a relação entre dose-resposta com o objetivo de permitir estudos terapêuticos mais amplos, incluindo de segurança (toxicidade). Esse período também dura, aproximadamente, três anos. É somente na Fase III, enfim, que estudos são realizados em grandes e variados grupos de pacientes para determinar, basicamente, duas variáveis: a relação entre risco/benefício a curto e longo prazos e o valor terapêutico relativo comparado com outras drogas. É na Fase III que se exploram características especiais do novo medicamento ou vacina, por exemplo, a *eficiência* relativamente a certas faixas etárias. A duração dessa fase é mais longa e pode chegar a aproximadamente quatro anos. Somente após o cumprimento dessas fases é que se pode solicitar o registro para a agência responsável pelo licenciamento de medicamentos. No Brasil, cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) licenciar novos medicamentos, e nos Estados Unidos essa agência é a *Food and Drug Administration* (FDA). Finalmente, numa quarta (IV) e última fase, serão feitas pesquisas depois de comercializado o produto para descobrir novas reações adversas, novas indicações, novos métodos de administração etc. Em todas essas fases, é necessário obter o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), pois, claramente, a

atividade científica pressupõe valores. Mas quais seriam esses valores? Em que sentido são subjetivos ou objetivos?

Antes de procurar responder a essas questões, é crucial ter presente a diversidade de pesquisas clínicas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos. Há diferentes maneiras de apresentar os estudos ou ensaios clínicos e também de hierarquizá-los segundo graus de confiabilidade terapêutica. Faremos, aqui, uma breve apresentação seguindo a literatura (conferir, por exemplo, a aplicada à medicina por Thompson e Upshur [2018, p. 99s.]; Alencar [2021, p. 49-63]; Howick [2022, p. 119s.]) e retornaremos a alguns tipos de ensaios clínicos no próximo capítulo, aprofundando os aspectos filosóficos, por exemplo, se um ECR é capaz de estabelecer, realmente, relações *causa-efeito*. Howick discute, por exemplo, as supostas vantagens de estudos ECR em relação aos observacionais, em especial, se evitam vieses ou não. De qualquer modo, um ECR precisa ser *a priori* plausível para ser testado.

Considere (i) um *estudo observacional* do tipo coorte longitudinal com *follow up* (seguimento). Um ensaio clínico coorte (termo da Roma antiga para grupo de 100 soldados) é um estudo com uma amostragem populacional acompanhada ao longo de um tempo *x*, com exposição de certo fator de risco *y*. Para ilustrar: um estudo coorte de pessoas fumantes e não fumantes pode mensurar riscos de desenvolvimento de certo tipo de doença, digamos, enfisema pulmonar. Ele pode ser retrospectivo ou prospectivo. No primeiro, também conhecido como histórico, o estudo é feito a partir de certo ponto do passado com término no presente. Tais estudos são possíveis usando-se, por exemplo, prontuário médico ou outras fontes de dados confiáveis. No segundo, os participantes das pesquisas são escolhidos no presente e acompanhados durante certo período. Um estudo desse tipo pode chegar, somente para ilustrar, a uma conclusão sobre o fator de risco da doença ser três vezes maior entre tabagistas. Ele pode, entretanto, ser *enviesado* se o grupo for constituído apenas por homens, de uma única etnia etc. A generalização seria problemática e sujeita a prejuízos. Outro tipo de estudo é o transversal (*cross-sectional*). Ele é parecido com o de coorte, mas a análise de dados é feita num único momento sem que seja necessário acompanhamento. Nele, determinam-se as variáveis preditoras (presença ou ausência de risco) e o desfecho clínico (por exemplo, presença de câncer ou não). Nos estudos do tipo caso-controle, há uma inversão temporal: a seleção de pacientes se faz a partir do desfecho (câncer) comparando as possíveis causas, procurando determinar qual efetivamente ocasionou a doença.

Temos também (ii) os *ensaios ou estudos clínicos*, que em medicina são realizados com seres humanos e podem ser controlados ou não controlados. Nos controlados, o estudo de um medicamento, anestésico ou procedimento é comparado com outros ou usa-se placebo. Dessa maneira, estuda-se o efeito do novo fármaco comparativamente. Um estudo clínico controlado pode ser não aleatório ou randomizado (também conhecido como “aleatorizado”). Um ECR (Ensaio Clínico Randomizado), duplo-cego, é considerado, hoje, *padrão ouro* da pesquisa clínica. A distribuição dos sujeitos de pesquisa é aleatória quando feita ao acaso, o que *diminui a chance de vieses* que distorçam uma eventual comparação entre grupos afetando o resultado. Nesse caso, os pesquisadores não devem influenciar a alocação. Se for duplo-cego, nem os pesquisadores sabem quem está no grupo controle que recebe placebo. Nos ensaios clínicos não controlados, certo tipo de tratamento não é comparado com outro similar, mas avaliado em si mesmo. Entre os ensaios clínicos controlados e não controlados, os primeiros possuem maior validade, pois têm uma probabilidade maior de detectar se as diferenças entre os grupos são devidas ao elemento experimental ou não. Alguns ensaios clínicos podem ser cruzados (*crossover*) ou sequenciais. Isto significa, basicamente, que um dos grupos recebe o tratamento e o outro, o placebo. Depois de algum tempo, há uma inversão: os que receberam tratamento recebem placebo e vice-versa. Já um estudo clínico do tipo antes-depois utiliza somente um grupo de participantes, analisando as condições pré-tratamento e comparando-as com aquelas observadas durante o tratamento. Tais estudos podem ser multicêntricos ou não.

Finalmente, (iii) as *revisões sistemáticas* e meta-análises não usam dados primários obtidos em investigações próprias, mas são estudos “secundários” (sobre outros estudos) em que o pesquisador utiliza dados já existentes na literatura publicada ou em registros hospitalares. As revisões podem ser sistemáticas ou não sistemáticas. Estas últimas, também chamadas “narrativas”, apresentam um resumo dos dados de estudos primários que podem servir como guias para a prática médica. Tais resumos podem ser subjetivos e conter vieses. Já uma revisão sistemática deve ter método bem definido, objetivos claros e identificação precisa dos estudos relevantes. Quando tais revisões sistemáticas justificam a inclusão ou exclusão de estudos primários e fazem análise estatística, resultam em meta-análise. As fontes de meta-análise incluem o MEDLINE, mas também BioMedCentral, SciElo, Embase, Cochrane Collaboration, entre outras, e serão retomadas quando dis-

cutirmos os graus de evidência e sua relação com prognósticos mais confiáveis. Uma meta-análise busca aumentar a amostragem obtendo resultados numéricos a partir de vários estudos que tratam a mesma questão científica. A maior ou menor confiabilidade de uma meta-análise depende, como veremos, da qualidade e quantidade dos estudos que foram usados na revisão sistemática que serve de base.

Uma hierarquização inicial e simplificada, apenas para fins didáticos e de reconhecimento do maior ou menor grau de cientificidade (e, conseqüentemente, de confiabilidade médica) dos três tipos de estudos apresentados acima, pode ser feita para avaliar o grau de certeza dos resultados (“melhores evidências”) desta maneira: em primeiro lugar, estão as revisões sistemáticas e meta-análises; em segundo, os estudos clínicos aleatorizados e, finalmente, em terceiro lugar, os estudos observacionais. Há, claro, outros tipos de evidências com maior ou menor grau de certeza, por exemplo, um estudo clínico tipo N-of-1 (que também pode ser um ECR, mas com um paciente apenas). Um quadro mais completo de estudos com relevância clínica deve incluir em ordem decrescente: revisão sistemática; meta-análise; estudo controlado, aleatório, duplamente cego; estudo de coorte; estudo caso controle; série de casos; relato de caso; editoriais; pesquisa clínica com animais; experimentação *in vitro*. Todavia, não é objetivo deste livro apresentar todos os tipos de pesquisas clínicas, mas apenas alguns para ilustrar como problemas filosóficos surgem a partir deles.

A seguir está uma lista, já há muito conhecida no Brasil, que parece ter sido negligenciada (ou era simplesmente desconhecida) durante a COVID-19 por muitos profissionais da saúde, de diferentes tipos de estudos clínicos, estratificados segundo níveis de evidência proposta por alguns autores (Attalah; Trevisani; Valente, 2003):

- 1) Revisão sistemática ou meta-análise;
- 2) *Megatrial* (> 1000) pacientes;
- 3) Ensaio clínico randomizado (< 1000) pacientes;
- 4) Estudos de coorte (não randomizado);
- 5) Estudo de caso-controle;
- 6) Série de casos (sem grupo controle);
- 7) Opinião de especialistas.

Este é um exemplo de como podemos hierarquizar tais estudos. É uma escala, não a única, mas que é geralmente aceita e mostra, por exemplo, a necessidade de considerar ECRs como mais confiáveis que

testemunhos pessoais. Para contrastar com outro modelo, com subclasificações (Níveis de evidências: 1A a 5), é possível consultar um dos melhores centros de MBE do mundo, a saber, da Oxford University.¹³ Voltaremos a essa classificação no próximo capítulo, discutindo pressupostos éticos (presença de vieses ou não) e epistêmicos, por exemplo, estabelecimento de correlações ou causalidades.

É quase desnecessário salientar que um ECR por si só não garante a eticidade da pesquisa. Para comprovar esse ponto, basta lembrar do famoso estudo feito em Manaus durante a última pandemia, que procurou estabelecer a suposta eficácia e segurança da cloroquina num grupo de pacientes com COVID-19 ao aplicar 600mg (duas doses diárias), comparando com outro grupo (450mg). O estudo foi *registrado* apenas e pré-publicado em MedRxiv.¹⁴ Hoje, o estudo serve somente para exemplificar a falta de uma avaliação séria de riscos, pois 11 pacientes do primeiro grupo foram mortos pela altíssima dose. Serve também para ilustrar o que não se deve fazer junto com outros artigos que foram “despublicados”, como o do famoso médico francês Didier Raoult, impedido, agora, de exercer medicina pela utilização de cloroquina durante a pandemia para tratar a COVID-19.

Na proposta de estratificação apresentada acima, quanto mais alto está o estudo, *maior é sua força epistêmica (objetividade científica) e, por conseguinte, maior o grau de confiança na recomendação terapêutica*. Nos níveis 1 a 3, nessa hierarquização, temos estudos de maior nível de evidência. Trata-se dos estudos experimentais controlados e das revisões ou meta-análises desses estudos. Nos níveis 4 a 6, temos estudos observacionais. Estudos de coorte são estudos observacionais controlados, sendo, por isso, o tipo de estudo observacional mais confiável (abaixo dele, poderíamos incluir também os estudos observacionais transversais, menos confiáveis que os estudos de coorte, porém mais confiáveis que os estudos não controlados). Mais abaixo ainda, temos os estudos de caso não controlados (séries de casos). No último nível, temos as opiniões de especialistas baseadas apenas na experiência clínica desses profissionais. Trata-se de um nível inferior de evidência, ainda que possa servir eventualmente de base para a tomada de decisão clínica na falta de estudos com força epistêmica maior. No próximo capítulo, retomaremos a questão da relação entre graus de cientificidade e confiabilidade prognóstica. O que vimos no Brasil, durante parte da COVID-19, especialmente entre junho de 2020 e janeiro de 2022, foi a

¹³ Disponível em: <https://www.cebm.net/>. Acesso em: 16 dez. 2024.

¹⁴ ClinicalTrials.gov, número NCT04323527.

negligência dos ECRs e a adoção do nível mais baixo de evidências que pode ajudar a explicar o “trágico” número de óbitos.

Para tornar mais claro este ponto, podemos introduzir diferentes níveis de *rigor médico* (Bunge, 2017, p. 140). Assim, haveria quatro níveis:

- 1) padrão argila: casuística tradicional (narrativas de casos);
- 2) padrão prata: ensaio controlado, mas não randomizado;
- 3) padrão ouro: ensaio controlado randomizado;
- 4) padrão platina: ensaio controlado randomizado e duplo-cego (com prova conceitual e experimental).

Deixando de lado divergências de nomenclatura, casos clínicos resultam em baixo nível de cientificidade e confiança terapêutica. Um ECR é intermediário em termos de objetividade e aplicações. Mesmo o último padrão, todavia, está sujeito a aplicações temporárias e aberto à necessidade de novos ensaios clínicos.

Estamos em condições, agora, de introduzir alguns princípios da chamada “ciência translacional”, em especial como ela é entendida na própria medicina (MT). A ideia básica desse enfoque é otimizar, em termos de tempo e recursos, a *transposição* da pesquisa de ciência básica laboratorial para terapias reais em pacientes. Uma obra importante dessa tendência atual de colocar os problemas menos em termos de teoria/aplicação e mais em termos de *transposição* é o livro editado por Wehling, *Principles of Translational Science in Medicine* (2021), cujo subtítulo é “From Bench to Bedside” (da bancada, ou menos literalmente, do laboratório à beira do leito). Como entender essa transição da bancada ao leito e, em se tratando de uma via de mão dupla, do leito ao lab? Segundo a Sociedade Europeia de Medicina Translacional, ela está intimamente conectada com o modelo biomédico: “A Medicina Translacional (MT) é um ramo do campo biomédico fundado em três pilares: (i) a bancada; (ii) a beira do leito; e (iii) a comunidade. O objetivo da MT é combinar disciplinas, recursos, *expertise* e técnicas no interior desses pilares para promover melhorias na prevenção, diagnóstico e terapias”. Cabe, entretanto, questionar: quais são os pressupostos valorativos assumidos? A MT não pode ser considerada “neutra” axiologicamente, como se pretendeu a MBE (ao menos no seu início). O livro de Wehling não contém (assim como na primeira edição do livro *Evidence-Based Medicine*, de Straus *et al.*) qualquer discussão sobre valores. Como evitar esse erro positivista?

Para responder a essa pergunta, vamos aprofundar um pouco mais a nossa compreensão da MT. Segundo Flávio Kapczinski (2009), diretor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina,

Entende-se por pesquisa translacional a pesquisa que vai desde a ciência básica até a aplicação prática daquele conhecimento. No caso da medicina, um exemplo seria o estudo de uma proteína presente em canal de membrana celular, que possibilitaria o desenvolvimento de uma medicação que posteriormente seria testada em animais e mais tarde usada com sucesso em seres humanos.

Podemos exemplificar o sucesso (ou o fracasso) da translação a partir da COVID-19.

As primeiras evidências para um eventual uso da cloroquina foram apenas *in vitro* (Wang *et al.*, 2020), mas já eram, na verdade, conhecidas desde a década de 1960. Células infectadas com o SARS-Cov-II em soluções laboratoriais podem, de fato, diminuir a reduplicação viral, mas a dificuldade é a *transposição* para experimentos *in vivo* que, no caso da droga em questão, também já era conhecido o histórico de baixa eficácia quando testada em porquinhos-da-índia ou macacos, agravando, em alguns casos, simplesmente o quadro clínico (Ferner; Aronson, 2020). A translação para a fase clínica é ainda mais problemática, pois organismos humanos possuem especificidades. Conforme mostramos em outro lugar (Dall’Agnol, 2023), a partir do “estudo clínico francês” metodologicamente fraco, com conclusões questionáveis, a cloroquina apareceu como “cura” para a COVID-19 em março de 2020. Entretanto, já em maio, estudos observacionais retrospectivos sobre “tratamentos” em Nova York demonstravam que não havia diferenças entre pacientes que a usavam, em termos de taxa de mortalidade. Em junho de 2020, estudos clínicos randomizados, duplo-cegos etc., deram o *xequemate* na farsa (cf. Boulware, 2020), que infelizmente no Brasil durou mais de ano e meio, se contarmos a famosa “Nota Técnica” de 22 de janeiro de 2022 do secretário Angotti Netto, do Ministério da Saúde.¹⁵ Não espanta, portanto, que com menos de 3% da população mundial tenhamos cerca de 10% das vítimas da COVID-19!

Parece evidente que cada uma dessas etapas levanta questões éticas, por exemplo, não fabricar dados de pesquisas básicas, não ser cruel em experimentos com animais não humanos, respeitar a pessoa do paciente não lhe oferecendo tratamento ineficaz ou perigoso. A seguir,

¹⁵ Centro de Documentação do BioJusPan. Disponível em: https://biojuspan.paginas.ufsc.br/files/2023/06/Nota_tecnica_n2_2022_SCTIE-MS.pdf. Acesso em: 25 dez. 2024.

discutiremos, com mais detalhes, os pressupostos éticos gerais da atividade científica, preparando o terreno para analisar as bases axiológicas da MBE e da MCP para, então, construir a FIMed.

1.5. Ética da pesquisa clínica e da translação

A translação do laboratório para a prática clínica parece envolver valores. Nesta seção, vamos analisar criticamente tais aplicações. Iniciemos com os valores presentes na pesquisa *pré-clínica* (*in vitro* e *in vivo*). Na verdade, eles estão em qualquer tipo de atividade científica. Por isso, vamos citar alguns para fins de ilustração. Especialistas citam uma série de valores inerentes à prática científica em geral. Por exemplo, Resnik (1998) enumera os seguintes: 1) *Honestidade*: cientistas não devem fabricar, falsificar ou adulterar dados ou resultados; devem ser objetivos, abertos (sem pré-juízos) e honestos em todos os aspectos do processo de pesquisa; 2) *Cuidado*: cientistas devem evitar erros na pesquisa, especialmente ao apresentar resultados; devem minimizar erros experimentais, metodológicos, humanos e evitar o autoengano, o preconceito e o conflito de interesses; 3) *Publicidade*: cientistas devem compartilhar dados, métodos, ideias, técnicas e ferramentas; devem permitir que outros cientistas revisem seus trabalhos e devem estar abertos à crítica e às novas ideias; 4) *Liberdade*: cientistas devem ser capazes de conduzir a pesquisa sobre qualquer problema ou hipótese; eles devem ser capazes de perseguir novas ideias e criticar as antigas; 5) *Devido reconhecimento*: os créditos da pesquisa devem ser dados a quem mereça; 6) *Educação*: cientistas devem educar iniciantes e assegurar que eles aprendam a conduzir bem a ciência; eles devem educar e informar o público sobre a ciência; 7) *Responsabilidade social*: cientistas devem evitar causar dano à sociedade e devem procurar produzir benefícios sociais; cientistas devem ser responsáveis pelas consequências de suas pesquisas e devem informar o público sobre essas consequências; 8) *Legalidade*: no processo de pesquisa, cientistas devem obedecer às leis relacionadas a seu trabalho; 9) *Oportunidade*: não deve ser negada ao cientista a oportunidade de uso dos recursos científicos para o progresso do conhecimento; 10) *Respeito mútuo*: cientistas devem tratar seus colegas com respeito; 11) *Eficiência*: cientistas devem usar os recursos, sejam naturais, sejam financeiros, eficazmente; 12) *Respeito pelas pessoas*: cientistas não devem violar os direitos ou a dignidade quando usam pessoas em experimentos; cientistas devem tratar animais não humanos com o devido respeito e cuidado quando estão sendo usados em experimentos.

Num grau maior ou menor, esses valores estão presentes nos estudos clínicos. Nesse sentido, não há como construir uma FIMed sem considerar os pressupostos axiológicos presentes na parte “puramente” teórico-científica da medicina, na sua parte médico-investigativa. Nem seria preciso recorrer, portanto, aos seus aspectos práticos na atividade terapêutico-clínica para mostrar que a medicina é constituída por valores.

Se a ética da pesquisa *in vitro* exige, por exemplo, não falsificar dados etc., a ética da pesquisa com animais não humanos incorpora, além deste, vários outros valores, por exemplo, não causar dor e sofrimento desnecessariamente aos sujeitos da pesquisa. Há uma grande discussão, hoje, sobre a permissibilidade ou não do uso de animais não humanos para fins de ensino e pesquisa. Algumas autoras defendem uma posição abolicionista (Felipe, 2007). Acreditamos que essa posição é razoável para fins de ensino, ou seja, já é possível substituir completamente o uso de animais não humanos por modelos não vivos e simulações computacionais. Todavia, para fins de pesquisa, por exemplo, de teste de novas drogas e outros tipos de experimentos científicos mais sofisticados, como o uso de células-tronco totipotentes, parece ainda justificar-se o uso de modelos vivos. Isso pode ser eticamente justificado pelo benefício ao próprio animal. Por isso, a maioria dos CEUAs (Comitês de Ética no Uso de Animais) adota uma posição ética a partir dos princípios de Russell-Burch, que tradicionalmente é conhecida por 3Rs (sendo um “r” (*replacement*) traduzido por substituição) mencionada acima. O primeiro “R” (*reduze*) exige a *redução* na quantidade de animais, por exemplo, em vez de usar 100, se for possível obter o mesmo resultado científico, deve-se usar apenas 10 indivíduos. O segundo “R” (*refine*) requer a utilização de técnicas mais sofisticadas que não causem desconforto aos animais e levem, por exemplo, à eutanásia se necessário. Por fim, o terceiro “R” (substituição) exigiu, inicialmente, apenas a substituição por animais menos complexos biologicamente, por exemplo, vertebrados por invertebrados. Nossa prática no CEUA da UFSC mostra que é possível reduzir a quantidade de animais, embora sua utilização justifica-se ainda para fins de pesquisa. Entendemos que essa é uma boa prática, mas que no horizonte devemos manter o ideal de buscar a abolição completa, ou seja, a substituição de animais por modelos não animais também na pesquisa.

Nesta etapa do desenvolvimento das pesquisas também surgem outras questões *translacionais*, ou seja, de construção de ponte entre ciência básica e aplicações terapêuticas. Por exemplo, quanto da pes-

quisa científica feita em animais não humanos, com organismos menos complexos, pode ser transposto para seres humanos? Se funciona em um rato ou em um macaco, qual a probabilidade de funcionar para seres humanos? Conforme veremos a seguir, a aplicação não é direta, e um baixo índice das pesquisas *in vitro* e *in vivo* produz ECRs com resultados clínicos relevantes. Essas questões precisam estar presentes para evitar pesquisas inúteis do ponto de vista científico e, portanto, condutas antiéticas. Novamente, como podemos ver, a prática médica possui inevitavelmente pressupostos éticos que podem estar envolvidos nas pesquisas com animais não humanos.

Quanto à ética da experimentação clínica com seres humanos, vimos anteriormente que ela pode se guiar por princípios como o respeito pela pessoa, a não maleficência, a beneficência e a justiça. Talvez outras normas precisem ser acrescentadas, como tem sido salientado por bioeticistas, por exemplo, o respeito pelas comunidades de certos povos (indígenas). Seja como for, as questões ético-políticas precisam ser consideradas inclusive pela medicina translacional, que se apresenta de forma supostamente neutra.

De forma incipiente, entretanto, a própria MT tem reconhecido a necessidade de discutir questões éticas. A distinção entre “transposição primária” e “transposição secundária” é uma evidência dessa preocupação. De acordo com Wehling, enquanto a primeira trata da translação direta da bancada para a beira do leito, a “translação secundária” aborda as inúmeras lacunas na transposição que seriam principalmente estas: “[...] insuficiências no âmbito do paciente, das estruturas socioeconômicas, da educação, da sociedade e dos hábitos, ou seja, das obrigações sociais e políticas” (Wehling, 2021, p. 5).

De fato, há inúmeras questões que intermedeiam, hoje, a sagrada relação entre profissional da saúde/paciente desde políticas governamentais, *lobbies* farmacêuticos até controle de planos de saúde. Uma filosofia *crítica*, como precisa ser uma FIMed, não pode negligenciar esses aspectos ético-políticos.

Alguns autores sugerem uma subdivisão da MT em quatro etapas, buscando otimizar a transposição da bancada para o leito:

T1 ([de T para tempo]: da pesquisa básica para pesquisa clínica): descreve a transposição das descobertas básicas, por exemplo, baseadas no genoma para um candidato à aplicação médica (teste genético ou intervenção etc.), e compreende as três primeiras fases da pesquisa clínica;

T2 (da pesquisa clínica para uma síntese de pesquisas): descreve a translação para o desenvolvimento de orientações baseadas em evidências e, em geral, compreende a quarta fase da pesquisa clínica;

T3 (da síntese de pesquisas para a prática baseada em evidências): as orientações baseadas em evidências são transpostas para a prática da assistência à saúde; e, finalmente;

T4 (prática baseada em evidências para impactos na saúde): procura-se avaliar, na prática, os resultados reais para a saúde de uma aplicação.

Conforme podemos perceber, há uma influência forte da MBE, e as obras prioritariamente dedicadas à MT focam, em geral, na “translação primária”, por exemplo, se uma pesquisa básica leva ou não ao desenvolvimento de uma droga testável em seres humanos (para uma explicitação dos atores e políticas de saúde no contexto brasileiro de produção de medicamentos e sua relação com pesquisa translacional, vide: Lupatini *et al.*, 2019). Por isso, alguns sustentam que a MT não representa novidade e que estamos diante de problemas tão velhos quanto a própria medicina. Seja como for, a última etapa inclui questões ético-políticas.

No capítulo “*What is Translational Medicine?*”, Miriam Solomon (2022) avalia criticamente a MT a partir de seus sucessos e fracassos. Uma contribuição significativa teria sido a modificação genética de células T com material do vírus HIV para tratamento de leucemia linfática. Um exemplo de fracasso (ou, ao menos, de esperança exagerada das aplicações do Projeto Genoma Humano) foi a tentativa de tratar da fibrose cística a partir da identificação do gene CFTR. Além disso, ela aponta também dificuldades de disseminar na prática clínica uma cultura de transposição das recentes descobertas científicas para o aperfeiçoamento do cuidado ao paciente. Metaforicamente falando, seria necessário cruzar o “vale da morte” entre a pesquisa e o atendimento personalizado de um paciente, pois apenas 1/4 das descobertas das ciências *básicas* chegam a constituir-se em ECRs que alcançam a Fase III, e apenas 1/10 delas resultam em algo aplicável clinicamente (Solomon, 2022, p. 162). Uma atenção maior a esses dados poderia ter evitado tanta precipitação na “translação” de estudos pré-clínicos sobre o SARS-Cov-II durante a última pandemia, causando menos danos para vidas humanas, ou seja, não apenas reduzindo óbitos, mas evitando sequelas, por exemplo, neurológicas.

Para finalizar esta parte, então, convém retomar os aspectos valorativos presentes tanto na MBE quanto na MCP. Conforme vimos acima, há uma tendência axiológica *preferencialista* comum a ambas as correntes da medicina. Ora, tanto pela exigência de respeito à pessoa do paciente representada no princípio da autonomia (tanto do profissional da saúde quanto do sujeito ao tratamento) quanto pelos valores objetivos presentes em toda e qualquer atividade de investigação científica vistos neste capítulo, a perspectiva preferencialista parece mostrar-se equivocada. Dito de outra forma, não parece razoável acrescentar simplesmente *ad hoc* os valores subjetivos do paciente na relação P-P/P-P sem a devida discussão crítica de sua compatibilidade com os valores objetivos da prática médica.

Nesse sentido, convém antecipar uma alternativa importante, a saber, a já mencionada *Teoria do Cuidado Racional*. Segundo a TCR, o bem-estar não é constituído por aquilo que um(a) paciente efetivamente deseja ou prefere, mas por aquilo que é constitutivo desde o ponto de vista de uma pessoa cuidadora (incluindo, talvez, ela própria). Desse modo, se investigamos as bases metaéticas da bioética, surge o problema de saber se as razões para agir enraizadas no cuidado e no respeito são NRaA (neutras relativamente ao agente) ou RaA (relativas ao agente). Uma posição adequada quanto a esse tema é a seguinte: a caracterização feita por Darwall (2004, p. 127) do cuidado como gerando razões neutras e do respeito, relativas, pode ser correta desde o ponto de vista *posicional*. Todavia, é perfeitamente possível, desde a perspectiva dos outros significados de NRaA, inverter a caracterização metaética do cuidado e do respeito e sustentar que, num sentido *não posicional*, o respeito também gera razões neutras, imparciais etc. Esse resultado será utilizado para aproximar a MBE e a MCP, como veremos nas últimas seções dos próximos dois capítulos e, especialmente, no quarto capítulo.

Acreditamos que uma contribuição importante deste trabalho será utilizar a TCR como “corretivo” aos pressupostos valorativos tanto da MBE quanto da MCP. Ambas assumem de forma não crítica o preferencialismo valorativo. Este aspecto precisa ser, à luz do presente capítulo, repensado na construção da FIMed. Conforme vimos, tanto a investigação científica (qualquer que seja, incluindo a chamada “pesquisa básica” das ditas “ciências duras”, como, por exemplo, a física, a química e a biologia) é guiada por valores, quanto a pesquisa clínica, usando pacientes como participantes (P-P/P-P), possui elementos éticos que tornam inadequada qualquer abordagem filosófica dos fundamentos

da medicina que desconsidere seus pressupostos axiológicos. Por isso, ao final dos próximos capítulos faremos uma reavaliação rigorosa dos pressupostos axiológicos da MBE e da MCP.

Tendo mostrado que há questões éticas inerentes à atividade médica e que uma FIMed, por conseguinte, não pode ater-se apenas a questões epistêmicas e ontológicas, e que a prática médica recebe uma luz especial a partir da bioética clínica e da ética da pesquisa, podemos, agora, estudar as duas principais filosofias da medicina (a MBE e a MCP), aproximando-as e corrigindo eventuais falhas com vistas à construção da FIMed. Conforme anunciamos na Introdução, a ideia é reconstruí-las e analisar criticamente a possibilidade de mostrar a sua compatibilidade e a congruência de algumas de suas versões, a saber, da MBE não redutivista com a MCP não inflacionista, para garantir a cientificidade da prática médica, bem como a sua eticidade.

Se há uma contribuição decisiva de Hipócrates, fundador da medicina tal como a conhecemos na atualidade (ao menos no mundo ocidental), foi o estabelecimento das bases *científicas* da prática clínica (cf. Hipócrates, 2022). Embora consideremos, hoje, a sua teoria dos quatro humores (que associava a bile amarela ao fogo, o sangue ao ar, a bile negra à terra e a fleuma à água, buscando um equilíbrio entre quente, seco, úmido e frio) superada, ela rompeu com a prática médica da época guiada pela magia, pela superstição ou outros pressupostos metafísicos, buscando explicações *causais*, por exemplo, o efeito de certos tipos de comida no corpo humano, e não mitológicas para as doenças. Seu principal legado foi embasar a medicina na *observação cuidadosa, no registro sistemático do estado do paciente, no estudo de fatores que podem influenciar a saúde humana (por ex., o clima), nas diferenças entre etnias e gênero, na sólida teorização filosófico-científica e na experiência concreta da prática clínica*. Embora não tenha sido a única corrente médica nem mesmo na Grécia antiga (vide Solomon, 2022, p. 119, para um contraste com a chamada “escola empírica”, mais cética, em comparação com a “dogmática” de Hipócrates), ela estabeleceu as bases do método convencional baseado no raciocínio mecanicista, ou seja, do processo racional de vincular uma série de eventos causais na prática clínica. Um exemplo típico de *raciocínio mecanicista*: se um fármaco bloqueia uma molécula que causa câncer, então o paciente não ficará doente. Por conseguinte, diagnosticar é descobrir a(s) causa(s) de uma enfermidade e tratar é intervir nela(s). Num sentido amplo do termo, por conseguinte, Hipócrates é o antecessor da medicina informada por evidências científicas. Infelizmente, ao longo de sua história a prática médica nem sempre se manteve fiel às prescrições hipocráticas, desviando-se, como vimos no capítulo anterior, para especulações vazias.

Dedicaremos este capítulo ao estudo, no sentido estrito, da *Medicina Baseada em Evidências* (MBE). O objetivo central é examinar as principais questões epistêmicas da medicina, em especial, os conceitos envolvidos nas “melhores evidências de pesquisa”, mas também a “*expertise* clínica” e, acima de tudo, o modo como os *valores do paciente* foram, paulatinamente, incorporados nesse enfoque da medicina.

Conforme veremos, esse último aspecto é ainda o menos desenvolvido e discutido pelos defensores atuais da MBE, e o nosso trabalho tentará contribuir de maneira significativa nessa questão (bio)ética. Desde já, entretanto, é necessário apontar para outra lacuna: por que os valores do(a) profissional da saúde/do(a) pesquisador(a) envolvidos(as) na relação P-P/P-P ou a *ética da pesquisa científica* não são ainda hoje devidamente abordados pela MBE? De uma resposta a essa questão depende a aproximação adequada e a comparação com a MCP para a posterior construção de uma FIMed.

2.1. Surgimento e desenvolvimento da MBE

Conforme mencionamos no capítulo anterior, a MBE também nasceu no final do século XX como reação a alguns problemas da medicina convencional. De acordo com Solomon (2022, p. 107), o “avô fundador” foi Archie Cochrane (1909-1988), por ter sido um dos primeiros médicos a defender o uso de estudos clínicos randomizados para estabelecer a efetividade e a eficácia dos tratamentos além do trabalho inicial de Bradford Hill (1952). O pioneirismo de Cochrane foi levado adiante por Ian Chalmers, que fundou o *Oxford Database of Perinatal Trials*, procurando sistematizar os resultados de estudos clínicos antes mesmo da era eletrônica. Outros trabalhos que contribuíram para o desenvolvimento da MBE foram os do Dr. David Sackett (considerado um dos pais fundadores), no início da década de 1980, ensinando médicos a ler artigos científicos. O nome inicialmente escolhido para essa nova filosofia da prática médica foi “avaliação crítica” (*critical appraisal*). Este aspecto é, hoje, apenas um dos componentes da MBE, mas é necessário evitar reduzi-la a meras instruções sobre “Como ler artigos científicos?”, como ainda fazem infelizmente alguns autores (vide subtítulo do livro de Alencar, 2021). Houve, conforme veremos, um significativo avanço e há, atualmente, formas mais sofisticadas de praticar a medicina efetivamente baseada em evidências científicas. O desenvolvimento mais sistemático e robusto da MBE, como veremos, remonta ao grupo de pesquisadores liderado por Gordon Guyatt (que, aliás, cunhou a expressão “medicina baseada em evidências”, em 1992), da McMaster University, com a publicação de uma série de artigos no *Canadian Medical Association Journal*, propondo critérios para avaliar a qualidade da literatura médica com a finalidade de orientar a prática clínica. O subtítulo do livro de Guyatt *et al.* (2015) deixa claro que é um manual para orientar a *prática clínica*, respondendo, dessa maneira, à crítica de que a MBE não é um método completo.

A que se contrapôs inicialmente a MBE? À medicina convencional, na medida em que ela se orientava apenas pela experiência clínica do médico e seu saber fisiopatológico, mecanicista, mas também à “medicina tradicional”, por exemplo, ao *curandeirismo*. Presenciamos, em pleno século XXI, durante a pandemia da COVID-19, promessas de “cura milagrosa” a partir de sementes abençoadas feitas, claro, por charlatões, mas que não destoavam tanto de aplicações médicas de ozonioterapia ou prescrição de vermífugo para combater o SARS-Cov-2. Há também *algumas* propostas a partir da “Medicina Complementar e Alternativa” altamente questionáveis, que beiram ao charlatanismo. Obviamente, a Medicina Complementar e Alternativa é reconhecida em muitos países e há publicações sérias atestando benefícios de alguns fatores, muito provavelmente apenas pelo efeito placebo. Conforme demonstra Shaw (2010), é necessário *rever* criticamente práticas como a homeopatia, e podemos acrescentar, a medicina ortomolecular, a quiropraxia, os florais de Bach e todo tipo de chás e ervas “milagrosos”. É claro que essa não é uma crítica à fitoterapia em si, apenas a seus abusos. Por conseguinte, a exigência de maior cientificidade feita pela MBE é, desde sempre (Hipócrates), uma contribuição inestimável à boa prática médica.

Procuraremos, no último capítulo, rediscutir aspectos epistêmicos e éticos das MACs a partir de obras como *More Harm than Good?*, de Edzard Ernst Kevin Smith, com o objetivo de *rever* alguns aspectos da PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) do SUS. A medicina pode incorporar técnicas milenares, por exemplo, a fitoterapia e a acupuntura, cuja eficácia e segurança já foram, de alguma maneira, atestadas para certas finalidades, mas é duvidoso que outras práticas usadas como coadjuvantes, por exemplo, a homeopatia, baseada em premissas altamente questionáveis (vitalismo e no uso da “lei” dos semelhantes), possa encontrar consenso pela falta de provas científicas. E é duvidoso se deveriam ser patrocinadas pelo nosso sistema público de assistência à saúde (SUS). Para fazê-lo, precisamos antes entender melhor o que é uma medicina guiada pelas *melhores* evidências científicas.

A definição inicial da MBE feita pelo “Grupo de Trabalho Medicina Baseada em Evidências”, do inglês Evidence-Based Medicine Working Group (cf. Referências) salientou os seguintes aspectos: “A Medicina Baseada em Evidências releva a intuição, a experiência clínica não sistemática, as razões fisiopatológicas como bases insuficientes para a tomada de decisão clínica e enfatiza o exame de evidências a

partir da pesquisa clínica”. De início, apresentou-se como “novo paradigma” e ainda é vista por alguns médicos dessa maneira (Alencar, 2021), mas logo algumas críticas mostraram os limites da própria MBE. Voltaremos a este ponto no final deste capítulo, quando faremos uma avaliação crítica da MBE. Ao longo dos anos, ela passou por diversos tipos de transformações, conforme veremos a seguir. Quando Guyatt lançou o programa de uma nova medicina para superar as insuficiências da medicina convencional, anteviu uma série de mudanças em direção ao “médico do futuro”. Por exemplo, no método convencional, uma jovem residente tratando um paciente de 70 anos cujo principal problema é a fadiga, iniciaria a abordagem diagnóstica a partir da análise de dados laboratoriais. Dependendo dos resultados dos exames, poderia estabelecer um diagnóstico ou iria consultar algum colega sênior sobre como proceder. Já uma “médica do futuro”, ou seja, alguém que se guiasse pela MBE, procuraria um computador conectado à internet com acesso à MEDLINE e faria uma pesquisa sobre “anemia por deficiência de ferro.” A seguir, buscaria algum artigo, que seria encomendado a certo custo para a biblioteca, pegaria o texto na manhã seguinte e leria, confirmando se o diagnóstico se aplicaria ou não ao caso de seu paciente. Desde então, a MBE evoluiu bastante na era digital, e com a Inteligência Artificial (IA) continua progredindo não apenas técnica, mas eticamente, incorporando elementos da MCP (por exemplo, a decisão compartilhada). E, apesar de alguns desvios, também forçou a medicina convencional a se atualizar, superando procedimentos ineficazes.

A publicação do livro *Evidence-Based Medicine*, organizado originalmente por David Sackett e colegas, foi um marco importante na sua consolidação. A MBE era, nas primeiras edições, definida como

[...] o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre o cuidado individual dos pacientes. A prática da medicina baseada em evidências significa integrar a *expertise* clínica individual com a melhor evidência clínica externa obtida através de pesquisa sistemática (Sackett *et al.*, [1996], 2000, p. 246).

Notemos que, assim como na definição do Editorial do *British Medical Journal* de 1996, já citada na Introdução deste livro, na sua formulação inicial, não se levava em conta valores. Representava, então, uma perspectiva positivista de ciência e da própria prática médica.

Essa primeira definição comprometia-se com o já mencionado modelo biomédico, que é redutivista, e adotava uma visão funcionalista de “saúde” desconsiderando o elemento *ethiké* na medicina. O modelo biomédico foi proposto em 1910 e desenvolvido por Abraham Flexner

(1866-1959), revolucionando a medicina americana e compreendendo o corpo em termos cartesianos, como uma máquina com, em vez de peças, subsistemas orgânicos, podendo ser explicados ultimamente em termos químicos e físicos. A medicina seria uma “engenharia biomédica” focada na prática curativa. Centrava-se na doença e na autoridade do médico, desconsiderando as questões sociais e éticas. Uma versão da MBE sem preocupações éticas é muito problemática como filosofia da medicina pretensamente completa, pois a prática clínica é, como vimos no capítulo anterior, um empreendimento eminentemente moral. Trata-se, portanto, de um modelo *simplicista* da MBE.

A definição inicial da MBE foi, nas edições posteriores do livro, já sem a participação de Sackett, significativamente modificada para:

A prática da medicina baseada em evidências requer a integração da *expertise* clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível obtida através da pesquisa sistemática e os valores e circunstâncias únicos do nosso paciente (Straus *et al.*, 2019, p. 300; grifos nosso).

O acréscimo feito não é trivial e revela uma mudança significativa de enfoque, superando, por exemplo, a concepção positivista de ciência e, acima de tudo, o paternalismo da proposta inicial da MBE.

É necessário notar, todavia, que o modelo continua, em certo sentido, *simplicista*. Não é suficiente, como notaram corretamente Mitchell e Loughlin (2023, p. 6), apenas dar uma roupagem ética (*ethical-add-on*) seja à MBE, seja à MCP. Uma discussão mais aprofundada sobre valores precisa ser feita para avaliar se o preferencialismo (que representa, no fundo, uma visão consumista e mercadológica da própria medicina) pode ser assumido de forma acrítica ou se enfoques mais objetivos sobre o cuidado (por exemplo, a Teoria do Cuidado Racional) não são mais condizentes com o que é necessário fazer para instituir boas práticas médicas.

Assim como faremos quando abordarmos a MCP no próximo capítulo, é importante também explicitar o conceito de saúde adotado pela MBE. Como sabemos, a MBE usa o *modelo biomédico*, isto é, reduz o paciente a sua constituição somática, vendo a questão da saúde e da doença apenas em seus fatores biológicos. Isto fica claro na própria definição de saúde. Em geral, autores simpáticos à MBE seguem a concepção *funcionalista* sobre saúde/doença de Boorse (1977, p. 562):

Saúde =_{def.} o estado de um organismo é teoricamente saudável, isto é, livre de doença, na medida em que seu modo de funcionamento se conforma ao design natural daquele tipo de organismo.

Usa-se, então, bioestatística para estabelecer uma média, “o normal”. Essa definição naturalista e reducionista parece, entretanto, ser inadequada para a compreensão de certas enfermidades. Além disso, o que significa “design natural da espécie”? Uma pessoa infértil ou um animal castrado não poderiam ser considerados saudáveis? Por outro lado, algumas enfermidades parecem não impedir o funcionamento de um organismo, apenas doenças graves. A definição é, por conseguinte, restritiva demais e aparenta pressupor um tipo de *essencialismo* injustificável filosoficamente. No próximo capítulo, contrastaremos essa definição típica do modelo biomédico convencional com a definição de “saúde” na MCP. Antes, vamos discutir os princípios básicos da MBE.

Para compreender melhor a reformulação proposta da medicina convencional, que, conforme vimos no primeiro capítulo, passou por várias transformações ao longo de sua história de quase 2.500 anos, convém explicitar melhor os principais elementos que compõem a MBE. Para começar, apresentaremos uma formulação inicial de alguns princípios. Na edição de Sackett, depois revista por Sharon Strauss *et al.*, a MBE é elaborada como sendo formada por três componentes, conforme vimos na Introdução: (i) as melhores evidências de pesquisa (*best research evidence*); (ii) as habilidades clínicas (*clinical expertise*) e (iii) os valores do paciente (*patient values*) (Straus *et al.*, 2019). Vamos, agora, abordar cada ingrediente de forma mais detalhada.

Segundo defensores da MBE, por “melhores evidências de pesquisa” entende-se a pesquisa básica relevante, geralmente apoiada pelas ciências fundantes da medicina (por exemplo, anatomia, biologia molecular etc.), mas também a pesquisa clínica “centrada no paciente”, abrangendo testes precisos para diagnóstico (em especial, o próprio exame clínico), os (bio)marcadores para prognósticos e a eficácia e segurança das estratégias terapêuticas, preventivas ou de reabilitação. Recordemos, nesse sentido, a importância do sequenciamento do genoma humano e da descoberta da estrutura do DNA e o seu enorme impacto na medicina. Ela possibilitaria, como veremos, um tipo de “medicina individualizada ou personalizada”. Nota-se, aqui, um possível ponto de contato com a própria MCP, a saber, a consideração de pesquisas *centradas no paciente* como indivíduo único, mostrando que elas não estão em completa oposição nesse requisito.

Sobre o segundo elemento, a “expertise clínica”, os(as) autores(as) compreendem o uso de *habilidades* clínicas e a experiência passada para identificar cada estado único de saúde do paciente e fazer

um diagnóstico, a avaliação dos riscos e benefícios individuais de intervenções e os valores pessoais e expectativas. Nesse sentido, a medicina não seria, para usar uma linguagem aristotélica, apenas uma *epistémé* (conhecimento baseado em evidências), mas uma *techné* (uma arte, ou melhor, uma *habilidade* ou técnica de traduzir em diagnósticos e prognósticos terapêuticos o conhecimento científico). Parece claro que nessas habilidades deve estar incluída a necessidade de busca e avaliação das evidências. Nas últimas edições de *Evidence-Based Medicine*, acrescenta-se que a *expertise* clínica é necessária para integrar a evidência com valores e circunstâncias do paciente. Nesse sentido, ela parece requerer sabedoria prática (*phronesis*), um saber de *tipo* diferente, ou seja, um saber-como e não um mero saber-que proposicional, informacional. Nas próximas seções voltaremos a este ponto. Novamente, temos aqui, como veremos de forma mais detalhada no próximo capítulo, pontos de contato com a MCP.

Por “valores do(a) paciente”, Straus *et al.* entendem as preferências, preocupações e expectativas que cada pessoa traz ao encontro clínico e que deve ser integrado e compartilhado nas decisões para servir ao paciente. Conforme vimos na seção anterior, esse elemento foi introduzido e enfatizado ao longo de certo desenvolvimento da MBE, que inicialmente restringia-se a uma avaliação crítica da literatura médica. Segundo Guyatt *et al.* (2015, p. 47), a MBE apresenta, atualmente, um enfoque de prática médica mais “humanista”. A versão própria da MBE de Guyatt será discutida na próxima seção. Seja como for, por “circunstâncias do paciente” compreende-se o estado individual de cada um e o seu contexto clínico específico e único. Parece possível aproximar a MBE com a MCP, que defende a importância da consideração das vivências do adoecimento. Esse ponto, todavia, precisa ser bem analisado na FIMed para evitar o subjetivismo extremo e o relativismo ético, pois o cuidado terapêutico parece gerar razões para agir que são neutras em relação ao agente.

2.2. Bases epistêmicas da MBE

A versão mais completa da MBE é, claramente, a feita por Guyatt e seus colaboradores. Hoje, o “*User’s Guide*” é a forma mais bem elaborada da MBE. Por isso, nesta seção, trataremos quase exclusivamente das suas contribuições para a sofisticação desse enfoque filosófico da medicina. Como veremos, os aspectos epistêmicos destacam-se, dei-

xando, entretanto, a desejar o desenvolvimento dos aspectos éticos que serão reavaliados na última seção deste capítulo.

Antes de apresentar uma discussão epistêmica sobre o que conta como evidência, convém salientar que há diferentes *tipos de conhecimento*. Vários filósofos já desenvolveram esse ponto, desde Platão até Russell (1959, p. 33-34), então podemos apresentar o tópico de forma breve. Para começar, há o *saber-como*, que precisa ser compreendido basicamente em termos de competências para agir ou produzir algo. Por exemplo, quando dizemos que sabemos-como dirigir um carro, sabemos-como jogar xadrez ou futebol etc., estamos nos referindo a um tipo de conhecimento especial *adquirido por treinamento e que se constitui basicamente numa capacidade de seguir padrões normativos para atingir certas finalidades*. Pragmatistas consideram esse tipo de saber mais originário do que o saber-que, ou seja, o ter crenças justificadas em proposições verdadeiras. Não defenderemos, entretanto, essa perspectiva aqui. Em segundo lugar, há o saber por familiaridade, isto é, o conhecimento direto de objetos e pessoas. Dizer que conhecemos Londres implica dizer que temos uma vivência especial da cidade, estivemos lá, experienciamos a sua atmosfera, sua famosa neblina, passeamos pelo Tâmis, vimos o Parlamento, que é berço da democracia moderna etc. Em terceiro lugar, há o chamado “conhecimento proposicional”, que tradicionalmente é definido de forma tripartite: ter crenças suficientemente justificadas (por exemplo, por *evidências*) em proposições verdadeiras.

Dado que as evidências desempenham papel justificatório nesse último tipo de conhecimento, convém aprofundar um pouco a discussão. Em geral, diz-se que um sujeito A sabe-que p sse:

- i) A acredita que p;
- ii) p é verdadeira.
- iii) A tem evidências adequadas para crer que p.

Sem nos aprofundarmos, aqui, numa explicação pormenorizada do estado mental “crença”, nem discutir a teoria da verdade pressuposta (em geral, é a correspondência entre a proposição (“p”) e o fato apresentado (p) ou, como diriam os medievais, uma *adaequatio rei et intellectus*), é importante notar que as evidências têm um papel de justificação das crenças. Sem justificativas adequadas, ninguém sabe algo. Uma pessoa nada sabe se somente tem meras crenças, opiniões etc. como tem sido salientado por importantes epistemólogos atuais (Dancy, 2000; Williams, 2001). É possível saber, e não apenas crer,

que a composição química da aspirina é $C_9H_8O_4$ e que ela age como analgésico.

Para iniciar, agora, a análise dos pressupostos epistêmicos da MBE, é necessário examinar criticamente o que *significa* “evidência”. Uma definição ampla foi feita nestes termos: “qualquer observação empírica ou relato de um sintoma ou estado mental constitui uma evidência potencial, tenha sido coletada sistematicamente ou não” (Guyatt, 2015, p. 64). Dada essa definição bastante ampla, conta como evidência tanto a observação de um profissional da saúde quanto o resultado de um ECR, e até mesmo o relato de um sentimento do paciente em relação à sua experiência da doença, conforme defendido pela MCP. É claro que há, todavia, melhores ou piores evidências. Por isso, é necessário buscar uma compreensão mais precisa baseada na hierarquização das melhores evidências. Apresentaremos a seguir uma discussão sobre como ordená-las objetivamente, estabelecendo uma relação com maior ou melhor confiabilidade não apenas para crer, mas também para fins de diagnóstico, tratamento na prática clínica.

Podemos encontrar evidências numa variedade de *fontes*, incluindo artigos originais de revistas, resenhas, sinopses de estudos primários, guias clínicos práticos, manuais médicos tradicionais e inovativos e, mais recentemente, nas múltiplas fontes da internet. A questão é discriminá-las como sendo *as melhores possíveis* para fins de prática clínica. Talvez o ideal cartesiano de “ideias claras e distintas” para chegar a evidências apodíticas seja exagerado, pressupondo um tipo de fundacionismo inalcançável. Por conseguinte, podemos trabalhar apenas com evidências que estejam além de dúvidas *razoáveis* (“*beyond reasonable doubt*”). Convém, então, abordar alguns aspectos epistêmicos da MBE relacionadas com a avaliação crítica das evidências, evitando uma concepção equivocada da própria ciência.

Primeiro, segundo os defensores dessa variante da MBE, “[...] a busca da verdade é mais bem alcançada pelo exame da *totalidade das evidências* em vez de selecionar um item limitado, o qual corre o risco de não ser representativo e que será certamente menos preciso que a totalidade” (Guyatt *et al.*, 2015, p. 65, grifos nossos). A exigência da “totalidade de evidências”, de forma questionável atribuída por Guyatt ao *Tractatus Logico-philosophicus* de Wittgenstein, parece exagerada, mas ela procura evitar uma série de vieses na seleção do que conta como evidência.

Neste ponto, precisamos introduzir uma discussão epistêmica mais pormenorizada sobre o tipo de conhecimento representado pela ciência, em especial, se a exigência da totalidade de evidências é razoável ou não. Se usarmos a definição de “conhecimento” a partir da análise tripartite clássica apresentada acima, então resulta claro que evidências desempenham uma *função justificatória* na atribuição de saber. Precisamos focar, portanto, neste ponto. É importante salientar, então, que a discussão sobre teorias de justificação epistêmica continua sendo um problema aberto para a MBE, em especial, o debate entre evidencialistas e confiabilistas. De acordo com alguns autores (Solomon, 2022, p. 113; Drumond, 2014, p. 3), a MBE pertence, paradoxalmente, à escola confiabilista (a crença justificada resulta de um processo confiável como um ECR), mas não há consenso sobre esse ponto. Na verdade, elas não parecem ser mutuamente excludentes. Conforme procuraremos mostrar, as evidências devem possibilitar o conhecimento, ou seja, ter uma crença *suficientemente* justificada em proposições verdadeiras, evitando o chamado “problema de Gettier”, isto é, casos em que um sujeito “sabe” não por evidências adequadas, mas por acaso ou por inferências questionáveis etc. Em outros termos, uma teoria confiabilista (*reliable*) seria capaz de abordar os contraexemplos ao que conta como conhecimento, caracterizando, assim, a justificação como suficientemente confiável (cf. Dancy, 2000, p. 31).

Entre as múltiplas teorias de justificação, podemos mencionar aqui (em vez da questionável “totalidade de evidências”) a chamada “*hinge epistemology*”, esta sim desenvolvida por Wittgenstein, em especial, no livro *Da Certeza*, onde ele questiona a epistemologia realista mooreana. Essa nova epistemologia parece ter contribuições relevantes para a discussão do que conta como evidência justificadora de crenças. As reflexões de Wittgenstein têm sido utilizadas tanto para compreender a epistemologia da medicina quanto a sua relação com a bioética (cf. Elliot, 2001). Em particular, o artigo “Ultimate Justification: Wittgenstein and medical ethics”, de Julian Hughes (1995), pode ser usado para elucidar esse ponto. Há uma grande discussão ainda sendo feita sobre teorias do conhecimento, especialmente questões relacionadas ao problema da justificação, incluindo o problema-Gettier (cf. Williams, 2001, p. 64), mas parece possível buscar uma aproximação entre evidencialistas e confiabilistas através de um “fundacionismo moderado”. Essa forma de fundacionismo inspira-se na elucidação da gramática do conhecimento feita no livro *Da Certeza* de Wittgenstein (ver: Moyal-Scharrock [2004, 2007] e Coliva [2010]). Trata-se, em última análise,

de mostrar que as razões que justificam crenças precisam chegar a um fim, pois o próprio duvidar depende de certezas, ou seja, alcançar, para usar uma metáfora wittgensteiniana, a “rocha que entorna a pá”, além de aceitar um pluralismo metodológico. Em outros termos, a *hinge epistemology* parece superar a polarização entre evidencialistas e confiabilistas, mostrando que temos razões para agir bem fundadas, e quando “falta” justificação (ou melhor, quando a cadeia de razões termina) podemos dizer “é assim que agimos”. Não entraremos, entretanto, nessa questão especializada sobre justificação epistêmica de forma tão detalhada aqui, por fugir dos limites deste livro. Parece claro, todavia, que alguns pontos *metodológicos* no processo de formação do conhecimento médico – por exemplo, se por indução, por dedução (incluindo talvez o método hipotético-dedutivo falseável) ou raciocínio abdutivo (inferência a favor da melhor explicação) – precisam ser abordados na próxima seção, quando voltaremos ao problema da justificação.

Outra postulação epistêmica importante da MBE é a seguinte: “nem toda evidência é igual e um conjunto de princípios pode identificar evidências mais ou menos confiáveis” (Guyatt *et al.*, 2015, p. 65). Esta é talvez a maior contribuição da MBE, a saber, a organização da volumosíssima literatura médica especializada para orientar a prática clínica nas *melhores* evidências, ou seja, mais críveis. De fato, a organização de banco de dados de artigos, sistemas de busca em plataformas *on-line* para consulta bibliográfica (*PubMed*, *Medscape's*, *eMedicine*, até mesmo o *Google Scholar* – e mais recentemente o uso da Inteligência Artificial Generativa, que utiliza um modelo de linguagem de larga escala [LLM] capaz de processar a linguagem natural [PLN]) facilitam o acesso ao que há de melhor e mais atualizado em termos científicos. Somente para ilustrar, atualmente o próprio chatGPT pode fornecer alguma assistência ao profissional da saúde na busca por evidências, auxiliando-o no prognóstico (Floridi, 2024). Deve, entretanto, ser usado como “uma segunda opinião” na organização das evidências. Digno de nota aqui é a iniciativa “Cochrane Collaboration”, que sintetiza as melhores evidências dos testes clínicos para fins clínicos, e é a que, particularmente, indicamos.¹⁶ Nesse sentido, a medicina não pode mais caminhar com os passos lentos das experiências de consultório ao modo convencional, e deve buscar evidências *robustas* e não apenas proceder por tentativas e erros. Por isso, a MBE exige uma atualização científica constante dos profissionais da saúde. A ciência é um processo de investigação da realidade em constante mudança e parece nunca perder

¹⁶ Disponível em: <https://www.cochrane.org>. Acesso em: 29 out. 2024.

completamente seu caráter hipotético. Dessa maneira, a formação filosófico-científica, com aulas de epistemologia e não apenas de epidemiologia, deveriam fazer parte dos cursos de medicina, além, é claro, de bioética. Mas não entraremos de forma aprofundada, aqui, nesse aspecto pedagógico, embora pareça óbvio que os cursos de medicina tenham que ensinar seus alunos a usar tais ferramentas, alertando-os para a necessidade de educação permanente. Este ponto será retomado quando apresentarmos a FIMed, reforçando a necessidade de uma educação científica (e ética) de formação de excelências dos profissionais que cuidam e salvam vidas.

Outra contribuição fundamental da MBE é a hierarquização das evidências numa escala de maior ou menor *confiabilidade* no que é conhecido como GRADE (*Grades of Recommendation, Assesment, Development and Evaluation*).¹⁷ Conforme antecipamos no capítulo precedente, há uma vinculação interna entre cientificidade e confiança tanto no diagnóstico quanto nos prognósticos de tratamento. Por exemplo, no texto “GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations”, Guyatt *et al.* (2008) propõem uma escala que hierarquiza evidências segundo estudos da mais alta qualidade científica (meta-análises e ECRs), passando por revisões sistemáticas e estudos observacionais, até relatos de casos ou depoimentos de autoridades e, por conseguinte, maior ou menor grau de confiabilidade (vide também: Guyatt *et. al.*, 2015, p. 55). O grau máximo é, diferentemente de outras propostas, concedido aos estudos clínicos tipo N-de-1, em que um único PP (paciente/participante) recebe intervenções comparadas em diferentes momentos para avaliar opções de tratamento.

A questão da hierarquização das melhores evidências precisa, de fato, de mais pesquisas e reflexão crítica sobre seus pressupostos epistêmicos e éticos. Há problemas complexos (por exemplo, de manejo de dados bioestatísticos) que não trataremos aqui, por ultrapassarem as pretensões deste trabalho. Todavia, importantes instrumentos de hierarquização de evidências podem ser constantemente consultados para repensar a GRADE, como *The Centre for Evidence-Based Medicine da Oxford University*.¹⁸ A principal intenção do presente livro é reavaliar os pressupostos *éticos* do GRADE, por exemplo, se ele consegue eliminar os inúmeros vieses que existem: vieses da seleção (alocação; exclusão etc.). Alencar (2021, p. 67) analisa *dezenas* de pré-juízos que

¹⁷ Disponível em: <https://www.gradeworkinggroup.org>. Acesso em: 29 out. 2024.

¹⁸ Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/>. Acesso em: 29 out. 2024.

podem comprometer a cientificidade dos estudos clínicos. Esse aspecto é bastante relevante, pois a superação da polarização entre grupos de profissionais da saúde referida no início deste livro será, aparentemente, atingida por meio de um “consenso” ou, ao menos, da formação de uma maioria que concorde sobre a conexão interna entre qualidade de evidências científicas e recomendação de tratamento. Para lograr êxito nesse desafio, será crucial rever os pressupostos não apenas epistêmicos (tipos de evidência), mas, principalmente, éticos (graus de confiabilidade) do GRADE. Por exemplo, parece claro que os ECRs conseguem evitar alguns vieses que podem estar presentes nos estudos observacionais (cf. Howick, 2022), mas será que evita mesmo todos os tipos de concepções?

Se, agora, procuramos estabelecer o grau de certeza científica em relação ao resultado de estudo e o *grau de confiabilidade* num diagnóstico ou prognóstico, então é importante notar que é necessário considerar vários aspectos. Mesmo em pesquisas como revisão sistemática e meta-análise, que geram algum grau de confiabilidade tanto para fins de diagnóstico quanto de tratamento com bom prognóstico, pode haver variação dependendo do modo como a amostragem está desenhada. Ela pode levar a imprecisões, inconsistências etc. e até mesmo conter vieses. Como estabelecer, então, uma relação mais exata, para fins clínicos, das melhores evidências e graus de confiabilidade médica? Um exemplo dessa relação, aperfeiçoando a classificação anterior, foi elaborada a partir do GRADE e apresentada por Guyatt *et al.* (2015, p. 57), dividindo o grau de confiança entre “alto”, se resulta de um ECR, e “baixo”, se resulta de um estudo observacional: quanto maior o risco de *viés*, de *inconsistências*, de *imprecisão* ou *problemas de publicação*, mais baixa a confiança nas estimativas de diagnóstico e prognóstico; quanto melhores as evidências, mais alta a confiança. Por conseguinte, não podemos citar um estudo observacional comparando-o com uma meta-análise e questionar o resultado desta última, pois isso revela confusão.

É possível, então, distinguir mais claramente entre diferentes graus de qualidade das evidências, indo da “alta qualidade”, passando pela “moderada” e “baixa”, até a “muito baixa”, para, posteriormente, estabelecer a conexão com a força de recomendação terapêutica. A ponte é, como deve estar claro neste ponto, a seguinte: quanto maior a qualidade da evidência, maior é a força da recomendação. A qualificação a seguir, tirada do GRADE, é a mais empregada atualmente pelos adeptos da MBE (Guyatt *et al.*, 2008, p. 926):

1ª (Qualidade alta): é muito improvável que pesquisas posteriores irão abalar a nossa confiança na estimativa do efeito;

2ª (Moderada): é provável que pesquisas posteriores terão um impacto importante na nossa confiança na estimativa do efeito, podendo alterar tal estimativa;

3ª (Baixa): é muito provável que pesquisas posteriores terão um impacto importante na confiança na estimativa do efeito, e possivelmente mudarão tal estimativa;

4ª (Muito baixa): qualquer estimativa do efeito é muito incerta.

Esta classificação permite uma estratificação dos ensaios clínicos.

Somente para fins de ilustração, podemos dizer que uma meta-análise com bases em múltiplos ECRs possui um grau de confiabilidade bastante alto, podendo ser classificada como 1A (se for com muitos pacientes) ou 1B (com poucos). Já estudos menos confiáveis receberão uma classificação baixa, por exemplo, evidências menos robustas geram uma classificação 2A (estudo coorte), até mesmo 4 (série de casos), ou 5 (opinião de especialistas sem avaliação crítica). Obviamente, à medida que a ciência médica avança, podemos ter reavaliações ou estudos novos com maior ou menor grau de evidência e, por conseguinte, de confiabilidade diagnóstica ou de tratamento.

Dado que tanto o grau de cientificidade quanto a relação com a confiança clínica estão sempre sendo revistos, discutidos, e não há consenso *final* sobre todos os pontos, é importante notar que cada profissional da saúde precisa tornar-se uma espécie de cientista, de investigador, e avaliar o resultado dos estudos. Além disso, a própria MBE está ciente de que as evidências são necessárias para uma boa prática médica, mas não suficientes para uma tomada de decisão clínica, pois há outros fatores importantes, como a *expertise* médica e os valores do paciente. Esses pontos serão analisados a seguir.

2.3. Raciocínio médico: aplicando métodos científicos

Entre as habilidades que devem ser desenvolvidas pelo profissional da saúde, está a de investigação, em especial, a capacidade de avaliar cientificamente os resultados de uma pesquisa e *singularizá-los* num diagnóstico para um(a) paciente. Conforme vimos acima, um bom profissional da saúde é uma espécie de investigador(a), um(a) cientista. Não basta encontrar um site com evidências pré-avaliadas e aplicar de forma irrefletida. Essa atitude pode levar a erros médicos. Como vere-

mos, o ideal para evitá-los é um modo de *praticar* a medicina baseada em evidências (MBE). Temos, aqui, divergências entre mecanicistas (método convencional), frequentistas (se as coisas fazem em geral sentido, devem funcionar) e aqueles que pensam que, sendo a medicina uma arte/ciência da incerteza, somente probabilidades são alcançáveis, por exemplo, aplicando um método bayesiano. Seja como for, todo profissional da saúde deve desenvolver *habilidades de pesquisa*, aprendendo a avaliar *criticamente* por si as melhores evidências para o caso que está tratando. Já mencionamos o problema de como precisa funcionar *metodologicamente* o raciocínio clínico: indutivo, dedutivo, inferência para a melhor explicação etc. Vamos, agora, discutir de forma mais aprofundada esse ponto, analisando, inspirados em Wittgenstein (IF, §133), a viabilidade de um *pluralismo metodológico*, ou seja, de aplicar uma multiplicidade de técnicas de investigação científica, o que não significa, necessariamente, anarquismo metódico.

O tipo de pluralismo metodológico que apresentaremos a seguir inspira-se na proposta de Miriam Solomon defendida em *Making Medical Knowledge* (2022, p. 207), a saber, de reconhecer que a prática científica, incluindo a medicina teórica e a própria atividade clínica enquanto *epistémé*, já é diversa e usa múltiplos procedimentos de investigação sem restringir seus domínios. Em outros termos, trata-se de uma visão “*untidy*”, em que não há uma preocupação de unificar ou mostrar que cada método tem seu lugar ou função dentro de um todo. Nenhum método tem hegemonia; todos são indispensáveis e todos são falíveis. Portanto, a própria metodologia científica está em constante desenvolvimento. O que sugeriremos, e que não está na proposta inicial de Solomon, é o uso de *silogismo prático* para evitar a falácia populacional. Acreditamos que ele tem um papel crucial no raciocínio médico para evitar a aplicação apressada de resultados de estudos populacionais a um(a) paciente.

Vimos, no capítulo anterior, alguns tipos de ensaios clínicos que embasam a prática médica. Em especial, os ECRs são considerados o “padrão ouro” da MBE, dando suporte tanto para diagnóstico quanto para tratamentos com bons prognósticos. Todavia, muitos autores questionam metodologicamente a capacidade de um ECR estabelecer uma relação causa-efeito real. Por exemplo, no capítulo 7 do livro *Philosophy of Medicine*, Thompson e Upshur (2018) questionam se a aleatorização (*randomization*) revela de fato relações causais eliminando a confusão, evitando vieses etc., mesmo a partir de uma generalização baseada num resultado probabilístico estabelecido estatisticamente. A seguir faremos

uma discussão *crítica* do uso dos ECRs na prática clínica, para ilustrar as dificuldades metodológicas da própria MBE.

Iniciemos caracterizando de forma mais detalhada o que é um ECR e como é possível estabelecer alto grau de confiabilidade nos seus resultados, auxiliando profissionais da saúde no estabelecimento das melhores evidências para a tomada de decisão clínica. O uso de ECRs nasceu na agricultura com os trabalhos de Fisher, em 1935, que loteou pedaços de um terreno, escolhendo alguns para *intervenção* (por exemplo, adubando) e outros para *controle* (não intervindo com adubos) antes de alguma plantação. Mantidas as condições relativamente homogêneas de clima, irrigação etc., no final, *ceteris paribus*, seria possível mensurar os resultados e estabelecer uma relação causal quanto aos produtos colhidos. Conforme vimos no início deste capítulo, Hill, Cochran e Clarmers, entre outros, logo o aplicaram aos estudos médicos. Esse método tem sido amplamente usado nos testes clínicos que passam, como vimos no primeiro capítulo deste livro, por diferentes fases, para estabelecer a segurança e a eficácia de medicamentos, vacinas etc. Por exemplo, na fase III, seleciona-se uma amostragem populacional, divide-se em dois grupos de forma aleatória (G1 de *intervenção*, que recebe a vacina, e G2 de *controle*, que recebe placebo) e, no final do experimento, mensura-se calculando *estatisticamente* a provável eficácia, generalizando para uma população como um todo.

Matematicamente falando, é possível definir uma amostra aleatória da seguinte maneira:

Uma amostra de n indivíduos de uma população escolhida, de tal modo que todos os possíveis conjuntos de n indivíduos podem igual e provavelmente ocorrer.

A grande aposta da aleatorização é evitar vieses cognitivos ou éticos (na escolha dos sujeitos de pesquisa por gênero, raça etc.) e confusões em relação às reais causas dos fenômenos que pretendemos compreender e explicar – e, desse modo, estabelecer uma relação *causal* e não apenas, por exemplo, uma correlação espúria. Como atingir esse ideal de cientificidade, isto é, de explicação causal? Uma pressuposição importante, obviamente, é que a amostragem de um ECR seja representativa. Outra é que haja certa homogeneidade. Assim, a aleatorização permite uma generalização mesmo que estatística, apontando *probabilidades* para os resultados de um tratamento x para um paciente y . E aqui temos um dos principais problemas apontados por Thompson e Upshur (2018,) que questionam a “fê” nos ECRs: sendo a

estatística uma aplicação de um cálculo probabilístico, ela pode levar a erros não apenas no processo de generalização, mas principalmente, na singularização, ou seja, na *translação* de um resultado geral de uma população para um paciente particular. Podemos cometer um erro inferencial conhecido como “falácia ecológica”: aplicar um resultado genérico para um paciente fora da margem estatística. Como evitar este problema?

A aplicação de resultados estatísticos deve ser feita com extremo cuidado na prática clínica. É claro que há regularidades que são identificadas de forma probabilística, por exemplo, por um cálculo bayesiano. Para ilustrar: ao jogar uma mesma moeda, mesmo inúmeras vezes, sabemos que há 50% de chance de cair cara ou coroa. Outro exemplo: se temos 5 bolas (3 verdes e 2 brancas) num saco fechado e retiramos uma branca, podemos aplicar um método bayesiano e calcular a probabilidade da cor da próxima bola. Voltaremos a esse ponto mais adiante. Se um medicamento é seguro e tem eficácia para 98% dos casos, podemos estar diante de um(a) paciente, *que sempre é único*, que pode ter alguma reação adversa não detectada nem mesmo por um ECR. Para evitar a falácia ecológica, vamos propor a seguir o uso de silogismos práticos como instrumentos valiosos da *sabedoria (phronesis)*, uma virtude intelectual essencial ao bom profissional da saúde, para a transposição dos conhecimentos científicos para a prática clínica.

Exatamente para evitar erros médicos é que a discussão sobre os diferentes tipos de métodos pode auxiliar um profissional da saúde na realização de suas atividades. Desde os gregos, em especial desde Hipócrates, a medicina foi entendida como uma atividade científica (digamos, com uma parte de “Medicina Pura”: fisiologia, anatomia, bioquímica, imunologia, genética etc.), cujos métodos precisavam seguir os padrões de investigação das ciências em geral, em especial, o método indutivo (da observação de uma série de regularidades na natureza infere-se uma proposição geral) e o dedutivo, em especial, nas formais, como a matemática, a estatística etc. Para uma atividade empírica como ciência médica, estabelecer o “todo” e compreender o “particular” é fundamental. Como escreveu Hipócrates em *Epidemias I*: “Estas foram as circunstâncias das doenças nas quais formei meu julgamento, *aprendendo da natureza comum de todos e a natureza particular do indivíduo*” (Hipócrates, 2022, p. 187, grifos nossos). A observação dos particulares deveria levar indutivamente à compreensão da natureza comum de todos. Para ilustrar:

O cisne 1 é branco;
O cisne 2 é branco;
O 3 é branco

...

∴ (Conclusão) Todos os cisnes são brancos.

Hoje sabemos, entretanto, que esse raciocínio pode ser falho.

O principal problema do método indutivo é que, *stricto sensu*, a universalidade não é assegurada (apenas certo grau de generalidade) e pode levar a erros. Todavia, em determinados contextos, parece “inevitável” pensar em termos indutivos: por exemplo, numa pandemia, depois de atender durante um dia de trabalho mais de 10 pacientes com COVID-19, um profissional da saúde estará propenso *psicologicamente* a inferir indutivamente que o próximo também terá... Mesmo a ciência experimental moderna (Bacon, Galileu, Newton) organizava-se, segundo Köche (2015, p. 56), em vários passos que pressupõem os do raciocínio indutivo, a saber:

- 1º: Observação dos elementos que compõem um fenômeno;
- 2º: Análise das relações entre os elementos do fenômeno;
- 3º: Indução de hipótese;
- 4º: Teste experimental para *confirmar* a hipótese (verificação);
- 5º: Generalização em leis científicas e construção de teorias.

A indução, entretanto, foi criticada por David Hume e, mais recentemente, por Karl Popper e outros filósofos, por carecer de fundamentação *lógica*. De fato, assim que os europeus chegaram à Austrália descobriram que nem todos os cisnes eram brancos...

Como mostrou Russell (1959, p. 47) no capítulo “Sobre Indução”, uma inferência indutiva apresenta uma expectativa, ou seja, é apenas *provável* a conclusão tirada. O *gap* lógico pode, eventualmente, ser “remediado” probabilisticamente considerando a amostragem. Por isso, é necessário saber estatística e discutir filosoficamente teorias da probabilidade. Mesmo tendo que abandonar a concepção de *episteme* clássica, que era essencialista, podemos validar parcialmente os resultados obtidos indutivamente nos valendo de estatística. Dito de outro modo, a indução, no contexto de descoberta do conhecimento, pode ser usada, mas seus resultados precisam ser aceitos de forma probabilística apenas. Novamente, conforme apontado por Alencar (2021, p. 95-107), a análise bayesiana dos estudos científicos é fundamental para a MBE. Ilustraremos, a seguir, como isso pode ser feito na prática médica.

Outro método científico adotado desde os gregos, de forma predominante na matemática, foi o *dedutivo*, mudando, para sempre, o modo de fazer geometria, que deixou de ser agrimensura empírica, como no Egito antigo. O protótipo desse procedimento metodológico é a exposição dos princípios fundamentais da geometria feita por Euclides, imitada desde então como exemplo da axiomatização dedutiva nas ciências, em especial, nas formais. Ela representa uma verdadeira revolução científica, que mudou radicalmente o modo como produzimos e organizamos o conhecimento. A partir de postulados básicos (por exemplo, (i) que uma linha reta pode ser traçada ligando dois pontos quaisquer; (ii) que qualquer segmento de reta pode ser prolongado indefinidamente etc.), Euclides procurou deduzir todo o conhecimento geométrico. A validade das inferências dedutivas é inquestionável. Na história da matemática, entretanto, o quinto postulado não foi considerado evidentemente verdadeiro, e mesmo a sua tentativa de prova por *reductio ad absurdum* não foi aceita unanimemente. Uma redução ao absurdo é uma prova indireta: ao invés de tentar provar a verdade de uma proposição, ela é negada e, se encontrado um absurdo (por ex., uma contradição), conclui-se que a negação é falsa, afirmando a verdade da proposição inicial. Dos esforços de provar indiretamente o quinto postulado de Euclides nasceram as geometrias não euclidianas, como a riemanniana.

No sentido lato, profissionais da saúde também fazem deduções. Um ponto positivo de uma dedução é que ela *preserva a verdade* das premissas para a conclusão. Desse modo, não há como aceitar premissas e negar, sob pena de incoerência, a verdade da conclusão inferida. Por exemplo, um silogismo pode demonstrar (e um silogismo é antes de tudo, como mostrou Aristóteles, uma *prova*, por conseguinte, com alto grau de evidência) a verdade de certas conclusões de forma inquestionável:

PM: Todos os homens são mortais.

Pm: Sócrates é homem.

∴ Sócrates é mortal.

No sentido estrito de “dedução”, se as premissas universais são evidentemente verdadeiras, a conclusão particular segue-se *necessariamente*. As deduções, entretanto, assumem pressupostos gerais (por exemplo, a geometria euclidiana que o espaço seria plano). É claro que nem toda dedução é de uma premissa universal para um caso particular. Podemos *deduzir* logicamente, das premissas de A e B, a conclusão A.

Esta dedução é formal e constitui-se num argumento correto, embora ele não seja informativo. Um *modus ponens* também é uma inferência de “B” a partir de “Se A, então B” e “A”. Compreender bem este ponto nos permitirá discutir criticamente o chamado “silogismo prático”, que abordaremos a seguir como expressão mesma de sabedoria médica.

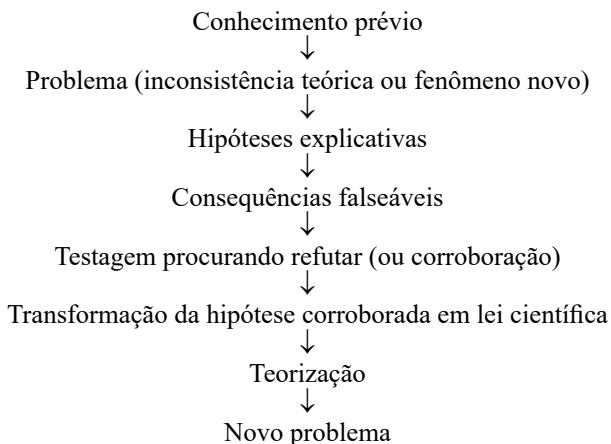
Usamos o método dedutivo na prática clínica? Claramente, sim. Para manter o exemplo: se sabemos que todos os membros de uma família contraíram COVID-19, podemos inferir que o pai também contraiu. A conclusão é verdadeira, mas apenas explícita o que está contido na premissa geral que, conforme vimos acima, podemos ter chegado por indução que deve ser aceita apenas probabilisticamente. A questão é saber *como* chegamos a uma proposição universal para que conste na base de uma demonstração dedutiva. No caso de um conjunto observável finito (como os membros de uma família), é possível uma enumeração completa, mas e os outros casos? Não seria também indutivamente?

No pensamento contemporâneo, um desenvolvimento epistêmico significativo da questão metodológica da ciência foi feita a partir dos trabalhos de Karl Popper por autores como Thomas Kuhn, Imre Lakatos etc., e é conhecido como Método Hipotético-Dedutivo Falseável (MHDF), procurando evitar a indução. Ele pode ser usado tanto para fins de investigação do problema de saúde no momento do diagnóstico (“contexto de descoberta” da(s) causa(s) da doença), quanto usado para fins de prognóstico (“contexto de justificação” da interferência médica), procurando o melhor tratamento a ser decidido numa decisão compartilhada. Tanto nos procedimentos de diagnóstico, particularmente o *diferencial* quando se afastam sintomas ou causas que não explicam o problema, quanto de escolha do chamado “tratamento empírico”, esse método pode trazer bons resultados.

Conforme veremos a seguir, no processo diagnóstico (em especial, no chamado “diagnóstico diferencial”), um dos melhores métodos é aquele que inicia com a clara tentativa de *identificar o problema*, formulando depois hipóteses e testando-as, seja para aceitá-las (corroboração) ou rejeitá-las (refutação). No livro *Philosophy of Medicine*, Thompson e Upshur (2018, p. 74) discutem o uso do método popperiano e suas aplicações no contexto clínico. Há várias maneiras de ilustrá-lo, e por “tentativa e erro” talvez seja a mais simples, mas há formas menos ingênuas de falseacionismo (Lakatos, 1979). Para fins didáticos, podemos citar um caso simples: imaginemos um(a) paciente com alguns

sintomas e sinais (olhos lacrimejados; tosse; cansaço; febre; dificuldade de respiração etc.). Podemos, ao menos, formular duas hipóteses: ou é bronquite (H_1) ou pneumonia (H_2). Se exames mostrarem que a H_1 é falsa, então concluiremos, provisoriamente, que seja pneumonia. Outras doenças, por exemplo, tuberculose (H_3), COVID-19 (H_4) etc., não podem ainda ser descartadas.

O MHDF pode, *grosso modo*, ser reconstituído destacando a existência no saber existente de um problema e visualizado desta maneira:



A ciência seria, então, um processo investigativo cíclico que vai de problemas no saber existente, tais como fenômenos não observados ou inconsistências para a formulação de conjecturas e tentativas de refutação para novos problemas, sem nunca perder o caráter hipotético.

Outra ilustração, mais complexa, do MHDF tirada da história da medicina foi feita por Köche (2015), a partir das pesquisas de Rosenberg, cirurgião norte-americano que investigou estratégias biológicas para tratamento de câncer. Vamos reconstruir brevemente o processo. *Fato*: um paciente antigo seu, que fizera uma cirurgia para extirpar um câncer no estômago, mas que já tinha se espalhado para outros órgãos e fora mandado para casa sem tratamento com previsão de poucos meses de vida, retornou uma década depois para fazer nova cirurgia, desta vez de cálculo biliar, e estranhamente o câncer havia desaparecido. *Problema*: o que acontecera? Estimulado pelo seu conhecimento de imunologia, Rosenberg *conjecturou* que o próprio organismo poderia ter se curado e questionou se não seria possível desenvolver uma terapia que permitisse incrementar o potencial do sistema imunológico para

eliminar células cancerígenas. A *hipótese geral* foi investigada durante dez anos, construindo outras hipóteses mais específicas (que os linfócitos circulantes teriam potencial anticancerígeno), e um *modelo teórico* para tratamento foi proposto. *Teste*: ele coletou células e, através de transfusão de sangue, procurou curar outros pacientes. *Novas Hipótese e Teorias*: a descoberta das células T levou a novas opções de tratamento com novos testes, e assim sucessivamente a novos problemas, novas hipóteses etc. Novamente, aqui, vemos uma aplicação de outro procedimento científico que atesta que o pluralismo metodológico é a posição mais adequada para assumirmos numa FIMed.

A aplicação do método MHDF assume que a ciência é um processo permanente de construção do conhecimento que alcança verossimilhança, mas nunca é um produto acabado. Desse modo, o saber jamais perde seu caráter hipotético. Independentemente de o falseacionismo popperiano ser ou não a melhor explicação do progresso da ciência, uma compreensão falibilista da ciência, compatível com um fundacionismo moderado, mantém a mente aberta para o constante aperfeiçoamento do saber e, conseqüentemente, da prática clínica. Uma inferência para a melhor explicação também é, como veremos agora, falibilista.

Além da indução e dedução (e do MHDF), há também a chamada “abdução”. Esta forma de raciocínio científico pode ser compreendida da seguinte maneira: se estamos diante de um fato não compreendido B e se existe alguma *correlação*, não espúria, com outro fato A que podemos assumir como hipótese para explicar B, então temos boas razões para considerar A como *provavelmente* verdadeira. Para ilustrar com um caso médico:

P1: Uma paciente apresenta o sintoma X.

P2: Se a paciente tivesse um tumor, então exibiria o sintoma X.

∴ A paciente possui, *provavelmente*, um tumor.

Notemos que este raciocínio parece uma falácia, a saber, a da afirmação do conseqüente (se A, então B; B; portanto, A), mas uma abdução não é uma dedução *stricto sensu*. Se fosse, seria uma inferência inválida. Ela é um raciocínio que apresenta uma nova ideia e pode ser considerada um desenvolvimento científico, a saber, uma *inferência para a melhor explicação*. É crucial, entretanto, reconhecer que a conclusão é falível, ou seja, pode estar errada e que ela é estabelecida apenas probabilisticamente. Novamente, cálculos probabilísticos como o método bayesiano são necessários. Portanto, não é preciso assumir, sem questionamento, uma lógica monotônica na prática clínica.

Para um pluralista metodológico, diferentes procedimentos de investigação não são necessariamente excludentes. Nesse sentido, alguns epistemólogos contemporâneos têm proposto uma espécie de “balanceamento” entre a justificação de raciocínios de inferência indutiva e dedutiva naquilo que foi popularizado por John Rawls no método de “equilíbrio reflexivo” (1999, p. 20; cf. Daniels, 1995). Em outros termos, nossas observações e julgamentos particulares estariam sendo constantemente justificados por princípios gerais que, por sua vez, teriam suporte dos raciocínios singulares num constante ajuste em busca de coerência. Considerando o pluralismo metodológico, esse equilíbrio poderia, eventualmente, ser compatível com outros procedimentos de investigação, incluindo a própria abdução que apresenta uma conclusão provável, como vimos acima.

Aqui, voltamos à questão de como uma conclusão pode ser expressa probabilisticamente. Em outros termos, no contexto de descoberta do conhecimento (e não no contexto da justificação), a observação de fenômenos pode levar à formulação de uma hipótese geral com resultado estatístico, ao invés de uma universalização no sentido estrito. A probabilidade é crucial na medicina clínica, em especial, como expressão do resultado de testes clínicos (por exemplo, os ECRs). Por conseguinte, é necessário compreendê-la.

Há, entretanto, diferentes teorias sobre a natureza da probabilidade. Thompson e Upshur (2018, p. 54) discutem a interpretação *lógica* (quanto provável é uma proposição seguir-se de outra), a interpretação a partir da *frequência* (a provável ocorrência de eventos similares ao longo do tempo), a interpretação *subjativa* (a probabilidade é dependente do grau de crença numa proposição sobre eventos). Para os autores, a interpretação baseada na provável frequência de eventos similares é a predominante na medicina tanto na pesquisa científica básica quanto na prática clínica.

Mesmo não sendo predominante, o uso da interpretação “subjativa” da probabilidade pode ser feito com algum grau de exatidão, a partir do conhecido teorema do pastor e matemático Thomas Bayes (1701-1761). Alguns autores defendem, talvez com certo exagero, que todos os resultados de estudos científicos divulgados por novos artigos devem ser interpretados pelo médico aplicando uma análise bayesiana (Alencar, 2021, p. 95). Seja como for, o Teorema de Bayes tem aplicações relevantes nas atividades científicas, em especial na medicina, pois permite incorporar *novas* evidências no processo de construção do

conhecimento, é útil na estimativa de *riscos* etc. Para compreendê-lo, vamos apresentar a sua fórmula básica e ilustrar com dois casos. O teorema tem a seguinte formulação:

$$P(A | B) = \frac{P(B | A) \times P(A)}{P(B)}$$

Uma exemplificação simples é a seguinte: sendo A (probabilidade de ter câncer) e B (um exame deu positivo), qual é a estimativa de alguém realmente ter câncer, considerando uma população de 1.000 pessoas, sabendo-se que o resultado positivo que tem acurácia de 90% e que apenas 1% das pessoas de fato têm? A maioria de nós acha, intuitivamente, que seja de 90%, mas será, realmente, esse o caso?

Partindo da fórmula acima, chegamos à determinação da P (B):

$$\frac{P(B | A) \times P(A)}{P(B | A) \times P(A) + P(B | \bar{A}) \times P(\bar{A})} = \frac{0,9 \times 0,01}{0,9 \times 0,01 + 0,1 \times 0,99} = \mathbf{0,083}$$

Conforme podemos perceber, a probabilidade é de 8,3%, contrariamente ao que o nosso senso comum nos leva a pensar.

Vamos, a seguir, ilustrar com outro exemplo um pouco mais complexo, como o teorema pode auxiliar no estabelecimento probabilístico das melhores evidências. Uma ilustração para uma aplicação relevante na prática clínica é fornecida por Thompson e Upshur (2018): um paciente procura um consultório e o(a) médico(a) suspeita, com boa dose de convicção, que é faringite estreptocócica. A força dessa crença no diagnóstico pode ser determinada. O teste padrão é aplicado e coletam-se cinco amostras com cotonete, e a resposta laboratorial é: Sim; Não; Sim; Não; Sim. Considerando as seguintes convenções: S = o paciente tem faringite; ~S = o paciente não tem faringite; Y = um resultado de teste positivo e N = um resultado de teste negativo, podemos estabelecer, com base nas informações conhecidas, os seguintes valores probabilísticos:

P (Y/S) = 0.7 (positivo)
P (N/S) = 0.3 (falso negativo)
P (Y~S) = 0.1 (falso positivo)
P (N/~S) = 0.9 (negativo)

Ora, a probabilidade de a sequência dos resultados para o diagnóstico ser ou não correto é:

$$P(YNYNY/S) = 0.7 \times 0.3 \times 0.7 \times 0.3 \times 0.7 = .03087$$

$$P(YNYNY/\sim S) = 0.1 \times 0.9 \times 0.1 \times 0.9 \times 0.1 = .00081$$

Portanto, usando o teorema bayesiano apresentado acima, temos que:

$$P(S/YNYNY) = (0.9 \times 0.03087) / ((0.9 \times 0.03087) + (0.1 \times 0.00081)) = \mathbf{0.997}$$

Como podemos ver, a *evidência elevou a força da crença* de que é faringite.

Há autores que consideram a epistemologia bayesiana a base do raciocínio clínico, seja ela conjugada com inferências indutivas, seja em conexão com o método hipotético-dedutivo (cf. Thompson; Upshur, 2018; Alencar, 2021), enquanto outros são mais críticos (Bunge, 2017). De alguma maneira, ela supera a epistemologia clássica que segue de forma pouco questionadora a uniformidade das leis científicas (talvez demasiadamente influenciada pela física) e menos a possibilidade de expressão estatística do saber médico. Por conseguinte, a própria causalidade, isto é, a ideia de uma conexão *necessária* entre dois fenômenos, precisa ser repensada filosoficamente.

O conceito de explicação *causal*, como vimos acima fundamental na ciência em geral, também precisa ser rediscutido criticamente aqui. A observação de um evento (B) com certa frequência associado à ocorrência de outro (A) pode levar a pensar que estamos diante de uma relação causal. Novamente, desde Hume, a causalidade tem sido questionada na filosofia da ciência por céticos, que duvidam que ela expresse uma conexão *necessária* entre dois ou mais fenômenos, e não céticos, que procuram mostrar a sua aplicabilidade na atividade científica. Apresentar uma espécie de “dedução transcendental” kantiana ou uma justificação da lei da causalidade está, certamente, além dos limites deste trabalho, mas podemos nos basear num raciocínio “contrafactual” do seguinte tipo: quando B ocorre, isso se deve sempre à ocorrência de A. Em outros termos, B não teria ocorrido se A não o causasse. Caberia então ao cético mostrar que há apenas uma correção espúria aqui.

Sem entrarmos em mais detalhes, podemos assumir que pode existir uma implicação material (se A, então B) genuína, mas a causalidade é algo complexo e nem sempre pode ser compreendida linearmente deste modo:

$$A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow D \rightarrow \dots$$

Essa foi a compreensão típica da causalidade na ciência experimental moderna, fortemente influenciada pela física, de certa linearidade nas conexões supostamente necessárias entre fenômenos interligados, sendo um temporalmente anterior (A) e outro (B) observável posteriormente.

O desenvolvimento de outras ciências, em especial da biologia no século XX, nos fez perceber que uma explicação causal pode ser mais complexa, tendo, por exemplo, dois eventos diferentes uma mesma causa, ou dois eventos tomados como efeitos serem associados como ocorrendo frequentemente, mas tendo causas distintas etc. Além de questionar o pressuposto mecanicista da causalidade linearmente concebida, a biologia nos mostrou o quão complexa pode ser a relação entre causas/efeitos. Na medicina precisamos nos perguntar, por exemplo, se os sintomas não podem ser causados por duas doenças “independentes”. Essa complexidade pode ser apresentada assim:



Como pode ser constatado, estamos diante do que foi chamado “multifatorialismo” (Marcum, 2022, p. 8): A causa C e também B, mas não diretamente D, que é causado por B. Por isso, é necessário ter cuidado com a associação da ocorrência de C e D e não lhes atribuir a mesma causa. Temos ainda outras possibilidades: poderia ser o caso que A causasse B e que B causasse tanto C quanto D etc. Temos também a possibilidade da ocorrência de D com múltiplas causas (A, B, C) etc. Conforme salientado por McWhinney (Stewart *et al.*, 2024, p. 34), a transição de um pensamento linear para sistemas auto-organizados exige uma lógica não linear envolvendo raciocínios do tipo “ambos” e não apenas “ou... ou”. Por conseguinte, a busca por explicações causais no processo diagnóstico deve ser feita com cuidado.

Na história da ciência, em especial da própria medicina, vários métodos foram aplicados: indutivo, dedutivo, abdução, MHDF (nem mencionamos o método cartesiano de análise, síntese e revisão) etc. Parece claro, então, que é razoável assumir o pluralismo metodológico e concluir que é uma (pseudo)questão saber qual é o método clínico que precisa ser *tratado* no sentido de Wittgenstein. Esta é uma “terapia” que a filosofia é capaz de proporcionar à medicina. Em outros termos, o monismo metodológico não pode ser uma pressuposição nas discussões sobre procedimentos investigativos na prática médica. Também é ques-

tionável se as ciências avançam *sempre* pelo acúmulo de conhecimento verdadeiro ou se buscam refutar saberes estabelecidos.

As contribuições da filosofia da ciência são, como podemos perceber, fundamentais para a MBE. É claro que a medicina já era, conforme vimos, desde Hipócrates orientada cientificamente antes do surgimento dos ECRs, mas os ensaios clínicos vieram para aperfeiçoar a complexa arte de cuidado terapêutico. Esse progresso pode ser lento, mas é constante e permite separar ciência de pseudociência, mesmo que os resultados das pesquisas sempre sejam hipóteses corroboradas. Nesse sentido, é preciso retomar autores como Popper, Khun, Lakatos etc., que podem contribuir para uma melhor compreensão da base cognitiva da medicina, em especial, sobre critérios de cientificidade para distinguir pseudociências e a MBE. Um entendimento acurado da atividade científica como um processo de investigação metódica da realidade, apoiada por evidências robustas ao invés de pretensas verdades etc., é vital para caracterizar a MBE como expressão de um pensamento crítico e racional capaz de combater a ignorância, o negacionismo, o curandeirismo etc. na medicina. Neste sentido, a MBE contribui para a longa histórica tradição hipocrática baseada na ciência.

Constatada essa pluralidade metodológica, que não significa anarquismo, é necessário manter-se atualizado não apenas nas últimas descobertas médicas, mas também nas técnicas investigativas para alcançar excelência na prática clínica, que requer, além das melhores evidências, também o uso de várias habilidades por parte do profissional da saúde. Entre essas habilidades estão as necessárias para a tomada de decisão, por exemplo, a *phronesis* (prudência ou sabedoria prática). Aqui, o uso do que é conhecido como “silogismo prático” parece, como veremos a partir de agora, encontrar uma importante aplicação confirmando, novamente, a pertinência do pluralismo metodológico.

Há vários(as) autores(as) que defendem a virtude da *phronesis* na medicina (cf. Pellegrino; Thomasma, 1988; Gadamer, 1997; Marcum, 2022). Todavia, não é muito claro, sendo ela uma *excelência intelectual*, como opera no raciocínio clínico. Por isso, é importante tentar fazer sentido ao *modo de deliberação e decisão* para a *ação* expresso através de um silogismo prático. Uma sugestão que gostaríamos de defender, para evitar a falácia ecológica (a transposição inadequada de conclusões populacionais obtidas por estudos clínicos para casos particulares da prática médica), consiste no cultivo de uma forma de raciocínio conhecida como “silogismo prático”. Uma habilidade importante a ser

buscada por todo e qualquer profissional da saúde é a capacidade de *transpor conhecimentos gerais para o(a) paciente singular que está sob seus cuidados*. Diferentemente do silogismo dedutivo apresentado acima, o prático é direcionado a guiar a ação considerada sempre em sua particularidade espaço-temporal (Aristóteles, 1147a29-a32). Um exemplo de silogismo prático é este:

PM: Toda comida saudável deve ser provada.

Pm: Esta comida (brócolis) é saudável.

Ação: Provo isto.

A importância do silogismo prático consiste em desenvolver a *percepção* do singular, típica da pessoa com sabedoria prática, para estabelecer a premissa menor (Pm), sendo a premissa maior (PM) uma afirmação geral. A seguir apresentaremos outros exemplos concretos para a prática clínica. Nossa proposta para evitar problemas lógicos, a saber, que uma ação se siga de proposições, é considerar que a conclusão seja uma *prescrição* (“devo provar isto”) numa estrutura argumentativa com premissas normativas.

É necessário enfatizar que um silogismo prático, no domínio médico, pode ser visto como um expediente que parte de uma premissa geral (a maior parte dos tipos de câncer são malignos e devem ser tratados), passa por uma premissa menor, ou seja, particular (*o deste paciente é benigno, não sendo necessário tratá-lo*), para uma conclusão/decisão de ação, por exemplo, a prescrição: não devo tratá-lo. Não se deve concluir, por causa do caso específico na premissa menor, que estamos diante de algo subjetivo ou relativo. Além disso, é necessário *ressaltar* que a aplicação de um saber geral, resultado muitas vezes de ECRs que apresentam conclusões estatísticas a partir de estudos populacionais, é um processo complexo, pois envolve o reconhecimento de que cada paciente singular é único. Mesmo que a probabilidade estatística seja baixa, ainda assim todo cuidado é pouco para evitar erros médicos e litígio.

Para ter clareza sobre esse ponto, vamos ilustrar com um caso que se tornou paradigmático na Inglaterra, a saber, o caso Montgomery. Considere o seguinte caso ilustrativo:

Estudo de caso. Nadine Montgomery, uma senhora diabética, ficou grávida ciente de que os cuidados pré-natais deveriam ser monitorados. Ela foi de fato acompanhada por uma clínica obstétrica especializada em gestantes

diabéticas sob os cuidados do Dr. McLellan. Em 1999, deu à luz um menino por parto natural na Maternidade do Hospital Bellshil. Durante o acompanhamento pré-natal, a Sra. Montgomery expressou preocupações com relação ao parto vaginal por causa de sua condição clínica, e também pela sua estatura pequena, o que elevaria os riscos de danos ao bebê. De acordo com a gestante, o risco de distocia do ombro não foi discutido, e o único plano sugerido pela clínica foi parto natural. Durante o nascimento, aconteceu de fato a distocia, e entre o tempo da saída da cabeça e o dos ombros ocorreram danos ao bebê (danos cerebrais que podem resultar em deficiências diversas, lesão do plexo braquial etc.) que poderiam ter sido evitados se um plano de ação alternativo tivesse sido proposto, ou seja, a cesariana. A Sra. Montgomery “consentiu” o parto natural, mas depois argumentou que, se tivesse sido sugerida a cesariana, teria escolhido por apresentar riscos menores. A equipe médica argumentou que o risco de lesão do plexo braquial por distocia é, em geral, apenas 0.2%, e que, visto ser um risco muito pequeno, ele não foi mencionado no momento da revelação das informações, mesmo reconhecendo que, para gestantes com diabetes, o risco chega a aproximadamente 10%. O caso chegou à Suprema Corte, que, em 2015, decidiu favoravelmente à Sra. Montgomery, mudando a jurisprudência britânica e passando a exigir um novo padrão de revelação de riscos para obtenção do consentimento informado.

Discutiremos a seguir esse caso sob diferentes aspectos, mas cabe aqui perguntar: qual percentagem probabilística deve ser considerada para a decisão? 0,2% é irrelevante? 10% é significativo, mas não para uma pessoa *razoável*? Há um valor objetivo ou é necessário perguntar ao próprio paciente, numa conversação real que leve a uma decisão compartilhada sobre o que devemos fazer? O método bayesiano é, neste caso, útil para calcular probabilidades de riscos?

É crucial, aqui, notar que a avaliação de risco precisa ser feita de forma rigorosa, utilizando-se cálculo probabilístico. Isto pode ser notado claramente a seguir.

		Magnitude do dano	
		Maior	Menor
Probabilidade do dano	Alta	1	2
	Baixa	3	4

Enquanto 1 representa, claramente, probabilidade alta de um dano maior e 4 baixa, de risco menor, a avaliação de 2 e 3 parece requerer a necessidade de pensar em termos de razoabilidade.

Num trabalho conjunto recente (cf. Dall’Agnol; Azevedo, 2019), apresentamos e comparamos diferentes modelos de revelação de informações aos pacientes referentes aos riscos envolvidos nos procedimentos médicos. No modelo tradicional (também conhecido como “Padrão Baseado na Prática Profissional”), e num suposto modelo alternativo (conhecido como “Padrão da Pessoa Razoável”), a possibilidade de erro médico não fica totalmente descartada. Se centrarmos, todavia, o processo na tomada de decisões sobre riscos/benefícios num diálogo real e não imaginado (que podemos denominar “Padrão de Decisão Compartilhada”), podemos, via silogismo prático, evitar erros de transposição apressada dos resultados de estudos populacionais para casos *singulares* de pacientes. Retomaremos a questão da decisão compartilhada nos próximos capítulos.

Para evitar a falácia ecológica, podemos raciocinar desta forma:

PM: Estudos mostram que o risco de lesão do plexo braquial em gestantes é de 0.2%, podendo então ser indicado parto vaginal.

Pm: Para gestantes diabéticas, *como a Sra. Montgomery*, o risco sobe para 10%, recomendando-se cesariana.

∴ Recomenda-se cesariana para a Sra. Montgomery.

Como podemos perceber, a aplicação de dados dos estudos gerais para casos particulares é bastante complexa, e a sugestão de que o raciocínio clínico possa ser compreendido como *incluindo* uma forma de silogismo prático em que a percepção particular atenciosa leva à elaboração de uma premissa menor adequada para uma decisão acertada parece fundamental para evitar erros de aplicação, fornecendo um cuidado mais respeitoso. Portanto, ter sabedoria prática (ser capaz de fazer bons silogismos práticos) é uma *expertise* que deve ser cultivada por todos os profissionais da saúde, em especial, médicos(as).

2.4. Como praticar a MBE?

Antes de apresentar uma espécie de “mapa mental” para praticar a MBE, convém lembrar que ela estabelece alguns princípios epistêmicos, insistindo, conforme antecipado, que as evidências *não são suficientes* para a tomada de decisão clínica. A pergunta inevitável, por conseguinte, que precisamos responder antes de apresentar um guia para praticar a MBE é esta: *o que mais é necessário?* Por isso, é importante, agora, esclarecer que, sendo a decisão conjunta entre profissionais de saúde (que são seres autônomos) e pacientes que possuem seus próprios valores (e são autônomos neste sentido também), é crucial discutir quais são as principais habilidades que precisam ser desenvolvidas pelo profissional da saúde para a tomada de decisões compartilhadas. Um(a) médico(a) deve estar ciente dos valores que estão presentes na tomada de decisão clínica e, sendo compartilhada, há uma divisão de responsabilidades.

Trataremos agora de outro princípio fundamental da MBE: as habilidades, tanto técnicas quanto morais, necessárias para um bom profissional. Guyatt *et al.* (2015, p. 59) citam as seguintes:

- i) *expertise* para diagnósticos;
- ii) conhecimento científico de base aprofundado;
- iii) habilidades de pesquisa;
- iv) habilidade de definir e entender alternativas de risco e benefícios;
- v) entendimento aprofundado de fisiologia que permita aplicar as evidências ao indivíduo;
- vi) sensibilidade para entender o contexto do paciente e habilidades de comunicação;
- vii) habilidade para compreender os valores do paciente e suas preferências buscando uma decisão conjunta.

Como podemos perceber, não se trata apenas de habilidades cognitivas (excelente conhecimento fisiopatológico), mas também *morais* (por ex., sensibilidade e capacidade de comunicação), de avaliação de riscos e benefícios (*ethiké*) e, principalmente, de abertura para uma decisão conjunta que considere os valores do(a) paciente sem cair no preferencialismo. Lembremos que a MBE também procura superar o autoritarismo da medicina convencional.

Um dos pontos a sublinhar é o de que, não apenas para a MCP, mas também para a MBE, a tomada de decisão deve ser conjunta (*shared decision making*). De acordo com Guyatt *et al.* (2015, p. 60),

ela é possibilitada por diversas habilidades do profissional da saúde, em especial, a sensibilidade ao caráter único de cada paciente e a capacidade de comunicação efetiva. Elas estão “at the core of EBM” (no centro da MBE). Em seus próprios termos: “Compreender as circunstâncias pessoais do paciente é de importância especial e requer habilidades clínicas, incluindo habilidades de escuta e compaixão” (Guyatt *et al.*, 2015, p. 60). Este ponto encaixa-se, como veremos no próximo capítulo, no quarto componente da MCP. A seguir, analisaremos em detalhes o lugar central da autonomia dupla (médico e paciente) e como ela possibilita a decisão compartilhada.

A orientação básica inicial para a prática da MBE foi, como vimos desde a Introdução, feita nos seguintes passos: (i) formular claramente uma questão; (ii) buscar melhores evidências para respondê-la; (iii) avaliá-las criticamente; (iv) integrá-las no processo decisório; (v) compartilhar a decisão (cf. Straus *et al.*, 2019, p. 4-5). Uma das críticas feitas pelos defensores da MCP é que a MBE não é um método clínico completo. Para avaliar essa crítica, é crucial detalhar os passos para a prática da MBE tal como eles foram ao menos expostos no livro *Evidence-Based Medicine*. De acordo com Straus *et al.* (2019, p. 4-5), os passos são os seguintes:

Passo 1 – converter a necessidade de informação (sobre prevenção, diagnóstico, prognóstico, terapia, causação etc.) numa pergunta clara a ser respondida.

Passo 2 – rastrear a melhor evidência para responder aquela questão.

Passo 3 – avaliar criticamente a evidência pela sua validade (proximidade da verdade), impacto (tamanho do efeito) e aplicabilidade (utilidade para a nossa prática clínica).

Passo 4 – integrar a avaliação crítica com a nossa *expertise* e com a biologia, valores e circunstâncias únicas do nosso paciente.

Passo 5 – avaliar nossa efetividade e eficiência na execução dos passos 1 a 4 e procurar modos de melhorá-los para a próxima vez.

Para os autores, o envolvimento de um(a) profissional da saúde na prática da MBE pode se dar em maior ou menor grau. Basicamente, ele pode efetivar-se de três modos distintos:

- 1º) fazendo (“doing”), ou seja, contribuindo para a MBE;
- 2º) usando (“using”), isto é, apenas utilizando o que já está feito;
- 3º) reproduzindo (“replicating”) simplesmente o que outros já fizeram.

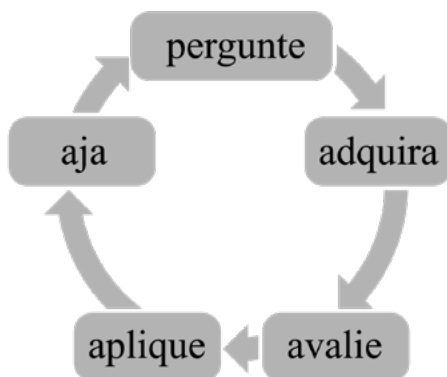
A melhor prática é, claramente, quando há um efetivo engajamento, por exemplo, seguindo os passos acima apontados e, principalmente, ajudando a produzir e avaliar *criticamente* as melhores evidências. Neste caso, um(a) profissional da saúde seria um verdadeiro investigador, uma espécie de Sherlock Holmes; enfim, um cientista. No segundo modo, existe um envolvimento menor, ou seja, um profissional apenas usa, via plataformas, as evidências já avaliadas na sua prática clínica, pulando o terceiro passo. Finalmente, um modo menos efetivo de usar a MBE é simplesmente repercutir o que outros fizeram, pulando o segundo e terceiro passos descritos acima. Apesar de reconhecer algumas limitações da MBE, Straus *et al.* desenvolvem, ao longo do livro, instrumentos valiosos para aperfeiçoar a prática clínica baseada em evidências. O ideal seria que cada profissional da saúde *fizesse* MBE na sua prática clínica diária. Por isso, apresentamos acima as questões metodológicas inerentes à prática médica.

A versão mais completa, entretanto, para a prática da MBE foi também elaborada por Gordon Guyatt e equipe (Guyatt *et al.*, 2015). Assim como consideraremos, no próximo capítulo, várias formulações da MCP, mas vamos adotar a versão de Stewart *et al.* como um modelo “quase-clássico”, utilizaremos neste capítulo, conforme já antecipado, o *User’s Guide*, que se apresenta como “manual para a prática clínica baseada em evidências” (subtítulo do livro), como *formulação mais completa de um conjunto de orientações metodológicas para a prática da MBE*, sem querer, desde já, criar uma espécie de receituário pronto e acabado. Uma das vantagens da variação da MBE de Guyatt *et al.* é que cada passo é acompanhado por uma pergunta a ser respondida, clareando, desse modo, o processo como um todo. Como veremos novamente, o uso de evidências é necessário, mas não suficiente, para uma tomada de decisão compartilhada.

Os autores propõem, a partir da terceira edição de *User’s Guide*, um esquema composto por cinco momentos para guiar o processo de diagnóstico, terapia e prognose (Guyatt *et al.*, 2015, p. 45): (i) pergunte (*ask*); (ii) adquira (*acquire*) evidências; (iii) avalie-as (*appraise*); (iii) aplique-as (*apply*) e, finalmente, (v) aja (*act*). Esses momentos procuram usar a literatura médica para proporcionar um cuidado otimizado ao

paciente, e o diagrama seguinte pode funcionar como uma espécie de *mapa mental* para a prática da MBE:

Figura 1: Mapa mental da MBE



Fonte: Guyatt (2015).

Notemos o quanto a MBE evoluiu de uma simples *orientação para interpretação de artigos científicos* na área médica, para, como mostra o subtítulo do livro de Guyatt, *um manual de prática clínica*.

A seguir, vamos explicitar os diferentes momentos apresentando também um passo a passo mais detalhado de como praticar a MBE à la Guyatt e colaboradores:

- 1º) Tendo identificado o problema de saúde, o(a) médico(a) pergunta “Qual é a questão?” (“pergunte” acima) e, então,
- 2º) busca a melhor evidência relevante (“adquira”) e pode valer-se, para essa finalidade, de instrumentos como o *Cochrane Collaboration* e do GRADE, mas será necessário avaliar por si as evidências, e a confiança aumenta se o resultado advém, por exemplo, de uma revisão sistemática ou meta-análise. Tendo encontrado a melhor evidência, então o(a) médico(a) procede em etapas avaliativas distintas:
- 3º) no momento “avalie”, temos duas questões, a saber: “Quão sério é o risco de viés (*bias*)?” e “Quais os resultados?”; assim que se compreender os resultados (p. ex., avaliando, para fins de terapia ou evitar danos, o impacto de uma intervenção ou tratamento), parte-se para a outra etapa avaliativa, mais prática,

- 4º) perguntando “Como eu posso aplicar esses resultados no cuidado com o paciente?” (“aplique”). Esse momento é importante, pois deve-se analisar se é possível *particularizar* ou *singularizar* os resultados para a paciente (sempre único e singular em suas idiossincrasias). Por exemplo, a confiança no resultado diminui se o paciente é muito diferente daqueles que participaram do teste clínico original (para ilustrar, se é feito com homens apenas, mas a paciente é mulher). Finalmente, o último passo
- 5º) é agir (“aja”) envolvendo, em geral, uma *tomada de decisão compartilhada* e uma *recomendação de manejo com o paciente*.

Os dois últimos passos, como veremos no próximo capítulo, são fundamentais também na MCP. Percebemos claramente uma evolução da MBE desde a sua formulação inicial por David L. Sackett, cuja preocupação central era quase exclusivamente a de organizar a literatura médica para orientar a prática clínica, deixando os aspectos éticos – como a necessidade de a decisão ser compartilhada e os valores envolvidos, particularmente, os do(a) paciente.

Para profissionais da saúde, em especial clínicos, que querem praticar a MBE de forma mais aprofundada e avançada, Guyatt *et al.* apresentam “*advanced topics*” em terapia, evitando dano e buscando realizar o diagnóstico e um tratamento com bom prognóstico. Não entraremos, neste trabalho, na sofisticação desses tópicos mais avançados, restringindo-nos a uma apresentação dos fundamentos mais elementares da MBE. É interessante, entretanto, comparar a proposta de Straus *et al.* com a de Guyatt *et al.*, pois os autores do *Evidence-Based Medicine* recomendam como último passo uma revisão dos passos anteriores, o que não deixa de ser uma recomendação valiosa, enquanto no *User’s Guide* o último passo é a tomada de decisão conjunta com o paciente.

Como podemos perceber, a formulação da melhor versão da MBE é uma questão aberta, ou seja, ela está em constante desenvolvimento e é necessário evitar caricaturizá-la numa versão “*straw man*” (espantalho). Lembremos, por exemplo, que Straus *et al.* mencionam os três componentes como sendo “melhores evidências”, “*expertise* clínica” e “valores do paciente”. Por outro lado, a versão mais sofisticada de Guyatt *et al.* cita também os seguintes elementos da MBE:

- 1) a *decisão* clínica ótima requer o uso das melhores evidências disponíveis;

- 2) a avaliação das melhores evidências fornece um grau maior ou menor de confiança para a *decisão* sobre o melhor diagnóstico ou tratamento com bom prognóstico;
- 3) as evidências sozinhas não são suficientes para a tomada de *decisão* clínica.

O terceiro ponto é sumamente importante e não aparece claramente nas outras versões da MBE, ou seja, um reconhecimento explícito de que as evidências científicas não são suficientes para uma decisão clínica que sempre envolve também valores éticos. Mesmo assim, não fica claro se a decisão é, realmente, *compartilhada*. Quando apresentarmos a FIMed, esse ponto será retomado.

Sublinhamos, então, a ocorrência nos princípios da palavra “decisão” (desfocando de “evidência”) em todos os três princípios, pois ela é central na relação médico/paciente e deve ser tomada conjuntamente. Os princípios de Guyatt *et al.* foram apresentados acima e carecem de uma avaliação mais crítica. Como mostram Greenhalgh e colegas (2014), se a MBE é atualmente um “movimento em crise”, isso não significa que não exista também uma reação que procure reabilitá-la focando em evidências utilizáveis que podem ser combinadas com o *contexto* específico e com a *expertise* de profissionais especializados, de maneira a proporcionar um tratamento otimizador.

Este ponto sobre a *expertise* (que não é apenas técnica, mas pode ser moral também) precisa ser mais bem enfatizado. Já investigamos (Dall’Agnol, 2019) as relações entre a bioética e a neuroética, entendendo essa última tanto no sentido de uma “neurociência da ética”, quanto a “ética da neurociência”, isto é, a discussão dos problemas ético-filosóficos envolvidos na pesquisa científica sobre o sistema nervoso central (SNC), em especial, sobre a estrutura e funcionamento do cérebro e a aplicação desse conhecimento para fins terapêuticos, em especial, transtornos mentais. Como sabemos, as descobertas neurocientíficas causaram profundos impactos no diagnóstico e no tratamento de distúrbios mentais. Esse ponto é relevante, dado o aumento significativo de casos de transtorno mental (especialmente, ansiedade e depressão), e tem impactado a psiquiatria, por exemplo, pelo uso de imagens a partir da ressonância magnética funcional etc., permitindo maior cientificidade no tratamento médico. Um dos resultados obtidos estudando a neurociência *cognitiva* foi a constatação empírica da irredutibilidade do saber-como (formado pela memória não declarativa) ao conhecimento proposicional (memória declarativa) importante para desenvolver uma

nova epistemologia moral (o já referido cognitivismo prático) para a bioética e para a prática clínica. Lembremos que o cognitivismo prático substituiu a base metaética intuicionista da teoria predominante, ou seja, do principialismo. Desse modo, a *expertise* em questão não requer apenas *know-how* técnico (fazer), mas também *know-how* moral (agir), como temos tentado demonstrar ao longo desta parte. Para ilustrar: não basta saber que é necessário fazer o bem ao paciente; é necessário *saber-como* agir (por exemplo, segundo a concepção do próprio paciente ou pelo *seu* bem valorando-o intrinsecamente).

Para encerrar esta seção sobre a prática da MBE, é importante destacar a sua enorme influência, inclusive no Brasil, a partir de trabalhos pioneiros, como o de José Paulo Drumond e colaboradores, que em 1979 publicaram a primeira edição do livro *Medicina baseada em evidências – Novo paradigma assistencial e pedagógico*. Na segunda edição, retiram a expressão “novo paradigma” (de fato, um pouco exagerada), substituindo o subtítulo por “Teoria e prática”, sintetizando dessa maneira a prática da MBE: “[...] definição do problema, levantamento da questão, formulação clara, concisa e objetiva da pergunta, eficiente pesquisa das evidências na literatura e avaliação correta dos trabalhos correspondentes, mediante critérios específicos” (Drumond, 2014, p. 11). Em termos mais simples: *ver, questionar, julgar e agir*. É injustificável, portanto, que não tenhamos tido durante a pandemia da COVID-19 uma atenção maior à MBE no nosso país. Ela desempenhou papel fundamental para desmascarar pseudossoluções para a pandemia. A seguir, avaliaremos alguns aspectos éticos desse enfoque filosófico da medicina.

2.5. Repensando as bases axiológicas da MBE

Nesta última seção dedicada à MBE, examinaremos seus aspectos valorativos, focando no terceiro ingrediente, a saber, o respeito aos valores do paciente (*patient values*). Ele advém da percepção clara, embora tardia, conforme vimos acima, de que “[...] as evidências são condições necessárias, mas não suficientes, e que a decisão clínica requer a aplicação dos valores e preferências” (Guyatt *et al.*, 2015, p. 65, grifos nossos; ver também: Straus, 2019, p. 1). Aqui, podemos perceber que, bem entendida, essa tese permite uma aproximação, via elementos éticos presentes na bioética clínica e da ética da pesquisa e da ética da publicação em geral (*ethiké*), com alguns componentes da MCP com a finalidade de construir uma FIMed. Há, todavia, uma série de

questões (bio)éticas que precisam ser rediscutidas, pois a simples introdução das *preferências* do paciente não é suficiente para compreender a complexidade dos problemas éticos presentes na relação que abreviamos por P-P/P-P. Novamente, é necessário lembrar dos valores dos(as) profissionais (seus direitos e obrigações), no início negligenciados pela MBE, além de buscar uma axiologia mais objetiva para os valores do próprio paciente.

Para entender melhor a questão dos valores e das habilidades presentes na tomada de decisão, é necessário definir “valores”. De acordo com os expoentes da MBE, “[...] por valores e preferências, nós significamos o conjunto de metas, expectativas, predisposições e crenças que os indivíduos têm para certas decisões e seus potenciais resultados” (Guyatt *et al.*, 2015, p. 58). Quais valores precisam estar presentes na tomada de decisão conjunta é um tema complexo, mas, certamente, a autonomia, tanto do profissional da saúde quanto do paciente, precisa ser pressuposta além da necessidade de respeito mútuo etc. Tem-se presente, então, a autonomia *individual* e não a noção kantiana de autoimposição de normas universalizáveis.

A MBE parece assumir, sem uma elaboração adequada, um tipo de *preferencialismo* bastante subjetivo em relação ao bem-estar em geral e à saúde em particular. Entretanto, o que deve ser feito se um(a) paciente prefere ou requer tratamento ineficaz, por exemplo, CLQ para tratar COVID-19? Esse ponto precisa ser mais bem analisado, e é aqui que resultados do capítulo anterior poderão auxiliar no sentido de esclarecer como os valores do paciente entram nessa complexa equação, quer dizer, em que termos eles precisam ser levados em conta na tomada de decisão clínica. Se a Teoria do Cuidado Racional for verdadeira, então o próprio paciente precisa querer aquilo que é constitutivo do seu bem-estar desde o ponto de vista de uma pessoa cuidadora, incluindo talvez ela própria (ou seja, de alguém realmente cuidando de si), isto é, suas preferências devem ser racionais. É dessa maneira que se pode orientar o(a) paciente a superar falsas crenças, autoengano, ilusões, procrastinação etc. sobre aquilo que é, realmente, constitutivo da sua saúde e do seu bem-estar em geral.

Neste trabalho, então, defendemos uma melhor abordagem para a MBE, em especial, sobre o *locus* dos valores do paciente no contexto da tomada de decisão clínica compartilhada. Como vimos anteriormente, há valores objetivos que precisam ser considerados. Por exemplo, na pesquisa básica, a não falsificação de dados; na busca de evidências, a

questão da confiabilidade das informações; na relação profissional da saúde e paciente, o respeito mútuo pela autonomia entre outros valores que regem esse encontro (somente para ilustrar: a veracidade). Infelizmente, a MBE parece não abordar de forma adequada esses pontos e precisa ser aperfeiçoada para aproximá-la da MCP, formando uma medicina que fornece a melhor terapia possível, mas também o devido respeito às pessoas. Ao simplesmente introduzir “os valores do paciente”, a MBE parece abdicar de uma discussão mais aprofundada sobre o que implica, de fato, uma decisão compartilhada entre profissionais da saúde e pacientes que estão na condição de sujeitos de pesquisa.

É crucial, enfim, reconhecer que há valores objetivos já assumidos e observados na obtenção das melhores evidências. Por exemplo, na medida em que uma pesquisa do tipo ECR é publicada numa revista especializada, o projeto já passou pela aprovação de um comitê de ética (no caso brasileiro, um CEP ou, em inglês, um *Institutional Review Board* [IRB]) e, por conseguinte, já seguiu os valores éticos da pesquisa (consentimento informado, análise risco/benefício, justiça social) etc. e da própria ética da publicização que permeia as revistas (por exemplo, revisão por pares, fontes confiáveis de dados, honestidade e integridade do(a) cientista, e assim por diante). Por isso, é necessário alinhar os pressupostos valorativos da MBE com as diretrizes da bioética clínica. Um trabalho preliminar nesse sentido já foi iniciado por Drummond (2014). No capítulo intitulado, “Bioética e Medicina Baseada em Evidências”, o autor contrasta cada princípio bioético (por ele sintetizados em: autonomia, beneficência e justiça) com a MBE. Mesmo assim, há questões que precisamos retomar, pois talvez seja mais indicado trabalhar com o princípio do respeito *pela pessoa* e não apenas *pela autonomia*, pois o direito à autodeterminação é um, entre vários, dos direitos da *pessoa* do paciente. No último capítulo deste livro, defenderemos exatamente esse ponto, buscando aproximar a MBE e a MCP na construção de uma FIMed.

Já temos argumentado que a decisão sobre o diagnóstico e o tratamento é melhor se for compartilhada. A MBE não nega que a divisão de responsabilidades seja otimizadora tanto para profissionais da saúde quanto para pacientes ou sujeitos de uma pesquisa clínica. Conforme veremos no próximo capítulo a partir de um exemplo (retomando o caso Montgomery), é mesmo que algumas evidências apontem para certa direção, melhor discuti-las com a paciente para evitar uma decisão unilateral equivocada. Somente desse modo evitam-se erros médicos e, em última análise, litígio jurídico.

Também para a MBE, assim como para a MCP, o respeito mútuo entre as partes (médico respeitando paciente e paciente respeitando profissionais da saúde) deve ser considerado um componente ético fundamental. Nesse sentido, é preciso superar o preferencialismo, pois o *respeito recíproco entre pessoas* é um valor *objetivo* na relação P-P/P-P. É crucial, todavia, enfatizar desde já que há vários valores objetivos nessa relação, e não podemos também, conforme vimos no primeiro capítulo, esquecer que a ética da pesquisa traz exigências normativas importantes. É possível, agora, depois de termos estudado os aspectos axiológicos da MBE, ver que a ética da publicação também tem as suas próprias exigências normativas (avaliação duplo-cega por pares das evidências resultantes da pesquisa etc.) e, por conseguinte, está assentada em valores objetivos, como a da avaliação neutra e imparcial.

Não cabe, neste momento, fazer uma apreciação crítica final da MBE. Todavia, convém mencionar algumas dificuldades para que se possa avaliar a pertinência ou não de se propor uma investigação com o objetivo de mostrar a confluência da MBE, via bioética clínica, com a MCP, possibilitando a construção de uma filosofia completa ou plena da medicina. Conforme já salientamos, a MCP acusa a MBE de “[...] não ser um método clínico” (Stewart *et al.*, 2024, p. 14). De fato, ela surgiu como forma de organização do saber médico científico contra o convencionalismo da pura experiência da prática clínica, mas, com o tempo, transformou-se incorporando discussões sobre *expertise* médica e os valores dos pacientes. A crítica, portanto, já não faz sentido.

É inegável que a MBE tem contribuições importantes a fazer para a prática clínica, em especial, na sistematização do conhecimento científico a ser disponibilizado para decisões, mas há também limites e algumas críticas parecem pertinentes. Procuramos, acima, superar alguns desses problemas propondo, por exemplo, a incorporação do silogismo prático no raciocínio médico. Outras críticas revelam mal-entendidos em relação à MBE, como, por exemplo, que ela desconsidera elementos valorativos na decisão clínica. Algumas objeções são pertinentes, mas podem, aparentemente, ser respondidas. De fato, existem hoje, na era da inteligência artificial (IA) e do uso de algoritmos para a tomada de decisão, da produção de *big data* e de todo tipo de aplicativos (*apps*) ou do “Dr.” Google (e, agora, do “Dr.” chatGPT), questões éticas sérias sobre a proteção e compartilhamento de dados e, principalmente, uma preocupação com o excesso de informações e pseudoinformações que pode acabar atrapalhando a boa prática médica. Por isso, é importante

manter presente que há versões distorcidas da MBE, por exemplo, por um modelo biomédico tecnicista e reducionista.

Conforme vimos, Greenhalgh *et al.* (2014) citam vários problemas que levaram a MBE a um momento de crise, dentre os quais podemos destacar: a apropriação indevida da marca de qualidade; o volume excessivo de evidências; a transposição nem sempre adequada de dados estatísticos para a prática clínica etc. Há críticas pertinentes, mas há também algumas que parecem construir uma versão espantalho, por exemplo, ao dizer que a MBE não considera as ciências básicas ao elaborar ECRs, ou que o GRADE depende de um *consenso* de especialistas, algo que foi criticado em relação à medicina convencional (Solomon, 2022, p. 133). Também Tonelli (1998) faz uma excelente análise das dificuldades da MBE, que procuraremos avaliar para que a aproximação com a MCP não use uma versão desvirtuada dessa perspectiva sobre a medicina. Não se trata, como veremos na construção da FIMed, de aplicação mecânica de dados estatísticos à prática como se fossem algoritmos. O que a MBE exige, em última análise, é maior cientificidade da prática médica (e não achismo, pseudoinformações, ideologia, pseudociências etc.), embora ela talvez não seja (ao menos, segundo seus críticos), um método clínico completo. Nesse sentido, ela evita charlatanismos e contribui para estabelecer o que deve ser considerado um “ato médico”, que no nosso entendimento deve ser socialmente regulamentado. No caso brasileiro, existe uma lei que dispõe sobre o exercício da medicina.¹⁹

Há, todavia, um problema filosófico na base da MBE que precisa ser definitivamente tratado, a saber, a tendência *reducionista* do modelo biomédico. Considerar apenas os aspectos somáticos do paciente, ou seja, vê-lo apenas como um organismo centrando a atenção exclusivamente na sua composição biológica, ultimamente redutível aos ingredientes físico-químicos, negligencia a complexidade psicológica e descuida as relações culturais e sociais das pessoas humanas. Ao assumir uma postura naturalista, no sentido metafísico e não apenas metodológico, comete-se uma falácia mereológica comum hoje em algumas áreas como a neurociência (“Eu sou meu cérebro!” cf. Bennet; Hacker, 2010, p. 68). Basicamente, a falácia consiste em tomar uma parte do corpo (por exemplo, o cérebro) como o todo da pessoa humana. Conforme temos alertado ao longo deste livro, o modelo biomédico subjacente à visão radicalizada da MBE impede sua compatibilização

¹⁹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm. Acesso em: 28 out. 2024.

com a MCP, que exige a consideração do paciente como um todo. Em vez de reducionista, uma MBE pode ser emergentista (Bunge, 2017, p. 115-119). Poderíamos dizer, então, que, ao considerar apenas os aspectos somáticos do paciente e não os psicológicos e mesmo sociais, comete-se uma falácia mereológica também. Por conseguinte, é necessário evitar versões distorcidas da MBE, focando nos aspectos que buscam garantir a sua base científica evitando a metafísica subjacente.

Uma *medicina científica*, como se pretende a MBE, deve, portanto, evitar tanto as práticas curandeiristas da tradicional quanto erros metafísicos. Precisa guiar-se pelo naturalismo *metodológico*, sem cair no cientificismo. Por isso, é crucial focar nos aspectos éticos da prática médica, como faz a MCP que estudaremos a seguir.

Por fim, é necessário reconhecer que a indústria farmacêutica pode manipular dados de ECRs favoráveis e ocultar fracassos, procurando também influenciar no processo de publicação de artigos (Solomon, 2022, p. 149). Este ponto, todavia, não diz respeito à discussão da cientificidade ou não dos estudos clínicos, mas apenas ao seu uso mercadológico, que, como qualquer outro, deve ser denunciado. Por isso, a centralidade do cuidado à saúde, sua humanização, deve estar acima da busca do lucro por si. Como veremos a seguir, a MCP exige, acima de tudo, humanização da prática médica, e a MBE um enfoque científico do cuidado médico. No último capítulo, vamos abordar como elas podem ser integradas nesses termos em direção à FIMed.

Neste terceiro capítulo, focaremos a nossa investigação nas bases filosóficas da MCP, procurando examinar os seus principais componentes, em especial, a necessidade de cuidar de um(a) paciente como um *todo* e valorizar as suas vivências das enfermidades, e não apenas tentar curar determinada doença. A nossa principal preocupação será, além de apresentar os ingredientes constituintes da MCP, discutir os aspectos epistêmicos e éticos desse enfoque filosófico da medicina, analisando-os criticamente para depois aproximá-lo da MBE, buscando a construção de uma concepção única capaz de integrá-los, a saber, a FIMed. Conforme já vimos, se é verdade que a MBE “não é um método clínico completo”, também parece verdade que a MCP não é “uma filosofia da medicina completa”, centrando-se mais na parte *aplicada*, clínica, do que na produção do saber médico. Por isso, compreendê-la de forma adequada, inclusive seus problemas e limites, é importante para construirmos uma filosofia integral da prática médica.

A MCP é, em geral, divulgada como “[...] proporcionando cuidado que é respeitoso e responsivo às *preferências, necessidades e valores individuais* do paciente, assegurando que os valores do paciente guiem toda decisão clínica” (Rosen; Hoang, 2017, p. 3, grifos nossos). O preferencialismo é manifesto, ou seja, não apenas foca-se no paciente, mas aceitam-se *os seus valores*. Todavia, esse ponto parece problemático, mesmo numa sociedade secularizada e pluralista como a nossa, que não pode aceitar que “tudo vale”. Conforme veremos, cuidado & respeito são as bases morais das relações humanas capazes de formar uma moral comum, compartilhável entre sistemas de crenças e valores divergentes, incluindo no domínio da ciência e da prática médica. A orientação valorativa da MCP é clara, embora ela precise ser revista para evitar a tendência preferencialista, pois a tomada de decisão precisa ser *compartilhada* para evitar o paternalismo, mas não pode ser simplesmente de aceitação dos valores do paciente, sejam eles quais forem. Como vimos no capítulo anterior, a TCR defende que o cuidado gera razões para agir neutras (*agent-neutral*), e esse enfoque será aqui contraposto também aos elementos preferencialistas da MCP.

Inicialmente, é importante salientar que a MCP não é apenas um método de prática clínica cotidiana (por exemplo, de um(a) médico(a) atendendo um(a) paciente no consultório ou em ambiente hospitalar), mas é também uma proposta de *ensino*. Por conseguinte, trata da formação dos futuros profissionais da saúde e, de forma superficial, de *pesquisa*, e, dessa maneira, de orientação científica para o exercício da medicina. Nesse sentido, a bioética clínica, ao insistir na necessidade de meta-análises, ECRs, revisões sistemáticas, estudos de coorte, relatos de casos etc., pode mostrar um caminho para a integração da MBE com a MCP.

O método clínico orientado pela MCP também teve a sua origem no final do século XX, a partir de um grupo liderado por médicos canadenses, dessa vez da Universidade de Western, Ontário, contrapondo-se à medicina convencional e à prática clínica usual. Hoje, a obra que consideraremos “quase-clássica” é *Patient Centered Medicine* (Stewart *et al.*, 2024), embora um livro precursor, a saber, *Patient-Centered Medicine: a human experience*, contenha contribuições valiosíssimas (cf. Rosen; Hoang, [1984] 2017, p. 3), além de outras propostas precursoras importantes.

Usaremos aqui, principalmente, a quarta edição Stewart *et al.*, cuja revisão em relação à terceira é esclarecida já no Prefácio, em que ela ressalta os dois pressupostos básicos da MCP:

- i) o compartilhamento do poder e a *equidade* na relação entre médico e paciente;
- ii) a necessidade de engajamento emocional, principalmente, através da empatia por parte do(a) cuidador(a).

Esses pontos serão amplamente explorados ao longo deste capítulo.

É necessário, para começar, fazer uma observação terminológica preliminar: a tradução brasileira do livro de Stewart *et al.* opta por “pessoa” e não “paciente”, como seria uma tradução mais literal. Em inglês, há um predomínio do uso “*patient-centered*”, principalmente no contexto norte-americano (incluindo Canadá), mas, no britânico, um uso comum é “*person-centered*”, talvez pela proximidade com os pressupostos bioéticos europeus que enfatizam a dignidade da pessoa humana. Reconhecemos essa diferença, embora seja preferível usar uma expressão composta, a saber, “a pessoa do paciente” para evitar confusões. Em outros termos, defenderemos que a medicina não trata a *pessoalidade* de ninguém, mas cuida de um indivíduo humano enfermo,

ou seja, de um(a) paciente adoecido(a) que, claro, nunca perde sua natureza moral, ético-jurídica. A palavra “pessoa” é, por conseguinte, não redutível a paciente, pois um indivíduo acometido de enfermidade pode perder a agência (ser *paciente*), mas nunca seus direitos e obrigações. Conforme veremos, é necessário também evitar mistificar “pessoa”, dando-lhe uma conotação metafísica (por exemplo, atribuição de dignidade por *imago dei*). Para compreender esse ponto, procuraremos oferecer uma análise gramatical mais detalhada da pessoalidade para defender o princípio bioético do respeito à pessoa que parece adequar-se mais à MCP.

Desde o seu início, a MCP surgiu de um movimento que procurava explicitamente transformar a *prática* médica, focando sua atenção na *educação* profissional e, em menor grau, na pesquisa para uma orientação científica. Seus(Suas) proponentes estavam preocupados(as), em especial, com os desvios do modelo biomédico excessivamente *centrado na doença e na autoridade do médico* e pela utilização exagerada da tecnociência na busca da cura sem a devida atenção ao bem-estar do(a) paciente como um todo. No Brasil, o movimento HumanizaSUS possui muitas afinidades com a MCP e, de fato, muitos autores mundo afora (por exemplo, Mitchell e Loughlin [2023, p. 156-157]) insistem na necessidade de *humanizar* o sistema de assistência à saúde.

A MCP contrapõe-se, então, à medicina convencional demasiadamente *centrada na doença*, em que paciente e profissionais da saúde correm o risco de perder-se em meio à parafernália tecnológica e aos exames direcionadas à cura, que nem sempre é possível, deixando o cuidado em segundo plano. De fato, o modelo biomédico pode, como vimos, tornar a abordagem da MBE *reducionista*, pois trabalha com uma visão do ser humano limitado ao aspecto somático apreensível pelas ciências naturais. A partir disso, desenvolve técnicas de intervenção, no âmbito biológico, recaindo no tecnicismo, ou seja, na valorização excessiva dos recursos tecnológicos em detrimento das dimensões psicossociais humanas. Desse modo, o médico tecnicista tende a desconsiderar a ética e as outras dimensões da vida, como a cultura, os contextos socioeconômicos, as crenças pessoais e os valores presentes na prática médica. É exatamente contra essa perspectiva reducionista que a MCP propõe uma consideração da pessoa do paciente como um todo, ou seja, incluindo seus aspectos psicológicos e o seu contexto social amplo, trazendo-a para o primeiro plano, para o centro da atenção cuidadora.

A MCP insurge-se contra a medicina centrada na doença, mas também contra a excessiva autoridade reservada ao médico na abordagem convencional ou tradicional. Ela pretende, desse modo, superar a autocracia médica, compartilhar poder e, principalmente, tomar decisões conjuntas. Apesar de ter nascido no âmbito da *Medicina de Família e Comunidade*, e aplicar-se melhor a certas especialidades como a psiquiatria ou a psicoterapia em geral, seus defensores e defensoras acreditam que a MCP tenha relevância para outros domínios da medicina, incluindo no setor terciário de atenção à saúde.

A MCP defende, então, duas mudanças básicas em relação ao enfoque convencional na condução do encontro médico-paciente. Primeiro, não há hierarquia na relação P-P/P-P, mas isso vale no sentido *moral*, pois é evidente que um(a) profissional da saúde possui conhecimento científico maior de sua área de atuação. A outra é procurar manter um equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, visto que a posição objetivista acaba produzindo insensibilidade para o profissional e sofrimento para o paciente. Em síntese, a MCP valoriza acima de tudo as pessoas envolvidas, *ambas* médico(a) & paciente, na prática médica. Claramente, aqui, a bioética clínica, em especial a inspirada no princípio do *respeito pela pessoa* presente no Relatório Belmont discutido no primeiro capítulo deste livro, pode auxiliar na formulação de uma abordagem integral da medicina. A seguir, veremos como isso pode ser feito apresentando de forma mais detalhada os quatro componentes da principal versão da medicina focada no paciente. Antes, porém, apresentaremos com mais detalhes o surgimento e desenvolvimento da MCP.

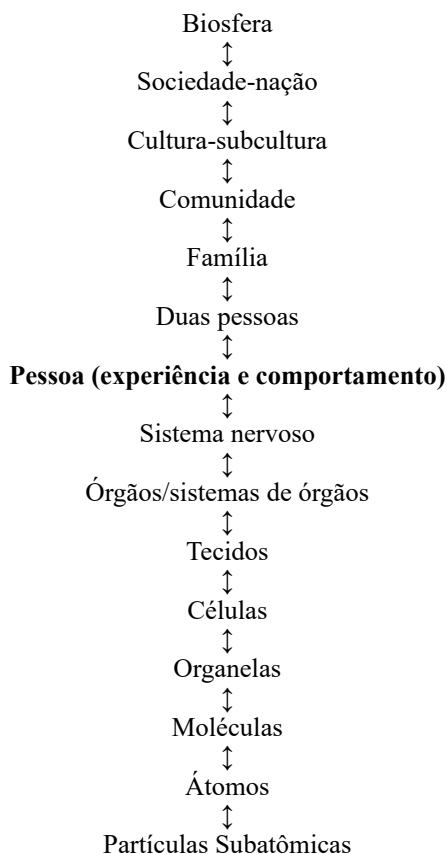
Assim como na MBE, abordada no capítulo anterior, é crucial notar que há diferentes versões da MCP. A seguir, vamos explicitar algumas diferenças entre abordagens da medicina focada no paciente. Uma das primeiras obras a defender explicitamente uma perspectiva centrada no paciente, baseada no modelo biopsicossocial e não no biomédico, foi a obra *Medicine as a Human Experience*, de David E. Reiser, George L. Engel e David H. Rosen, publicada em 1984. A segunda edição traz, agora, o título *Patient-Centered Medicine – a human experience*, e contou com a ajuda editorial de Uyen B. Hoang. De acordo com a versão inicialmente proposta por Rosen e Hoang (2017), a medicina, como experiência humana, seria composta por *quatro* princípios:

- i) a atitude, por parte do(a) médico(a), de *aceitação* (*acceptance*) não apenas das responsabilidades, tarefas etc. inerentes ao exercício da profissão médica, mas, acima de tudo, da pessoa do pa-

- ciente *como ela é*, ou seja, de abertura, de acolhimento etc. (como uma mãe acolhe seu bebezinho), em silêncio, com olhar atento e ouvindo, e, por parte do paciente, de *aceitação* de seu estado de vulnerabilidade e de dependência do cuidado;
- ii) a habilidade da *empatia* (*empathy*), ou seja, de compreender e compartilhar sentimentos, evitando tanto a identificação exagerada com pacientes quanto o excessivo distanciamento (trata-se de “colocar-se no lugar do outro”);
 - iii) a conceitualização (*conceptualization*) a partir do modelo biopsicossocial, ou seja, de uma visão sistêmica do ser humano no mundo (e do paciente em particular), evitando uma abordagem simplista e reducionista da doença apenas, cuidando da pessoa como um todo e sua inserção em sistemas mais amplos (a família, as comunidades, a biosfera e – ampliando o modelo para incorporar o espiritual – o sentido da vida);
 - iv) competências (*competence*) não apenas intelectuais (conhecimento), mas também emotivas (compaixão) para saber-como (*know-how*), no contexto amplo (*big picture*), diagnosticar, tratar e evitar males iatrogênicos.

Muitos dos elementos que, atualmente, consideramos centrais na MCP (por exemplo, o modelo biopsicossocial pensado no tópico sobre conceitualização e que orienta tratar o paciente como um todo) estavam presentes na edição original do livro *Medicine as a Human Experience*.

Uma das contribuições centrais da MCP é, certamente, a criação do modelo biopsicossocial, feita por George L. Engel, o qual foi contraposto ao modelo biomédico prevalente à época, mas considerado dualista (separava corpo e mente como entidades ontologicamente distintas) e reducionista (focava apenas nos aspectos somáticos da doença). A ideia fundamental de Engel é que tudo na natureza é constituído por *sistemas* hierarquizados, mas *contínuos*, e, por conseguinte, eles fornecem o esquema conceitual para entender certas totalidades organizadas estudando as suas partes. Sistemas seriam, então, a base *ontológica* também da medicina para compreender não apenas a saúde e a experiência da doença, mas a pessoa do paciente como um todo: sua inserção social e ambiental (cf. Bunge, 2017). A ontologia subjacente à MCP, na versão de Engel *et al.* (2017), foi apresentada desta maneira:



Como podemos perceber, a centralidade da pessoa não é aqui apenas uma questão de desfocar a atenção médica da doença, mas antes perceber que a pessoa é a entidade fulcral dos outros sistemas que compõem o mundo.

Essa ontologia, entretanto, poderia ser criticada por ser antropocêntrica ou “personalista”, isto é, trata-se de uma perspectiva metafísica de colocar a pessoa no centro do mundo. Novamente, essa pressuposição metafísica, oposta à reducionista, não precisa ser assumida pela MCP nem qualquer outra que inflacione o conceito de “pessoa”. Podemos deixar de lado o personalismo e entendermos “pessoa” simplesmente como um agente membro da espécie *Homo sapiens sapiens*, sem cairmos também no especismo. Estamos tratando, afinal, apenas de medi-

cina humana e não veterinária, mas este conceito biológico também é, como veremos a seguir, insatisfatório.

Uma aplicação simples do modelo biopsicossocial, assumido sem pressupostos metafísicos, considera um problema de saúde (por exemplo, a COVID-19) num contexto bastante amplo e não apenas uma ocorrência fisiopatológica (dos efeitos da presença do vírus SARS-Cov-2 no organismo), ou seja, como pandemia. Tal evento ocorre num sistema de hierarquia cujo centro é o próprio paciente, e “abaixo” estão o seu sistema respiratório, sanguíneo, nervoso etc., o tecido muscular com suas células, moléculas etc., mas também “acima” é constituído por suas relações pessoais, a sua família, a comunidade onde está inserido, a biosfera etc. (cf. Engel, 2017, p. 33). O modelo biomédico levaria em conta apenas o evento isoladamente (a COVID-19 como enfermidade), enquanto o biopsicossocial procura entender também os aspectos *comportamentais*, ou seja, a psicologia do paciente (se é propenso a buscar assistência médica imediata ou não) e a sua inserção social (seus compromissos profissionais etc.) como fatores que podem influenciar nos procedimentos da cura propriamente dita, incluindo aspectos globais, ou seja, enquanto *pandemia*.

É importante ressaltar que o modelo biopsicossocial também é considerado um modelo *científico* (cf. Engel, 2017, p. 43-44) e, nesse sentido, ele não se contrapõe necessariamente à MBE, exceto se esta última for reducionista. Ele se utiliza da psicologia e da sociologia como ciências humanas, evitando uma visão unilateral do paciente. Contrapõe-se ao modelo biomédico, que é materialista (Thompson; Upshur, 2018, p. 43), mas a MBE precisa assumir o naturalismo apenas metodologicamente para não cometer a falácia mereológica. O modelo biopsicossocial está, é claro, em conflito com alguns pressupostos do modelo biomédico reducionista, mas parece possível e desejável construir um enfoque que seja centrado na pessoa do paciente como um todo e, ao mesmo tempo, guiado pela melhor ciência disponível. Por isso, a MCP contrapõe-se, na verdade, ao dogma reducionista e tecnicista do modelo biomédico, mas não ao enfoque científico da MBE. Esse ponto é fundamental para construir uma filosofia que integre MBE e MCP, e será detalhado no próximo capítulo. Na verdade, o propósito central deste trabalho não é outro senão, falando no jargão wittgensteiniano, *tratar* (“curar”) os *pseudoproblemas* (“doenças”) que contrapõem a MBE e a MCP, diagnosticando os erros (o modelo reducionista, o inflacionamento do conceito de pessoa etc.) com um procedimento (a análise gramatical do conceito de pessoa usado no modelo biopsicos-

social) que tem um bom prognóstico para a construção de uma FIMed. Novamente, não se trata de uma filosofia com aplicações *clínicas* diretas, mas de uma “terapia” filosófica, ou seja, gramatical apenas, dissolvendo pseudoproblemas.

O modelo biopsicossocial fornece uma base ontológica para a MCP que, na verdade, pode assumir diferentes versões ou formulações. Por exemplo, ao apresentarem, mesmo que de forma introdutória, a MCP sem desenvolver cada ingrediente, Thompson e Upshur (2018, p. 175) identificam os seguintes elementos básicos desse enfoque filosófico da medicina: (i) a MCP explora a razão principal do paciente para a visita, suas preocupações e a sua necessidade de informação; (ii) ela procura um entendimento integrado do mundo do paciente, isto é, da pessoa como um todo, as suas necessidades emocionais e as suas questões existenciais; (iii) ela encontra uma base comum para identificar o problema e concorda com a sua gestão mútua; (iv) a MCP melhora a prevenção e promove a saúde; (v) ela aprimora a relação contínua entre paciente e médico. Há também a versão de Mitchell e Loughlin, que comentaremos brevemente mais adiante, em especial, questionando o conceito de saúde/doença.

A exposição mais completa da MCP, entretanto, encontra-se no livro *Medicina centrada na pessoa (Patient) – Transformando o método clínico*, organizado por uma série de especialistas no tema (Stewart *et al.*, 2024). Vamos nos concentrar, como dissemos acima, na exposição da versão publicada na quarta edição (a partir da 3ª edição, já houvera uma redução de 6 para 4 no número de componentes) da MCP, procurando compreender mais detalhadamente os seus principais ingredientes, por exemplo, a exigência de cuidar o paciente como um todo e não apenas curar doenças. A partir dela, faremos uma comparação com a MBE, retomando tanto aspectos epistêmicos quanto éticos com vistas a elaborar a FIMed. A seguir, veremos como isso pode ser feito apresentando de forma mais detalhada os quatro componentes principais da MCP na sua versão “quase-clássica”, a saber, na exposta por Stewart *et al.* que teve e continua tendo grande impacto no Brasil.

3.1. Saúde, doença e a experiência de sentir-se enfermo

O primeiro componente da MCP está conectado com o que pode ser considerado uma das finalidades mais básicas da prática clínica: o cuidado com vistas à cura ou o restabelecimento pleno da saúde.

Conforme vimos, a MCP desde o início quis *transformar o método clínico*, ou seja, o modo convencional de se praticar a medicina. Somente a partir da terceira edição do livro de Stewart *et al.*, a saúde passou a fazer parte do título do primeiro componente. Isso também mostra a sua priorização em relação ao adoecimento. Esse elemento é, enfim, exposto na Segunda Parte, capítulo 3, do livro *Medicina centrada na pessoa (sic)* intitulado: “O Primeiro Componente: explorando a saúde, a doença (*disease*) e a experiência da enfermidade (*illness*)”, escrito por Moira Stewart, Judith Belle Brown, Carol L. McWilliam, Thomas R. Freeman e W. Wayne Weston (cf. Stewart *et al.*, 2024, p. 41-61). A MCP leva, como pode ser observado, em consideração *a vivência* ou a experiência do sentir-se mal (estar enfermo), ou seja, a percepção do problema de saúde do próprio paciente tanto quanto a própria doença. Há, aqui, que se diferenciar, por um lado, os *sintomas* (subjetivos do paciente) da doença e os efetivos *sinais* (objetivos e identificáveis por profissionais da saúde) já enfatizados pelo método convencional. Na MCP, a doença não é vista como sendo uma entidade independente do paciente e nem como um fenômeno puramente somático, pois envolve aspectos psíquicos e sociais, como, aliás, é ressaltado pela definição da OMS de “saúde”, embora esta precise ser revista devido a sua ambiguidade. Voltaremos a esse ponto a seguir.

Para iniciar a análise deste primeiro componente, convém fazer uma observação terminológica. Um ponto crucial para entender bem esse ingrediente da MCP é, então, a diferenciação conceitual (e ontológica) entre sentir-se mal e adoecer (em inglês, há, além dos termos *illness* e *disease*, também há palavras como *sickness* e *malady*; em português, “doença”, “enfermidade”, “moléstia” e, simplesmente, “mal”, como em “mal de Chagas” etc.). Para clarificar: uma indisposição causada por uma febre leve produz uma experiência de sentir-se mal ou estar enfermo (*illness*) e gera certo desconforto num indivíduo a ser manifesto por *sintomas* de diversas maneiras, por exemplo, fraqueza, irritação, cansaço, estresse etc.). Já uma doença (*disease*) pode ser uma disfuncionalidade mais grave causada, por exemplo, por um vírus (SARS-Cov-II) com *sinais* e alterações mais visíveis e objetivos verificáveis no organismo do indivíduo, por exemplo, dificuldade aguda de respirar que, se internado, torna-se, num sentido estrito, paciente.

A semiologia é a ciência que estuda, na área da saúde, os sinais e sintomas das doenças, sendo, por conseguinte, fundamental não apenas para a medicina, mas também para outras disciplinas e profissões. Daí surgem questões cruciais, por exemplo, qual o estatuto ontológico de

uma lesão (luxação, fratura de osso, furo no pé...) do ponto de vista médico? São *doenças*? Ferimentos não são doenças, exceto se desenvolverem infecções? O paciente está disfuncional, mas não doente? Um ferimento então não seria uma doença, mas qual seu estatuto enquanto problema de saúde? Fornecer uma ontologia médica completa está além dos limites deste trabalho, embora possamos assumir, a princípio, a Classificação Internacional de Doenças (CID) como uma espécie de “ontologia médica” provisória.

Ao estabelecer a experiência do sentir-se mal ou estar enfermo como parte de um primeiro componente da boa prática clínica, a MCP toma como ponto de partida o próprio paciente e o modo como ele vivencia o que está acontecendo consigo mesmo. Por isso, na anamnese, *ouvir* é fundamental antes mesmo do exame físico (ausculta pulmonar, cardíaca etc.). A primeira pergunta do encontro deve ser: “Como posso ajudá-lo?” ou “O que traz você aqui?” É parte da *expertise* médica saber-como ouvir um paciente. Mais adiante, apresentaremos um modelo de uma entrevista centrada no paciente e outra seguindo o modelo biomédico para visualizar essa e outras importantes diferenças.

A diferenciação fundamental entre doença e experiência da enfermidade ou sentir-se mal é claramente perceptível da seguinte maneira: uma pessoa com uma doença assintomática não diagnosticada pode sentir-se saudável; outra pessoa sofrendo emocionalmente por paixão não correspondida pode não estar doente etc. Em outros termos, doença e a experiência da enfermidade não são necessariamente o mesmo fenômeno. Não é possível, aqui, aprofundar todos os aspectos dessa diferenciação, mas gostaríamos de apontar alguns tópicos abordados pela MCP quando trata da experiência do adoecimento: (i) as percepções do paciente e as experiências da saúde, pessoais e únicas (significados e aspirações) são fundamentais; (ii) o histórico do paciente (e de seus antepassados), além dos exames físico e laboratoriais complementares, auxilia no diagnóstico e na terapêutica; (iii) as diversas dimensões da experiência de sentir-se mal/enfermidade são consideradas.

Um aspecto problemático da MCP, entretanto, é usar um conceito amplo demais de “saúde” como se *cada pessoa* tivesse seu próprio significado. Stewart *et al.* (2024, p. 41), por exemplo, utilizam o conceito de “saúde” mais recente da OMS, bastante amplo e vago, a saber, como “um recurso para viver”, defendendo que para uns ela pode significar estar apto para correr uma maratona e, para outros, ser capaz de envolver-se com pessoas (WHO, 1986). Apesar dos méritos da conferência

internacional de Ottawa *para a promoção da saúde*, essa vagueza na definição de “saúde” levanta possíveis objeções críticas à MCP e pressupõe um convencionalismo injustificável filosoficamente. A saúde parece não ser, como veremos abaixo, tão subjetiva assim (por exemplo, definida em termos tão elusivos quantos “sentir-se fisicamente ativo”; “estar envolvido com a família” etc.). Essas, claramente, *não* são definições de saúde, mas impressões subjetivas de sentir-se saudável ou enfermo. Mesmo que seja difícil encontrar uma definição universal de “saúde”, Stewart *et al.* (2024) radicalizam demais e tornam supérfluo dizer que clínicos devem ter presente que a definição de saúde é única para cada paciente. Essa frouxidão pode ter implicações problemáticas para sistemas públicos, pois inflaciona o conceito de saúde, e eles teriam que arcar com gastos questionáveis, como acontece com alguns itens da “medicina” alternativa, ou levar a sobrediagnósticos e excessiva medicalização. No último capítulo, apresentaremos, por razões pragmáticas, uma definição menos vaga de “saúde” a ser utilizada pela FIMed.

Como podemos perceber, uma das principais questões de toda e qualquer filosofia da medicina é esta: o que significa “saúde”? Há vários modelos que procuram apresentar uma definição, que vão desde uma definição puramente negativa (saúde = ausência de doença), passando pela abordagem funcionalista (a saúde de um organismo é o seu funcionamento normal) – mencionadas no capítulo anterior por ocasião da discussão sobre a MBE – até a da Organização Mundial de Saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, aparentemente mais próxima dos pressupostos filosóficos da MCP. No modelo biomédico, a doença é compreendida em termos fisiopatológicos apenas, ou seja, como uma disfunção dos tecidos e órgãos.

A definição de saúde é, na versão de Stewart *et al.* da MCP, feita nestes termos:

Nós definimos saúde como englobando a percepção dos pacientes do que a saúde significa para elas e a sua habilidade de perseguir aspirações e propósitos importantes para as suas vidas (Stewart *et al.*, 2024, p. 41).

Esta definição parece, conforme antecipamos, ampla e vaga demais. A sua inserção, entretanto, em jogos-de-linguagem médicos (por exemplo, de diagnóstico que procure a *causa* de determinada doença ou um jogo-de-linguagem prognóstico) poderia determinar de forma mais precisa seu significado.

A definição da OMS de saúde, inspiradora da definição da MCP, fora feita nestes termos: “Um estado de *completo bem-estar* físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (grifos nossos). Essa definição de 1948 já é bastante problemática, pois idealiza a saúde, mas a própria OMS alargou, conforme já mencionamos, ainda mais o conceito em 1986, entendendo-o como “um recurso para a vida, e não como objetivo de viver”, levando em conta as aspirações das pessoas, seus recursos pessoais e também os sociais. A MCP incorporou essa compreensão *subjetiva* de saúde a partir do que cada paciente estabelece como saudável para si. Entretanto, é necessário revê-la, pois uma definição fluida demais permite um aumento exponencial da caracterização de patologias com o consequente perigo de sobremedicalização da vida. Novamente, é necessário lembrar a denúncia de Illitch sobre o “avanço” da medicina na “patologização da vida”. Ela permite também “terapias” alternativas e *complementares* sem fundamento científico. Por conseguinte, entre essa definição ampla demais e uma muito estrita baseada no modelo biomédico (ausência de doença), é preciso encontrar outra mais adequada. Conforme alertamos acima, estar ativo fisicamente ou estar envolvido com a família não são *definições* de saúde, mas mostram apenas *para que* uma pessoa quer tê-la. Em outros termos, a saúde teria valor apenas instrumental, segundo essas definições, e não valor intrínseco. É correto evitar o objetivismo excessivo do modelo biomédico, mas não podemos cair no subjetivismo extremo de um modelo frouxo. Por exemplo, Azevedo (2014) desenvolve um conceito clínico-epidemiológico de “saúde”, que parece um meio-termo mais razoável, embora bastante enraizado na medicina convencional, que será também examinado no último capítulo, quando discutiremos a aplicação do conceito “semelhanças-de-família” na questão da definição de “saúde” e outras noções médicas.

Para compreender melhor o que implica assumir a “experiência da enfermidade”, é necessário apresentar com mais detalhes o que é considerado neste primeiro elemento. A análise sobre a *experiência* do sentir-se mal (*illness*) deve, segundo a MCP, guiar-se por quatro dimensões resumidas no acrônimo SIFE, a saber: *sentimentos, ideias, funcionamentos e expectativas*. Por conseguinte, a MCP deve orientar-se, respectivamente, pelas seguintes perguntas:

- Quais são os *sentimentos* da paciente ao sentir-se mal?
- Que *ideias* a pessoa tem sobre a sua experiência da doença?
- Quais são os efeitos da doença no *funcionamento* da pessoa?

- Quais são as *expectativas* da paciente em relação ao médico?

Trata-se de considerar, então, as percepções pessoais, o histórico da doença, fazer os exames físico e complementares (laboratoriais), mas sem perder de vista os sentimentos, ideias, expectativas etc. da pessoa do paciente. Todavia, é preciso também saber *filtrar* a narrativa do paciente de seus desejos e crenças a partir daquilo que é realmente constitutivo, como preconiza a TCR, de seu bem-estar, em especial, de sua saúde. Conforme veremos no próximo capítulo, esse “filtro” será o critério de cientificidade para demarcar práticas médicas de curandeirismo. Desse modo, proporciona-se, quando possível, cura, mas sempre cuidado respeitoso, embora seja difícil, na prática, relativizar a experiência da enfermidade, separando aquilo que é real daquilo que é imaginário.

No capítulo 6 de *Patient-Centered Medicine*, intitulado “The Experience of Illness and Hospitalization”, Rosen e Hoang descrevem (2017, p. 90-92) dois estágios do sentir-se enfermo: a *desorganização* e a *reorganização*. O primeiro estágio é um período traumático para quase todas as pessoas: percebemos, muitas vezes em estado de verdadeiro espanto ou choque, que algo realmente está errado conosco e nos sentimos confusos, desesperados e perdidos, gerando uma crise de ansiedade, pois a nossa vida é profundamente impactada na sua rotina (hábitos, atividades, amigos etc.). Pensemos em notícias sobre câncer, ataque cardíaco etc. Elas provocam um impacto profundo nas pessoas. Durante o estágio de desorganização, alguns pacientes caminham rapidamente para o óbito, mas muitos conseguem se recuperar. Para alguns autores, os sentimentos de terror, perda, solidão e traição são companheiros comuns da experiência de sentir-se enfermo. No período de reorganização, enfim, buscamos superar a condição de estarmos doentes. Para Rosen e Hoang, isso envolve a percepção de que precisamos continuar com nossa vida e não nos deixarmos vencer pela doença e, acima de tudo, a *aceitação* (já mencionada anteriormente) da condição de pacientes que não procuram mais negar a sua enfermidade. Aprende-se, então, a lidar (*coping*) com a condição, e somente a partir disso é possível recobrar integralmente a saúde.

Como podemos perceber, há dois modelos básicos de compreensão da doença. Um deles, nomeado “estruturalista”, sustenta que:

[...] doenças são entidades específicas que existem de forma independente das pessoas que delas sofrem. A tarefa do clínico é categorizar corretamente a doença que está afligindo o paciente, baseado em sintomas, sinais e investigações. A terapia será, naturalmente, direcionada

à eliminação ou mitigação da entidade doença (Stewart *et al.*, 2024, p. 87; grifos nossos).

Esta visão é pressuposta pelo modelo biomédico.

Outra forma de compreender as doenças foi chamada “organicista” (*organismic*) e compreende a doença nestes termos:

[...] como o resultado de um desequilíbrio ou falha na adaptação do organismo ao ambiente entendido tanto como o domínio psicológico, social e econômico, quanto o físico. A genética, a epigenética e a primeira infância desempenham um papel na adaptabilidade do organismo ao ambiente. Neste enfoque, o diagnóstico envolve chegar ao entendimento desses múltiplos fatores e sua interconexão com a propensão do paciente à saúde ou adoecimento. Chega-se ao diagnóstico da *pessoa* (*sic*) ao invés da categoria *doença*. A terapia, então, no enfoque organicista, é multifatorial e interdisciplinar por natureza (Stewart *et al.*, 2024, p. 87; grifos no original).

De acordo com esta visão, como podemos perceber, a doença não é uma “entidade”, mas certa desordem/desequilíbrio na adaptação do organismo ao ambiente seja natural, seja social. Em outros termos, é, antes, um *processo*. Trata-se de uma definição bastante ampla e, como tal, pode ter problemas de aplicação. Novamente, a dificuldade de definição da doença/saúde parece resultar da multiplicidade de fenômenos que transparece no uso dos diferentes termos, como doença, enfermidade, mal-estar. Seja como for, a visão organicista é a que foi integrada à MCP (cf. Stewart *et al.*, 2024, p. 87).

É crucial, para entendê-la melhor, contextualizar a experiência da enfermidade enquanto “narrativa” do paciente. No capítulo 5 “The Experience of Illness”, Mitchell e Loughlin (2023, p. 63-77) apresentam uma espécie de fenomenologia (*descrição em primeira pessoa*, ou seja, a partir da subjetividade) da enfermidade em termos heideggerianos de não familiaridade ou estranhamento com a vida cotidiana ou ser-no-mundo (*unheimlich*: sentimento de não se sentir em casa no próprio corpo; *unhomelike* em inglês [Svenaesus, 2022, p. 210-211]) ou como uma espécie de hermenêutica gadameriana de perda do equilíbrio. De fato, a *experiência* do adoecimento pode nos colocar diante da nossa finitude e lembrar-nos de que somos seres vivos que inevitavelmente morrerão. Todavia, em termos de prática clínica, essa “experiência” de finitude parece ajudar pouco para fins terapêuticos, pois médico(a)s não tratam o *Da-sein* (nossa condição ontológica de ser-aí, no-mundo, com outros etc.) nem qualquer outra concepção inflacionada de pessoalidade (*imago dei*). Também não parece fazer sentido definir “doença” como estranhamento com o próprio corpo, exceto para algumas desordens

psiquiátricas. A noção heideggeriana de *unheimlich*, por conseguinte, não ajuda. Tampouco resolve refugiarmo-nos numa suposta experiência absolutamente subjetiva da enfermidade, embora seja necessário admitir a existência de experiências em primeira pessoa. Para usarmos o jargão wittgensteiniano, não há “linguagem privada” (IF, §202). Precisamos manter isso presente e ter clareza quando analisarmos, a seguir, o segundo componente da MCP.

Uma polêmica relacionada, que interessa na nossa tentativa de mostrar certa convergência entre a MBE e a MCP, é a discussão entre descritivistas (Boorse) e normativistas (Engelhardt, Hare), a propósito da natureza geral dos conceitos médicos. O modelo biomédico é reducionista (materialista), concebendo o funcionamento do corpo como máquina e a mente como uma espécie de computador. O biopsicossocial pode ser inflacionado e vago demais. É equivocado também considerar a saúde a “norma” ou o “normal” (Canguilhem, 2022). Uma definição adequada de “saúde” deve mostrar que o conceito aparenta ser, para usar um referencial metaético, denso (*thick*) e conteria, por conseguinte, tanto elementos valorativos quanto descritivos. Este ponto será retomado no próximo capítulo. Será necessário analisar criticamente essas definições e repensar, a partir da TCR, os termos em que as experiências subjetivas devem ser consideradas, ou seja, se o próprio paciente não deve desejar aquilo que, do ponto de vista do(a) cuidador(a), incluindo ele(a) próprio, é constitutivo de sua saúde. É essencial evitar o autoengano, a racionalização, as experiências ilusórias, a procrastinação no tratamento etc., “filtrando” a narrativa do paciente. Por conseguinte, nem toda vivência ou experiência parece ser relevante em termos terapêuticos.

Disso não se segue, entretanto, que um(a) profissional da saúde não deva ouvir a *narrativa* do paciente. Ao contrário, pode ser fundamental para atingir os objetivos da medicina, e mesmo no método convencional há que se ouvir os sintomas que o paciente experimenta. Vamos ilustrar com um caso discutido pelas defensoras da MCP (Stewart *et al.*, 2024):

Estudo de Caso. Gema, 31, professora, solteira e morando sozinha, acordou um belo dia com uma dor repentina e forte no lado direito do abdome. Pensou ser cólica menstrual e tentou dormir novamente. Não conseguiu, e como a dor mais tarde intensificou-se, pediu para um amigo levá-la ao hospital. Um primeiro diagnóstico foi de apendicite aguda.

Depois de uma cirurgia, todavia, foi-lhe comunicado que, na verdade, se tratava de algo mais grave (divertículo de Meckel, que exigiu uma ressecção parcial do intestino), cuja recuperação levaria de 4 a 6 semanas, comprometendo suas atividades profissionais. Sentiu-se vulnerável e irritada. Seu cirurgião perguntou se estava com raiva. Surpresa, reconheceu que, de fato, se sentia como se seu corpo lhe tivesse traído. Sentia falta dos alunos e tornou-se apreensiva quanto ao seu futuro. O cirurgião ouviu, simpatizou-se e conversou sobre a raiva e receios em relação ao futuro. Não os considerou supérfluos. Ao contrário, mostrou compreensão pelas preocupações da paciente, o que a ajudou a superar o período da hospitalização e facilitou a sua volta à vida normal.

Segundo a MCP, tanto o reconhecimento dos sentimentos da paciente quanto o cuidado não centrado apenas na doença auxiliaram na recuperação *integral*, e o caso de Gema ilustraria bem esse enfoque. De fato, o cuidado e não apenas o processo curativo auxiliam no *healing* (restabelecimento completo da condição saudável) do paciente. No modelo biomédico, apenas a doença seria tratada, deixando o paciente lidando sozinho com as suas emoções e sentimentos, seus planos sobre o futuro etc. Já na MCP, a promoção da saúde e a prevenção da doença ocupam um lugar central. Políticas públicas garantidoras do incremento da qualidade de vida, exames preventivos, melhoria do meio ambiente etc. são implicações da orientação da MCP não focada apenas na doença. Em termos simples, a MCP prioriza *cuidar* das pessoas e não apenas *curar* doenças.

Uma avaliação crítica desse primeiro elemento mostra que houve um ganho significativo em relação ao método convencional e ao modelo biomédico centrado na doença, mas há que se ressaltar também a necessidade de repensar os *limites* das narrativas da experiência do adoecimento, bem como a utilização de uma definição ampla demais de “saúde”. Acreditamos que seus defensores confundem uma questão axiológica sobre o *bem-estar* com uma médica, ao apresentar uma definição muito ampla de “saúde” a ser identificada na pergunta “O que o termo ‘saúde’ significa na tua vida?” (Stewart, 2024, p. 49). Claramente, a pressuposição preferencialista da MCP torna-se patente. O lugar do valor da saúde numa hierarquia axiológica ou bem-estarista é um tema ético importante, mas não pode ter implicações na definição do

que é estar doente ou ser saudável. Um(a) profissional da saúde precisa estar atento(a) aos melhores interesses do paciente (*the best interest of the patient*), que nem sempre coincidem com as suas “experiências”, que podem ser ilusórias ou apenas “estórias”. A base do princípio dos melhores interesses é a própria beneficência *razão de ser* da ciência da cura e da arte do cuidado. O papel do paciente no processo de tomada de decisão precisa ser respeitado, mas o médico deve certificar-se de que o tratamento escolhido, no seu melhor julgamento *baseado em evidências*, é consistente com os melhores interesses do paciente. É necessário “filtrar” a narrativa do paciente com cientificidade. Cabe lembrar que o(a) médico(a) também é uma pessoa autônoma e o paciente não pode fazer exigências descabidas baseadas na sua “vivência” da doença. Voltaremos a este ponto na última seção deste capítulo, quando avaliarmos os pressupostos axiológicos gerais da MCP, salientando a diferença entre bem-estar e saúde e no último capítulo sobre a FIMed.

3.2. Compreendendo a pessoa do paciente como um todo

O segundo componente da MCP foca a atenção na *pessoa* do paciente (e não no médico ou na doença) e é abordado no livro *Medicina centrada na pessoa (patient)* sob o título “O Segundo Componente: compreendendo a pessoa como um todo (*whole person*)”, com duas seções, sendo a primeira (Capítulo 4) escrita por Judith Belle Brown e W. Wayne Weston, e a segunda (Capítulo 5) escrita por Thomas R. Freeman e Judith Belle Brown (cf. Stewart *et al.*, 2024, p. 62-99). Note-se o uso até certo ponto indevido, intersubstituível, entre “pessoa” e “paciente”. Num contexto hospitalar, por exemplo, quando um(a) médico(a) solicita internação na UTI do *seu* paciente e outro contesta, argumentando que se deveria dar prioridade a *outro* paciente, estamos diante de uso de “paciente”, que é legítimo e respeitoso e não pode ser intersubstituído por “pessoa”.

Seja como for, percebe-se, pelo espaço dedicado na referida obra, a centralidade do tema, pois ele é subdividido em dois capítulos intitulados “o indivíduo e a família”, e o “contexto social” mais amplo. Os tópicos centrais considerados pelos autores dos dois capítulos sobre a *pessoa como um todo* são os seguintes: (i) a pessoa do paciente (a sua história de vida, ou seja, as questões pessoais e de desenvolvimento individual) e o ciclo de vida familiar; (ii) o contexto próximo (família, trabalho, apoio social); (iii) o contexto amplo (cultura, comunidade,

ecossistema). Busca-se, como veremos a partir de agora, superar definitivamente a visão reducionista do modelo biomédico focado exclusivamente nos aspectos somáticos da doença, distorcendo a visão do paciente como um todo. Ademais, procura-se descentralizar a figura do profissional da saúde, focando na paciente. Conforme já apontamos anteriormente, este é um dos pontos reforçados na quarta edição. Para uma filosofia plena da medicina, todavia, talvez seja mais interessante que o pêndulo não penda tanto ora para um lado, ora para outro, mas que fique estacionado numa relação realmente igualitária entre duas pessoas. Uma FIMed deveria, portanto, buscar uma relação na qual, por exemplo, decisões terapêuticas sejam realmente compartilhadas. Voltaremos a esse ponto no próximo capítulo.

Antes de explicitar esse segundo componente, convém discutir brevemente o próprio conceito “pessoa” e não apenas a palavra. Talvez essa seja uma das noções mais importantes da bioética e da própria filosofia da medicina. Primeiro, é crucial não tornar “paciente” e “pessoa” sinônimos, pois este último conceito é usado em outros contextos não médicos. Segundo, é importante não projetar uma carga metafísica, por exemplo, inflacionada de pessoa como uma entidade com valor absoluto (por exemplo, com dignidade porque é uma entidade *imago dei*). Embora o cuidado espiritual seja uma dimensão da atenção à pessoa como um todo, é preciso evitar uma associação com concepções metafísicas particulares. Por isso, usaremos “pessoa”, no sentido estrito, como um(a) agente natural (animal ou humano) ou artificial, capaz de seguir regras, portador de direitos e/ou deveres.

Convém, aqui, afastar desde já uma objeção cientificista quanto a própria existência da pessoa. Hoje, alguns estudos neurocientíficos pretendem negá-la. Por exemplo, as autoras de *Personhood: an illusion rooted in brain function* escreveram:

A personalidade é um conceito fundacional na ética. Estabelecer seus critérios, todavia, tem sido elusivo. Aqui, exploramos a possibilidade que a personalidade tem sido tão difícil de estabelecer, porque ela é uma ilusão. De acordo com essa visão, “pessoas” não correspondem a uma categoria de objetos no mundo. Ao contrário, *é um conceito ilusório* que nossos cérebros evoluíram para desenvolver de forma inata e projetar no mundo sempre que são desencadeados estímulos como coisas com aparência de face, corpo ou padrões contingentes de comportamentos humanos (Farah; Heberlein, 2010, p. 321; grifos nossos).

Esta visão parece utilizar-se do modelo biomédico presente na MBE, mas não seria nihilista e, no fundo, equivocada?

Um argumento contra essa implicação pode ser elaborado nestes termos: se não existissem pessoas (agentes com direitos, por exemplo, de liberdade como condição da própria ação e por isso direito fundamental inalienável), então não poderíamos atribuir outros direitos (não básicos) e imputar entidades capazes de deliberar, escolher e agir; ora, nós responsabilizamos agentes, de forma justificada, pois podem escolher agir de outro modo, pelas suas ações; por conseguinte, existem pessoas.

Uma maneira interessante de evitar uma ontologia moral inadequada é abordar “pessoa” em termos biográficos, como é feita por Andrade e Azevedo (2020, p. 105-106). Segundo essa concepção, pessoas são seres sociais dotados de uma biografia, o que implica reconhecer indivíduos humanos como portadores não apenas de necessidades, por exemplo, em saúde, mas de interesses e demandas legítimas, ou seja, como portadores de direitos. Essa definição, entretanto, parece poder incorporar animais não humanos que também têm uma biografia e, embora representados, fazem demandas legítimas.

Não precisamos, enfim, mistificar o conceito de “pessoa”: a religião pode, segundo a própria MCP, ajudar no processo terapêutico (reconhece o “poder da fé”), mas também atrapalhar (não se tratar para implicar grandes sofrimentos na tentativa de “purificar-se”). Por isso, é necessário evitar acrescentar ao modelo da MCP outras dimensões, por exemplo, biopsicossocial-*espiritual*, como fazem alguns autores (Grosso, 2013), ou *energético*, como na terapia holística etc. Se, por razões religiosas, alguma pessoa exigir ou rejeitar tratamento médico não embasado cientificamente, deixa de ser paciente. Precisamos, enfim, evitar inflacionar metafisicamente o conceito de pessoa que, de qualquer modo, refere-se a uma entidade real: uma *agente* (ontologicamente distinta de uma coisa ou de um mero objeto inanimado com valor puramente instrumental) portadora de direitos e/ou obrigações. “Pessoa”, portanto, é um conceito ético-jurídico não redutível ao organismo biológico do ser humano, mas também não caracterizável como uma entidade supranatural. Todo paciente humano é, por definição, uma pessoa ou potencialmente está se tornando um indivíduo único com personalidade própria, ou já foi e está sofrendo de condição severa impeditiva da ação como formas de demência (último estágio de Alzheimer), não se reconhecendo como tal. Portanto, *reconhecer* uma paciente como um todo é vê-la, eticamente falando, como pessoa.

Sobre o segundo componente da MCP, os autores enfatizam a importância de compreender o desenvolvimento individual do paciente, ou seja, saber identificar o *ciclo-de-vida* de cada um (infância, adolescência, maturidade ou velhice). Cada estágio traz desafios, mas o desenvolvimento adequado depende dos dois primeiros ciclos-da-vida, sendo que a ocorrência de Experiências Infantis Adversas (*Adverse Childhood Experiences – ACEs*), tais como abuso emocional ou sexual, violência doméstica, divórcio dos pais etc., comprometem a saúde e o bem-estar em geral. Segundo os autores Brown e Weston (*apud Stewart et al.*, 2024, p. 66), para compreender o paciente como um todo é necessário considerar a estrutura de sua personalidade, prestando atenção, em especial, aos mecanismos de defesa que são automáticos e inconscientes e respondem à necessidade de proteção do ego de perigos percebidos ou reais. Esses mecanismos podem ser mais simples e imaturos, como a negação e a projeção, e mais sofisticados, como a racionalização e a sublimação. O conhecimento psicológico e também o saber psicanalítico ajudam clínicos a compreender o desenvolvimento do paciente, contextualizando-o no seu respectivo ciclo-de-vida e no contexto familiar mais amplo.

Evitando dar uma definição biológica apenas de família, baseada na mera função reprodutiva ou de sobrevivência, os autores do capítulo sobre o segundo componente usam a conceituação feita por Kane:

A família é um grupo social criado e mantido a partir da finalidade de cultivar o bem-estar de todos os membros e a unidade familiar como um todo (*apud Stewart et al.*, 2024, p. 73).

Trata-se, por conseguinte, não apenas da família tradicional, monogâmica, patriarcal etc., mas da união de pessoas conectadas por laços diversos, em especial, afetivos. Envolver a família é importante para compreender a doença e, principalmente, a vivência da enfermidade pelo(a) paciente. Não é apenas o(a) paciente que adoece, mas, muitas vezes, doenças graves impactam significativamente na própria saúde familiar.

Neste elemento da MCP, em especial no *ambiente familiar*, a compreensão do paciente como um todo inclui inicialmente um entendimento sobre o próprio desenvolvimento enquanto indivíduo, por exemplo, a qual ciclo de vida pertence (infância, adolescência, idade adulta, velhice etc.) e do “ciclo de vida” da família: início dos relacionamentos ou filhos saindo de casa ou idade próxima da aposentadoria etc. Conforme apontam alguns expoentes da MCP, “[...] o desenvolvimento individual

saudável se reflete em um senso sólido de si mesmo, uma autoestima positiva e uma posição de independência e autonomia associada à capacidade de estabelecer relações e intimidade” (Stewart *et al.*, 2024, p. 63). Geralmente, o desenvolvimento individual ocorre num contexto familiar específico: devemos a nossa existência ao cuidado parental. Para um efetivo entendimento médico do paciente, é crucial, por conseguinte, considerar *a sua história de vida* (e não apenas a doença) e antever desdobramentos futuros a partir das aspirações, esperanças etc. Também é relevante para um cuidado integral do paciente como um todo considerar outros aspectos, tais como: o papel da *espiritualidade* na vivência da doença, entendendo-a de forma ampla, ou seja, o modo como as pessoas dão respostas às questões últimas de sua existência e para o sentido da vida. Conforme antecipamos no capítulo 1, para Thomasma e Pellegrino (1988), o bem do paciente é constituído por vários ingredientes: uma concepção de bem último; a pessoalidade; os interesses do paciente e o bem biomédico, sendo uma resposta ao sentido da vida o mais importante. Como podemos perceber, a *pessoalidade*, por exemplo, enquanto ser racional, é uma dimensão constitutiva do próprio bem do paciente.

Pacientes têm relações: são pais ou filhos; têm companheiros ou companheiras; têm irmãos ou irmãs; têm outros parentes mais próximos ou longínquos; têm amigos etc. Conhecer o ambiente familiar ajuda não apenas a estabelecer as possíveis bases genéticas de certas doenças (se outros membros também têm diabetes, hipertensão, colesterol alto etc.), mas também hábitos comuns (por exemplo, de alimentação) que impactam nessas desordens. Além disso, as implicações da doença de um indivíduo nos conflitos da família (e a dinâmica para superá-los), e como isso tudo repercute na vivência da doença etc., precisa ser levado em conta por profissionais da saúde, especialmente na APS, mas também no setor secundário (por exemplo, numa UPA) e no terciário (UTI). Esse entendimento do paciente como um todo melhora o cuidado e maximiza as chances de cura. Certamente, o ambiente familiar e o contexto social de inserção do paciente é crucial para compreender a experiência da doença e contribui significativamente tanto para o diagnóstico correto quanto para orientar o processo de cura e cuidado. Como resulta claro, a MCP critica modelos que entendem a doença exclusivamente em termos de um modelo somático apenas e abordam o problema de forma puramente técnica, por exemplo, farmacológica.

Sobre o *contexto social* mais amplo, tratado no capítulo 5 do livro *Medicina centrada na pessoa (sic)*, os expoentes da MCP insistem nos

múltiplos aspectos para além da família que são necessários considerar para entender a vivência de uma doença. Pelo princípio do contexto, na filosofia da linguagem, uma palavra tem significado no contexto proposicional (e uma proposição, para usar o jargão wittgensteiniano, num jogo-de-linguagem). Assim, também “saúde” dependeria do contexto vivencial do paciente, de suas circunstâncias. Por exemplo, no caso de uma epidemia de obesidade e de diabetes, é necessário avaliar vários fatores: genéticos; fisiológicos; psicológicos etc. É preciso também considerar questões sociais mais amplas, a saber, econômicas e políticas. Na quarta edição, há até mesmo menção aos fatores globais, tais como mudanças climáticas e a própria pandemia da COVID-19 (Stewart, 2014, p. 88) cruciais no momento em que vivemos. Obviamente, o objetivo é *compreender* o(a) paciente como um todo dentro de um modelo não reducionista centrado apenas na doença.

Defensores da MCP diferenciam fatores do contexto *próximo* ou do *mais amplo*. O primeiro inclui a família (já tratado), a segurança financeira, a educação, o emprego, a moradia, o lazer, o apoio social, o sistema de saúde, o ecossistema etc. Claramente, todos esses fatores impactam na doença e, principalmente, na percepção de estar enfermo. Por exemplo, pacientes que vivem em áreas de privação socioeconômica têm maior probabilidade de desenvolver depressão e seus desfechos são piores do que das pessoas que vivem em áreas economicamente prósperas. Para ilustrar mais: mudanças climáticas são associadas ao crescimento de doenças respiratórias, cardiovasculares, infecções etc.

A educação é, certamente, um fator importante: há estudos que mostram uma *correlação* entre anos de escola e taxas de mortalidade, isto é, quanto mais baixa a escolaridade, maior a mortalidade. A educação é fator essencial para uma vida saudável. Também o tipo de emprego é fundamental, pois o trabalho pode ser fonte de estresse e de adoecimento. Por outro lado, os efeitos do desemprego são sempre adversos para a saúde das pessoas, incluindo desordens psíquicas. Em outros termos, os fatores do contexto mais próximo afetam profundamente a vivência de uma doença.

Já os fatores do *contexto mais amplo* incluem a vida em grupo (a comunidade), os elementos culturais, o sistema econômico, o sistema de assistência à saúde, ingredientes sócio-históricos, a geografia, os meios de comunicação, o ecossistema etc. Conforme já vimos no capítulo 1, há uma conexão inequívoca entre bem-estar global, do ambiente e dos animais não humanos, e saúde humana. Além disso, o diagrama

de George L. Engel (2017), apresentado acima, ajuda a compreender a interdependência e a continuidade entre os diferentes subsistemas. Como vimos, a pessoa estaria realmente no centro, sendo necessário considerar o contexto mais amplamente “acima” (cultural) e “abaixo” (natural).

Não é necessário, aqui, detalhar todos esses aspectos, mas convém sublinhar o impacto da vida comunitária e da cultura na saúde das pessoas. Nesse sentido, há variações importantes a considerar. Por exemplo, nos Estados Unidos é algo cultural respeitar a autonomia do paciente, individualmente considerado, enquanto na China é mais comum tomar decisões baseadas no que a família quer, assim como em povos indígenas o espírito comunitário é mais forte. Uma decisão equilibrada não pode ser tomada sem considerar ambos os aspectos. Seja como for, há uma série de fatores contextuais culturais (e mesmo de mudança de uma cultura para outra) que impactam na saúde das pessoas. Para ilustrar, convém apresentar o seguinte exemplo:

Estudo de Caso. Maria procurou seu médico de família com dor de cabeça. Sentia dores em toda a testa. Seu médico anterior tinha consultado especialistas em cefaleias e classificado a sua doença como enxaqueca atípica, mas nenhum tratamento tinha ajudado. Já seu médico comunitário notou que parecia muito preocupada, perguntou-lhe sobre a sua família e ficou sabendo que eram imigrantes do leste europeu, que seu marido tinha dificuldades de conseguir emprego fixo e que sentia saudades da sua terra natal. Reconhecendo o papel que o estresse pode ter na vida de uma imigrante, solicitou que voltasse com algumas fotos antigas e conversaram sobre a casa antiga, seu casamento e seus filhos pequenos na escola etc. Depois dessa conversa, a frequência das dores de cabeça diminuiu.

A consideração do paciente como um todo no caso da Maria, seu contexto familiar e social mais amplo, ajudaram a entender o problema e possibilitaram certa recuperação. Como podemos perceber, a MCP procura comprovar cientificamente a sua própria eficácia.

Assim como fizemos com o primeiro elemento, vamos fazer uma breve avaliação crítica desse componente. Uma dificuldade na aceitação na abordagem holista da MCP, tanto do primeiro elemento (vivência da doença) quanto da tentativa de compreensão ampla da pessoa do

paciente, é a crescente especialização médica. Costuma-se dizer que se foram os anos do famoso “médico da família”. Nesse sentido, enquanto a MCP pode ser mais abrangente e *preventiva*, a MBE tende a ser mais curativa, valorizando a medicação e a tecnologia. Hoje, a atenção primária é, no caso brasileiro, fornecida pela UBS. Ora, a MCP tem tido uma acolhida maior entre profissionais médicos da família e da comunidade e menor entre profissionais hiperespecializados que atuam em grandes centros hospitalares em equipes. Desse modo, talvez seja a equipe como um todo que deva proporcionar uma MCP, incluindo não apenas profissionais da saúde, mas, por exemplo, assistentes sociais. Assim, o caso Maria encaixa-se nas exigências do enfoque centrado na pessoa do paciente, mas outro caso, por exemplo, de alguém sofrendo de um tumor no cérebro, pode exigir uma equipe coordenada por um(a) neurocirurgião(a), cujos membros não podem atender todos os ingredientes da MCP. Outras especialidades médicas (psiquiatria) parecem requerê-la ou, ao menos, trabalhar em cooperação com outros profissionais mais afinados com a MCP, por exemplo, psicólogos.

Ser centrado na pessoa do paciente envolve considerar as múltiplas camadas e os diversos contextos da relação profissional do médico ou do pesquisador e do paciente ou participante de uma pesquisa clínica, mas, acima de tudo, perceber o caráter moral da relação e *respeitar a pessoa* do ser humano adoecido. A dimensão da *ethiké* é, claramente, incorporada pela MCP, sendo esse aspecto um dos seus pontos fortes. Enfim, esse segundo componente procura superar a abordagem biomédica convencional e foca a atenção médica na integralidade da pessoa, isto é, no modelo biopsicossocial e não apenas biomédico. Voltaremos a ele mais adiante, mas já é possível antever, a partir do estudo deste segundo elemento, que a MBE não parece ser incompatível, por princípio, com a MCP, apenas com a visão tecnicista e reducionista que a distorce.

3.3. Encontrando um solo comum

O terceiro componente da MCP foi, originalmente, denominado pelos autores do livro *Medicina centrada na pessoa (sic)* de “*Finding Common Ground*”, que foi traduzido, na edição brasileira, como “Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, tendo sido escrito por Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Carol L. McWilliam, Thomas R. Freeman e Moira Stewart (cf. Stewart *et al.*, 2024). Talvez o título seja uma licença para uma tradução livre (nem toda tradução

precisa ser literal), mas é necessário apontar que há também alguns erros interpretativos: por exemplo, não se pode traduzir “goals” por “consenso” e nem “trust, caring and mutual respect” por “confiança, empatia e respeito mútuo”, como aparece na edição brasileira (Stewart *et al.*, 2024, p. 97). Neste caso, vale o velho dito italiano: *traduttore, traditore*. Quanto à denominação do terceiro componente, preferimos manter uma tradução mais próxima do original, dado que a ideia central faz referência a buscar *decisões compartilhadas*, pois esse é, no nosso entendimento, um elemento central da MCP.

Não é mera questão escolástica discutir se a MCP é composta por 6 ingredientes (como nas primeiras edições do livro de Stewart *et al.*) ou por 4, como está na terceira e na quarta edição do livro “quase-clássico”, ou 3 ou 5 como outros autores sustentam. Estamos ainda numa fase de construção de uma filosofia da medicina centrada *no paciente*. Já mencionamos duas ou três *variações* da MCP, incluindo a original que formulou o modelo biopsicossocial e a fenomenológico-heumenêutica recentemente defendida por Mitchell e Loughlin (2023). É necessário, entretanto, apresentar um enfoque teórico e praticamente mais simples possível, seguindo a lei da economia do pensamento, também conhecida como “Navalha de Ockham”, sem prejuízo, claro, do tratamento completo da abordagem em questão. Os dois primeiros componentes da MCP (na versão de Stewart *et al.*) giram em torno da anamnese, sendo fundamentais para auxiliar no processo de identificação do problema de saúde, mas, muitas vezes, são insuficientes, e somente a realização de exames laboratoriais pode determinar qual é o problema, possibilitando a construção de um efetivo solo comum para a decisão compartilhada sobre o diagnóstico e melhor terapêutica.

Segundo Kolling (cap. 11, do livro *Medicina ambulatorial*), uma consulta centrada na pessoa possui três componentes: (1) explorar os aspectos subjetivos do problema; (2) conhecer o contexto do paciente; (3) construir um entendimento do problema e do que precisa ser feito. Esta versão é bastante sucinta e, de algum modo, simplista, pois não garante superar o paternalismo da abordagem convencional. Mais tarde, entretanto, Kolling acrescenta outro componente, a saber, reforçar a relação entre profissional e paciente. Como antecipamos, o relevante é a descrição que ele faz do esquema que apresentamos acima do terceiro ingrediente: *promover decisões mútuas a respeito das prioridades, metas e atribuições de cuidado*. De fato, essa parece ser a parte central do terceiro ingrediente da MCP. Por conseguinte, o terceiro elemento “finding common ground” da versão quase-clássica de Stewart *et al.*

é mais bem entendido como a procura por decisões compartilhadas, sendo este o *solo comum* ou a base de compreensão mútua entre profissional da saúde e paciente. Para alcançá-la, a comunicação efetiva entre as partes é fundamental.

Na reconstituição dos principais elementos da Medicina Centrada no Paciente, Thompson e Upshur (2018, p. 175) mencionam 5 elementos já citados anteriormente. Cabe, aqui, apenas lembrar que o terceiro elemento (“encontrar um solo comum sobre qual é o problema e concorda no manejo”) é praticamente idêntico ao terceiro componente na obra de Stewart *et al.* e, por isso, daremos especial atenção a seguir.

Os principais pontos abordados no livro de Stewart *et al.* que estamos considerando aqui, *Medicina Centrada na Pessoa*, relacionados ao encontrar um solo comum são os seguintes:

- i) identificar o problema que afeta a saúde (diagnóstico correto);
- ii) estabelecer metas de tratamento e/ou de manejo;
- iii) definir papéis das pessoas na busca de uma decisão compartilhada e um plano de manejo em comum.

A identificação do *problema* é, certamente, o objetivo central do diagnóstico clínico e busca a(s) causa(s) do adoecimento. A dificuldade é maior quando pacientes e profissionais da saúde têm hipóteses diferentes sobre a(s) causa(s) do problema. Buscar uma *explicação científica* é crucial, e aqui vemos de imediato que a MBE pode fornecer instrumentos valiosíssimos para um diagnóstico acurado, desempenhando, portanto, um papel inquestionável. Conforme vimos no capítulo anterior, o pluralismo metodológico é capaz de orientar o diagnóstico diferencial. Nenhum tratamento será eficaz se não se basear em um diagnóstico que identifique o problema real e a causa que o produz. Portanto, num modelo mais simples de explicação da complementaridade entre MBE e MCP, poderíamos supor que esta última simplesmente incorpora no seu terceiro elemento tudo o que a MBE teria a contribuir. Todavia, essa simples incorporação é insuficiente, como pretendemos mostrar no próximo capítulo.

O estabelecimento de metas de tratamento ou manejo somente pode ser feita depois de um diagnóstico adequado. Vamos considerar o seguinte caso para ilustrar:

Estudo de Caso. Fabi, 28 anos, vendedora, mãe solteira, batalhava para criar seu filho “hiperativo” de 7 anos e tinha vários problemas de renda para dar conta dos gastos com

alimentação e moradia. Seu médico já tinha tentado encontrar um lugar-comum que possibilitasse um manejo adequado das crises depressivas de sua paciente. Já havia prescrito antidepressivos, mas cada um tinha efeitos adversos (sono-lência, ganho de peso, agitação etc.) e sentia-se frustrado por ter falhado várias vezes. Estava confuso sobre a melhor opção farmacológica. Fabi raramente compartilhava as dificuldades na criação do filho, seu sentimento de incapacidade de exercer o papel de mãe e a correlação com suas crises depressivas. Numa das conversas, todavia, o médico identificou o desprezo que ela sentia em tomar remédios e certo estigma da paciente por ser vítima de depressão. Revelou que algumas vezes havia diminuído a dose dos medicamentos sem consultar o médico. Decidiram, então, fazer um plano comum de manejo do problema. Estabeleceram metas tanto de tratamento farmacológico quanto de lidar com sintomas depressivos nas frustrações da educação do filho, buscando grupos de ajuda para pais. Além disso, Fabi voltou a fazer anotações diárias, o que ajudou ambos a se sentirem mais confiantes no manejo dos problemas. As dificuldades não acabaram, mas o plano conjunto de manejo ajudou-os a seguir adiante e a fortalecer a relação médico-paciente.

O melhoramento da relação médico/paciente, como veremos na próxima seção, é o quarto elemento da MCP. Agora, como o caso mostra, a abordagem compartilhada (e não somente decidida unilateralmente pelo médico) foi essencial para encontrar um solo comum, identificando os problemas que causavam as crises depressivas, bem como o planejamento para superá-las baseado não apenas na variável farmacológica, mas também com efetiva *mudança* comportamental.

O terceiro elemento da MCP procura, então, incorporar a *prevenção e a promoção* da saúde, e não apenas tratar a doença. Trocar o medicamento várias vezes não foi suficiente no caso de Fabi. Há uma diferença conceitual e prática importante entre *promover* a saúde e *prevenir* a doença. Uma boa alimentação e prática de exercícios físicos promovem a saúde; políticas públicas (por exemplo, imunizações) previnem doenças. Como vimos no componente anterior, entender o contexto familiar, socioeconômico etc. é fundamental para um diagnóstico adequado, buscando um planejamento comum de enfrentamento dos problemas. O caso Fabi reconfirma esse ponto.

O *papel* de cada pessoa precisa ser claramente estabelecido e a prática clínica deve evitar focar-se exclusivamente na doença, buscando um entendimento comum dos problemas. O conhecimento científico do(a) médico(a) é necessário, assim como a cooperação da paciente (Fabi não podia ter deixado de tomar remédios sem comunicar o profissional da saúde). A busca de entendimento entre as partes do contexto mais amplo no qual o problema se insere é parte constitutiva da relação. Nesse sentido, profissionais da saúde, mais do que técnicos, são cuidadores. Na elaboração de um plano comum e na tomada de *decisão compartilhada*, é vital considerar a história do paciente. Aqui, a chamada “medicina narrativa” (MN) pode, aparentemente, ter contribuições significativas. Ela procura dar conta não apenas das vivências do paciente, mas também levar à autorreflexão dos profissionais sobre suas práticas. Como veremos a seguir, quando avaliarmos a MCP, há alguns limites para validar narrativas, mas elas têm um papel positivo a desempenhar. Por conseguinte, o devido respeito entre profissionais e pacientes leva à elaboração de um plano comum e à tomada de decisões compartilhadas.

Uma função do médico pode ser *revelar* informações; um papel do paciente é buscar autoconhecimento dos aspectos específicos do seu caso para contribuir com a cura. Num trabalho já mencionado (cf. Dall’Agnol; Azevedo, 2019), comparamos diferentes modelos de revelação de informações envolvidos nos procedimentos médicos relacionados com o caso Montgomery apresentado no capítulo anterior. Conforme vimos, se centrarmos o processo na tomada de decisões efetivamente compartilhada num diálogo *real* e não *imaginado*, além de evitarmos más práticas e prováveis judicializações, teremos uma relação baseada no *cuidado* & no *respeito* que inclui efetivamente o paciente na tomada de decisões. Uma filosofia plena da medicina (FIMed) adotará este modelo de decisão compartilhada, em que a conversação é, por conseguinte, fundamental para a boa prática médica.

Há uma série de estratégias para conduzir uma entrevista com pacientes buscando elaborar um plano comum. No capítulo sobre “Entrevista centrada no paciente”, Rosen e Hoang (2017) usam o acrônimo ART como expediente mnemônico composto por três momentos: *avaliação*; *ranqueamento* e *transição*. A avaliação é mútua, mas a do médico em relação ao paciente é mais complexa e está baseada na experiência clínica. A entrevista deve começar dando uma mensagem: “Você é meu paciente, mas antes você é uma pessoa, e é isso que importa mais do que a doença”. Durante a entrevista de diagnóstico propriamente dita, levanta-se uma série de hipóteses que devem ser ranqueadas, ou seja, ordenadas por prioridade. Finalmente, a transição consiste em mudar

o rumo da entrevista, de modo a obter as informações necessárias no modelo biopsicossocial. Podemos ilustrar esse tipo de entrevista centrada na pessoa, contrastando-o com uma centrada no modelo biomédico (cf. Kolling, 2022):

Entrevista centrada no médico/doença

Médico: Bom dia, o que está acontecendo?
Paciente: Eu estou com dor de cabeça.
M.: Há quanto tempo?
P.: Uns três meses.
M.: Muito forte?
P.: Mais ou menos.
M.: Em que lugar da cabeça?
P.: Aqui (aponta a têmpora esquerda).
M.: O tempo todo?
P.: Não, de vez em quando.
M.: Quanto tempo duram as crises?
P.: Até tomar remédio.
M.: Quantas vezes ao dia?
P.: Uma vez.
M.: Que remédio você toma?
P.: Dipirona.
M.: E melhora?
P.: Um pouco.
M.: Piora com barulho ou claridade?
P.: Sim.
M.: Dá ânsia de vômito?
P.: Sim.
M.: Atrapalha suas atividades habituais?
P.: Sim.
M.: Mais alguma coisa?
P.: Acho que é só isso.
(Exame físico sem particularidades).
M.: O senhor deve tomar estes comprimidos para evitar que tenha crises.
P.: (...).
M.: E estes aqui caso tenha crises mesmo com o outro remédio.
P.: (...).
M.: E deve voltar caso tenha algum sinal de alerta ou não melhore.
P.: Ok.

Entrevista centrada no paciente

M.: Bom dia.
P.: Bom dia.
M.: Como vai?
P.: Estou com dor de cabeça.
M.: (...)
P.: É uma dor que não é muito forte, que dá do lado da cabeça, é enjoada, tem me incomodado um bocadinho...
M.: Mais alguma coisa?
P.: Não...
M.: O que você acha que está acontecendo?
P.: Não sei bem... acho que pode ter algo errado dentro da minha cabeça. A dor é bem forte, e eu tenho andado meio nervoso...
M.: Tem andado meio nervoso?
P.: É, tenho tido uns problemas com o meu filho.
M.: Como é que é isso?
P.: Ele é adolescente... e estamos tendo dificuldade com a comunicação...
M.: Você acha que isso pode ter a ver com sua dor de cabeça?
P.: Não sei, pode ser.
M.: Quando começou a dor de cabeça?
P.: Faz uns 3 meses.
M.: Aconteceu alguma coisa diferente com seu filho nesses 3 meses?
P.: Acho que é mais ou menos quando ouvi da direção da escola que ele tem faltado às aulas... eu não sabia...
M.: Isso tem preocupado você?
P.: Sabe como é, pai se preocupa... principalmente com drogas...
M.: Esta é uma preocupação muito importante. Sugiro que o senhor fique bem atento aos comportamentos dele...
P.: Isso eu tenho feito. Não tem mais nada para fazer?
M.: Acho que agora, não... Se você quiser, podemos marcar uma consulta, eu converso com ele...
P.: Isso seria ótimo.
M.: E quanto à dor de cabeça? Tem sensação de ânsia?
P.: Bem pouco...
M.: Fica ruim com barulho ou claridade?
P.: Sim.
M.: Melhora com alguma coisa?
P.: Com dipirona.
M.: O que você acha que precisa ser feito?
P.: Se o senhor acha que não é nada grave, eu poderia continuar tomando a dipirona, e ver se meu filho vem na consulta...
M.: Acho que é um bom plano, mas se a dor piorar, se aparecerem novos sintomas, o senhor volta antes, ok?
P.: Combinado.

É possível identificar, claramente, na coluna da direita, os elementos da MCP: (i) a vivência da enfermidade; (ii) a consideração do paciente como um todo; (iii) a decisão compartilhada e, por último (iv), mas não menos importante, a elaboração de um plano comum de relacionamento para o futuro.

Não é necessário, aqui, discutir todos os pormenores da entrevista, mas é crucial salientar, como o caso de Fabi mostrou, que uma abordagem compartilhada e não dirigida unilateralmente pelo médico parece mais eficaz no restabelecimento da saúde. A condução de todo o processo é responsabilidade médica, mas isso não exclui a participação ativa do paciente, bem como o uso do instrumental científico disponível. Nesse sentido, a MCP também pode valer-se de estudos científicos para auxiliar o(a) paciente, conduzindo a uma decisão compartilhada e *bem-informada*. Por exemplo, se sabemos que num determinado contexto as causas da maioria das mortes estão relacionadas com o tabagismo (18%), dietas inadequadas e inatividade física (16%), e consumo de álcool (3.5%) etc., então conhecer os hábitos dos pacientes é crucial para buscar tanto promoção da saúde quanto cura propriamente dita. Esses estudos, entretanto, apresentam resultados genéricos que precisam ser *translados* (particularizados para *este* paciente singular à beira do leito). Na prática clínica, cada paciente é único (“cada caso é um caso”, embora não se deva fazer mal a ninguém): *esta* brasileira *aqui* no meu consultório está *agora* buscando a minha ajuda. Esse ponto foi salientado no capítulo anterior e propusemos o raciocínio baseado no silogismo prático como forma de evitar a falácia ecológica. Não parece haver, dessa maneira, incompatibilidade entre os dois principais enfoques da medicina que estamos abordando. Por conseguinte, a MCP, *bem entendida*, e a MBE, *sem desvirtuamentos*, parecem conectar-se e podem convergir como pretendemos mostrar através de uma FIMed.

Usamos a expressão “parecem conectar-se” porque essa vinculação não está clara no livro *Medicina centrada na pessoa* de Stewart *et al.* Apesar de, ocasionalmente, mencionar a palavra “evidence” sem, entretanto, relacioná-la à MBE e citar inúmeros estudos científicos que apoiam o diagnóstico/prognóstico, há apenas uma única menção explícita (Stewart *et al.*, 2024) a um instrumento da MBE, a saber, ao Cochrane (conforme vimos no capítulo anterior, uma organização que tem por objetivo contribuir para o aprimoramento da tomada de decisões baseada *no melhor nível de evidência*). Por isso, parece clara a tentativa de “incorporação e subordinação” da MBE à MCP (Stewart *et al.*, 2024, p. 14). Essa, todavia, não parece a melhor forma de estabe-

lecer uma “complementaridade”, e buscaremos integrar de forma mais completa esses dois enfoques da filosofia plena da medicina. Não é possível simplesmente incorporar a MBE na MCP; é necessário *rejeitar* o modelo biomédico e o conceito de saúde associado. Que devamos usar as melhores evidências científicas para gerar maior confiabilidade e eficácia tanto no diagnóstico quanto no prognóstico para pacientes é inquestionável. A própria MCP reconhece, mais explicitamente na quarta edição, que utiliza “orientações da MBE” (Stewart *et al.*, 2024, p. 16), mas não está claro como isso é efetivado. Conforme vimos no capítulo anterior, há diferentes formas de envolvimento: fazendo, usando ou repercutindo a MBE. Stewart *et al.* não esclarecem esse ponto. Uma questão crucial para os propósitos do presente trabalho (mostrar a não incompatibilidade entre os princípios da MBE e da MCP) é como incorporar as contribuições de ambas para construir uma medicina *tout court*, como faremos na filosofia integral a ser apresentada no último capítulo (FIMed).

Para finalizar, talvez possamos visualizar numa espécie de “mapa mental” como praticar o terceiro componente da MCP, usando o quadro apresentado no respectivo capítulo desta maneira:

Encontrando um solo comum
Questão Paciente Médico(a)
Problemas Metas Papéis

Fonte: Stewart *et al.* (2024, p. 118).

Para, de fato, atingir um solo comum (a efetiva decisão compartilhada), o problema deve ser claramente identificado, as metas bem estabelecidas e as funções das partes desempenhadas com excelência. Encontrar o solo comum pressupõe uma escuta atenciosa, fazer perguntas (ou mesmo saber silenciar) para identificar os interesses comuns numa entrevista respeitosa, comunicar-se com franqueza, reconhecer diferenças de opinião, mas focar nas soluções aos problemas e permanecer com a mente aberta para revisões. O uso da linguagem “nós” é sempre recomendado para exibir efetiva colaboração com vistas a *decisões realmente compartilhadas* tanto de diagnóstico quanto cursos de tratamento com bons prognósticos de cura. Este último ponto será enfatizado pela FIMed no quarto capítulo.

Uma avaliação crítica desse elemento depende também de mostrar a sua interconexão com o próximo componente. A busca por um solo comum foi, basicamente, entendida como uma tentativa de encontrar as condições para que a decisão tanto sobre diagnóstico quanto opções terapêuticas seja feita consensualmente. Por isso, convém salientar que a busca por uma *decisão compartilhada* é central, e vamos a seguir continuar a desenvolver esse ponto.

3.4. Melhorando a relação paciente-clínico

O quarto e último componente da MCP, na versão de Stewart *et al.*, trata do melhoramento da relação ao longo do tempo (inclusive depois da consulta ou eventual internação hospitalar) entre as pessoas envolvidas na prática médica e é discutido no capítulo 7 “Melhorando a relação entre paciente e clínico” do livro *Medicina centrada na pessoa (sic)*, escrito por Moira Stewart, Judith Belle Brown e Thomas R. Freeman (cf. Stewart *et al.* 2024, p. 132-156). No âmbito relacional, várias questões são de interesse médico e, ao mesmo tempo, bioético, pois muitos tratamentos e procedimentos, aparentemente corriqueiros, são quase sempre *experimentais*. Logo de saída é necessário reconhecer uma dificuldade enorme para aprimorar as relações humanas nesses âmbitos. Em algumas sociedades ocidentais, valorizam-se as conquistas individuais acima da comunidade; o tecnicismo mais do que a arte de cuidar; a análise acima da síntese; as soluções tecnológicas acima da sabedoria etc. Essas questões afetaram sobremaneira as relações profissionais da saúde/pacientes, em especial, a atomização do atendimento e a desconsideração do paciente como um todo. É necessário, então, buscar um meio-termo entre prática científica e resgate da nossa humanidade, suas fraquezas e vulnerabilidades.

Conforme antecipamos, uma filosofia *completa* da medicina não pode prescindir da abordagem das questões (bio)éticas. Alguns tópicos éticos centrais abordados por Stewart *et al.*, relacionados com o aprimoramento das relações, são os seguintes: (i) o lugar da compaixão, do cuidado, da empatia e da confiança; (ii) o problema do (bio)poder; (iii) a cura e a esperança; (iv) o autoconhecimento ou a conscienciosidade (*self-awareness*) e a sabedoria prática; (v) a transferência e a contratransferência. Como pode ser visto, vários temas éticos entram em jogo na relação médico/paciente, desde *sentimentos* morais, como simpatia, empatia e compaixão, e virtudes como sabedoria prática até as que aparecem no processo decisório compartilhado (por exemplo, con-

fiança mútua e respeito recíproco). Sobre este último ponto, o respeito *recíproco* entre as pessoas é, como veremos, fundamental, e a MCP deveria salientar mais a sua importância. A confiança também é crucial nessa relação e tem sido defendida também por outros bioeticistas de orientações filosóficas diversas, a exemplo de Pellegrino e Thomasma (1988) e Onora O'Neill (2005). Novamente, sentimentos e virtudes são centrais para o processo curativo e, acima de tudo, para o cuidado que será tanto mais respeitoso quanto orientar-se por decisões conjuntas.

Uma série de empecilhos, todavia, atrapalham o relacionamento médico/paciente. Por exemplo, a reconhecida “arrogância sistêmica” de alguns profissionais médicos pode levar a uma desumanização, a um cuidado não apropriado, desrespeitoso. Muitas vezes, o que os pacientes querem é “apenas” o reconhecimento de sua dor, de seu sofrimento. Por isso, a questão básica é: em que medida a compaixão deve ser cultivada na relação médico/paciente? Se diferenciarmos *simpatia* (no sentido humeano de compartilhamento de sentimentos e emoções) da *empatia* (colocar-se no lugar da outra pessoa) da própria *compaixão* (compadecer-se *com*), então é necessário compreender os limites para um(a) profissional da saúde do “sofrer-com”, pois o excesso de compaixão pode atrapalhar o processo curativo de quem está sendo cuidado e até mesmo levar ao adoecimento da pessoa cuidadora (a chamada “fadiga por compaixão”). Futuros profissionais da saúde não devem ser ensinados a “não se envolver”, mas a fazê-lo da maneira adequada, com certo distanciamento, com *empatia* apenas simulando o que o paciente eventualmente sente, sem sentir compaixão em demasia.

Da mesma maneira, a *confiança* é fundamental para uma relação que integre observação objetiva e identificação empática. Alguns bioeticistas (Pellegrino e Thomasma) reformulam a tradição hipocrática, em geral paternalista, em termos do modelo da *beneficência-na-confiança*, enquanto outros (O'Neill) entendem que a autonomia individualizada tem ocupado um lugar predominante nas relações, mas foi incapaz de restituir a confiança perdida na ciência e na tecnologia, bem como na prática médica. Por isso, a confiança precisaria ser restabelecida como sendo central nas relações interpessoais em questão. A confiança é uma atitude que leva alguém a poder acreditar na sinceridade, na benevolência, na autenticidade de outra pessoa, pressupondo certa transferência de poder e leva tempo para consolidar-se. Voltaremos à questão da confiança no próximo capítulo.

Outro ponto fundamental, então, diz respeito ao *poder* na relação entre médico(a) e a pessoa do paciente. É claro que profissionais da saúde e cientistas têm um conhecimento maior que pacientes e sujeitos de pesquisas (PP/PP), sabem-como curar (e saber é poder) etc., mas, do ponto de vista moral, a relação é igualitária, pois ninguém se torna uma pessoa melhor por saber mais. Conforme vimos, a MCP exige o compartilhamento do poder, superando a visão convencional, autocrática e paternalista. Por conseguinte, um ponto a ser investigado será a questão de saber-como estabelecer uma base realmente igualitária, que leve a um processo de tomada de decisões compartilhada para efetivar um plano conjunto de terapia continuada numa relação constante ao longo do tempo. A decisão conjunta parece ser necessária para o aprimoramento das relações, formando uma “aliança terapêutica” na qual o tratamento/cura (*healing*), nem sempre possível, leve, ao menos, à compreensão do sofrimento e mantenha acesa a *esperança* de cura.

Sem querer aprofundar todos os pontos do melhoramento da relação, é necessário mencionar também que a conscienciosidade (*self-awareness*) do paciente é central e tradicionalmente foi considerada na filosofia um constituinte ético importante, inclusive para o “cuidado de si” (autocuidado). O autoconhecimento (*self-knowledge*) é necessário para uma boa prática médica. Para um profissional atuando em um sistema governado por regras (“meros” Protocolos), com pacientes difíceis etc., é necessário atenção plena (*mindfulness*) e sabedoria prática. Também Mitchell e Loughlin (2023, p. 115) insistem na importância da sabedoria no sentido da *phronesis* necessária para saber-como agir corretamente, isto é, a coisa certa a fazer, no momento e modo apropriado etc. A sabedoria prática será tratada a seguir, depois de entendermos o lugar da *self-awareness* no processo de *transferência* e *contratransferência*. Seja como for, é necessário lembrar aqui da importância metodológica do raciocínio prático (aplicação do universal ao particular) estudado no capítulo anterior.

Em quase todas as relações, incluindo entre profissionais da saúde e pacientes, há um processo que, a partir da teoria psicanalítica, passou-se a qualificar como transferência/contratransferência. A primeira é caracterizada por uma *projeção* inconsciente por parte dos pacientes de pensamentos, sentimentos, emoções etc. que se originaram em relacionamentos passados, em especial na infância, para os relacionamentos atuais, influenciando-os a partir daquelas vivências. Em geral, esse comportamento era visto em seus aspectos negativos, gerando sentimentos e emoções ambivalentes, mas hoje os profissionais aprenderam

a lidar com projeções de pacientes e trabalhar de forma bem-sucedida com eles. Já a contratransferência é um processo que ocorre quando o(a) médico(a) responde à pessoa do paciente de uma forma semelhante a que usou em relacionamentos passados, também ocorrendo de forma sub ou inconsciente, e que influencia a atual relação. É nesse ponto que agir profissionalmente requer conscienciosidade, auto-observação e autoconhecimento, e atenção plena para evitar erros médicos. Ao discutir a contratransferência, Rosen e Hoang (2017, p. 65) salientam que é necessário evitar a “pseudopsicologização”. Um profissional pode, de fato, *projetar* numa paciente as suas experiências passadas, associando-a, por exemplo, à sua mãe, resultando dessa transferência algo positivo em termos de cuidado. Todavia, tais transferências são ainda consideradas contratransferências e não podem ser confundidas com expressões comuns de emoções, pois o profissional pode estar, num determinado momento, apenas mal-humorado ou cansado por ter trabalhado no plantão na noite passada ou indisposto com algum colega. Nem toda expressão de emoções é, por conseguinte, uma contratransferência.

Embora pouco se diga sobre a *sabedoria* no capítulo dedicado ao quarto componente da MCP (vide, entretanto, também capítulo 2 Stewart *et al.*), algumas considerações sobre esse ponto podem auxiliar na aproximação com a MBE. De fato, o conceito de sabedoria prática (*phronesis*) pode, conforme vimos no capítulo anterior, ajudar a esclarecer a natureza do raciocínio clínico. Desde Aristóteles, sabemos que a sabedoria prática é uma capacidade comparável à arte, embora se distinga enquanto expressão de saber-como: enquanto a *techne* é um saber-como *fazer*, a virtude intelectual da sabedoria prática é um saber-como *agir*: no momento certo; no lugar certo; da maneira adequada etc. Não se trata da sabedoria filosófica (*sophia*), apenas teórica, para chegar a princípios primeiros das ciências e da ética, mas de uma *habilidade* de fazer escolhas morais acertadas. Por isso, não apenas a visão “quase-clássica” da MCP, mas também a de Mitchell e Loughlin (2023, p. 115) enfatizam a importância da sabedoria prática no encontro clínico, em especial, relacionando-a ao diagnóstico correto e a uma decisão compartilhada em relação ao(s) tratamento(s) com bom prognóstico terapêutico, aplicando saber científico universal a *este paciente especial*, isto é, único, singular.

O raciocínio clínico do profissional da saúde é complexo e não há, como vimos, um formato apenas. Conforme discutimos no capítulo anterior sobre MBE, num processo diagnóstico, pode-se raciocinar de maneira *indutiva-probabilística* ou *hipotético-dedutiva*, ou seja,

identificando problemas, construindo hipóteses, buscando refutações e, eventualmente, através de exames chegando a corroborações. Num tratamento com bom prognóstico, podemos também proceder por *abdução*, isto é, fazendo uma inferência para a melhor explicação (abdução) ou pelo que chamamos *silogismo prático*, que é uma expressão de sabedoria em termos aristotélicos crucial, por exemplo, na transposição do *bench* para a *bedside*, conforme preconizado pela MT. Voltaremos a esse ponto na apresentação da FIMed.

Retomando, agora, o caso Montgomery, é importante lembrar dos outros componentes da MCP, por exemplo, de construir um plano conjunto para o parto, além de como melhorar a relação através de um processo decisório compartilhado. Nossa conclusão foi a de que, seguindo o Padrão de Decisão Compartilhada, somente numa conversação *real* o *solo comum* (terceiro elemento da MCP) é encontrável, e a elaboração de um *plano efetivo para o manejo conjunto dos problemas* (quarto elemento) pode ser feita. Suposições de um profissional sobre o que um paciente, *idealizado* como “razoável”, faria nas circunstâncias devem ser evitadas.

Antes de fazer uma avaliação crítica da MCP, é importante lembrar que se trata de um método não apenas de cuidado clínico, mas também de *ensino* e, em menor grau, de pesquisa na saúde desenvolvidas nos outros capítulos do livro *Medicina centrada na pessoa* de Stewart *et al.* Sem entrar em detalhes, trata-se de aplicar um ensino *centrado no educando* (os quatro elementos aqui se aplicam: o(a) aluno(a) como um todo, melhorando a relação entre educando e professor etc.), transformando-o num verdadeiro *profissional* da saúde. A mentoria é um componente central da educação médica e a formação profissional não deve terminar no internato, mas ser contínua ao longo da carreira. A educação permanente será enfatizada por uma FIMed.

A educação contínua é necessária para dar suporte às constantes *pesquisas* científicas que surgem e são publicadas com velocidade cada vez maior para dar suporte ao cuidado. A própria MCP utiliza-as, em especial pesquisas das humanidades, como sociologia e psicologia, que muitas vezes são pesquisas *qualitativas* que requerem outros procedimentos investigatórios. Na terceira edição do livro *Medicina centrada na pessoa* (Stewart *et al.*, 2024, p. 304), são mencionados três métodos básicos para fazer descrição qualitativa: *a pós-positivista; a interpretativa (hermenêutica ou fenomenológica) e a crítica*. Em geral, as pesquisas qualitativas usando, somente para ilustrar, entrevistas são

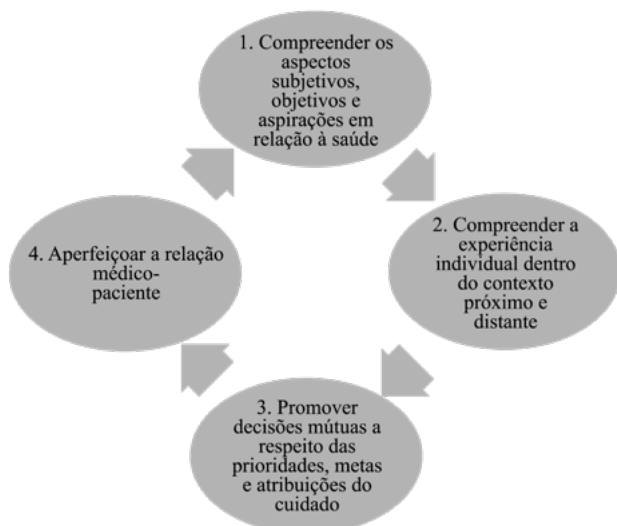
mais aptas para compreender as vivências das doenças pelos pacientes, suas subjetividades, suas inter-relações e dependências de contextos específicos. Medir a percepção dos pacientes sobre o cuidado que estão recebendo em termos qualitativos é crucial para o aprimoramento do atendimento. Considere o seguinte estudo com mulheres com câncer de mama (Stewart *et al.*, 2024, p. 308): as pesquisadoras descobriram experiências nas quais essas mulheres não foram vistas como seres humanos únicos, não tiveram seu sofrimento reconhecido, não foram cuidadas, sentiram-se como se tivessem sido tratadas como corpos, números etc. Relatos de caso que possuem baixo valor na hierarquização de evidências (conforme vimos no capítulo anterior sobre MBE) possuem alto valor no processo de educação centrada na pessoa do futuro médico. Da mesma maneira, profissionais-como-modelos de bons cuidadores possuem papel importante na formação, enquanto a “autoridade” de um médico tradicional possui baixo valor de evidência.

Já na quarta edição da obra *Medicina centrada na pessoa (patient)*, o capítulo 14, que agora abre a quinta parte do livro sobre pesquisas do cuidado centrado no paciente, apresenta métodos *mistos* para investigar a universalidade do cuidado centrado no paciente. Os três métodos que seriam supostamente apenas qualitativos não são mais mencionados e trabalha-se com outra perspectiva, a saber, a de misturar aspectos “quali-quantit”. Em outros termos, métodos mistos procuram combinar aspectos qualitativos com quantitativos nos processos e procedimentos de investigação. De acordo com seus defensores, “[...] uma pressuposição fundamental é que combinar e integrar esses enfoques metodológicos oferece uma oportunidade para elucidar de forma mais completa um tópico complexo” (Stewart *et al.*, 2024, p. 285). As pesquisas qualitativas buscam compreender a subjetividade do paciente (insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, bastante satisfeito etc.), enquanto as quantitativas salientam os aspectos gerais da prática médica. A tendência atual é procurar combiná-los, e isso faz todo o sentido, considerando o *pluralismo metodológico* discutido no capítulo anterior.

Para encerrar essa apresentação da MCP, convém lembrar que há diferentes versões desse enfoque filosófico da medicina. Vimos, ao longo deste capítulo, o modelo de Engel, a proposta fenomenológico-hermenêutica de Mitchell e Loughlin, a versão de Stewart *et al.* e mencionamos outras. Seja qual for a melhor configuração e independentemente do número de componentes (4, 5 ou 6), convém manter uma espécie de mapa mental de como a MCP pode ser praticada. Nesse

sentido, apresentaremos, para finalizar, o diagrama de Duncan *et al.*, publicado em *Medicina ambulatorial* (2022), no qual os autores sintetizam 4 ingredientes fundamentais da MCP de maneira interconectada. Assim como fizemos com a MBE, podemos apresentar uma espécie de “mapa mental” de como praticar a MCP:

Figura 2: Mapa mental da MCP



Fonte: Duncan *et al.* (2022).

Cabe notar, a partir deste esquema, a importância do terceiro elemento (sem desconsiderar os outros) da MCP como sendo crucial tanto para a descentralização da doença quanto da autoridade do médico, através da promoção de decisões realmente compartilhadas. Faremos, a seguir, uma avaliação mais cuidadosa desse enfoque filosófico da medicina, em especial, de seus aspectos éticos.

Podemos, enfim, melhorar a relação médico/paciente buscando superar o preferencialismo (a aceitação dos valores do paciente *sejam quais forem*), por meio de um processo de tomada de decisões realmente compartilhadas. Não são quaisquer preferências que contam, nem somente aquelas que os profissionais da saúde acham “razoáveis”. Uma conversação real deve informar o paciente; deve explicar e eventualmente buscar convencer sobre o que é melhor sem impor; deve buscar alternativas; deve antever consequências das decisões etc. Uma decisão

compartilhada leva à corresponsabilidade, engajando pacientes em seu próprio tratamento e prevenindo erros médicos. Salientado este ponto, podemos agora fazer uma avaliação geral da proposta de uma filosofia da medicina centrada no paciente.

3.5. Repensando a bases axiológicas da MCP

Conforme temos visto ao longo da presente reconstrução da MCP, há vários elementos que revelam, seja qual for a versão que adotarmos, uma clara vinculação da prática clínica com valores que devem ser considerados em qualquer concepção completa da medicina na construção de uma FIMed. Por exemplo, o devido respeito à pessoa como um todo é um princípio bioético fundamental, assim como da *ética médica*; aliás, constitutivo de toda e qualquer relação humana. Também vimos, a partir da descrição do quarto ingrediente da MCP, que o aprimoramento da relação entre profissionais da saúde e pacientes elenca uma série de fenômenos morais, por exemplo, sentimentos como a empatia, busca do autoconhecimento e a sabedoria prática, assim como a esperança de cura, a confiança mútua entre profissionais e pacientes etc. Como pode ser visto, vários temas éticos entram necessariamente em jogo na relação P-P/P-P.

Apesar de a MCP incorporar muitos elementos éticos, ela foi em vários aspectos, tanto epistêmicos quanto morais, criticada. Algumas objeções são pertinentes, mas podem ser respondidas; outras repousam sob mal-entendidos. Muitos a consideram a parte “mole” da medicina, isto é, pouco científica. Entretanto, a MCP pode, ela própria, estar baseada em evidências científicas: estudos têm mostrado que seguir os seus princípios melhora os resultados de tratamento; traz mais satisfação ao paciente e ao médico; diminui os custos etc. As pesquisas das humanidades, tais como da psicologia, da história da medicina, da sociologia, entre outras, também são científicas, embora façam, muitas vezes, pesquisas com outros pressupostos epistêmicos, por exemplo, qualitativos e não apenas quantitativos. É necessário, enfim, evitar uma visão positivista na medicina, mas o uso de pesquisas científicas a aproxima de versões sofisticadas da própria MBE. Parece, como ressaltam Mitchell e Loughlin (2023, p. 173), que a medicina precisa ser guiada em seu *conteúdo* por evidências e na *forma* ser centrada na pessoa.

É importante salientar criticamente que muito “conhecimento” em nome da ciência é produzido e financiado por empresas farmacêuticas (“*big business*” visando lucro) e nem sempre os conflitos de interesse

e os vieses dos pesquisadores de escolher essa ou aquela doença para investigar e produzir fármacos são explícitos. Assim, publicam-se artigos que somente anos mais tarde se descobre que continham vieses e interesses industriais. Para se contrapor ao *lobby* farmacêutico, é necessário garantir a autonomia médica e centrar a medicina na pessoa do paciente. Essas críticas são pertinentes e ressaltam alguns dos pontos positivos da MCP, por exemplo, que pacientes se sentem mais satisfeitos diante de um cuidado centrado na pessoa. Evidencia-se, assim, a relação sagrada entre P-P/P-P, excluindo-se influências espúrias do grande capital farmacêutico ou das corporações detentoras de planos ou seguros de saúde.

Uma crítica pertinente à MCP é a de que há, na sobrevalorização da experiência subjetiva do sentir-se mal, uma aparente confusão entre *saúde* e *bem-estar*. Na realidade, a saúde é apenas um ingrediente necessário do bem-estar, que é composto por outros elementos, por exemplo, pela satisfação das necessidades básicas, pela realização de projetos de vida, por atividades lúdicas etc. Em outros termos, há uma lista possível de bens caracterizáveis objetivamente que compõem o nosso bem-estar e, por conseguinte, teorias subjetivistas, como a hedonista ou a preferencialista, não podem ser invocadas como critério para intervenção médica. Disso não se segue, todavia, que o valor da saúde não possa ser discutido e ocupar lugares diferentes nos sistemas axiológicos das pessoas. Trata-se de um valor entre outros. Alguns indivíduos podem priorizá-la, mas outras pessoas podem valorar a realização de seus projetos de vida acima de tudo, mesmo que isso comprometa a sua saúde. Por isso, é necessário deixar claro que o respeito recíproco entre médicos e pacientes é sempre uma obrigação moral, sendo necessário obter o consentimento livre e esclarecido para procedimentos e planos terapêuticos. Em outros termos, a decisão precisa, realmente, ser compartilhada.

Cabe lembrar, aqui, que a Teoria do Cuidado Racional sustenta que o bem-estar de uma pessoa não é constituído, necessariamente, por aquilo que a ela deseja, quer, prefere, tem interesse em etc., mas sim pelo que é desejável desde o ponto de vista de uma pessoa cuidadora (*incluindo* ela própria). Uma decisão compartilhada, por conseguinte, somente é possível se as preferências do paciente forem racionais. A TCR ajuda a evitar os perigos do extremo subjetivismo que podem rondar alguns elementos da MCP, em especial, aqueles relacionados com a valorização da vivência da enfermidade. Uma paciente e/ou um sujeito de pesquisa podem ter falsas crenças, ter ilusões sobre seu bem-

-estar etc. Nesse sentido, é necessário *avaliar criticamente* aquilo que um(a) paciente real deseja ou crê ser bom para ele(a), buscando filtrar com julgamentos sólidos aquilo que é constitutivo de seu bem-estar, incluindo de sua saúde como um ingrediente necessário para uma vida boa. Por isso, a TCR faz ver com clareza que há valores objetivos que constituem o bem-estar das pessoas e que elas devem desejá-los. Por isso, nem tudo o que um paciente demanda a partir de suas vontades precisa ser necessariamente atendido, sendo necessário também o consentimento do profissional da saúde para que se chegue a uma decisão compartilhada.

Essa crítica precisa ser mais bem esclarecida e discutida de forma aprofundada. Por exemplo, uma narrativa de um(a) paciente pode conter elementos problemáticos e basear-se mais em “estórias” do que na *história clínica* efetiva da própria pessoa ou do histórico familiar. Obviamente, a narrativa do paciente é importante na busca da autocompreensão, na construção da identidade própria etc., principalmente em termos *biográficos*. Todavia, algumas “pistas” podem ser enganadoras: autoengano e racionalização; falsas crenças; desejos inconscientes não realizados; ilusões; erros; desinformação ou pseudoinformação etc. podem comprometer a autocompreensão da “experiência” da doença. Defendemos que é necessário passar um “filtro” (a cientificidade) na experiência de sentir-se mal. Um ponto sensível da MCP é, então, contrapor a perspectiva realmente científica que precisa ser assumida pelo médico com o “mundo-da-vida” (*lifeworld*; *lebenswelt*) do paciente, identificando-o, muitas vezes, com *senso comum*. Neste sentido, a MBE tem um papel fundamental de garantir que a prática clínica seja *efetivamente* orientada por fatos e não por meras crenças subjetivas, opiniões e pseudoinformações ou dados incompletos. Por isso, é preciso filtrar a narrativa do paciente: as “estórias” (*stories*) necessitam ser avaliadas criticamente pelo profissional da saúde. Cabe ao médico ficar atento aos elementos espúrios das narrativas. Um(a) paciente não pode exigir procedimentos ou medicamentos não cientificamente comprováveis na sua eficácia e segurança. Ao profissional da saúde é assegurada a autonomia por essa razão. O preferencialismo é problemático, pois o *paciente nem sempre cuida realmente de si próprio*.

Talvez este seja o local mais adequado para afastar um uso equivocado do conceito “formas-de-vida” na filosofia da medicina. A interpretação pós-moderna desse termo salienta o seu aspecto plural, mas está baseada numa leitura equivocada das *Investigações filosóficas* (Karlsson, 2023). Na realidade, Wittgenstein usa essa expressão no

singular (IF, §23) para referir-se à forma de vida (por exemplo, humana). Claro que há outras formas-de-vida (a canina, a leonina etc.), mas esse conceito não pode ser usado para defender um relativismo extremo, ou seja, um preferencialismo subjetivista ou referir-se a “estilos de vida” ou agrupamentos socioculturais com costumes diversos. Não se trata de negligenciar diferenças, apenas de não apagar a universalidade possível no cuidado médico, por exemplo, de efetivamente transladar o conhecimento obtido por estudos clínicos para pacientes singulares, mesmo que esse passo tenha que ser dado com cuidado para evitar erros de aplicação (falácia ecológica). Por isso, é importante compreender que a MCP precisa reconhecer que há fatos da nossa “história natural” enquanto espécie, que há algo que nos identifica *enquanto humanos* (e, claro, traços que nos diferenciam) e nem tudo é questão de escolha: sem cuidados básicos, nenhum bebê humano sobrevive. O cuidado é condição existencial e nos constitui. A “experiência” subjetiva da enfermidade precisa, por conseguinte, ser contrastada com a realidade e não pode ser pretexto para negar aquilo que nos torna *humanos* e nem para fazer demandas injustificáveis (por exemplo, não científicas) no domínio da assistência à saúde.

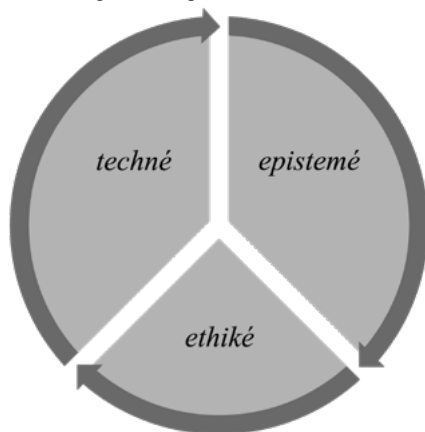
Tendo apresentado os principais componentes da MCP, podemos retomar agora a hipótese-guia deste trabalho de tentar aproximá-la da MBE. Parece claro, avaliando as diferentes versões de ambos os enfoques filosóficos, que elas não são em princípio irreconciliáveis e que podem ser compatibilizadas em seus componentes em direção à FIMed. Também é importante salientar os “altos e baixos” das duas correntes médicas aqui examinadas: tanto defensores da MCP reconhecem que a partir de 2010 o movimento diminuiu (*waned*) e que um enfoque mais utilitarista passou a predominar (Stewart *et al.*, 2024), quanto defensores da MBE estão, conforme vimos no capítulo anterior, cientes dos desvirtuamentos e da necessidade de superar a crise do movimento (Greenhalgh *et al.*, 2014). A proposta de uma nova filosofia não apenas mostrando a complementaridade, mas procurando construir uma visão panorâmica mais completa da medicina, faz ainda mais sentido diante dessa mútua percepção dos altos e baixos da MCP e da MBE. Nossa hipótese de pesquisa, por conseguinte, tem se mostrado plausível até o presente momento. Há, entretanto, uma vertente reducionista da MBE que é, de fato, irreconciliável com a MCP. Todavia, conforme vimos no capítulo anterior, a MBE pode assumir um naturalismo *metodológico*, mas não o dogmático-metafísico.

É necessário, enfim, enfatizar em que medida o reducionismo assumido por algumas versões da MBE é filosoficamente insustentável. Deve ter ficado claro, neste capítulo, que “pessoa” é um conceito ético-jurídico não totalmente explicável em termos biológicos, seja do organismo humano, seja de outro animal não humano qualquer, mesmo porque podemos falar de “pessoa jurídica”, referindo-nos a empresas ou universidades e, num futuro muito próximo, de “pessoas artificiais”, ou seja, robôs capazes de decisões autônomas. Por conseguinte, quando filósofos como Hume e Moore defendem que a ética é *sui generis*, quando apontam para a impossibilidade de derivar diretamente um *dever-ser* daquilo que *é* ou recusam definir conceitos morais em termos naturais para evitar a falácia naturalística, eles pressupõem exatamente a irredutibilidade dos elementos que estão presentes no modelo biopsiossocial do paciente. Em outros termos, entre os jogos-de-linguagem descritivos das ciências e os jogos-de-linguagem prescritivos da atividade clínica há diferenças categoriais significativas, e é por esse motivo que o modelo biomédico pode ser acusado de cometer a falácia mereológica. Todavia, também é importante evitar os excessos da MCP que inflaciona os conceitos de “saúde”, confundindo-o com um “completo bem-estar” definido subjetivamente, e também o conceito de “pessoa”, acrescentando-lhes dimensões que não são filosoficamente relevantes.

Afastados, então, o reducionismo e o inflacionismo, podemos integrar a MBE e a MCP numa filosofia plena da medicina. Qual seria, enfim, a relação exata entre elas? Serão incompatíveis ou complementares? Há congruência? A MBE e a MCP podem ser realmente fundidas em um enfoque *integral* da própria medicina? Essas são as principais questões que procuraremos responder no próximo capítulo, com o objetivo de propor uma FIMed.

Neste último capítulo, procuraremos *unificar*, com o devido *tratamento filosófico*, os enfoques abordados anteriormente numa proposta única, a saber, na FIMed. Buscaremos, enfim, sintetizar a MBE (sem a versão reducionista) e a MCP (sem tendências inflacionistas), procurando construir um enfoque unificado de abordagem filosófica da medicina. O que parece resultar dos capítulos anteriores é, em síntese, a utilização da MBE para garantir a *cientificidade* da prática médica e o uso da MCP para *humanizá-la*. Desse modo, se (i) é verdadeiro que uma filosofia da medicina deve, a partir da análise de questões conceituais, metodológicas, éticas, epistemológicas e ontológicas estabelecer o que a medicina é *qua* medicina, conjugando *techné*, *epistémé* e *ethiké*, e (ii) se é factível aproximar, via estudo das complexas relações P-P/P-P na bioética clínica, a MBE e a MCP em direção a uma filosofia da medicina *tout court*, então o resultado que alcançamos é o de mostrar que ela precisa, realmente, ser vista como a mais *científica* das humanidades para proporcionar o melhor cuidado terapêutico, e como a mais *humana* das ciências ao centrar-se no respeito à pessoa do paciente. Propomos, então, o seguinte “mapa mental” da FIMed:

Figura 3: Mapa mental da FIMed



Fonte: o autor.

Para melhor compreender esta integração, procuraremos inicialmente rediscutir outros modelos que, em alguma medida, já apareceram ao longo deste trabalho, por exemplo, de simples “incorporação e subordinação” por parte da MCP da MBE, ou da simples inclusão *ad hoc* na MBE de elementos valorativos (“os valores *do paciente*”). Uma mera justaposição, entretanto, não parece resolver as tensões que tornam *algumas variantes* desses enfoques filosóficos da medicina realmente incompatíveis, por exemplo, se a MBE for vista como usando um modelo biomédico *reducionista*, ou se alguma versão da MCP inflar o conceito de pessoa. Por conseguinte, não é possível simplesmente incorporar a MBE na MCP nem vice-versa. Ambas as versões sofrem, para usar um jargão wittgensteiniano, de uma “doença metafísica” que precisa ser *tratada* filosoficamente, dissolvendo os pseudoproblemas. No fundo, buscaremos, aqui, superar essa visão com a construção de um enfoque mais sofisticado, utilizando versões *reformuladas* tanto da MBE quanto da MCP em direção à FIMed.

Para ter clareza sobre como um enfoque mais completo de integração entre variantes da MBE e MCP poderá funcionar na prática, retomaremos algumas questões, por exemplo, o que significa “pessoa”, diferenciando-a de paciente, definições de “saúde”, as críticas ao preferencialismo, a caracterização da *práxis* clínica como envolvendo tanto conhecimento científico e *saber-como* (arte = habilidades) quanto saber moral, em especial, *saber-como cuidar respeitosamente*. O intuito é, enfim, poder oferecer uma visão panorâmica da medicina em seus aspectos mais gerais enquanto atividade socialmente legitimada e também, em especial, de efetivo exercício clínico. Nas Considerações Finais apresentaremos uma definição da própria “medicina”.

4.1. Superando modelos simplistas

Nesta seção, faremos uma avaliação crítica mais decisiva dos modelos simplistas da MBE e da MCP. Conforme vimos, algumas versões da MBE são *reducionistas*, enquanto certas variantes da MCP inflamam conceitos como o de “pessoa” e “saúde” e sobrevalorizam a subjetividade na autoavaliação do paciente de sua condição. Isso torna a aproximação entre elas problemática e impossível de ser realizada. Por isso, um modelo simplista de mera incorporação não é teoricamente viável e, mesmo que o fosse, não funcionaria na prática, senão de forma meramente superficial. É necessário, então, superar os problemas que desvirtuam tanto a MBE quanto a MCP para integrá-las teoricamente

com maiores chances de aplicações na prática clínica. Além disso, é preciso “curar” ambas do preferencialismo axiológico. Aliás, a necessidade de superá-lo é uma das principais razões para construirmos uma nova proposta, a saber, a FIMed, evitando outras tantas visões simplistas como a medicina evolutiva (ME) ou de precisão (MP) etc.

Retomemos, com esse propósito, a questão mais geral que tem guiado o presente trabalho: que tipo de contribuições a bioética clínica pode oferecer para a formulação de uma filosofia completa da medicina que busque uma integração entre a MCP e a MBE? Conforme vimos ao longo deste livro, em geral, vários autores apresentam uma resposta muito restrita a essa pergunta. Por discordarmos de Thompson e Upshur (e de Reiss e Ankeny, assim como do wittgensteiniano Karhausen), a saber, que os problemas filosóficos da filosofia da ciência (sendo a filosofia da medicina apenas uma subdisciplina) sejam constituídos somente por questões lógicas, epistemológicas e ontológicas, introduzimos as questões (bio)éticas como centrais e inerentes às ciências médicas e à atividade clínica e, por conseguinte, necessárias para elaborar uma filosofia *plena* da medicina capaz de unificar a MCP e a MBE. Para lembrar: vimos que a ética da atividade científica (a chamada “ética da pesquisa”) é composta por valores objetivos (por exemplo, a honestidade intelectual mesmo no primeiro estágio de pesquisa pré-clínica, a saber, *in vitro*, não fabricar dados, mas também seguindo os 3Rs *in vivo* etc.), assim como na fase clínica, ou seja, princípios bioéticos como o respeito pela pessoa que foram incorporados e são, hoje, constitutivos da medicina em relações P-P/P-P. Esses aspectos serão retomados no presente capítulo, procurando deixar clara a necessidade de superação do preferencialismo tanto na MBE quanto na MCP.

Lembremos também, para iniciar o debate sobre como superar modelos simplistas, que a MBE e a MCP não são os únicos enfoques filosóficos da medicina atual: menciona-se, algumas vezes, a Medicina Evolucionista/Darwiniana (MED); a Medicina de Precisão/Personalizada (MP); a Medicina Baseada em Valores (MBV); a Medicina Alternativa e Complementar (MAC) etc. Num certo sentido, esses enfoques são demasiado simplificadores. Já mostramos, desde o início deste livro, que algumas dessas tendências parecem ser *assimiláveis* por outras (por exemplo, a MED pela MBE; a MP e a MBV pela MCP). É necessário, enfim, reconhecer que há também muita confusão nas discussões sobre filosofia da medicina. Por exemplo, usa-se a expressão “Medicina de Precisão” para qualquer atividade envolvendo *Big Data* ou IA na análise de dados. Entretanto, no sentido estrito, essa

expressão qualifica apenas o uso de exames de DNA para diagnóstico e tratamento nisso que alguns chamam “Medicina Molecular” da era genômica. Eventualmente, pode incluir a edição do genoma humano para fins terapêuticos, usando técnicas sofisticadas como CRISP-Cas9. Claro que podemos usar as palavras como quisermos, mas talvez seja melhor falarmos neste aspecto de uma “Medicina Personalizada” ou “Individualizada”. Isso não caracterizaria, entretanto, uma filosofia completa da medicina num modelo unificado.

É necessário, enfim, esclarecer que a FIMed não é sinônimo de “Medicina Integrativa”, que tem como proposta geral um uso mais amplo das medicinas *alternativas*, procurando compatibilizá-las com a medicina ocidental de suposta tendência analítica. Já mostramos, entretanto, o quão problemático é falar de tendências “complementares”, por exemplo, de “cura pelo natural”, pois nem tudo o que é natural é obviamente benéfico para a saúde e o bem-estar humanos. O veneno é natural, mas mata. Uma medicina tradicional, baseada em saberes ancestrais, que ignora os princípios ativos das ervas e plantas, ou é incapaz de dar explicações causais para enfermidades, precisa ser *reavaliada* pelas ciências modernas para poder ser considerada *complementar*, embora nunca *alternativa*. A FIMed procura, então, integrar a MBE e a MCP em direção a um cuidado respeitoso/respeito cuidadoso. Por isso, é importante evitar modismos e buscarmos uma compreensão integral e unificada, ou seja, uma medicina *tout court*.

Convém, então, para construir tal perspectiva filosófica, evitar as principais desvirtuações dos dois principais enfoques que estamos tratando (MBE e MCP). Recordemos, por exemplo, que a primeira formulação da MBE feita por Sacket *et al.* (2000) não continha quaisquer elementos valorativos e, mais tarde apenas, simplesmente incorporou os valores do paciente, ou seja, o preferencialismo axiológico, de forma acrítica. Além disso, o modelo biomédico, quando adotado de maneira reducionista, considera apenas aspectos somáticos do corpo adoecido, sem se preocupar com os outros vivenciados pelo(a) paciente ou sua inserção familiar e até mesmo social mais ampla. Nesse sentido, a MBE pode ser vítima de uma falácia mereológica. Há, claro, outros problemas da MBE (“suposta marca de qualidade”, “excesso de evidências ou publicações”, “falta de consenso sobre hierarquização de evidências” etc. que levam alguns autores a falar de uma *medicina enviesada por evidências*) que já foram apontados e discutidos, mas que não se constituem em grandes empecilhos para a aproximação com a MCP, dado que representam exageros e desvios da cientificidade médica.

Vimos ainda alguns problemas de certas versões simplistas da MCP. Lembremos da crítica que ela representa, em tonalidade pejorativa, a “parte mole” das ciências, mas que isso não é bem assim, e que um enfoque centrado na pessoa do paciente pode satisfazer as exigências de cientificidade. As ciências humanas são, enfim, *ciências* que talvez não façam muita pesquisa quantitativa, mas certamente investigações *qualitativas* são fundamentais para a própria atividade clínica, por exemplo, entrevistas de satisfação hospitalar. Todavia, isso não pode ser confundido com cientificismo, e a tese básica da MCP parece correta: “pessoa” é um conceito ético-jurídico, e embora a medicina cuide de pacientes buscando manter ou incrementar o bem-estar *delas* (e a saúde como *um* de seus ingredientes, sendo outros, por exemplo, o senso de autorrealização através de projetos de vida), ainda assim é uma relação humana que está fundada no respeito recíproco entre as partes envolvidas. Conforme vimos, o conceito de “pessoa” não pode ser inflamado metafisicamente, trazendo exigências espúrias para o domínio da saúde que não fazem parte da práxis clínica. O modelo de pessoa não pode ser transformado em biopsicossocial-espiritual etc., acrescentando dimensões não pertencentes à esfera médica. Nesse sentido, ele precisa ser deflacionado. Além disso, a consideração das vivências das enfermidades é importante, mas pode, algumas vezes, estar baseada em falsas crenças, ilusões etc., que desviam o processo terapêutico de suas finalidades e precisam ser evitadas. Vimos que é necessário filtrar os desejos e crenças do(a) paciente. Finalmente, lembremos que Mitchell e Loughlin (2023, p. 24) insistem que as questões éticas não podem representar apenas “um adendo humanitário” em versões simplistas da própria MCP que eles acertadamente criticam.

Há que se reconhecer, enfim, a necessidade de correção tanto da MBE quanto da MCP no que diz respeito ao preferencialismo axiológico presente nos modelos simplistas e buscar alternativas normativas. Algumas versões da MBE simplesmente incorporam os valores *do paciente*. Na MCP, corre-se o risco de assumir qualquer narrativa como válida, sem filtrá-la cientificamente. Nesse sentido, vimos como, a partir da TCR, o cuidado, gerando razões neutras para agir, precisa ser guiado pelo conhecimento científico, por técnicas eficazes de cuidado e valores objetivos, e não pelas preferências subjetivas dos pacientes. Além disso, é crucial lembrar da autonomia do próprio profissional da saúde. Por conseguinte, o tratamento é direcionado ao *paciente*, que deve ser respeitado como *pessoa*, pois é portador de direitos e obrigações, sendo a assistência à saúde apenas um deles. Todavia, um(a) paciente deve

escolher aquilo que, desde a perspectiva do cuidado (eventualmente dele(a) própria cuidando de si), é constitutivo do seu bem-estar, por exemplo, a saúde.

4.2. A medicina como arte (*techné*) ou técnica

O enfoque tridimensional que procura integrar a MBE e a MCP mostra claramente que a medicina é uma *prática* guiada pelas ciências naturais e humanidades (*epistémé*), dependente de *habilidades* específicas de profissionais (*techné*) constituída por uma moralidade (*ethiké*). Nesta seção, vamos discutir de forma mais detalhada as funções da medicina e aquilo que a constitui enquanto arte, ou seja, como *conjunto de habilidades* ou *técnicas* de aplicação do saber científico em benefício do paciente. O termo grego “*techné*” denota, aqui, um conjunto de habilidades que uma pessoa deve *dominar* para executar determinadas ações no contexto de uma prática. Trata-se, para lembrar de uma distinção que fizemos no segundo capítulo, de saber-como (*know-how*) e não apenas do saber-que (representacional). Há, obviamente, habilidades que se espera de todo(a) profissional médico, que vão desde saber *ouvir* pacientes, *investigar* causas de enfermidades, *conjecturar* possíveis tratamentos, envolver *empaticamente* pacientes para a tomada de *decisões compartilhadas*, acatando pontos de vista, *comunicar-se* com a equipe ou familiares etc. É importante notar, todavia, que não é intenção desta parte descrever todas as habilidades particulares de um(a) médico(a), por exemplo, para fazer um diagnóstico que inclui as de um investigador, a saber, as de elaborar um problema ou questão a ser respondida, formular hipóteses, testá-las etc. Há, claro, inúmeras especialidades médicas que requerem capacidades especiais. Somente para ilustrar: as de um neurocirurgião; de uma anestesista etc. Compreendê-las depende, antes de mais nada, de uma discussão sobre quais funções atribuímos à prática médica.

A dissolução wittgensteiniana das pressuposições metafísicas tanto da MBE (o cientificismo) quanto da MCP (um conceito inflamado de pessoa e de saúde) e a correção mútua entre elas possibilitam retomar a discussão sobre a *natureza e as funções da medicina* em bases filosóficas mais sólidas. Desse modo, se a preocupação mais básica de uma filosofia da medicina for, para colocar nos termos de Pellegrino, dizer o que a medicina “realmente” é, então parece crucial retomarmos também essa questão para vislumbrar melhor a possibilidade de integração entre a MBE e a MCP, explicitando a *techné*. Talvez mais importante ainda

seja uma questão metateórica prévia: saber exatamente o que esperar de uma definição é fundamental, pois entre definições reais (que não parecem possíveis) e nominais (que não incrementam conhecimento), há uma alternativa wittgensteiniana viável, a saber, as estipulativas: estabelecem as *regras* de uso das palavras, sentenças etc. Por isso, precisamos evitar buscar uma definição essencialista e explicitarmos melhor as múltiplas funções da prática médica, seja de pesquisa, seja de atividade clínica. Por essa razão, talvez seja melhor começar pelo esclarecimento das *funções* (não há apenas uma) da própria atividade médica. Se isso é verdadeiro, então o conceito “semelhanças-de-família” (que aponta para a multiplicidade de usos de termos como “jogo”) pode também ser aplicado para ressaltar a pluralidade de usos da palavra “medicina”, sem buscar uma *essência* da prática clínica, diferenciando, conforme mostrado por Davies (2023), necessidades médicas de necessidades de saúde.

Quais são, enfim, as principais funções da medicina? Jonsen, Siegler e Winslade (2021, p. 47), em um influente livro de ética clínica, afirmam que os objetivos da medicina são múltiplos: 1) curar doenças; 2) manter ou melhorar a qualidade de vida por meio do alívio de sintomas, dor e sofrimento; 3) promover a saúde e prevenir o adoecimento; 4) prevenir a morte precoce (*untimely death*); 5) melhorar o *status* funcional ou, ao menos, manter um *status* já comprometido; 6) educar e aconselhar os pacientes com respeito a sua condição e prognóstico; 7) evitar o dano ao paciente no curso do cuidado; 8) proporcionar alívio e suporte aos momentos próximos à morte. Se negarmos, enfim, que a medicina tenha um *telos* interno único, uma *essência* perene e independente de condições histórico-sociais das sociedades humanas, a saber, preservar a saúde ou simplesmente curar (definíveis apenas de uma perspectiva *internalista*), então a multiplicidade de funções precisa ser admitida. Por exemplo, não é tarefa médica prescrever contraceptivos que não curam doenças, mas têm efeitos colaterais que precisam ser monitorados, pois afetam a saúde? Não é tarefa médica atestar que uma pessoa que se encontrava enferma e melhorou pode voltar a trabalhar, abdicando de benefícios sociais? Não seria tarefa médica realizar cirurgias estéticas ou reparadoras? Essas questões mostram claramente que a perspectiva *externalista* sobre as funções da medicina é a correta. Ao menos, é necessário reconhecer que algumas influências externas (por exemplo, da bioética clínica) são aceitáveis, embora outras (de excessivo lucro da indústria farmacêutica) nem sempre o são. Haveria, então, várias outras questões bioéticas que precisariam ser discutidas, por

exemplo, se a medicina deveria auxiliar numa morte boa, seja retirando tratamentos fúteis, seja assessorando em processos como o suicídio assistido. Não podemos tratar de forma aprofundada de todos esses temas neste livro (cf. Dall’Agnol, 2016b; 2022), mas deve ter ficado claro que a bioética clínica, assim como outras influências externas, tem mudado substancialmente a prática médica, conforme vimos no capítulo 1.

Dentre as razões apresentadas ao longo deste trabalho para incorporar a dimensão (bio)ética na filosofia da medicina, uma central é que a própria atividade clínica precisa ser vista como um exercício de uma *virtude* dianoética, a chamada “sabedoria prática” através de silogismos específicos. A capacidade de deliberar bem manifesta-se na prática clínica, isto é, na habilidade de aplicar o saber universal das ciências médicas para diagnosticar e tratar um caso que sempre é particular, ou seja, um paciente específico em circunstâncias especiais. Claramente, aqui temos uma ilustração da dimensão *techné*. Nesse sentido, o raciocínio médico pode, de fato, operar por silogismos práticos, sendo essa uma habilidade médica que evita a falácia ecológica, de médias populacionais para indivíduos. Para que ele seja efetivo, outras virtudes precisam estar presentes na relação profissional/paciente. Abaixo, apresentaremos algumas dessas qualidades morais, diferenciando-as de habilidades puramente profissionais, por exemplo, da *expertise* operatória de um cirurgião.

Conforme apontamos neste livro, há limites para a arte curativa. Nem sempre a *cura* enquanto fim terapêutico é, então, possível, mas o *cuidado* deve estar sempre presente e ele exige habilidades especiais. Para ilustrar: em doentes crônicos, a cura de doenças é, muitas vezes, um objetivo atingível, mas apenas para alguns casos e para algumas complicações. Muitos doentes podem receber apenas tratamentos que servem para amenizar os sintomas e evitar complicações intercorrentes, sem afetar o adoecimento. Nesses casos, o objetivo é apenas *melhorar a qualidade de vida*, aliviando a dor e o sofrimento gerados pela doença. É obrigação profissional evitar danos iatrogênicos. É desejável também dar suporte nos momentos em que a morte é previsível e está se aproximando. Como podemos perceber, o suposto objetivo médico de promover a saúde e prevenir o adoecimento tem suas especificidades. Em outros termos, nos casos de doenças agudas, os pacientes possuem uma condição bastante debilitada. Tais condições são previsíveis, mas também inevitáveis e exigem habilidades de cuidado sofisticadas, em especial de enfermagem incrementando a qualidade de vida.

Outro tópico crucial para o desenvolvimento de uma filosofia completa da medicina capaz de integrar a MCP com a MBE é, enfim, o esclarecimento sobre o contexto social mais amplo no qual a medicina se insere e as habilidades que elas envolvem. Nesse sentido, Thompson e Upshur, em *Philosophy of Medicine*, nos apresentam uma visão panorâmica bastante acurada da atividade clínica como inserida num processo mais amplo, a saber, incluindo a *prevenção, o diagnóstico, a terapia, a reabilitação, o prognóstico e o cuidado paliativo*, de tal maneira que nos ajuda a ver de forma mais completa o funcionamento integrado da medicina. A descrição desses componentes pode, por conseguinte, nos auxiliar na construção da FIMed, e é feita deste modo:

A saúde pública é o domínio predominante da prevenção. Seus esforços são sustentados pela pesquisa clínica e elementos da ciência médica básica, por exemplo, genética humana, fisiologia e endocrinologia. O diagnóstico depende bastante do conhecimento derivado da medicina teórica, da medicina clínica, da tecnologia (testes, imagens etc.) e anatomia. É o processo de raciocinar dos sintomas para as potenciais causas. Terapias incluem cirurgia, medicamentos, fisioterapia, mudanças no estilo de vida, instrumentos mecânicos e próteses. A reabilitação busca devolver o indivíduo à sua condição anterior à doença ou modo de ser anterior à injúria. Se a adição não é considerada uma doença, então é preciso acrescentá-la à lista. Algo paliativo ocorre em todos os estágios de intervenção médica, desde o alívio dos sintomas até o cuidado de final de vida (Thompson; Upshur, 2018, p. 121).

Esta citação nos dá uma visão realmente panorâmica (*overview*), integrada, do exercício da prática médica no contexto social mais amplo: ela depende, antes de mais nada, de políticas públicas (incluindo de produção de conhecimento científico e prevenção e promoção da saúde pública), ou seja, requer a melhor ciência e tecnologias disponíveis e exige instituições educacionais de excelência na formação de profissionais da saúde. Desse modo, todos os currículos de medicina deveriam prever o desenvolvimento de *habilidades* não apenas cognitivas, mas conativas (por exemplo, de comunicação empática) e também ensinar a chegar a decisões *realmente* compartilhadas. Por isso, como veremos nas próximas seções, o encontro clínico propriamente dito deverá ser guiado pelo cuidado respeitoso & pelo respeito cuidadoso.

Para encerrar esta seção, podemos, então, concluir que uma FIMed sintetizando a MBE e a MCP, e que apresente um enfoque completo da medicina, precisa partir do que poderíamos chamar “Medicina Social”, num sentido bastante amplo dessa expressão, a saber, de uma visão comunitária sobre o que legitima socialmente a prática médica enquanto atividade *científica* para, posteriormente, focar no exercício

clínico mais estrito, ou seja, nas instituições, por exemplo, de pesquisa, de ensino médico, em hospitais e, não menos importante, na relação *social* médico/paciente.

Nessa direção, o livro *A Theory of Medical Ethics*, Robert Veatch (1981, p. 108-109), apresenta a ideia de um “contrato triplo” como fundamento da medicina: um pacto social básico (contrato político para a instituição do governo); um pacto institucional entre a sociedade e a profissão médica; e um contrato entre profissionais e pacientes (acordo específico baseado no consentimento mútuo). O que chamamos “A Medicina como Prática Social” será a primeira esfera da FIMed e tem exatamente essa conotação de um pacto institucional de legitimação das profissões na área da saúde, as políticas públicas preventivas etc. Em outros termos, trata-se de políticas governamentais de promoção da saúde e não apenas de práticas curativas. Este ponto ficará claro na última seção deste capítulo, quando apresentarmos um quadro com uma visão panorâmica da filosofia plena da medicina integrando a *techné* nas outras dimensões. Antes, é necessário retomar a discussão sobre a cientificidade e a eticidade da medicina necessárias para construir esse modelo mais sofisticado da medicina.

4.3. Como garantir a cientificidade da medicina?

Conforme apontamos desde o início deste trabalho, a medicina atual é um projeto científico nascido a partir das pesquisas e práticas feitas na Antiguidade (cf. Hipócrates, 2022), reforçado pelas ciências experimentais modernas (por exemplo, por estudos anatômicos e fisiológicos através da dissecação de corpos), até alcançar sua maturidade no período contemporâneo com o nascimento da clínica laboratorial que se utiliza hoje de estudos como ECRs, meta-análises etc. A leitura das obras de Hipócrates revela a observação cuidadosa de fatores que influenciam a saúde (por exemplo, o clima); o impacto das doenças em diferentes etnias; as diferenças de gênero; o acompanhamento diário de pacientes com registros confiáveis etc. A prática era fundamentada na *epistémé*, sendo esta, portanto, uma dimensão fundacional da medicina, embora no período medieval tenha ocorrido um certo retrocesso, tornando-se especulativa. A medicina surgiu opondo-se às práticas tradicionais baseadas na magia, em intervenções de espíritos, como ainda é praticado no xamanismo etc. Procuraram-se causas *naturais* para as enfermidades e formas científicas de tratá-las. Assim, garantir a cientificidade da prática clínica talvez seja o fator mais desafiador para

a legitimação social da medicina, inclusive atualmente contra práticas “alternativas” sem embasamento. Infelizmente, não foi isso que presenciávamos no Brasil durante a pandemia da COVID-19, com o famigerado “tratamento” precoce do “Kit Covid” e das sementes “abençoadas”. Precisamos, enfim, de um incremento de cientificidade. Nesse sentido, a MBE tem muito a contribuir, pois vivemos na era da *tecnociência*, ou seja, a produção de conhecimento novo depende da tecnologia (estudo de técnicas de produção de artefatos, por exemplo, microscópio, vacinas etc.) que, por sua vez, inova-se a partir do saber científico. Nesta seção, procuraremos apresentar os principais elementos de uma versão não desvirtuada da MBE para a formação de um modelo integral da prática clínica.

A MBE, conforme vimos no capítulo 2, nasceu num contexto bem específico no final do século XX. Todavia, desde sempre, excelentes profissionais da saúde têm procurado se orientar pela melhor ciência disponível na respectiva época. Por conseguinte, a prática hipocrática já esteve baseada na ciência, ou seja, na busca de explicações causais para as doenças guiada pela observação detalhada dos fenômenos, na coleta de dados empíricos, na classificação das doenças etc. Cuidados básicos (higiene, dieta etc.) preventivos também são parte inerente da visão hipocrática sobre como lidar com o bem-estar em geral preservando a saúde. Também é contribuição fundamental da prática hipocrática a observância de preceitos éticos, em especial, tornar um hábito fazer o bem ao paciente, mas se não for possível, *ao menos*, não lhe causar dano. Este ponto será desenvolvido na próxima seção, pois inclui outros elementos éticos.

Na primeira seção do primeiro capítulo, apresentamos algumas observações sobre as transformações ao longo dos mais de dois milênios de prática médica hipocrática até o surgimento da MBE com novos instrumentos de alcance do saber científico (*episteme*). Cabe, agora, então, lembrar que a própria MBE passou por mudanças e, hoje, embora possa estar em crise, precisa repensar-se para garantir efetivamente a cientificidade da prática médica. Conforme já ressaltamos, alguns autores lidam com os problemas que levaram a MBE a um momento de tensão: a apropriação indevida da marca de qualidade; o volume excessivo de evidências; a transposição nem sempre adequada de dados estatísticos para a prática clínica etc. (Greenhalgh *et al.*, 2014). Todavia, inegavelmente, contribuições como a Cochrane Collaboration foram (e são) valiosíssimas para uma prática clínica embasada cientificamente. Convém, por conseguinte, analisar mais de perto as contribuições reais

e, eventualmente, os problemas da MBE como já fizemos, em alguma medida, propondo o silogismo prático para evitar a transposição apresada e inadequada do resultado de estudos populacionais para pacientes particulares que podem, por assim dizer, “estar fora da curva”.

Existem movimentos que procuram remediar as versões distorcidas tanto da MBE quanto da MCP e que, na nossa visão, contribuem para uma aproximação. Por um lado, alguns autores já defendem a “*real evidence based medicine*” como movimento de volta aos princípios fundantes de tal movimento, evitando as distorções. Segundo Greenhalgh *et al.* (2014, p. 6), participam dessa campanha movimentos tais como: “Too much medicine”; “All trials”; “Reducing waste and increasing value in medical research”; “Improving publishing standards” e “Integrated medical education”. De fato, é necessário evitar aquilo que pode ser, talvez com algum exagero, considerado uma “*medicina enviesada por evidências*”, (Alencar, 2021, p. 35; grifo nosso). Nesse sentido, é fundamental não se perder em meio a fatos e estudos e focar no cuidado ao paciente como finalidade última.

A MCP é algumas vezes chamada “Cuidado (*care*) Centrado na Pessoa”, reorientando a própria medicina da cura para o cuidado. Isto significa que ela é vista, por essa corrente, como sendo essencialmente cuidado, um ponto a ser incorporado na FIMed que estamos defendendo aqui. Realmente, precisamos lembrar que nem sempre a cura é possível, mas o cuidado deve sempre estar presente. Novamente, uma aproximação entre a MBE e a MCP não apenas parece possível, mas também desejável para proporcionar uma medicina baseada na ciência e, ao mesmo tempo, centrada na pessoa do paciente.

Nunca é demais salientar a pertinência do movimento inicial da MBE, pois constata-se ainda hoje profissionais que praticam a medicina sem uma preocupação maior com a cientificidade. Em outros termos, continuam usando manuais que logo ficam ultrapassados, acomodam-se à prática clínica cotidiana, empírica, que pode ser fonte de vieses, sem educação médica continuada (participação em congressos da área etc.). A educação científica de profissionais da saúde precisa ser *permanente*. Este é, enfim, um componente crucial de uma FIMed. Que outros requisitos *epistêmicos* precisam ser incorporados por esse enfoque filosófico?

Uma das principais formas de alcançar um ideal maior de cientificidade é manter a *mente aberta* ao pluralismo metodológico. O raciocínio clínico é complexo e não há, conforme vimos no capítulo 2,

uma fórmula única. Vamos, então, lembrar brevemente os resultados obtidos. Processos investigativos, com vistas ao *diagnóstico*, podem trilhar diferentes caminhos e não possuem um receituário pronto e acabado. O processo diagnóstico é, como vimos, centrado basicamente na identificação do problema de saúde e uma investigação das *causas* das enfermidades. Nesse sentido, raciocínios baseados na indução, embora psicologicamente aceitáveis, não têm fundamentação lógica no sentido de produzirem proposições necessárias e universais, apenas generalizações. (Só há indução válida por enumeração completa em conjuntos finitos e na chamada “indução matemática”.) Hoje sabemos que a indução empírica produz apenas generalizações probabilísticas. Por outro lado, inferências dedutivas são úteis (apesar de terem que partir de premissas hipotéticas talvez obtidas intuitiva ou indutivamente) por sempre preservarem a verdade das premissas na conclusão, se forem válidas proporcionando a transposição de um saber geral para casos particulares. Há também uma possível “fusão” entre os dois métodos, e o ideal seria, para alguns filósofos, buscar uma espécie de “equilíbrio reflexivo”. Já na prescrição terapêutica com bons prognósticos de cura, podemos usar outras maneiras de raciocinar, incluindo, por exemplo, um procedimento hipotético falseável (também utilizável no diagnóstico) ou fazer inferências à melhor explicação. Dito de outro modo, se a causa da enfermidade for x, então y é a melhor forma de tratar. Desse modo, o processo como um todo (diagnóstico/terapêutica) pode valer de diferentes procedimentos metodológicos.

Dentre os diferentes modos de raciocinar clinicamente, propusemos, no capítulo 2, o uso do *silogismo prático*, expressão mesma da prudência enquanto virtude intelectual (uma dimensão da *ethiké* médica que será abordada na próxima seção) como forma de evitar a falácia ecológica, ou seja, a transposição de saberes gerais baseados em estudos populacionais para pacientes únicos, singulares. Ele contribui também, por conseguinte, para a integração entre a MBE e a MCP. Dito brevemente, uma premissa maior deve conter o conhecimento científico generalizado (obtido pela MBE); uma premissa menor, a identificação diante *deste* paciente do que fazer *aqui e agora* (MCP) e, finalmente, uma conclusão prescritiva. Raciocinar dessa maneira ajuda a evitar deturpações tanto da MBE quanto da MCP. Para expressar de outra maneira, métodos são, simplesmente, indicações no sentido de identificar o problema e buscar a sua solução. Revisar tudo é sempre *aconselhável*, seja lá qual for o raciocínio utilizado no momento do diagnóstico ou da prescrição para evitar erros médicos.

No capítulo 1, vimos uma série de tipos de estudos que embasam a medicina atual, destacando-se os chamados ECRs considerados o “padrão ouro” dos estudos clínicos. Uma discussão detalhada sobre todos os pressupostos filosóficos desses tipos de estudos vai além dos limites deste livro, mas é crucial frisar que eles possuem, ao menos, alto valor *heurístico* para não cairmos no fundacionismo. Qualquer enfoque filosófico da medicina preocupado em garantir a cientificidade da prática clínica precisa reconhecer que os diferentes tipos de estudos permitem uma aproximação progressiva aos problemas de saúde, bem como a sua resolução. É claro que isso não implica negligenciar a hierarquização dos *tipos* de evidência. Ao contrário, ela é necessária para vincular os diferentes tipos de estudo ao aumento do grau de confiabilidade prognóstica, por exemplo, através de meta-análises.

Por fim, cabe salientar que um(a) profissional da saúde é sempre um cuidador-investigador e deve proceder metódica e empiricamente. Isso significa assumir o naturalismo metodológico (investigar as *causas* naturais das doenças), sem reduzir o enfoque a um naturalismo metafísico. Mostrar que é necessário evitar o reducionismo do modelo biomédico é uma das principais contribuições deste trabalho para aproximar a MBE e a MCP, construindo assim uma visão mais sofisticada através de uma filosofia *plena* da medicina que evite o erro de desconsiderar a personalidade do paciente, mas também que não a inflacione metafisicamente.

Podemos constatar a importância de garantir a cientificidade nas práticas médicas discutindo *negativamente* o que não tem evidências científicas reconhecidas, como é o caso da maioria das MACs, por exemplo, a homeopatia. Conforme antecipamos no primeiro capítulo, no livro *More Harm than Good?*, Ernst e Smith discutem vários casos de “tratamentos” homeopáticos ineficazes e inseguros. Consideremos o seguinte caso para fins de ilustração:

Estudo de caso. Fred sofre de diabetes desde que se lembra. Ele ficou curioso ao ouvir de um amigo que a homeopatia poderia ajudar com a sua condição e buscou na Internet algumas informações. Ele encontrou um site no qual um homeopata defende o uso da homeopatia para controlar os níveis de açúcar no sangue em pacientes diabéticos:

Gestão do açúcar no sangue

Os remédios comumente usados são Urânio Nitricum, Ácido Fosfórico, Syzygium Jambolanum, Cefalandra Indica etc. Estes são remédios homeopáticos clássicos. Eles são utilizados em doses fisiologicamente ativas, como tintura-mãe, 3 X etc. dependendo do nível de açúcar no sangue e da necessidade do paciente. Várias empresas farmacêuticas também apropriaram-se dos mesmos remédios homeopáticos. Remédios bioquímicos, que são uma parte da Homeopatia, defendem a Biocombinação nº 7 como específica para diabetes. Outro medicamento bioquímico Natrum Phos 3 é amplamente utilizado com um razoável sucesso no controle do açúcar no sangue. Estudos científicos sobre o impacto dos medicamentos de homeopatia para reduzir o açúcar no sangue são limitados, mas muitos dos acima citados têm alguns efeitos positivos, seja como remédio independente ou como complemento junto com outros medicamentos.

Fred estava cansado da insulina autoinjetável há algum tempo e decide experimentar a abordagem. Ele consulta um homeopata local, que confirma o valor do tratamento e prescreve-lhe os remédios homeopáticos desejados. Três dias depois, Fred é encontrado inconsciente por seu amigo em seu apartamento. O amigo chama a ambulância e, no hospital, Fred é tratado com sucesso e sai do coma diabético. A equipe médica explicou que “foi por pouco” e se o amigo tivesse encontrado ele um pouco mais tarde, eles não teriam conseguido salvar a sua vida (Ernst; Smith, 2018, p. 7).

Além do anúncio reconhecer a falta de estudos científicos, parece claro que a homeopatia é sugerida como uma *alternativa* (e não apenas como “complementar”) que, por si, resolveria os problemas de Fred. Esse, realmente, não foi o caso...

A homeopatia repousa sobre princípios sem comprovação científica. O princípio *Similia similibus curantur* (o semelhante cura o semelhante) é vago e sem eficácia curativa. Além disso, a diluição das substâncias pode chegar ao ponto em que nenhuma molécula original permanece, sendo, portanto, ineficaz. A falta de cientificidade contrasta com os princípios bioquímicos da farmacologia atual. Por conseguinte, a homeopatia não tem evidências para atestar seus benefícios além de um certo *efeito placebo*. Relatos de “cura” usando homeopáticos, como

sabemos a partir da MBE, têm baixo valor científico e podem, como apontou Bunge (2017, p. 33), caracterizar um caso de falácia (*post hoc ergo propter hoc*). Se não é possível explicar o *princípio ativo* de um “medicamento” homeopático numa relação causa-efeito, então ele não tem realmente valor científico. Não deve, portanto, ser adotado como política pública, nem ser financiado pelos sistemas públicos de saúde.

A mesma observação vale para outras “terapias” que são ofertadas no Brasil pelo programa Práticas Integrativas e Complementares (PICs) do SUS, que iniciou em 2006 com cinco práticas (Acupuntura; Homeopatia; Fitoterapia; Antroposofia e Termalismo). Hoje, ele conta com financiamento público para 29 práticas: 17 incluídas em 2017 (Arteterapia; Ayurveda; Biodança; Dança Circular; Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia; Quiropraxia; Reflexoterapia; Reiki; Shantala; Terapia Comunitária Integrativa e Yoga) e outras 10 em 2018 (Apiterapia; Aromaterapia; Bionergética; Constelação familiar; Cromoterapia; Geoterapia; Hipnoterapia; Imposição de mãos; Ozonioterapia; Terapia de florais). Embora algumas dessas práticas sejam milenares, seu financiamento não pode ser público, pois não oferecem garantias de cura. É claro que muitas incrementam o bem-estar e algumas *promovem* a saúde, mas será, então, que deveríamos incluir a Cristaloterapia também ou outras tantas X-terapias? Uma boa alimentação, a prática de esportes etc. também promovem a saúde e nem por isso devem ser financiadas publicamente sob a rubrica da “saúde”. Por ser amplo e vago, o PICs pode estar aberto a abusos. Cabe lembrar que a Ozonioterapia foi usada durante a COVID-19 como “tratamento” do vírus SARS-CoV-II sem nenhuma evidência científica. Talvez Bunge (2017, p. 37) tenha razão ao afirmar que “[...] as terapias alternativas são tão infundadas e ineficazes quanto as tradicionais”. Por conseguinte, é necessário *rever* o PICs, que tem sofrido desvirtuamentos devido à falta de cientificidade.

É claro que a própria noção de cientificidade está em constante discussão filosófica. Há, na epistemologia e na teoria do conhecimento em geral, um grande debate sobre critérios para diferenciar ciência de pseudociência (Popper, 1982; Kuhn, 1997; Lakatos, 1979). Conforme vimos também a partir da MBE sobre o que conta como *evidência* (Guyatt *et al.*, 2015), a discussão em torno do confiabilismo e evidencialismo procura garantir a cientificidade dos estudos clínicos nas diferentes especialidades. Se considerarmos o leque de ciências teóricas que embasam a prática clínica, parece claro que estamos diante de um tipo de saber que deve legitimar-se empiricamente. Sem entrarmos em mais detalhes, usaremos aqui a noção de *corroboração*, via testes em-

píricos replicáveis, procurando verificar ou falsear hipóteses a partir de evidências sólidas, como critério de cientificidade. Por isso, embora não existam leis ou teorias definitivas nas ciências, existem sim hipóteses corroboradas por evidências *robustas* que permitem atingir as finalidades inerentes à prática médica, em especial, encontrar as causas naturais das enfermidades e, se possível, curá-las. Uma medicina baseada na alquimia e não na química, ou uma medicina baseada na astrologia (se você estiver doente, nada há a fazer exceto esperar uma recombinação dos astros), não pode atualmente ser levada a sério. Nesse sentido, a MBE tem, como vimos ao longo de capítulo 2, contribuído substancialmente para *melhorar* as bases da cientificidade da prática médica na era da tecnociência. A partir dessa conclusão, passamos, agora, a discutir como garantir a eticidade na medicina.

4.4. Como garantir a eticidade na prática médica?

Além de avaliar a cientificidade da medicina, uma filosofia plena da medicina precisa garantir a eticidade da prática clínica. É necessário ressaltar, então, uma vez mais, que uma visão completa da medicina, preocupada em estabelecer o que é a medicina *qua* medicina, tem que reconhecer o elemento moral (a dimensão *ethiké*) inerente às suas práticas. Por isso, a primeira integração patrocinada pela FIMed é a incorporação da (bio)ética, geralmente negligenciada, na discussão sobre a natureza da medicina. Negá-la falseia a compreensão adequada da natureza da prática médica como empreendimento moral, isto é, como encontro de, no mínimo, duas pessoas com a finalidade de promoção de benefícios para uma delas, em especial, a saúde do paciente. Nesta seção analisaremos, em especial, os componentes morais, incluindo algumas virtudes, tanto de profissionais da saúde quanto de pacientes, inerentes ao encontro clínico.

Do ponto de vista do(a) médico(a) enquanto profissional da saúde, várias qualidades de caráter precisam ser cultivadas. Aqui, o trabalho de eticistas da virtude foi fundamental para revelar esse ponto. Para ilustrar: em *For the Patient's Good*, Pellegrino e Thomasma (1988, p. 106-110), procurando elaborar uma filosofia da medicina de cunho aristotélico, defendem virtudes como sendo cruciais, ou seja, qualidades de caráter que o próprio paciente precisa possuir, a saber: a *veracidade* (falar a verdade sobre a sua condição e sobre a sua história como paciente); a *probidade* (fazer a sua parte no processo de recuperação); a *justiça* e a *tolerância* (reconhecimento do que é devido ao profissional

da saúde, por exemplo, proteção de sua reputação) e *confiança* (não apenas “entregar-se” aos cuidados médicos, mas também gratidão e amizade). Profissionais da saúde também precisam de outras virtudes, além da já mencionada *phronesis*, para um desempenho adequado da sua profissão.

Alguns autores defendem que a compaixão, ou seja, a capacidade de sentir-*com* a dor e o sofrimento do paciente, é uma virtude médica por excelência. Conforme já vimos, há, entretanto, limites que precisam ser claramente estabelecidos. Já mencionamos uma série de outros sentimentos, por exemplo a simpatia, a empatia etc., como sendo fundamentais para o bom desempenho profissional. A adequada compreensão do papel de cada um deles é crucial. A simpatia é um fenômeno moral que conecta duas ou mais pessoas, mas também é moralmente recomendável que o profissional saiba manter certo distanciamento para que os sentimentos e emoções do paciente não contaminem de forma negativa o desempenho das competências típicas do médico. Nesse sentido, a empatia é, claramente, a medida adequada de simulação dos sentimentos do(a) paciente e a *com*-paixão excessiva e desaconselhável. As habilidades, por exemplo de um cirurgião, não podem ser afetadas por uma conexão sentimental forte demais com o paciente. Nesse sentido, a empatia precisa ser cultivada na dosagem apropriada. Há também virtudes que são específicas de certas moralidades. Por exemplo, Pellegrino e Thomasma, em outra obra (1996), recomendam as virtudes cristãs (fé, esperança e caridade), o que, claro, não pode ser exigido de todos os profissionais de saúde numa sociedade secularizada e pluralista como a nossa. Em outros termos, a ética médica precisa se subordinar à ética pública ou a uma moral comumente compartilhada, composta em geral, como veremos a seguir, por um princípio ético primeiro.

Há, certamente, outros traços morais para que a relação terapêutica seja moralmente adequada, por exemplo, que seja justo e tolerante. Não pretendemos, aqui, apresentar uma “lista completa de virtudes”, mas apenas demonstrar que valores são constitutivos da prática médica. Mais uma vez, o preferencialismo mostra-se equivocado, embora tenha sido adotado tanto na MBE quanto na MCP. Portanto, não resta dúvida de que uma FIMed precisa levar a sério os valores objetivos, juntamente com problemas epistêmicos e ontológicos.

Para ilustrar com mais um valor objetivo: confiança *mútua* entre médicos e pacientes também é constitutiva dessa relação. Não foram apenas autores que defendem uma ética de virtudes que salientaram a

sua importância (por exemplo, Pellegrino e Thomasma reformulam o modelo médico clássico qualificando-o como *beneficência-na-confiança*), mas também eticistas de outras orientações filosóficas. Por exemplo, a filósofa kantiana Onora O'Neill (2005) tem insistido na necessidade de resgatar a confiança perdida pelas más práticas reveladas ao longo da história da medicina e da tecnociência em geral, como o caso Tuskegee ilustra bem. Uma ética consequencialista também poderia defender que ela traz os melhores resultados. A seguir, apresentaremos um princípio ético primeiro unificando essas teorias normativas.

Conforme antecipamos no capítulo 1, no livro clássico sobre os fundamentos da ética biomédica, no capítulo especialmente dedicado às relações entre profissionais da saúde e pacientes, Beauchamp e Childress (2018, p. 327-384) citam algumas virtudes constitutivas do encontro clínico, a saber, a *veracidade*, a *privacidade*, a *confidencialidade* e a *fidelidade*. Estes são outros exemplos de valores objetivos presentes neste encontro especial entre duas pessoas iguais, embora desempenhando funções diferentes, como é o caso do encontro médico(a)/paciente. Sem pretender explicitar todas as implicações dessas qualidades de caráter, cabe destacar as obrigações de *veracidade* na comunicação de informações, de maneira objetiva, acurada e compreensível, para a tomada de decisões. No contexto delicado de revelação de más notícias para pacientes, a sensibilidade e a empatia também são fundamentais.

O valor da *privacidade* e da própria *confidencialidade* é inegável. Embora fosse necessário aprofundar seus conceitos, bem como explicitar seus limites diante da necessidade de garantir a saúde e a segurança públicas, a justificação do direito a ver respeitado aquilo que é constitutivo da subjetividade de cada paciente não é apenas uma questão da eticidade da prática médica, mas está amplamente amparado nos códigos jurídicos de diferentes países. Por fim, embora não haja consenso a respeito, a *fidelidade* também consta como uma qualidade que assegura, diante de diferentes tipos de interesses (institucionais, de terceiras partes etc.), a sacralidade da relação única entre profissionais da saúde, em especial, médicos(as) e pacientes.

O que nos interessa, especialmente dentro do projeto de integrar a MBE e a MCP, é a necessidade de superar o preferencialismo comum às formas simplistas desses enfoques. Já apontamos que a TCR é necessária para a construção de uma FIMed, mas é importante agora mostrar efetivamente como isso pode ser feito. É preciso esclarecer, enfim, que, no fundo, a MCP e a MBE, bem entendidas e caracterizadas, *não*

parecem discordar de um ponto central da teoria e prática médicas: o cuidado e o respeito são os dois pilares de uma medicina de excelência. Conforme escreveram Rosen e Hoang sobre a MCP, o cuidado focado no paciente é, em geral, definido como “[...] proporcionando *cuidado que é respeitoso* e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais do paciente.” (2017, p. 3; grifos nossos). Da mesma maneira, defensores recentes da MBE não querem qualquer prática médica, senão a baseada no cuidado e no respeito ao paciente: “No centro da MBE está o cuidado e o respeito pelos pacientes” (Guyatt *et al.*, 2015, p. 49). É notável, então, a evolução da própria MBE. Conforme argumentamos ao longo deste livro, a orientação valorativa na medicina é clara e, por conseguinte, as questões morais inerentes à prática clínica não podem ser ignoradas. Sem querermos hipermoralizar a atividade médica, podemos concluir que, por exemplo, as *aretai* são inerentes ao encontro médico/paciente. Conforme vimos acima, elas são constitutivas do encontro médico/paciente. Sua ausência é indicativa de que o cuidado e o respeito estão sendo negligenciados. Por isso, ficamos estupefatos quando vemos profissionais da saúde pensando apenas no ganho financeiro do exercício da medicina. Conforme veremos na próxima seção, se a MBE e a MCP puderem, realmente, ser sintetizadas numa nova filosofia da medicina, então proporcionar um cuidado respeitoso ou um respeito cuidadoso é a meta de toda prática médica de excelência.

Numa série de trabalhos ao longo da última década, temos desenvolvido os conceitos de *cuidado respeitoso* e de *respeito cuidadoso* (Dall’Agnol, 2016a; 2020), procurando aplicá-los à prática clínica. Propomos, aqui, retomá-los como ideais morais capazes de fornecer um guia para integrar a MCP e a MBE numa filosofia completa da medicina. A tentativa foi a de apresentar uma análise, no sentido estrito, das condições necessárias e/ou suficientes para aplicar um conceito corretamente. É claro que há, de um ponto de vista wittgensteiniano, um questionamento quanto a esse procedimento metodológico. Podemos, nesse sentido, retomar a noção de “semelhanças-de-família”, mencionada na Introdução, e que tem sido usada por alguns defensores da MCP (Mitchell; Loughlin, 2023, p. 13) e amplamente utilizada por Karhausen em *The Fragility of Philosophy of Medicine* para examinar definições no contexto médico, por exemplo, a de saúde. Parece haver, entretanto, um mal-entendido sobre a noção, como se Wittgenstein permitisse qualquer coisa. Dizer que a saúde é única para cada paciente segundo o que ele/a acha que é saudável, é não ter critério algum e tudo

estaria certo e errado ao mesmo tempo. Conforme notou Glock (2005, p. 123), o autor das *Investigações filosóficas* não sustentou que *todos* os conceitos são do tipo *semelhanças-de-família*. Talvez “arte”, “número” (e “saúde” ou “doença”) etc. sejam, mas não “número real”, “triângulo” e outros que parecem ser suscetíveis de análise das condições necessárias e suficientes, levando a definições precisas, assim como outros conceitos científicos e legais. Por conseguinte, é necessário tentar analisar, em sentido estrito, o conceito para ver se a definição derivada é sustentável filosoficamente. Em outros termos, é necessário evitar tanto o essencialismo quanto o mero convencionalismo.

Iniciemos questionando: o que significa, enfim, “cuidado respeitoso” de um paciente em contraposição a outros usos de “cuidado”, por exemplo, cuidado com um livro? Partindo de algumas análises conceituais de “cuidado” e de “respeito”, e considerando, em especial, a caracterização metaética de tipos de razões para agir, perguntemos sob que condições necessárias e suficientes *W sabe-como cuidar de Y respeitosa*mente? Esse parece ser o caso sse:

- i) W simpatiza com Y e reconhece-a como pessoa;
- ii) o bem-estar de Y precisa de atenção e ela tem direito a ser assistida num sistema justo de saúde;
- iii) W cumpre suas obrigações em relação a Y, beneficiando-a *por ela mesma*.

Uma vez satisfeitas essas condições, temos o que pode ser qualificado como “cuidado respeitoso”: um incremento do bem-estar de uma pessoa porque isso é bom *para ela*. O cuidado, sendo respeitoso, evita o paternalismo presente em tradições que se guiam exclusivamente pela beneficência valorando intrinsecamente a paciente. O conceito que elaboramos tem sido recomendado para cursos de medicina (Guedert, 2011), o que mostra seu potencial na prática clínica.

Notemos a presença de sentimentos morais (simpatia), mas também da atitude de *reconhecimento* da pessoalidade. Não há dúvidas de que a simpatia, enquanto senso natural de compartilhamento de sentimentos, sejam negativos ou positivos, é a base da empatia, do colocar-se no lugar de outra pessoa. Profissionais da saúde precisam exercitar a simpatia na medida correta para não comprometer o cuidado com compaixão piedosa. Precisam também colocar-se empaticamente no lugar da paciente ou da “pessoa” aqui entendida como uma agente portadora de direitos/obrigações cooriginalmente justificáveis. Não deixamos de ser pessoas quando nos tornamos pacientes. Além disso, o

objeto do cuidado é claramente identificado, a saber, o bem-estar do(a) paciente, sendo a saúde um de seus ingredientes básicos. Cuidar do bem-estar do paciente não pode significar objetificação ou despersonalização. Também está claro que o direito à assistência gera obrigações de cuidado para profissionais de saúde e, finalmente, que há uma atitude de valoração intrínseca da paciente que é beneficiada porque, somente para ilustrar, a saúde é boa *para ela*. Esta última condição revela que o cuidado é uma atitude eminentemente moral. Se esse modelo for adotado, então ele evita o paternalismo, proporcionando um cuidado respeitoso. Visto que o cuidado e o respeito são duas faces da mesma moeda, podemos também, utilizando os mesmos elementos, apresentar uma análise do conceito respeito cuidadoso diante de clientes plenamente autônomos, fazendo, por exemplo, simples exames de rotina.

Se, então, perguntarmos o que significa “respeito cuidadoso”?, podemos usar praticamente os mesmos elementos para analisar o conceito. Em outros termos, W respeita Y de forma cuidadosa sse: (i) W reconhece Y como pessoa, mas também simpatiza com ela; (ii) Y é uma pessoa portadora de direitos e precisa de atenção especial; (iii) W cumpre as suas obrigações em relação a Y e zela pelo seu bem-estar *por ela mesma*. Temos, desse modo, as condições necessárias e suficientes para atribuir a W um respeito que não é vazio (insensível ou individualista) e que supera a indiferença moral.

Convém, agora, salientar que o cuidado respeitoso, ao evitar o paternalismo, e o respeito cuidadoso, ao superar a indiferença, representam dois lados de uma mesma moeda: são as atitudes fundamentais que devem estar presentes em toda prática médica para que ela seja excelente. É claro que podemos usar as palavras “cuidado” e “respeito” com outros significados, mas aqui, neste contexto de tratamento filosófico da medicina, postulamos uma regra de uso desses conceitos que não é nem essencialista, nem meramente convencionalista.

Do ponto de vista ético-normativo, a justificação filosófica para adotarmos uma atitude de cuidado respeitoso (e de respeito cuidadoso) na medicina e em outros domínios da vida humana pode ser feita a partir de uma reformulação da chamada “Teoria Tríplice” proposta inicialmente por Derek Parfit (2011) em *On What Matters* e por nós ventilada acima quando tratamos da confiança nas diferentes teorias normativas. Ora, em vez de usarmos uma teoria consequencialista (princípios que sendo leis universais fariam as coisas irem da melhor forma) e duas deontológicas (kantismo – princípio que sendo leis universais todos

poderiam querer racionalmente – e contratualismo – princípio que ninguém poderia razoavelmente rejeitar), vamos introduzir o critério de correção moral de uma ética aretaica reformulando a Teoria Tríplice, dando-lhe inclusive tonalidade normativa. Lembremos que enunciar um metaprincípio é fundamental para superar definitivamente os problemas da base metaética intuicionista do principialismo, reconstruído no capítulo 1 deste livro, que gera dilemas morais irreconciliáveis.

O princípio ético primeiro de uma Teoria Normativa Tríplice Reformulada, então, é o seguinte:

PEP: *siga normas que prescrevem ações (ou omissões) aparentemente valiosas em si mesmas, mas que também são otimizadoras, universalmente aceitáveis e não seriam rejeitadas por pessoas virtuosas considerando-as imparcialmente.*

Este princípio ético primeiro (PEP) é válido aprioristicamente (por exemplo, a otimização, “dos males o menor”, pode ser justificada de forma independente de experiências particulares) no sentido de ser uma norma fulcral (*hinge-proposition*) da nossa vida moral.

A partir dele, podemos justificar uma série de *princípios intermediários* (por exemplo, as normas *prima facie* da bioética principialista) e os valores presentes nas práticas médicas, bem como buscar uma integração entre as duas principais filosofias da medicina estudadas ao longo deste livro (MBE e MCP), superando o preferencialismo, rumo a uma FIMed. Talvez uma maneira de ver com clareza como o cuidado respeitoso pode ser implementado na prática clínica, seja discutindo como podemos construir robôs cuidadores (em oposição a robôs matadores).

A maneira como podemos programar um robô cuidador tornou-se uma questão central para a roboética (Peterson, 2012). Para esclarecer essa questão, vamos imaginar uma máquina *Person-o-Matic* para produzir, pressionando alguns botões, dois tipos diferentes de robôs: um *androide* e outro *humanoide*. A diferença básica é que o androide é programado com conhecimentos médicos de ponta, usa IA, possui excelentes habilidades de cuidado, mas sempre faz o que *ele/a* acha que é o melhor para o paciente; já um robô cuidador humanoide tem os mesmos conhecimentos e habilidades médicas, mas é sempre sensível e aberto ao paciente e respeita-o como pessoa com direitos: autodeterminação, privacidade etc. Em outros termos, a diferença é que o humanoide proporciona cuidado *respeitoso* nos termos analisados acima. Que tipo de robô devemos escolher? Parece claro que deva ser o humanoide, embora, para alguns casos o androide possa ser mais adequado, por

exemplo, para pessoas com demência avançada que perderam a capacidade de deliberar e escolher o que é melhor para elas.

Robôs cuidadores deveriam ser tratados como pessoas? Parece claro que sim, pois se, num futuro não muito distante, formos capazes de criar robôs cuidadores e respeitosos, deveríamos também respeitá-los e cuidá-los e não tratá-los como meros autômatos, simples escravos laborais. O melhor cuidador possível seria um robô humanoide capaz realmente de cuidar de forma respeitosa dos pacientes e, ao mesmo tempo, cuidar de si e se autorrespeitar.

Tendo apresentado, neste capítulo, as condições para garantir a cientificidade da prática clínica, bem como estabelecido as bases (bio)éticas da arte médica, estamos agora, finalmente, em condições de propor uma perspectiva integradora entre a MCP e a MBE que garanta tanto a cientificidade da medicina quanto a sua eticidade, ou seja, uma filosofia plena, completa da medicina (FIMed). Se as últimas três seções apresentaram conclusões plausíveis, então *a medicina pode ser predefinida como uma habilidade (techné) de aplicar conhecimento científico (epistémé) para diagnosticar e tratar pacientes respeitando-os como pessoas (ethiké)*. Voltaremos a esta predefinição na conclusão.

4.5. Uma FIMed

Nesta última seção, apresentaremos uma visão geral de como algumas variantes da MCP e da MBE podem funcionar de forma integrada e serem incorporadas numa FIMed enquanto saber-como aplicar saber-que em benefício do(a) paciente. Antes de fazê-lo, convém recordar que há decerto *tensões* entre a MCP e a MBE, por exemplo, a primeira acusa a segunda de desorientação quando faltam estudos tipo ECRs para guiar a medicina, que a MBE não é um método clínico completo etc., enquanto a segunda denuncia a primeira por ser a parte mole, frouxa, da ciência médica etc. Algumas dessas críticas foram respondidas ao longo deste livro. Entretanto, haveria, de fato, *incompatibilidade* entre a MCP e a MBE se ambas seguissem modelos antagônicos da personalidade do paciente, a saber, o biopsicossocial-espiritual etc. e o biomédico reducionista. Procuramos, entretanto, mostrar que a medicina pode apenas assumir o naturalismo *metodológico* e não o metafísico sem ser, por conseguinte, necessariamente reducionista e nem deve inflamar o conceito de pessoa do paciente ou a noção de saúde enquanto completo bem-estar. Também mostramos que a MBE permite corrigir algumas desvirtuações da MCP quando ela se perde em considerações

demasiado subjetivistas e acaba desfocando o problema a ser tratado. No presente capítulo, mostramos, na primeira seção, que modelos simplistas (de incorporação da MBE e sua mera subordinação à MCP) não dão conta da complexidade da medicina como um todo, restringindo-a à prática clínica. Nesse sentido, podemos argumentar, agora, que há certa complementaridade possível entre MCP e MBE e construir uma visão unificada da medicina *tout court*, ou seja, propor uma FIMed.

É oportuno também, antes de apresentar um quadro geral com a proposta da FIMed, lembrar que, neste capítulo, defendemos a cientificidade da medicina, bem como a sua eticidade. Em outros termos, que a medicina, desde Hipócrates até nossos dias, tenha se autocompreendido como *epistémé* é inegável, embora algumas transformações ocorreram ao longo de sua história, e isso a diferencia de outras práticas, por exemplo, do curandeirismo. Isso implica, basicamente, seguir uma *techné* adequada, admitindo que há diferentes métodos de obter conhecimento confiável. É o conhecimento científico que leva à recusa de procedimentos ineficazes de tratamento, por exemplo, da homeopatia para o diabetes. Também resultou do presente capítulo uma maior clareza quanto aos componentes morais (*ethiké*) presentes na atividade clínica, em especial, as *aretai* (excelências) necessárias para realizar as atitudes do cuidado respeitoso e do respeito cuidadoso e justificá-las a partir de um PEP. Podemos, portanto, pressupor esses resultados procurando integrar versões mais sofisticadas da MBE e da MCP numa visão filosófica completa, embora seja aqui apresentada apenas de forma introdutória, necessitando ser aprofundada em muitos pontos. Esperamos que a FIMed mostre a necessidade de superar modelos simplistas da medicina.

No que transparecerá no quadro panorâmico da FIMed a ser visualizado a seguir, é uma tentativa de vê-la como prática profissional no seu contexto amplo, desde a sua legitimação social, a formação sólida do(a) futuro(a) médico(a), a atenção ao progresso científico etc. até o seu efetivo engajamento a serviço do(a) paciente. A medicina será caracterizada como *multidisciplinar* a partir de suas funções sociais, ou seja, contribuindo para a saúde populacional e não apenas individual, por exemplo, promovendo políticas preventivas de doenças. É claro que a apresentação exibirá apenas as linhas gerais do que estamos propondo, mas ficará claro quais são as efetivas contribuições tanto do enfoque que insiste na cientificidade da prática médica quanto de quem enfatiza a humanização. Eis, então, uma síntese do enfoque da medicina enquanto *techné*, *epistémé* e *ethiké*:

FIMed

1. A medicina como prática social: legitimação político-social (*ethikê*) da medicina enquanto atividade científica (*epistemê*) e profissional (*technê*):

1.1 – Saúde pública: elaboração de diretrizes epidemiológicas estatais que sejam *promotoras* da saúde e *preventivas* segundo os princípios epistêmicos da **MBE** e normas (bio)éticas para instituir boas práticas médicas defendidas pela **MCP** a partir de *uma formação científica e ética* sólidas de profissionais médicos;

1.2 – Da bancada ao leito: realização de pesquisas (por ex., ECRs, meta-análises etc.) nas ciências que embasam a prática médica, como a fisiologia, a genética etc., adotando o pluralismo e o naturalismo *metodológicos*, guiadas pelos valores objetivos da ética da pesquisa e nas melhores evidências (**MBE**) para a produção de conhecimento a ser transladado para pacientes considerados no seu todo, conforme preconizado pela **MCP**, ou seja, respeitando-os como pessoas.

2 A medicina como prática clínica: diagnóstico e intervenções clínico-hospitalares *terapêuticas* e *reabilitadoras* guiadas pela *expertise* médica (*technê*), pelas ciências (*epistemê*) e pelo saber-como moral de médicos(as) norteados(as) por decisões realmente compartilhadas com pacientes, visando proporcionar cuidado respeitoso/respeito cuidadoso (*ethikê*):

2.1 – Encontro clínico: anamnese completa com entrevista empática e *respeitosa* nos moldes da **MCP**, considerando não apenas os *sin-tomas* da doença, mas o histórico do paciente, da família, suas conexões sociais, conforme preconizado pelo modelo biopsicossocial);

2.2 – Diagnóstico acurado (exame físico, testes laboratoriais [se necessários] guiados pela **MBE** etc.) identificando efetivos *sin-ais* e causas dos problemas de saúde do paciente para obtenção do consentimento informado;

2.3 – Decisão realmente compartilhada sobre alívio da dor e do sofrimento e melhor terapia se há prognóstico positivo para *trata-mento(s)* e *reabilitação*, incluindo, quando for o caso, *prescrição* de medicamentos, cirurgia, implantação de próteses etc., evitando morte antes do tempo;

2.4 – Cuidados contínuos para preservar e/ou incrementar a saúde e o bem-estar com perspectiva de cura de eventual doença e restabelecimento da saúde baseados no acompanhamento necessário e no constante melhoramento da relação médico/paciente; ou

2.5 – Comunicação empática e encaminhamento para cuidados paliativos (se tratamentos forem fúteis no sentido terapêutico) para alívio do sofrimento e eventual assistência no processo de morrer.

Como podemos perceber, a FIMed procura superar as deficiências tanto da MBE quanto da MCP, apresentando uma perspectiva unificada. Ela começa salientando que a medicina é uma prática *social* que se legitima pelo bem que é capaz de proporcionar à sociedade, em especial, mas não exclusivamente, promover a saúde. Nesse sentido, pressupõe políticas públicas de acesso à saúde e atitudes preventivas, por exemplo, sanitárias (água potável para toda a população, ambiente saudável incluindo saneamento básico etc.). A FIMed exige também um processo educativo sério de formação de profissionais da saúde baseado no melhor conhecimento científico disponível que, em geral, corresponde ao preconizado pela MBE e uma formação humanística nos termos estabelecidos pela MCP, desenvolvendo não apenas habilidades técnicas (saber-como diagnosticar a causa de uma enfermidade e tratá-la), mas também desenvolver qualidades morais de cuidado e respeito aos pacientes. Somente dessa maneira o encontro clínico pode ser desenvolvido nos termos indicados de 2.1 a 2.5, em especial, buscando decisões *realmente* compartilhadas. Para que sejam de fato conjuntas, não basta um profissional da saúde fazer o diagnóstico e exibir opções que o(a) paciente aceita ou recusa: é necessário participar ativamente na elaboração das opções terapêuticas. Por exemplo, para evitar injustiças epistêmicas (Fricker, 2007), um(a) paciente precisa ser suficientemente informado(a), em linguagem clara e acessível, para tomar decisões realmente compartilhadas. Como podemos perceber, a FIMed não é apenas um enfoque que mostra a complementaridade entre as duas principais correntes médicas atuais, mas proporciona uma filosofia abrangente da medicina baseada em valores objetivos e não no preferencialismo.

A necessidade de uma FIMed já está sendo sentida na área médica. Além das crises da MBE e da MCP, há propostas de alinhamento entre bioética, práticas baseadas em evidências e cuidado centrado na pessoa para setores específicos, por exemplo, no cuidado a pacientes severamente enfermos (Forte; Kawai; Cohen, 2018). Os autores constroem um modelo dividido em quatro passos *éticos* que usa elementos da MBE e da MCP. No primeiro passo, propõe-se uma ética da acurácia centrando a atenção na doença guiada pela MBE. No segundo passo, uma ética da compreensão, pensada a partir da MCP, *foca nos valores do paciente* (preferencialista). O terceiro passo, constituído pela ética da conscienciosidade, procura criar uma atmosfera de multidisciplinaridade na equipe de abordagem dos problemas a partir da MBE. Finalmente, o quarto passo, de ética da deliberação tal como preconizada pela MCP, estabelece as bases para uma relação sólida entre paciente e provedor

de saúde, melhorando-a constantemente. A FIMed pode incorporar esse modelo para a área em questão (UTIs), mas apresenta uma visão mais ampla da medicina enquanto prática social e clínica. Além disso, ela *não* é preferencialista, mas está baseada no PEP.

Uma medicina guiada por uma filosofia completa, ou seja, pelos padrões científicos reconhecidos desde os procedimentos convencionais hipocráticos (observação atenta dos fenômenos, registro detalhado do estado do paciente etc.), processo aprofundado pela ciência experimental moderna através da anatomia e fisiologia empíricas e complementado pelas exigências rigorosas da MBE ao introduzir os ensaios clínicos na era da tecnociência (que pode ser sempre aperfeiçoado dada a falibilidade do próprio saber humano) e, ao mesmo tempo, pelos parâmetros éticos e humanitários da MCP, resultará em uma *praxis* de qualidade total, proporcionando *cuidado respeitoso* e *respeito cuidadoso*. É importante equacionar as exigências normativas do cuidado e do respeito enquanto expressões de valoração intrínseca da pessoa, evitando as consequências negativas da priorização de um sobre o outro, especialmente, os problemas que podem surgir do paternalismo associado ao modelo de beneficência-na-confiança de Pellegrino e as implicações negativas geradas pelo autonomismo de Engelhardt, a saber, a indiferença e o individualismo. Em outros termos, é crucial percebermos a limitação recíproca e, ao mesmo tempo, a complementaridade entre cuidado e respeito formando uma (bio)ética normativamente sólida capaz de contribuir para uma nova filosofia da medicina. Para verificar a sua plausibilidade e aplicabilidade foram discutidos casos específicos de bioética clínica. Fizemos o mesmo com a MBE e a MCP. Para ilustrar: nenhuma delas precisa se comprometer com o autoritarismo médico, com o tecnicismo etc. Outra ilustração: tanto a MBE quanto a MCP podem subscrever os mesmos diagnósticos e prognósticos, por exemplo, a terapia gênica individualizada baseada no DNA do(a) paciente. Em outros termos, ambas podem seguir os pressupostos da bioética clínica e proporcionar uma medicina da mais alta qualidade científica e, por conseguinte, profundamente humana. Essa é uma diretriz fundamental da FIMed.

Cabe, por fim, enfatizar que, seguindo o enfoque que propomos aqui, temos que perceber a necessidade de construir uma filosofia da medicina fundada, agora *pace* Pellegrino, não apenas num suposto *telos* interno, mas também não exclusivamente nos simples valores do paciente (*pace* Engelhardt). Há outros fatores que a bioética clínica, apoiada na ciência, utiliza, pois essa última é composta por valores

objetivos como a busca da verdade, a integridade no uso dos dados etc. Conforme mostramos desde o primeiro capítulo, a relação P-P/P-P é bastante complexa e não pode ser fundada nas preferências individuais. A ética da pesquisa com seres humanos, como também vimos ao longo do livro, se funda em valores objetivos, como o respeito pelos participantes dos testes clínicos, a não maleficência e a justiça social. Como podemos perceber, a bioética clínica é uma área composta pela interseção de diferentes âmbitos, incluindo diversos aspectos éticos: do(a) pesquisador(a); do(a) médico(a); do(a) paciente; do(a) participante da pesquisa e da sociedade. É tendo presente esses domínios que se poderá eventualmente contribuir não apenas para uma “fusão” entre a MBE e a MCP, mas para construir uma proposta de uma de filosofia composta por *techné*, *epistémé* e *ethiké*, ou seja, considerando a medicina uma habilidade de aplicar o conhecimento científico para benefício do paciente respeitando-o como pessoa.

Um elemento central da FIMed é o “pacto sagrado” entre profissional da saúde e paciente, impedindo que algo espúrio interfira na relação, exceto a busca do bem do paciente. Neste sentido, cabe apontar que, com frequência, descobre-se que a tentativa de dar maior cientificidade à medicina e, conseqüentemente, à prática clínica enfrenta interferências externas indevidas que comprometem um cuidado respeitoso. Sabemos, por exemplo, que a confiança nos ECRs depende de dados críveis e que eles, muitas vezes, são conduzidos pela indústria farmacêutica e reportados em nome de acadêmicos de prestígio que nem sempre declaram potenciais *conflitos de interesse*. Tudo pode se agravar e comprometer o “pacto sagrado” se mantivermos presente que a poderosíssima indústria farmacêutica presta contas aos seus acionistas e busca em alguns casos um lucro exorbitante que é impróprio e, dessa maneira, o progresso científico pode ficar comprometido pelos interesses de lucro, que pode levar a suprimir dados, não relatar riscos ou resultados adversos etc., ou não compartilhar o conhecimento científico com a sociedade em geral, prejudicando dessa maneira as políticas públicas de saúde e o próprio atendimento personalizado do paciente.

Outro elemento central da FIMed é demandar a construção de um sistema justo de assistência à saúde. Não é o caso, aqui, de discutir se ele deve ser totalmente público ou privado ou uma mistura de ambos, pois há inúmeros aspectos a considerar. Contudo, é importante ver a saúde como ingrediente do *bem comum* e, portanto, notar que políticas públicas de saúde eficazes e seguras são parte de uma compreensão mais ampla, digamos de “medicina social” que precisa ter prioridade

sobre um sistema de atendimento clínico que atenda pacientes individuais. Sabemos que há várias teorias de justiça sendo discutidas no momento (utilitarista, comunitarista, igualitarista etc.), mas todas podem convergir na construção de um sistema equitativo. Dito de outro modo, é a sociedade como um todo que deve garantir a satisfação das *necessidades médicas básicas da saúde*, por exemplo, cuidados preventivos, proteção de emergência, cuidados intensivos especializados e serviços sociais especiais para pessoas portadoras de deficiências etc. Necessidades *não básicas* poderiam ser satisfeitas pela iniciativa privada (cf. Beauchamp; Childress, 2018, p. 293). Essa parece ser a melhor maneira de atender o direito básico de assistência a um mínimo decente de saúde, como tem sido preconizado por outros autores seguindo uma teoria rawlsiana de justiça (cf. Daniels, 2008).

Conforme antecipamos, uma FIMed que procure evitar as insuficiências tanto da MBE quanto da MCP precisa também apresentar uma definição de “saúde”. Abordaremos, agora, como podemos jogar um pouco de luz sobre essa questão procurando evitar ambos: o essencialismo e o convencionalismo. Vamos assumir aqui, sem maiores argumentos, que “saúde” seja um termo *thick* (denso, ou seja, que contenha tanto elementos descritivos quanto valorativos) e perguntarmos sob que condições necessárias e/ou suficientes podemos atribuir “saúde” a um indivíduo P. A análise disposicional está pensada para delimitar um emprego de outros usos de “saúde” (por exemplo, “saúde financeira”), que é clinicamente relevante e resulta de um exame, uma espécie de “rastreamento” ou *check up* de uma pessoa humana (P), para atestar que não sofre de doença. Desse modo, P parece saudável sse:

- i) P não revela *sintomas* e, ao ser examinado por médico(a), não mostra *sinais* clínicos patológicos;
- ii) sinais exibidos por exames ou evidências clínicas, sejam eles causados por diferentes tipos de patologias (doenças, transtornos, enfermidades, desordens mentais etc.), ou ferimentos ou anomalias genéticas severas (por ex., anencefalia), ou síndromes ou sequelas, tornam um indivíduo incapaz de viver de forma normalmente ativa;
- iii) P está bem e é capaz de viver ativamente.

A primeira e a terceira condições são valorativas; a segunda, apenas descritiva. A análise nos leva à seguinte estipulação: saúde =_{def.} *estado de sentir-se bem e ativo sem sinais patológicos*. É crucial lembrar, todavia, que um diagnóstico médico é uma hipótese a ser corroborada.

Se a análise estiver correta, “saúde” é um conceito denso contendo elementos descritivos e valorativos. A análise procura fazer *algum sentido* à tese de que a “[...] autonomia é o propósito de um sistema de saúde” (Mitchell; Loughlin, 2023, p. 83; p. 127), mas, principalmente, contrapor *estar paciente* a *ser ativo*. A definição evita também a confusão entre saúde e bem-estar e a própria sobremedicalização.

Essa definição parece avançar tanto em relação a uma puramente naturalista e funcionalista, seja ela feita em termos de mera ausência de doença ou como bom funcionamento dos subsistemas que compõem um organismo, quanto a da OMS, que é demasiado vaga e ampla, indicando um completo estado de bem-estar físico, mental e social, levando ultimamente a concepções subjetivistas de saúde e à sobre-diagnósticalização e à sobremedicalização. Como tal, inviabilizam a medicina e revelam uma confusão entre saúde e bem-estar, embora, claramente, a saúde seja uma condição necessária, talvez não suficiente, do bem-estar. Embora pareça claro que não há *uma* finalidade inerente à prática clínica, uma visão distorcida, pseudocientífica, de seus fins (por exemplo, consumerista ou curandeirista) precisa ser evitada. Nesse sentido, é crucial possuir uma definição precisa de “saúde”, pois vê-la como “familiaridade” ou “viver *in extremis*” etc., não ilumina o que vem a ser as funções da prática clínica, em especial, a cura ou cuidado terapêutico, mas também aliviar sofrimento etc. Por conseguinte, *pace* Mitchell e Loughlin (2023, p. 78), a *autonomia* não pode ser vista como a finalidade única da assistência à saúde. Há alguma plausibilidade na sugestão, mas deve-se ao fato de que o adoecimento nos transforma de agentes plenos (autônomos) em pacientes relativamente passivos (“disfuncionais”, “desequilibrados” etc.), como podemos vislumbrar na segunda e terceira condições apresentadas acima. Entretanto, a tarefa básica da medicina é curar e, como consequência, voltarmos a ser agentes plenos vivendo ativamente. Lembremos, todavia, que nunca deixamos de ser pessoas (mesmo sendo pacientes), pois “pessoa” é um conceito ético-jurídico. Este foi um ponto salientado pela FIMed além de outros, em especial, que um(a) médico(a) não é apenas um “*expert* em doenças”, mas um *servidor público* da saúde.

Talvez não seja possível resolver todos os problemas da área da saúde apontados por Pellegrino mencionados já no primeiro capítulo, mas com uma medicina orientada tanto científica quanto humanamente, podemos evitar o tecnicismo da hiperespecialização, a sobremedicalização e uma série de outros desvios da prática médica. Outros resultados teóricos e práticos certamente apareceram, por exemplo, a necessidade

de reformulação da educação médica buscando maior cientificidade (pensar criticamente o resultado de pesquisas, estar aberto a novas evidências, reavaliar etc.) e uma formação continuada com temas de bioética. Nesse sentido, lembrando Pasternak (2021, p. 7), quando diz que, dentre todos os problemas que agravaram a pandemia no Brasil, a incapacidade de alguns profissionais da saúde de ler evidências foi uma das principais. Podemos acrescentar, enfim, que práticas baseadas na pseudociência e no negacionismo que perduram hoje não contribuem para fornecer a melhor terapia possível e, por conseguinte, falham em seguir a ciência e dar atenção às pessoas, ou seja, não fornecem um cuidado respeitoso.

A FIMed evita a associação de modismos filosóficos a áreas específicas da atividade clínica. Em geral, a MCP tem maior receptividade na medicina da família e da comunidade (atenção primária) e a MBE na atenção secundária que lida com cuidados especializados que envolvem maiores especialidades e uso de tecnologia (por exemplo, em UPAs) – e na terciária que enfrenta problemas de saúde que exigem *expertise* de altíssimo nível e intervenções com maior densidade tecnológica para casos mais complexos com equipamentos que monitoram o paciente (UTIs etc.). Além disso, a FIMed é capaz de mostrar a necessidade de se assumir o princípio *prima facie* da precaução, a ser justificado pelo PEP, para a chamada “prevenção quartenária” de males iatrogênicos (cf. Sharpe; Faden, 2001). Esperamos, dessa maneira, contribuir para superar a iatrogenia.

Para encerrar, enfim, cabe reiterar a necessária complementaridade entre uma medicina orientada cientificamente capaz de proporcionar o melhor cuidado terapêutico possível, tal como preconizado pela FIMed, e, ao mesmo tempo, respeitar a pessoa do paciente, ou seja, considerá-lo portador de direitos (e obrigações) e não apenas enfermidades. Somente dessa maneira é observada a natureza tridimensional da medicina enquanto *techné*, *epistémé* e *ethiké*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito geral deste livro foi colaborar, via explicitação das exigências éticas da bioética clínica, para apresentar um enfoque da medicina superando a *polarização* entre defensores da MBE e da MCP, construindo assim uma FIMed. Iniciamos, no primeiro capítulo, reconstruindo as principais contribuições da bioética clínica para a transformação do método convencional (hipocrático). Essas influências *externas* contribuíram positivamente para compreender a medicina enquanto ciência, arte e, especialmente, moral (a tridimensionalidade: *epistémé, techné e ethiké*). Resultou claro, daquele capítulo, a existência de valores *objetivos* presentes na ética da pesquisa básica de estudos clínicos, na sua translação para a beira do leito, bem como o respeito mútuo entre as pessoas envolvidas na relação P-P/P-P. No segundo capítulo, iniciamos a discussão da MBE, seu surgimento e desenvolvimento, suas principais contribuições e alguns limites. Argumentamos que ela pode adotar o modelo biomédico a partir do naturalismo *metodológico* de forma não reducionista, mas não do naturalismo *metafísico*, tornando possível compatibilizá-la com a MCP. No terceiro capítulo, reconstruímos o surgimento e desenvolvimento da MCP, bem como discutimos criticamente suas variantes, suas contribuições e também alguns limites. Argumentamos que o modelo biopsicossocial é mais adequado, mas que não pode ser inflado com concepções metafísicas da pessoa do paciente ou mesmo de “saúde”. Dessa maneira, resulta clara a não incompatibilidade com a MBE. Em ambos os capítulos, salientamos a necessidade de formação científica e moral dos(as) futuros(as) médicos(as), não apenas informativa, mas crítica e de espírito investigativo. Dessa comparação entre a MBE e a MCP (e da percepção de que ambas sucumbem ao preferencialismo) surgiu a necessidade de propor uma filosofia *integral*, ressaltando a tridimensionalidade da medicina enquanto arte, ciência e ética. Além de insistir na cientificidade da medicina (enquanto prática social que se preocupa não apenas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças na comunidade quanto na atividade clínica cotidiana), mostramos que a FIMed garante a *eticidade* da prática clínica fundada numa relação igualitária entre pessoas, em decisões *realmente* compartilhadas etc., tendo como meta proporcionar, senão a cura, sempre um cuidado respeitoso/respeito cuidadoso.

A FIMed busca transformar a prática médica convencional, exigindo maior cientificidade e, ao mesmo tempo, humanizando-a para proporcionar um *cuidado respeitoso* e um *respeito cuidadoso*. Revelamos, dessa maneira, o potencial de aplicabilidade e o caráter inovador do presente trabalho. Esperamos, enfim, ter colaborado para a superação da polarização entre alguns profissionais da saúde e proporcionar instrumentos teóricos e práticos para enfrentar os desafios da pós-pandemia, bem como das próximas crises sanitárias que, provavelmente, surgirão devido às mudanças climáticas. Gostaríamos também de, considerando a *explosão de cursos novos de medicina* no Brasil nos últimos anos e a ampliação exagerada de vagas nos existentes, lançar um *alerta* para a necessidade de garantir uma formação com qualidade, baseada na ciência e no cuidado respeitoso, para evitar que no futuro tenhamos profissionais despreparados para as atividades diárias e que repitam os erros cometidos durante a pandemia da COVID-19.

Para encerrar, se o objetivo último de uma filosofia da medicina é, como apontaram alguns autores, dizer o que ela é, então podemos concluir que é *uma prática social de cuidado terapêutico guiada por habilidade médica (techné) de aplicar conhecimento científico (epistemé) para promover o bem-estar individual e coletivo diagnosticando, prescrevendo ou realizando tratamentos de agravos à saúde, reabilitando pacientes ou assistindo-os quando não há cura, sempre respeitando-os como pessoas (ethiké)*. QeD.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, J. N. *Manual de medicina baseada em evidências: como interpretar artigos científicos?* Salvador: Sanar, 2021.
- ANDERSEN, H. Mechanisms: What Are They Evidence for in Evidence-based Medicine? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, [s. l.], v. 18, n. 5, p. 992-9, 2012.
- ANDRADE, B.; AZEVEDO, M. A. Respeitando biografias até o fim. *ethic@*, v. 19, n. 1, p. 105-134, 2020.
- ANGOTTI NETO, H. *A morte da medicina*. Campinas: Vide Editorial, 2014.
- ARAÚJO, M. D.; AZEVEDO, M. A.; BONELLA, A. E.; DALL'AGNOL, D. Ethical guidelines for the allocation of scarce intensive care units during the COVID-19 pandemic: discussing a Brazilian proposal. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, [s. l.], p. 1-10, 2023.
- ARISTOTELES. *The complete works*. Edited by J. Barnes. Princeton: Princeton University Press, 1984.
- ARISTOTELIS. *Ethica Nicomachea*. Oxonii: E Typographeo Clarendoniano, 1958.
- ATALLAH, A.; TREVISANI, V. M.; VALENTE, O. Princípios para tomada de decisões terapêuticas com base em evidências científicas. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (ed.). *Atualização terapêutica 2003: manual prático de diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 1704-06.
- AZEVEDO, M. A. O. *Bioética fundamental*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.
- AZEVEDO, M. A. O. Health as a clinic-epidemiological concept. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, [s. l.], p. 1-9, 2014.
- BAUM, M. L. *The Neuroethics of Biomarkers*. What the Development of Bioprediction Means for Moral Responsibility, Justice, and the Nature of Mental Disorder. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. 8. ed. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- BENNETT, M. R.; HACKER, P. M. S. *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwell, 2010.
- BENNETT, M. R.; DENNETT, D.; HACKER, P. M. S.; SEARLE, J. *Neuroscience and philosophy: brain, mind, and language*. New York: Columbia University Press, 2007.
- BONELLA, A. E.; ARAUJO, M. DE; DALL'AGNOL, D. Bioética em tempos de pandemia: Testes clínicos com Cloroquina para tratamento de COVID-19. *Veritas*, [s. l.], v. 65, n. 2, p. 1-12, 2020.

- BORENSTEIN, J; PEARSON, Y. Robot Caregivers: Ethical Issues across the Human Lifespan. In: LIN, P.; ABNEY, K.; BEKEY, G. A (ed.). *Robot ethics: the ethical and social implications of robotics*. London/Massachusetts: The MIT Press, 2012. p. 251-266.
- BOORSE, C. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, [s. l.], v. 44, p. 542-573, 1977.
- BOORSE, C. Concepts of Health and Disease. In: GIFFORD, F. (ed.). *Philosophy of medicine*. Oxford/Amsterdam: Elsevier, 2011. p. 13-64.
- BOULWARE, D. A Randomized Trial of Hydroxychloroquine as Postexposure Prophylaxis for Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, [s. l.], p. 1-9, 3 jun. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.
- BRODBENT, A. *Philosophy of medicine*. New York: Oxford University Press, 2019.
- BUNGE, M. *Filosofia para médicos*. Barcelona: Gedisa, 2017.
- BYNUM, W. F. et al. *Dictionary of medical biography*. Westport: Greenwood Press, 2007.
- BYNUM, W. F. et al. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres: Routledge, 1993. 2 v.
- BYNUM, W. F. *História da medicina*. Porto Alegre: L&PM, 2011.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2022.
- CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (org.). *Medicalização da vida*. Palhoça: Editora Unisul, 2010.
- CAPLAN, A. L. Does the Philosophy of Medicine Exist? *Theoretical Medicine*, [s. l.], v. 13, p. 67-77, 1992.
- CHARON, R. *The principles and practice of narrative medicine*. New York: Oxford University Press, 2017.
- CHILDRESS, J.; MESLIN, E. M.; SHAPIRO, H. T. *Belmont revisited: ethics principles for research with human subjects*. Washington: Georgetown University Press, 2005.
- CLOUSER, K. D.; CULVER, C. M.; GERT, B. Malady: A New Treatment of Disease. *Hastings Center Report*, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 29-37, 1981.
- COLIVA, A. *Moore and Wittgenstein: skepticism, certainty, and common sense*. New York: Palgrave Macmillan, 2010.
- COUTO, J.; MILES, A. The fiasco of evidence-based medicine exposed by the COVID-19 pandemic. *European Journal for Person Centered Healthcare*, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 161-163, 2020.

- CRISP, R. *Mill on utilitarianism*. London: Routledge, 1997.
- CRISP, R.; SLOTE, M. *Virtue ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- CRISP, R. (ed.). *The Oxford handbook of the history of ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- CRISP, R.; DALL'AGNOL, D.; TONETTO, M. C.; SAVULESCU, J. (org.). *Ética aplicada e políticas públicas*. Florianópolis: EdUFSC, 2018. (Série Ethica).
- CUPANI, A. *Sobre a ciência: estudos de filosofia da ciência*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018.
- DALL'AGNOL, D. Knowing-how to care. *Journal of Medical Ethics*, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 1-6, 2016a.
- DALL'AGNOL, D. *Care and respect in bioethics*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2016b.
- DALL'AGNOL, D. *Towards neurobioethics*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2020.
- DALL'AGNOL, D. O conceito de pessoa na neuroética: uma ilusão produzida pelo cérebro? In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA UNISINOS, 23, E SIMPÓSIO DE FILOSOFIA DA MEDICINA, 23, 2021, São Leopoldo. *Anais [...]* São Leopoldo: Unisinos, 2021. p. 46-55.
- DALL'AGNOL, D. *Bioética: princípios morais e aplicações*. Curitiba: PUCPress, 2022.
- DALL'AGNOL, D. *Bioética, biodireito & biopolítica: reflexões filosóficas sobre uma pandemia*. Florianópolis: Insular, 2023.
- DALL'AGNOL, D. *Ética: História & Filosofia da Moral*. Florianópolis: NefipOnline/EAD, 2024.
- DALL'AGNOL, D.; AZEVEDO, M. An agency model of consent and the standards of disclosure in health care: Knowing-how to reach respectful shared decisions among real persons. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 1-8, 2019.
- DALL'AGNOL, D.; AZEVEDO, M.; BONELLA, A. Princípios bioéticos, medicina-baseada-em-evidências e opções terapêuticas no tratamento da COVID-19. In: SOUZA, D. G.; BAVARESCO, A.; TAUCHEN, J. (org.). *Sub specie aeternitatis: Festschrift for Nythamar de Oliveira*. Porto Alegre: Fundação Fênix, 2019. p. 171-198.
- DANCY, J. *Introduction to contemporary epistemology*. Oxford: Blackwell, 2000.
- DANIELS, N. *Just health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- DANIELS, N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- DARWALL, S. *Welfare and rational care*. Princeton/Oxford: Princeton University Press, 2004.

- DAVIES, B. Medical Need and Health Need. *Clinical Ethics*, [s. l.], p. 1-5, 2023.
- DELKESKAMP-HAYES, C.; GARDELL CUTTER, M. A. (ed.). *Science, technology, and the art of medicine*. Springer, 1993.
- DIAS, M. C.; GONÇALVES, L. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Diversitates*, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 14-28, 2020.
- DUARTE, N. M. C. *et al. Metodologia científica*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2008.
- DUNCAN *et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- DRUMMOND, J. P. (org.). *Fundamentos da medicina baseada em evidências: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.
- DRURY, M. O. Conversations with Wittgenstein. In: HYNES, J. (ed.). *The selected writings of Maurice O'Connor Drury*. London: Bloomsbury, 2017.
- DWORKIN, R. *Levando os direitos a sério*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- DWORKIN, R. *Justice for hedgehogs*. Cambridge: The Belknap Press, 2011.
- ELLIOT, C. (ed.). *Slow cures and bad philosophers: essays on Wittgenstein, medicine, and bioethics*. Durham/London: Duke University Press, 2001.
- ENGEL, G. Clinical Application of the Biopsychosocial Model. In: ROSEN, D.; HOANG, U. *Patient-centered medicine: a human experience*. Oxford: Oxford University Press, 2017. p. 27-42.
- ENGELHARDT, H. T. *The foundations of bioethics*. 2. ed. New York/Oxford: Oxford University Press, 1996.
- ENGELHARDT, H. T.; JOTTERAND, F. (ed.). An Introduction: Edmund D. Pellegrino's Project. In: ENGELHARDT, H. T.; JOTTERAND, F. *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2008.
- ENGELHARDT, H. T. The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. *Bulletin of the History of Medicine*, [s. l.], v. 48, p. 34-48, 1974.
- ENGELHARDT, H. T. (ed.). *Global bioethics: the collapse of consensus*. Salem: MM Scrivener Press, 2006.
- ERNST, E.; SMITH, K. *More harm than good?: the moral maze of complementary and alternative medicine*. Cham: Copernicus Books/Springer, 2018.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *Journal of the American Medical Association*, [s. l.], v. 268, n. 17, p. 2420-2425, 1992.
- FAINTUCH, J. (ed.). *Ética na pesquisa em medicina, ciências humanas e da saúde*. São Paulo: Manole, 2021.

- FARAH, M. *Neuroethics: an introduction, with readings*. Cambridge/Massachusetts: MIT Press, 2010.
- FARAH, M.; HEBERLEIN, A. Personhood: an illusion Rooted in brain function? In: FARAH, M. *Neuroethics: na introduction with readings*. Camb./London: The MIT Press, 2010. p. 320-338.
- FELIPE, S. *Ética e experimentação animal: fundamentos abolicionistas*. Florianópolis: EdUFSC, 2007.
- FERNER, R. E.; ARONSON, J. K. Chloroquine and hydroxychloroquine in covid-19. *BMJ*, [s. l.], p. 369, 2020.
- FEYRABEND, P. *Contra o método*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1977.
- FLORIDI, L. *A Ética da Inteligência Artificial*. Curitiba: PUCPress, 2024.
- FORTE, D. N.; KAWAI, F.; COHEN, C. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Med Ethics*, v. 19, n. 78, 2018.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- FRICKER, M. *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- GADAMER, H. G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- GADAMER, H. G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- GIFFORD, F. (ed.). *Philosophy of medicine*. Oxford/Amsterdam: Elsevier, 2011.
- GILLIGAN, C. *In a different voice*. Massachusetts/London: Harvard University Press, 1993.
- GLOCK, H. J. *A Wittgenstein dictionary*. Oxford: Blackwell, 2005.
- GOROVITZ, S.; MACINTYRE, A. Toward a Theory of Medical Fallibility. *Journal of Medicine and Philosophy*, [s. l.], v. 1, p. 51-71, 1976.
- GREENHALGH, T. et al. Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*, [s. l.], v. 348, jun. 2014.
- GROSSO, J. S. P. Desde la bioética a la neuro-ética: ¿neuro-ética o persono-ética?. *Revista Latinoamericana de Bioética*, [s. l.], v. 13, n. 2, 2013.
- GUEDERT, J. M. *Vivência de problemas éticos na pediatria e sua interface com a educação médica*. 2011. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PMED0153-T.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2024.

- GUYATT, G.; RENNIE, D.; MEADE, M. O.; COOK, D. J. *User's guides to the medical literature: a manual for evidence-based medicine*. New York: McGraw-Hill, 2015.
- GUYATT, G. *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, [s. l.], v. 336, p. 924-926, abr. 2008.
- HARE, R. M. Health. *Journal of Medical Ethics*, [s. l.], v. 12, p. 174-181, 1986.
- HARE, R. *Essays on bioethics*. Oxford: Clarendon Press, 2002.
- HARE, R. *Sorting out ethics*. Oxford: Clarendon Press, 2000. Tradução: *Ética: problemas e propostas*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- HARE, R. M. *Essays on bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- HELD, V. *Justice and care: essential readings in feminist ethics*. Colorado: Westview, 1995.
- HELD, V. *The ethics of care: personal, political, and global*. New York: Oxford University Press, 2006.
- HIPPOCRATES. *Volume 1* (Ancient Medicine; Airs Waters Places, Epidemics I, Epidemics III; Oath; Precepts; Nutriment). Cambridge, Massachusetts/London: Harvard University Press, 2022.
- HOWICK, J. *The philosophy of evidence-based medicine*. Chichester: Wiley Blackwell, 2011.
- HOWICK, J. Justification of Evidence-Based Medicine Epistemology. In: MARCUM, J. A. (ed.). *The Bloomsbury companion to contemporary philosophy of medicine*. London: Bloomsbury Academic, 2022. p. 113-146.
- HUGHES, J. Ultimate Justification: Wittgenstein and Medical Ethics. *Journal of Medical Ethics*, [s. l.], v. 21, p. 25-30, 1995.
- HUSSERL, E. *A ideia de fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, 1986.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JAHR, F. Bio-ethics. In: MUZUR, A.; SASS, H. M. (ed.). *Fritz Jahr and the foundations of global bioethics*. Berlin: Lit Verlag, 2012. p. 1-4.
- JECKER, N. *et al.* *Bioethics: an introduction to the history, methods and practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- JEWSON, N. D. The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870. *Sociology*, v. 10, n. 2, p. 225-244, 1976.
- JONSEN, A. *A short history of medical ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000.
- JONSEN, A. *The birth of bioethics*. New York/Oxford: Oxford University Press, 2003.
- JONSEN, A. *et al.* *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. New York: McGrawHill, 2021.

- JONSEN, A. R.; TOULMIN, S. *The abuse of casuistry: a history of moral reasoning*. Berkeley: University of California Press, 1988.
- KANT, I. *Practical philosophy*. Cambridge: University Press, 2004.
- KANT, I. *Werkausgabe*. Edited by Wilhelm Weischedel. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1968.
- KAPCZINSKI, F. *et al.* Brazil launches an innovative program to develop the National Institutes for Science and Technology (INCTs): the INCT for Translational Medicine. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 197-199, set. 2009.
- KARHAUSEN, L. *The fragility of philosophy of medicine: essentialism, Wittgenstein and family resemblances*. Cham: Springer, 2023.
- KÖCHE, J. C. *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- KOLLING, M. Método Clínico Centrado na Pessoa. In: DUNCAN, B. B. *et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- KOYRÉ, A. *Estudos de história do pensamento científico*. Brasília: EdUnB, 1982.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.
- LACEY, H. *Valores e atividade científica*. São Paulo: Discurso Editorial, 1998.
- LA CAZE, A. The Role of Basic Science in Evidence-based Medicine. *Biology and Philosophy*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 81-98, 2011.
- LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. (org.). *A crítica e o desenvolvimento do conhecimento*. São Paulo: Cultrix/Edusp, 1979.
- LEMKLE, A. *Nação tarja preta*. Belo Horizonte: Vestígio, 2023.
- LINDEMANN, H. *An invitation to feminist ethics*. New York: McGraw-Hill, 2006.
- LOUGHLIN, M. *et al.* Research Problems and Methods in the Philosophy of Medicine. In: MARCUM, J. A. (ed.). *The Bloomsbury companion to contemporary philosophy of medicine*. London: Bloomsbury Academic, 2022. p. 29-62.
- LUPATINI *et al.* Medicamentos e pesquisa translacional: etapas, atores e políticas de saúde no contexto brasileiro. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 43, n. 2, p. 181-199, 2019.
- MARCUM, J. A. (ed.). *The Bloomsbury companion to contemporary philosophy of medicine*. London: Bloomsbury Academic, 2022.
- MARTINS, C. *et al. Perspectivas da relação médico-paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- MILL, J. S. *Utilitarianism*. New York: Prometheus Books, 1987.

- MILL, J. S. *On liberty and other writings*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- MITCHELL, D.; LOUGHLIN, M. *The philosophy of person-centred healthcare*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2023.
- MOORE, G. E. *Principia Ethica*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- MOORE, G. E. *Ethics*. London: Williams and Norgate, 1912.
- MOORE, G. E. *Philosophical papers*. London/New York: George Allen & Unwin/Humanities Press, 1970.
- MOYAL-SHARROCK, D. (ed.). *The third Wittgenstein: the post-investigations works*. Hampshire: Ashgate, 2004.
- MOYAL-SHARROCK, D. *Understanding Wittgenstein's On Certainty*. New York: Palgrave, 2007.
- NUSSBAUM, A. M. *Guia para o exame diagnóstico segundo o DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- O'NEILL, O. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- PARFIT, D. *Reasons and persons*. Oxford: University Press, 1987.
- PARFIT, D. *On what matters*. Oxford: Oxford University Press, 2011. 2 v.
- PASTERNAK, N. Prefácio. In: ALENCAR, J. N. *Manual de medicina baseada em evidências*. Salvador: Sanar, 2021. p. 6-7.
- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. *For the patient's good: restoration of beneficence in health care*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1988.
- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *The Christian virtues in medical practice*. Washington: Georgetown University Press, 1996.
- PELLEGRINO, E. D. *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*. Edited by Tristram Engelhardt e Fabrice Jotterand. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2008.
- PETERSON, S. Designing People to Serve. In: LIN, P. ; ABNEY, K.; BEKEY, G. A (ed.). *Robot ethics: the ethical and social implications of robotics*. London/Massachusetts: The MIT Press, 2012. p. 283-298.
- POPPER, K. R. *Conjecturas e refutações*. Brasília: EdUnB, 1982.
- POTTER, V. R. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall, 1971.
- RAWLS, J. *Political liberalism*. New York: Columbia University Press, 1993.
- RAWLS, J. *A theory of justice*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- RAWLS, J. *Justice as fairness: a restatement*. Cambridge: The Belknap Press, 2001.

- REICH, W. T. (org.). *Encyclopedia of bioethics*. New York: The Free Press, 1978.
- REISS, J.; ANKENY, R. A. Philosophy of Medicine. In: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, [s. l.], 6 jun. 2016. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/medicine/>. Acesso em: 10 ago. 2021.
- RESNIK, D. B. *The ethics of science: an introduction*. London: Routledge, 1998.
- RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. *Humanização e humanidades em medicina*. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- ROCHA, I. Médico que defendeu uso da cloroquina na pandemia vence eleição do CFM em SP. *Folha de S. Paulo*, 7 ago. 2024.
- ROLIN, R. E. *Science and ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- ROSEN, D.; HOANG, U. *Patient-centered medicine: a human experience*. Oxford: Oxford University Press, [1984] 2017.
- RUSE, M. (ed.). *Philosophy of biology*. New York: Prometheus Books, 2007.
- RUSSELL, B. *The problems of philosophy*. Oxford: Oxford University Press, 1959.
- SACKETT, D. L. *et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- SCHRAMM, F. R. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 519-535, 2010.
- SHARPE, V. A.; FADEN, A. *Medical harm*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- SHAW, D. Homeopathy Is where the harm is: five unethical effects of funding unscientific remedies. *Journal of Medical Ethics*, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 130-1, 2010.
- SPICKER, S. F.; ENGELHARDT, H. T. (ed.). *Philosophical medical ethics: its nature and significance*. Dordrecht/Boston, 1977.
- SOLOMON, M. *Making medical knowledge*. Oxford: Oxford University Press, 2022.
- SOLOMON, M. *et al. The Routledge companion to philosophy of medicine*. New York/London: Routledge, 2017.
- STEWART, M. *et al. Patient centered medicine: transforming the clinical method*. London/New York: Radcliffe Publishing, 2024.
- STRAUS, S. E. *et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 5. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier, 2019.
- SVENAEUS, F. Phenomenology and Medicine. In: MARCUM, J. A. (ed.). *The Bloomsbury companion to contemporary philosophy of medicine*. London: Bloomsbury Academic, 2022. p. 205-226.

THE CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. *University of Oxford*. [s. l.]. Disponível em: <https://www.cebm.net/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

TONELLI, M. The Philosophical Limits of Evidence-Based Medicine. *Academic Medicine*, [s. l.], v. 73, n. 12, p. 1234-1240, 1998.

TOULMIN, S. How Medicine Saved the Life of Ethics. In: JECKER, N. et al. (ed.). *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1997. p. 25-34.

TUGENDHAT, E. *Vorlesungen über Ethik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994.

THOMPSON, R. R.; UPSHUR, R. E. G. *Philosophy of medicine: an introduction*. New York/Abington: Routledge, 2018.

VAN POTTER, R. *Global Bioethics*. Building on the Leopold Legacy. East Lansing: Michigan State University Press, 1998.

VEATCH, R. M. *A theory of medical ethics*. New York: Basic Books, 1981.

VIAFORA, C. *Clinical bioethics: a search for the foundations*. Dordrecht: Springer, 2005.

WANG, M. et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Research*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 269-271, 2020.

WEHLING, M. *Principles of translational science in medicine: from bench to bedside*. 3. ed. London: Academic Press, 2021.

WILLIAMS, M. *Problems of knowledge: a critical introduction to epistemology*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

WITTGENSTEIN, L. *Werkausgabe in 8 Bänden*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion: a discussion document on the concept and principles*. ICP/HSR 602, 1948.












WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion: concepts and principles in action – a policy framework*. London: WHO, 1986.

A Editora

A Editora da Universidade de Caxias do Sul, desde sua fundação em 1976, tem procurado valorizar o trabalho dos professores, as atividades de pesquisa e a produção literária dos autores da região. O nosso acervo tem por volta de 1.600 títulos publicados em formato de livros impressos e 600 títulos publicados em formato digital. Editamos aproximadamente 1.000 páginas por semana, consolidando nossa posição entre as maiores editoras acadêmicas do estado no que se refere ao volume de publicações.

Nossos principais canais de venda são a loja da Educs na Amazon e o nosso site para obras físicas e digitais. Para a difusão do nosso conteúdo, temos a publicação das obras em formato digital pelas plataformas Pearson e eLivro, bem como a distribuição por assinatura no formato streaming pela plataforma internacional Perlego. Além disso, publicamos as revistas científicas da Universidade no portal dos periódicos hospedado em nosso site, contribuindo para a popularização da ciência.

Nossos Selos

- 
-  **EDUCS/Ensino**, relativo aos materiais didático-pedagógicos;
 -  **EDUCS/Origens**, para obras com temáticas referentes às memórias das famílias e das instituições regionais;
 -  **EDUCS/Pockets**, para obras de menor extensão que possam difundir conhecimentos pontuais, com rapidez e informação assertiva;
 -  **EDUCS/Pesquisa**, referente às publicações oriundas de pesquisas de graduação e pós-graduação;
 -  **EDUCS/Literário**, para qualificar a produção literária em suas diversas formas e valorizar os autores regionais;
 -  **EDUCS/Traduções**, que atendem à publicação de obras diferenciadas cuja tradução e a oferta contribuem para a difusão do conhecimento específico;
 -  **EDUCS/Comunidade**, cujo escopo são as publicações que possam reforçar os laços comunitários;
 -  **EDUCS/Internacional**, para obras bilíngues ou publicadas em idiomas estrangeiros;
 -  **EDUCS/Infantojuvenil**, para a disseminação do saber qualificado a esses públicos;
 -  **EDUCS/Teses & Dissertações**, para publicação dos resultados das pesquisas em programas de pós-graduação.



Conheça as possibilidades de formação e aperfeiçoamento vinculadas às áreas de conhecimento desta publicação acessando o QR Code.

