

Fernando Maurício da Silva

**UMA CRÍTICA AOS FUNDAMENTOS
DA BIOÉTICA CLÍNICA:
ANÁLISE DOS MODELOS DE INFERÊNCIA
EM ÉTICA MÉDICA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Filosofia.

Orientador: Dr. Darlei Dall’Agnol

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Fernando Maurício da
Uma crítica aos fundamentos da bioética clínica :
Análise dos modelos de inferência em ética médica /
Fernando Maurício da Silva ; orientador, Darlei
Dall'Agnol, 2019.
327 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Florianópolis,
2019.

Inclui referências.

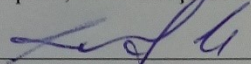
1. Filosofia. 2. Ética médica. 3. Epistemologia
moral. 4. Filosofia da medicina. 5. Erro
inferencial. I. Dall'Agnol, Darlei. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Filosofia. III. Título.

Fernando Maurício da Silva

**“UMA CRÍTICA AOS FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA CLÍNICA:
ANÁLISE DOS MODELOS DE INFERÊNCIA EM ÉTICA MÉDICA”**

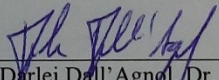
Esta tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor em Filosofia”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia.

Florianópolis, 14 de março de 2019.



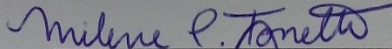
Prof. Roberto Wu, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

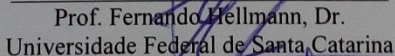


Prof. Darlei Dall'Agnol, Dr.
Orientador

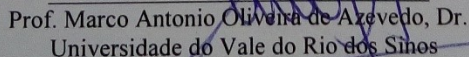
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Milene Consenso Tonetto, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Marco Antonio Oliveira de Azevedo, Dr.
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Dedicado à Benta de Souza
(*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, professor Dr. Darlei Dall'Agnol, cujos cursos de bioética, ministrados antes da redação desta tese e na ocasião em que eu ainda me dedicava ao Mestrado, produziram a motivação inicial sem a qual eu não teria me dirigido com suficiente cuidado para o campo de investigação da bioética que hoje tanto me instiga, bem como por suas críticas e recomendações durante todo meu processo de pesquisa recente.

Agradeço, em seguida, aos professores Dra. Milene Consenso Tonetto, Dr. Fernando Hellmann e Dr. Marco Antonio Oliveira de Azevedo, por terem aceito participar de minha defesa e sobretudo por oferecerem importantes críticas e contribuições para o desenvolvimento e o melhoramento dos meus resultados. Neste contexto, entretantes, não posso deixar de expressar minha honra com a presença do professor Dr. Fernando Hellmann, cuja trajetória acadêmica pude acompanhar em diversos outros momentos que já incluíam ricos diálogos em torno da bioética.

Além disso, agradeço especialmente aos meus pais, Maurício e Nésia, que me incentivaram e apoiaram desde o início de minha trajetória acadêmica até o momento de minha defesa. A minha companheira, Larissa Peratelli, por ter apoiado meus esforços de maneira tão atenciosa. A minha filha, Indra Rosa, pelos momentos de compreensão e diálogo e por ter me prestigiado em minha defesa. Meu reconhecimento ao apoio de Emerson Andrade, cuja amizade e ajuda foram diretamente responsáveis pela oportunidade desde momento. Também exprimo meu reconhecimento ao apoio de meu grande amigo Jaime do Monte, cuja amizade dedicada nos momentos difíceis foi indispensável para meu êxito.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

A teoria ética, portanto, é apenas um dos colaboradores vitais
entre outras disciplinas, incluindo a medicina,
a enfermagem, a saúde pública,
a lei e as ciências sociais.

Beauchamp & Childress (2002)

RESUMO

Apresentamos razões para levantar uma questão sobre possíveis erros de inferência presentes na epistemologia moral dos modelos clássicos de bioética. Para isso, reconstruímos os pressupostos e o debate que levou do Relatório Belmont até as formulações mais relevantes em ética médica, tais como as de Jonsen e Toulmin, Beauchamp e Childress, Pellegrino e Thomasma, e Engelhardt. A investigação desse problema levará a discutir os critérios desses modelos em teorias de definição de doença, teoria do status epistêmico e moral da medicina, e teoria da heurística médica. Então apresentamos uma lista de definições comuns de doenças e discutimos como estas concepções são recorrentes no campo moral. Depois discutimos os modelos mais aceitos em filosofia da medicina, como o normativismo, o naturalismo e as posições híbridas, sobre o que localizamos aqueles filósofos que serviram de ponto de partida para os bioeticistas. O mesmo é, em seguida, apresentado acerca das teorias sobre o status moral da medicina. Para ambos os passos fornecemos não apenas a crítica, mas possíveis soluções, sendo o critério principal para nossas considerações a descrição dos métodos atuais em heurística médica, sendo este o ponto central de nosso argumento. São encontradas dificuldades relevantes na relação entre julgamento moral e julgamento médico, por exemplo, de imputabilidade da causalidade de doenças. Isso levará à revisão da taxonomia corrente, que distingue normativistas e naturalistas, revisionistas e conservadores. Seguiu-se a constatação de que a distinção entre internalistas e externalistas sobre fonte da moralidade médica melhor localizava os erros inferenciais inicialmente questionados, de onde se concluiu a localização destas dificuldades nos modelos clássicos, com algumas vantagens para o modelo principialista quando este é interpretado desde o uso que seus autores fizeram da heurística médica. Esta conclusão tem como momento final a descrição daquilo que chamamos de “prejuízo hedonista”, que seria produzido pelos erros inferenciais antes descritos. Para tanto, discutiu-se a literatura comparada sobre filosofia da medicina e filosofia da ciência da medicina, presente os clássicos consagrados da bioética.

PALAVRAS-CHAVE: epistemologia moral, erro inferencial, ética médica.

ABSTRACT

We present reasons to raise a question about possible errors of inference present in the moral epistemology of the classic models of bioethics. To that end, we reconstruct the assumptions and the debate that led from the Belmont Report to the most relevant formulations in medical ethics, such as Jonsen and Toulmin, Beauchamp and Childress, Pellegrino and Thomasma, and Engelhardt. The investigation of this problem will lead to discuss the criteria of these models in theories of definition of disease, theory of the epistemic and moral status of medicine, and theory of medical heuristics. Then we present a list of common definitions of diseases and discuss how these conceptions are recurrent in the moral field. Then we discuss the most accepted models in philosophy of medicine, such as normativism, naturalism and hybrid positions, on which we locate those philosophers who served as a starting point for bioethicists. The same is then presented about the theories on the moral status of medicine. For both steps we provide not only criticism but possible solutions, the main criterion for our consideration being the description of current methods in medical heuristics, which is the central point of our argument. Significant difficulties are found in the relationship between moral judgment and medical judgment, for example, of imputability of disease causality. This will lead to a revision of the current taxonomy, which distinguishes normativists and naturalists, revisionists and conservatives. It followed the finding that the distinction between internalists and externalists on the source of medical morality best located the inferential errors initially questioned, from which the localization of these difficulties in the classical models was concluded, with some advantages for the principlalist model when it is interpreted since the authors' use of medical heuristics. This conclusion has as its final point the description of what we call "hedonistic prejudice," which would be produced by the inferential errors described above. For that, we discussed the comparative literature on philosophy of medicine and philosophy of the science of medicine, present the consecrated classics of bioethics.

KEYWORDS: moral epistemology, inferential error, medical ethics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. O enunciado do problema.....	13
2. O argumento.	19
3. Considerações metodológicas.....	21
PARTE I.....	27
ÉTICA DA MEDICINA E FILOSOFIA DA MEDICINA.	27
CAPITULO 1	31
Reconstrução do problema em filosofia da medicina.....	31
1. Os problemas filosóficos em torno da definição de “doença”.	31
2. O debate entre naturalistas e normativistas.....	35
3. Das teorias híbridas.	39
4. O normativismo revisionista.....	45
CAPÍTULO 2	47
Três problemas paralelos.....	47
1. Soluções teleológicas em medicina.	47
2. Heranças hipocráticas.	55
3. De Aristóteles à Descartes.....	58
4. Entre o kantiano e o hegeliano.....	61
5. A Faculdade de Julgar.....	62
6. Normas sociais.....	67
CAPÍTULO 3	71
Reconstrução do problema em ética médica.	71
1. O debate em torno do Relatório Belmont.	71
2. Críticas à casuística ou ao modelo particularista em metaética.....	74
3. Erro inferencial e prejuízo hedonista.	80
4. Tripartição do debate bioético.....	83
CAPÍTULO 4	87
1. É possível definir objetivos éticos exclusivos da medicina?	87
2. É possível incorporar padrões biomédicos em prescrições éticas?....	91
3. Do intuicionismo.....	95

PARTE II	99
DEFINIÇÕES DESCRITIVAS OU PRESCRITIVAS?	99
CAPITULO 1	99
Sobre a definição de “doença”	99
1. As definições gerais de doença.	100
1.1. Saúde é ausência de doença.	103
1.2. Saúde e doença como bem-estar e sofrimento.	106
1.3. Saúde é o desejável e o dos melhores interesses.	107
1.4. Saúde é poder-fazer ou capacidade.....	109
1.5. Saúde é o tratável segundo a medicina.....	110
1.6. Saúde é normalidade.	112
1.7. Saúde como equilíbrio natural.	116
CAPÍTULO 2.....	121
Seria possível definir “doença”?	121
1. Solução nominalista.....	121
2. A solução genealógica.	125
3. A solução rigorista.	128
4. A solução idealista.....	135
CAPÍTULO 3.....	137
A definição de doença e seus limites para a ética médica.....	137
1. Da definição geral de “doença”.	137
2. A definição geral de doença e a incorporação prescritiva.	139
PARTE III.....	145
NORMATIVISTAS E NATURALISTAS.....	145
CAPÍTULO 1	145
1. Naturalismo e normalidade estatística	145
2. Naturalismo e normalidade funcional: o naturalismo conservador.	151
3. A teoria valorativa: o normativismo conservador.	159
PARTE IV.....	163
CONSERVADORES E REVISIONISTAS	163
CAPÍTULO 1.....	163
Naturalistas e Normativistas: revisionistas ou conservadores?.....	163
1. Reformulação do problema.	163

2. Qualificando normativistas e naturalistas.....	165
CAPÍTULO 2.....	173
Heurística médica e erro inferencial.....	173
1. Transição do problema das definições para os de método.....	173
2. Crítica ao método probabilístico.....	181
3. Crítica ao conceito de causalidade médica.....	191
4. Refutando a casuística.....	200
PARTE V.....	203
OS MODELOS CLÁSSICOS DE PRIORIZAÇÃO.....	203
CAPÍTULO 1.....	203
O modelo normativista-construtivista de Engelhardt.....	203
1. Os fundamentos epistemológicos da medicina em Engelhardt.....	204
2. As quatro linguagens da medicalização em Engelhardt.....	207
2.1. O problema da linguagem médica.....	207
2.2. Risco, dor e ansiedade como pressupostos da medicina.....	208
2.3. As concepções de doença segundo Engelhardt.....	209
3. Crítica à inferência autonomista fundamentada na hipótese explanatória.....	218
CAPÍTULO 2.....	223
A Filosofia da Medicina no modelo de Pellegrino-Thomasma.....	223
1. Modelos de “cuidado da saúde”.....	224
2. Definição avaliativa de saúde.....	228
3. Aristotelismo ou platonismo?.....	232
4. Aristotelismo, tomismo ou hipocratismos?.....	233
5. Internalismo ou externalismo?.....	240
PARTE VI.....	249
MEDINDO O ALCANCE DO PRINCIPALISMO.....	249
CAPÍTULO 1.....	249
1. O método na ética principialista.....	249
2. Medicina como duplo-papel e duplo-relacionamento.....	254
CAPÍTULO 2.....	263
Testando o principialismo nas nomenclaturas biomédicas.....	263
1. As classificações de doenças são neutras?.....	263

2. As classificações médicas confirmariam o internalismo ou externalismo?	269
3. Há diferenças nas doenças mentais?.....	280
CONCLUSÃO	291
1. Descrições e prescrições, internalismo e externalismo.	291
2. Norma e normal.	297
3. O prejuízo hedonista para a medicina.	300
BIBLIOGRAFIA	309

INTRODUÇÃO

1. O enunciado do problema.

Com o surgimento da bioética e com o resultado do Relatório Belmont em 1979, iniciou-se uma disputa entre aqueles autores que acreditavam que a profissão e a comunidade médica seriam capazes de formular para si o modelo e a justificativa para a ética médica, e aqueles que defenderam a insuficiência deste tipo de pretensão, tornando necessário aceitar fontes além da biomedicina, como contratos jurídicos, a moralidade comum ou uma ética filosófica. Quanto a este último caso, ainda em 1979 Beauchamp e Childress publicaram juntos uma obra que viria a receber tanto destaque quanto críticas, o *Principles of Biomedical Ethics*, tornando-se o primeiro clássico da bioética. No que diz respeito às críticas, algumas reagiram contra a falta de fundamentação no modelo de princípios filosóficos, sobre o que podemos destacar: Jonsen e Toulmin, em 1988, acusaram “o modelo de princípios filosóficos”, como foi entendido na época, de carecer daquela sustentação prática que somente a experiência e o conhecimento profissionais da medicina poderiam fornecer; depois disso, Clouser, em 1995, em seguida reunindo-se à Gert e Culver em um trabalho único, em 1997, sustentaram que faltaria àquele modelo filosófico um fundamento baseado na própria “moralidade comum”. Por causa da primeira crítica, conforme observou John Arras (2009), Beauchamp e Chilress introduziram no principlismo seu método de especificação e ponderação; e, quanto à segunda crítica, os autores passaram a incluir uma versão da teoria da moralidade comum como fundamentação dos princípios éticos. Mas o debate não se limitou a isso, é preciso observar. Em 1986, Tristram Engelhardt publicou uma obra que também viria a se tornar clássica, defendendo como solução a priorização de um princípio ético sobre os demais, agora incluindo no título da obra o termo “fundamentos”, pois sua tese também envolveria uma teoria filosófica das doenças, que ficou conhecida pelos críticos como “normativismo construtivista”. A reação veio logo em seguida: em 1988, Pellegrino e Thomasma publicam um livro que viria a se tornar o terceiro modelo ético-filosófico baseado em princípios, também mediante a priorização de um princípio, acompanhado de uma fundamentação inerente à ética da comunidade médica, interpretada a partir da tradição hipocrática, o que veio a ser conhecido como “internalismo moral”, então criticado por Engelhardt na segunda edição de sua obra (2008, p.356), replicado por Pellegrino (PELLEGRINO, 2001), respondido por Tom

Beauchamp (BEAUCHAMP, 2001), resposta esta sustentada por John Arras (ARRAS, 2001), o que, mais recentemente, levou C. Boorse a se posicionar contra Pellegrino, embora em favor de uma ética da beneficência em medicina (BOORSE, 2016). Este último filósofo defendeu, desde a década de 1990, uma teoria epistemológica de tipo naturalista acerca da natureza das doenças e do status da medicina, tese que rendeu longo debate com Engelhardt, tendo em vista que ambos pretendiam uma fundamentação da medicina desde uma teoria filosófica da doença. Deste modo, ficou configurada uma disputa em torno da fundamentação da ética biomédica, incorporando aquela tradição de debate conhecida como “filosofia da medicina” ou, conforme alguns, “filosofia da ciência da medicina”. Porém, uma “fundamentação” do método de raciocínio ético que envolva critérios não estritamente morais significa pretender sustentar os julgamentos e decisões morais mediante inferências baseadas em categorias internas ou externas à própria comunidade médica. Por essa razão, acreditamos ser relevante questionar a estrutura desses raciocínios, perguntando se neles não reside algum tipo de erro inferencial. Como o problema não se reduz ao clássico debate sobre os métodos dedutivo e indutivo, pois em heurística médica e em julgamentos médicos, tanto técnicos quanto éticos, como veremos, nem toda “indução” merece de fato este nome e nem toda “dedução” é livre de normatividade, então levantamos uma questão: *a fundamentação da ética médica pode ser inferida a partir de uma teoria da doença ou de uma teoria do status da medicina?*

Quando falamos em “fundamento” costumamos adorar sentenças do tipo “A é tal e tal *em virtude de* B”, “A é o caso *porque* B”, “B *por causa de* A”, “B pode *explicar* A”, etc. É bastante problemático responder às questões metafísicas sobre o que se deve entender sobre “fundamentação”, se há tipos de fundamentação, se há um ou mais princípios fundamentais, se há um princípio de razão suficiente, etc. Bioeticistas também têm utilizado a expressão “fundamentação” com diversos sentidos: “tal modelo tem o defeito de ser dedutivista”, “este modelo não é suficiente por ser indutivo”, “aquele modelo está fundamentado na priorização de um princípio”, “há modelos baseados em método por analogia”, etc. Assim, a fundamentação não é entendida apenas como sinônimo de indução ou dedução. Em ética médica, a questão se agrava porque devemos incluir, além do raciocínio dedutivo e indutivo sobre as causas das doenças, também julgamento médicos, isto é, apreciações sobre prudência, perícia, imputabilidade, etc. Poderíamos dizer que o “problema da indução” diz respeito à justificação de inferências, por exemplo, de como o método estatístico passa das

hipóteses para a imputabilidade causal de um tipo de doença, mas isto permaneceria insuficiente para explicar como esses métodos de julgamento médico permitem, em seguida, passar para um modelo de ética médica. Logo, os métodos em ética médica tecem muitos modos de raciocínios, dedutivo, indutivo, hierárquico, analógico, incluindo formas mistas, de modo que poderemos no máximo afirmar que se tratam de métodos inferenciais. As vezes, os bioeticistas clássicos parecem inferir *categorias* morais de categorias biomédicas; outras vezes, realizam a inferência estabelecendo a *identidade* entre um antecedente e um consequente, ou ainda inferem normas morais desde uma *concepção* normativista ou naturalista de doenças ou do status da medicina, ou uma concepção histórica, conservadora ou liberal, sobre a fonte da moralidade médica. Porém, acreditamos que todos estes métodos incorrem em algum tipo de erro inferencial quando descuidam com a relação entre o prescritivo e o descritivo das categorias utilizadas, cujo significado ainda explicitaremos.

Não se pode ter dúvida, como discutiremos em nossa conclusão, que é incabível trivializar a definição de “doença” e de “julgamento médico”. Contudo, esses dois conceitos necessitam ser analisados no que diz respeito aos seus usos nos “fundamentos da bioética” – para aludirmos novamente ao título da obra de Engelhardt. Portanto, são dois os quesitos: a *definição* (de “doença”, “julgamento médico”, “medicina”, etc.) e a *heurística* médica (métodos que podem ser aplicados àquelas definições, como bioestatística, probabilidade, causalidade, etc.). Por um lado, uma definição é um enunciado, declaração ou estipulação da significação de uma expressão, onde o *definiendum* (a expressão a ser definida) recebe o significado do *definiens* (a expressão que a caracteriza). Aparentemente, todos os bioeticistas referidos estão de acordo que definições de “doença” *não* podem ser dadas de modo essencialista (a não se confundir com certas concepções de definição real de doença, como argumentou Dragulinescu), porém há autores que defenderão uma definição essencialista de “medicina” e “cura”, como é o caso de Pellegrino, ou uma definição internalista do método de raciocínio moral em medicina, como Jonsen. Por outro lado, se é verdade que a ética médica lida com os julgamentos de decisões de casos particulares segundo teorias ou métodos antes estabelecidos, um equívoco comum entre filósofos é não compreender como isto está presente no método indutivo. Carl Hempel (1965) e Brian Skyrms (1966), este último discutindo o método explanatório que muito interessará a Engelhardt, já haviam demonstrado que é um mito acreditar que no método indutivo as premissas são sempre menos gerais que a conclusão, já que, para um exemplo que nos

interessará, em método bioestatístico, de uma premissa geral sobre certa *população* pode-se tirar conclusões sobre certa *amostra*. Assim, é um descuido querer criticar modelos de ética baseados em categorias internas à medicina unicamente pelo suposto fato de que a bioestatística não permite especificar casos particulares. Porém, isso revela um erro inferencial naquelas teorias de ética médica com fundamentação em alguma filosofia da medicina, mas não serve para sustentar o internalismo ou externalismo moral (que os critérios suficientes para a ética médica se encontram no interior da profissão ou da comunidade médica ou devem partir de fontes externas), o naturalismo ou o normativismo (que critérios biológicos ou fisiológicos são suficientes para definir “doença”, ou que estas são definidas desde demandas sociais e históricas), ou a casuística (que em ética médica as normas devem ser generalizações de casos particulares que ingressaram anteriormente na prática médica). Teremos a oportunidade de investigar como erros inferenciais são reproduzidos em todos os modelos de fundamentação que passam de categorias biomédicas para categorias bioéticas, seja por dedução, indução, hierarquização, analogia, etc. Tentaremos demonstrar, além disso, que apesar do modelo principialista não resolver todas as críticas dirigidas à sua dupla fundamentação (o intuicionismo e a teoria da moralidade comum), a razão desses problemas está na vantagem em relação ao problema levantado, isto é, no fato de ser o único sistema que não se utiliza de inferências daquele tipo, nem comete o descuido de rechaçar categorias bioestatísticas como “probabilidade”, “magnitude”, “grandeza”, “expectativa”, etc (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.461; 2009, p.307)¹.

Apesar da maneira como levantamos a questão ser mais específica, o problema já havia sido reconhecido por Engelhardt nos seguintes termos:

Poderíamos lembrar aqui disputas entre os ontologistas e os fisiologistas da enfermidade, entre aqueles que consideram as enfermidades, em

¹ Para as citações de *Principles of biomedical ethics*, de Beauchamp-Childress, iremos nos referir a edição brasileira, relativa à 4ª edição da obra, de 2002, seguida da 6ª edição inglesa, de 2009, em conformidade com as regras nacionais dispostas pela ABNT, para respeitarmos as possíveis referências a edição brasileira ainda muito utilizada e para que as informações da edição inglesa mais recente possam ser respeitadas e consideradas. Para os casos em que se especifica uma ou outra das seis edições dos *Principles*, o mesmo será feito normalmente através de citação direta ou indireta.

certo sentido, coisas ou entidades e aqueles que as consideram caracterização artificiais de fenômenos fisiológicos ou anatômicos, o conflito entre as chamadas explicações ontológicas da enfermidade (aquelas que retratam as enfermidades como entidades, como coisas, em certos sentido), e explicações fisiológicas ou funcionais de enfermidade (aquelas articuladas pelos nominalistas em sua visão da realidade das doenças e que retratam as taxas de enfermidade como designações artificiais. (1998, p. 256).

Enquanto os “ontologistas da enfermidade” são aqueles que definem “doença” como entidade, conjunto de entidades ou como um estado de coisas, os fisiologistas são aqueles que preferem defini-la como eventos ou acontecimentos. Engelhardt dedicou todo um capítulo para discutir este problema porque, mais que qualquer outro eticista da medicina, pretendia chegar aos “Fundamentos da Bioética”. Isso significa que parte de suas conclusões dependeram de premissas retiradas daquilo que se convencionou chamar “filosofia da medicina”, a disciplina que investiga questões metodológicas, epistemológicas, ontológicas e metafísicas da medicina. Por exemplo, decidir se pacientes comatosos devem ser definidos como pessoas apenas em termos de probabilidade e não mais nos termos metafísicos de “potencialidade” (ENGELHARDT, 1998, p.178) consiste em inferir, do método probabilístico e explanatório de decisão biomédica, um escólio ao princípio ético de autonomia, a saber, o da pessoa provável enquanto encarnada no cérebro e incorporada no mundo, a ser confirmada pela teoria biomédica da morte cerebral (1998, p.191). Algo semelhante ocorre em outros eticistas eminentes, como Pellegrino e Thomasma, os quais defenderam que, da não possibilidade de deduzir regras éticas desde uma epistemologia da medicina, sob pena de justificar maiores prejuízos aos pacientes, seria o caso de conceber a própria medicina como ato de intervenção justificável por uma ontologia do corpo vulnerável. Esses são os dois grandes modelos clássicos de priorização de um princípio ético e são também concepções que fazem a bioética depender de algum argumento encontrado na história atual da *filosofia da medicina*. São, portanto, respostas aos modelos pioneiros em bioética, principalmente ao modelo casuísta, defendido por Jonsen e Toulmin, e o modelo principialista de Beauchamp e Childress, ambos resultantes das pesquisas que permitiram o acordo político do Relatório Belmont.

Engelhardt foi o primeiro a defender que aquele problema de filosofia da medicina seria pertinente para uma fundamentação da bioética, já que esse expediente já estaria sendo utilizado por diversos autores sem a devida justificação. O autor se refere a disputa que envolvera filósofos e cientistas do século XIX, reflexo do debate moderno que separou médicos mecanicistas, como Friedrich Hoffmann (1660-1716), e vitalistas, como Georg Ernst Stahl (1659-1734), ambos médicos da recém criada Universidade de Halle (ENGELHARDT, 1998, p.292). Contudo, assim como o debate entre ontologistas e fisiologistas da enfermidade substituiu o antigo problema entre mecanicistas e vitalistas, atualmente muitos autores preferem situar a discussão entre concepções descritivas e prescritivas, ou ainda entre naturalistas e normativistas. Então, Engelhardt teria razão em afirmar que aquela disputa é problemática e vazia quando se trata de responder pelos fundamentos da bioética: mais que responder se doença é uma entidade ou um evento (ontologistas e nominalistas) (CAMPBELL, 1979), seria preciso primeiro dizer se “doença” compreende uma descrição ou prescrição, como observou R. Hare (1986) contra C. Boorse, ou se o uso de “doença” em sentido teórico e em sentido prático são independentes, como defendeu Boorse (1976a, 1997). Mas o próprio Engelhardt não chegou a atacar o assunto do conteúdo descritivo e prescritivo das doenças, menos ainda respondeu se seu normativismo epistêmico afastava adequadamente certos conteúdos internalistas considerados pela resposta de Pellegrino-Thomasma. Também teria desconsiderado que, apesar da filosofia da medicina compreender discussões de epistemologia, ontologia, metafísica e ética médica, cujas primeiras formulações remontam à Platão e Aristóteles, retomadas por alguns filósofos e médicos até hoje, houve quem tenha preferido distinguir entre *filosofia da medicina* e *filosofia da saúde*, para reservar a este último nome questões entre ética e políticas de saúde: foi possivelmente A. L. Caplan (1992) quem refletiu criticamente pela primeira vez sobre a “filosofia da medicina”, negando a validade de seus problemas, e foi Pellegrino quem iniciou em filosofia da medicina a discussão que deveria reunir também os problemas bioéticos recentes. E, assim, as opiniões se dividiram sobre a relação entre as disciplinas, por um lado, os que sustentavam a divisão entre a *filosofia da medicina* e a *filosofia da saúde*, por outro lado, os que preferiram distinguir a *filosofia da medicina* e a *ética médica*.

A questão implícita no projeto de fundamentação de Engelhardt é esta: *deve a ética médica ser tratada como parte da filosofia da medicina ou da filosofia da saúde?* Atualmente, o problema não mais se limita aos “ontologistas e fisiologistas das enfermidades”, como disse Engelhardt,

mas às concepções ontológicas ou epistemológicas sobre a medicina. A questão do autor também não é capaz de incluir os casuístas, que não aderem em nenhum sentido a uma filosofia da medicina, mas sim às categorias inerentes à teoria do julgamento médico. Então, a discussão entre ontologistas e epistemologistas da medicina é mais relevante que a disputa entre ontologistas e fisiologistas da enfermidade, por ser capaz de incluir os diversos modelos de filosofia da medicina e de ética médica, desde o autonomismo de Engelhardt até a casuística de Jonsen. E a nossa questão, sobre possíveis erros inferenciais na fundamentação da ética médica, deve também permitir a análise do vocabulário biomédico recorrente no principalismo, cuja edição mais atual permanece afastada dos problemas sobre ontologia ou epistemologia da medicina. Em sentido estrito, as dificuldades se encontram na relação entre o bioético e o biomédico, isto é, categorias morais e categorias médicas (naturais e normativas). Portanto, a pergunta anterior equivaleria a esta outra: *é possível inferir categorias bioéticas desde categorias biomédicas?* Entendemos que essa última formulação do problema localiza melhor as dificuldades sobre as tentativas de fundamentação em ética médica. Trata-se, por essas razões, da pergunta que nos propomos responder.

2. O argumento.

Podemos resumir os passos de nossa argumentação mediante as seguintes categorias: (I) bioética e biomedicina (nos debates entre eticistas da medicina e filósofos da medicina); (II) descrição e prescrição (nas teorias da definição de doença); (III) normativismo e naturalismo (nas teorias sobre a “natureza” epistêmica da doença); (IV) revisionismo e conservadorismo (nas teorias sobre o status da medicina); (V) internalismo e externalismo (nas teorias sobre a fonte primária da moralidade da medicina). Cada um desses itens representam um momento do debate na formação de nossa questão e, por isso, constituem as partes de nossa discussão, seguidas de uma conclusão sobre a estrutura inferencial dos modelos, que deverá favorecer parcialmente ao principalismo, conforme nossa conclusão e, enfim, destacar o que chamaremos de “prejuízo hedonista”. Diante disso, podemos antecipar o teor de nossa conclusão. Por um lado, Beauchamp e Childress sustentam um modelo de ponderação e especificação de casos, não inferidos desde categorias epistêmicas ou ontológicas da medicina, mas capazes de reunir tanto razões biomédicas quanto razões bioéticas nas tomadas de decisão, segundo o modelo de distribuição de valores em um *continuum*. Com isso, deverá ficar demonstrado que, ao ter assumido sua teoria da moralidade

comum, o principalismo converteu seus problemas de fundamento em questões estritamente éticas, o que, apesar dos problemas na formulação, representa vantagem em relação aos métodos de inferências disponíveis em outros modelos. Pois, mesmo a casuística, apesar de não inferir seu internalismo sobre moralidade médica desde teorias naturalistas ou nomativistas em filosofia da medicina, apresenta o mesmo tipo de problema inferencial na forma de “identificação equivocada” entre categorias biomédicas e bioéticas. Por outro lado, o que chamaremos de “prejuízo hedonista”, isto é, as decisões e consequências morais sobre estados de saúde e doença que estavam previamente determinadas tacitamente por valores normativos sobre bom ou ruim, é por si mesmo um erro inferencial, de tipo particular, uma inferência cuja premissa é um erro categorial, isto é, a confusão entre categorias pertencentes às classes e subclasses de domínios diferentes, a saber: dor, doença, mau; prazer, saúde, bom.

Essa investigação não tem por objetivo fornecer uma alternativa às bases intuicionistas do principalismo, embora acreditemos poder futuramente servir de importante apoio para isso. Nossa questão é mais específica: em alguns casos, os autores inferem princípios normativos ou regras metodológicas a partir de uma concepção do status da medicina, mas, em outros casos, preferem incluir alguns critérios biomédicos no conteúdo do raciocínio moral, e nós perguntamos quando tais inferências são válidas ou se justificam. Sobre isso, Pellegrino-Thomasma observaram que “qualquer modo de decisão clínica, pelo fato de ser clínica, deve levar em conta as particularidades e a singularidade da experiência da doença” (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.38), o que supõe evitar erros inferenciais quando “um imperativo terapêutico é estabelecido” (ENGELHARDT, 1998, p.273). Mas, para uma outra solução, Engelhardt formulou a réplica desde um uso particular da teoria da ciência presente em Hegel (1998, p.234-236), defendendo que o fundamental estaria no reconhecimento de que a medicina é composta por variadas concepções sobre o valor das doenças, conforme um método explanatório e não descritivo ou explicativo, acerca desses valores. Distintamente, Beauchamp-Childress, que localizaram o problema em outro lugar, partiram das relações entre dois setores: (1) códigos profissionais e (2) a natureza das profissões: primeiro, “a natureza das profissões merece uma breve discussão” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.20, 2009, p.06) para reconhecer que se trata de uma profissão doutra (formação e perícia), o que não ocorre com todas as profissões, formação a qual os pacientes em geral carecem, exigindo dos médicos o treinamento supervisionado e o uso da beneficência aos pacientes;

segundo, os códigos formais levaram à considerável evolução, algumas vezes incluindo normas gerais, como não prejudicar aos outros e respeitar a privacidade, que tendem a enfatizar os direitos dos pacientes e os deveres dos profissionais, mesmo quando não descritas explicitamente, sendo insuficientes meras declarações suplementares aos códigos, o que valida a necessidade de críticas orientadas por uma ética normativa, tal que “esses códigos profissionais são benéficos caso efetivamente incorporem normas morais defensáveis”, pois, uma vez que os códigos muitas vezes fazem prescrições irrealistas ou muito exigentes, podem induzir ao equívoco de que seguir suas diretrizes seria suficiente para cumprir obrigações morais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.22, 2009, p.7). Enfim, são estes alguns exemplos da distância que separa não apenas os modelos de bioética, mas o que em cada um se entende por fundamental. E se o principialismo permanece o enfoque predominante academicamente, bem como serviu de base para a Resolução Brasileira de Medicina e Biossegurança de 95, que se remete à resolução 196, hoje 496, então acreditamos haver bons motivos para analisar suas possíveis vantagens e limites.

3. Considerações metodológicas.

Parecerá irônico concluir esta introdução apresentando a metodologia que pretendemos utilizar para discutir a metodologia dos autores clássicos da bioética. É mesmo um inconveniente, pois como saberíamos como fazer uma crítica ao método ético-filosófico sem antes termos chegado a nossa conclusão? Então, apenas poderemos apresentar quais são os problemas típicos do método em ética filosófica que pretendemos avaliar. Isso ao menos nos fornecerá um sumário dos pontos em que nos concentraremos.

Em primeiro lugar, nossa questão diretriz será discutida em relação aos principais problemas de ética médica consagrados na obra dos clássicos aos quais nos referimos. Estes problemas costumam ser expressados mediante os seguintes posicionamentos: ética da medicina x filosofia da medicina; descritivismo x prescritivismo; normativismo x naturalismo; revisionismo x conservadorismo; internalismo x externalismo. Muitos serão os autores que servirão de fontes para Engelhardt, Pellegrino-Thomasma, Jonsen-Toulmin e Beauchamp-Childress formularem seus modelos bioéticos e, neste sentido, parte de nosso trabalho consistirá na reconstrução histórica destas fontes a fim de elucidar as bases e o alcance dos modelos bioéticos em questão. Assim,

para considerarmos as três fontes principais de problemas, teremos, por exemplo,

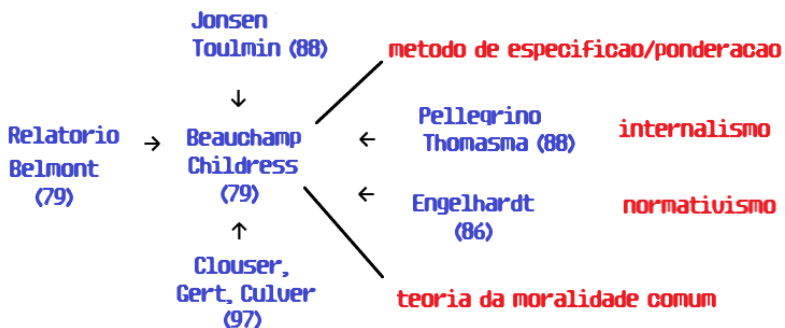
1. Ética profissional
 - a. Internalismo (Pellegrino).
 - b. Externalismo (Veatch).
2. Filosofia da medicina:
 - a. Normativismo (Engelhardt).
 - b. Naturalismo (Boorse, Szasz).
3. Metodologia:
 - a. Casuística (Jonsen, Toulmin).
 - b. Principlismo (Beauchamp-Childress).
 - c. Modelos de priorização de um princípio (Engelhardt,

Pellegrino).

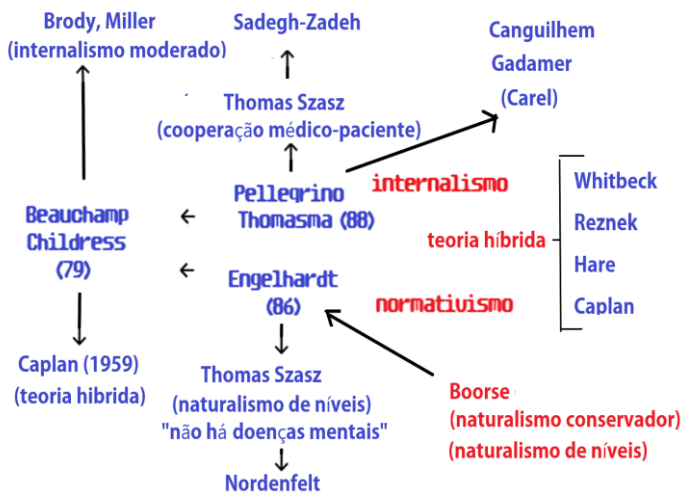
Esta mesma discussão diz respeito ao ponto de partida dos bioeticistas clássicos, a saber, teorias do status da medicina, teorias da definição de doença e teorias da fonte do padrão moral:

1. Ética profissional	teorias do status da medicina	internalismo externalismo intermediários	Pellegrino Veatch Brody
2. Filosofia da medicina	teorias da doença	normativismo naturalismo intermediários	Engelhardt Boorse Szasz
3. Metodologia ética	teorias do padrão moral	Casuística principlismo modelo de priorização	Jonsen Beauchamp-Childress Pellegrino Engelhardt

Outra forma de visualizarmos a construção histórica do problema estaria nas críticas dirigidas ao principlismo, bem como suas réplicas:



Para citarmos os principais autores que servirão de interlocutores aos bioeticistas clássicos no interior da construção de seus problemas em comu, teremos:



Ao longo de nossa investigação teremos a oportunidade de reconstruir os argumentos dos bioeticistas clássicos à luz destes principais debates em filosofia da medicina como um todo, não com o objetivo de tecermos exegeses, mas para destacarmos como os diferentes modelos bioéticos puderam fazer usos diversos de fontes comuns, com destaque aos modelos mistos, intermediários ou híbridos.

Em segundo lugar, devemos dizer que nosso trabalho se enquadra na chamada “epistemologia moral”, cuja questão geral seria “como é

possível o conhecimento moral?”. Não iremos abordar se raciocínios morais podem ser verdadeiros ou falsos. Nosso foco estará em responder se existe “erros inferenciais” nas tentativas clássicas de fundamentação metodológica do raciocínio moral. Veremos que as soluções típicas à pergunta da epistemologia moral admitirão as seguintes estruturas: (i) sociológica: normativistas da medicina, como Engelhardt e Foucault, concordarão que o status da medicina depende de demanda social, mas somente o normativismo social do segundo entenderá que não há nem fatos nem princípios morais, sobre o que o primeiro oferecerá outra solução, ao distinguir fato moral e conhecimento moral; (ii) ontológica: um realista moral aceita que existe uma realidade em medicina (em distinção a um ontologista de orientação nominalista, que não aceitaria que há alguma realidade independente da própria atividade linguística dos praticantes da medicina), e que a questão basilar da ética é responder como é construída essa realidade moral, tal que, das três respostas clássicas (fonte teológica, fonte nem teológica nem natural, mas *sui generis*, e fonte natural), Pellegrino parece aceitar uma variante normativista da segunda, fazendo da moralidade médica sua própria fonte interna; (iii) evolucionário: certos autores entendem que a questão fundamental da moral não é gnosiológica (sobre as condições de possibilidade do conhecimento moral), mas genética (sobre a fonte da própria moralidade), o que dividiu os bioeticistas entre aqueles que defendem um internalismo da moralidade médica (Jonsen, Pellegrino), um externalismo (Veatch, Engelhardt), um internalismo moderado (Brody), uma posição mista (Boorse), sobre o que, veremos, Beauchamp-Childress rejeitam ser o ponto originário da discussão metodológica da ética; (iv) metodológico: muitos eticistas enfatizaram o modelo de raciocínio moral adotado, o que os dividiu entre os partidários do método particularista (Jonsen-Toulmin), do equilíbrio-reflexivo (Daniels, Beauchamp-Childress), do raciocínio prudencial (Pellegrino), do método explanatório (Engelhardt), e da demarcação entre naturalismo biomédico em relação aos raciocínios práticos (Boorse). Diante disso, procuraremos mostrar quais destes modelos apresentam maiores vantagens para evitar erros inferenciais em ética médica.

Em terceiro lugar, dizer que nosso tema diz respeito à inferência moral significa situá-lo no campo do raciocínio moral. Por exemplo, o raciocínio casuísta se dá por analogia, enquanto o raciocínio principialista se efetua por julgamentos morais. Alguém poderia defender que o critério para decidir se um raciocínio moral foi bem sucedido é responder se produziu utilidade após sua conclusão; outros dirão que só podemos falar em raciocínio moral quando, após o procedimento, somos capazes de criar

uma norma que se aplique a um caso concreto; e há aqueles que pensam que um raciocínio moral é o mesmo que deliberar sobre normas e casos (esta não é uma lista completa). Para incluirmos exemplos clássicos, Aristóteles diria que um homem virtuoso e um homem mau raciocinam do mesmo modo, mas somente no primeiro o raciocínio prático motiva à ação justa pelo fato da pessoa ser virtuosa; Kant, por sua vez, distingue raciocínio prático e raciocínio moral propriamente dito, um raciocínio gerador de norma capaz de passar em um teste categórico quando transformado em um imperativo; Tomás de Aquino afirmou que o raciocínio moral deve ser prudencial, permitindo sempre escolher o bem individual, mas também obrigando ao bem enquanto tal, e Pellegrino (2008) adotará uma versão hipocrática dessa tese; Richard Hare (1989) possui uma posição intermediária na qual, do mesmo modo como meu raciocínio individual me leva a escolher preferências, um raciocínio ideal leva a escolher a maximização das preferências de todos. Seja como for, defenderemos que o principialismo representa um bom método em ética, por ter sido o único em bioética que reformulou aquele método filosófico que tem por tarefa justamente evitar erros inferenciais. Com efeito, Goodman (1955) introduziu o conceito de “equilíbrio reflexivo” ao abordar o problema de justificação da indução: quando aplicamos regras de inferência para verificar a validade dos raciocínios científicos indutivos, podemos chegar a conclusões contrárias aos julgamentos esperados ou paradigmáticos sobre certo caso, o que nos obriga ou revisar os diversos julgamentos incoerentes ou revisar as regras utilizadas, até que possamos atingir um equilíbrio reflexivo. Esse método tem como uma de suas consequências chegar aos princípios normativos, razão pela qual Rawls aplicou o método no campo da justiça social (RAWLS, 1971), para juízos não científicos, o que, em seguida, Daniels (1979) apropriou-se na forma do “amplo equilíbrio reflexivo”, a ser aplicado em questões de justiça distributiva na assistência à saúde, chegando, então, no uso adotado pelo principialismo. Isso deve bastar, provisoriamente, para compreendermos porque o principialismo pode incluir tanto o equilíbrio entre diversos julgamentos morais filosóficos e não-filosóficos, quanto ponderar os julgamentos e as regras de indução biomédicas que muitas vezes são indispensáveis como diretrizes para a ação médica.

Enfim, é relevante observarmos que adotaremos a distinção entre *erro inferencial*, *erro categorial* e *identificação equivocada* como recurso analítico (DAL'AGNOL, 2014, p.138), aplicando extemporaneamente um antigo debate em filosofia da mente aos raciocínios típicos em ética médica que, aliás, não deixou de envolver também problemas de filosofia da mente no que diz respeito aos modelos heurísticos da medicina que

formulam processos computacionais de decisão clínica, como ainda veremos. Para uma breve apresentação dessas expressões, que ainda teremos oportunidade de justificar, entenda-se por “erro categorial” ou “erro de categoria” o ato de apresentar ou definir um objeto ou termo, pertencente a um domínio ou classe ontológica ou semântica, com categorias de outro domínio. Esse expediente será particularmente importante para nós quando analisarmos os domínios ontológicos e semânticos das classificações de doenças (BLACKBURN, 1994, p.16). Alguns autores entendem que o erro categorial é a mesma coisa que “falácia distributiva”, quando se aplica as categorias de uma subclasse a um objeto que expressa a classe, enfatizando a concepção de Ryle, para o qual o erro categorial é um tipo de falácia lógica por corresponder a confusão entre “conceitos” (1971, p.180). Uma versão alternativa é a definição da mesma falácia feita por Husserl, que alguns autores acreditam ter sido a fonte de Ryle, no qual o erro seria sintático e a confusão seria entre significados (HUSSERL, 1962; SIMONS, 1995, p.120). A expressão “identificação equivocada”, por sua vez, surgiu do debate entre Wittgenstein (1958), Shoemaker (1968) e Evans (1982), sobre introspecção, hoje muito discutido em filosofia da mente, sobretudo a partir de *Autorreferência e Autoconsciência*, de Sydney Shoemaker, onde se discute se afirmações do tipo “eu me sinto feliz” ou “eu tenho consciência do meu corpo” fariam sentido. Identificação equivocada ocorreria nos casos de juízos epistêmicos ou semânticos onde se pretende emitir uma verdade sobre algo, mas é falso porque a referência incide sobre outro objeto (PERRY, 2012). Por exemplo, poderíamos dizer que Engelhardt se posicionou diante deste tipo de problema ao afirmar que um corpo pertence a uma pessoa na medida em que esta é encarnada nesse corpo enquanto um vivido engajado no mundo; porém, o mesmo autor parece incorrer nesse erro quando afirma que não são pessoas os indivíduos que não possuem a probabilidade de assumirem aquelas duas propriedades orgânicas (2008, p.196). Enfim, esses dois tipos de erros podem ser entendidos como razões para erros inferenciais em geral, sobre o que existem importante literatura científica, sobretudo para os erros em estatística, nos interessando como aqueles dois erros anteriores podem servir como premissas para erros de inferência em contexto ético. Portanto, utilizaremos em geral o termo “erro inferencial” ou “erro de inferência” e, quando necessário, especificaremos algum uso particular de “erro categorial” e “identificação equivocada”.

PARTE I

ÉTICA DA MEDICINA E FILOSOFIA DA MEDICINA.

Nossa questão diz respeito às formas com que bioeticistas têm definido “doença” e “medicina”, para, em seguida, fornecer uma definição da medicina a partir da doença, ou uma definição da medicina que ultrapasse a assistência ao doente, ou uma definição de medicina inferida dos atos médicos como profissão doutra, ou, enfim, uma definição de medicina por si mesma independente do que faz o médico profissional no sentido legal do termo (BOORSE, 2016, p.13), e, a partir disso, inferem métodos ou princípios da moralidade em medicina. Há diversas razões para justificar a importância de nossa questão no interior do debate bioético. Uma delas é de cunho histórico: assim como a bioética global e especial ou as questões sobre a saúde e a vida surgiram concomitantemente, também as questões mais estritas de *ética da medicina* e de *filosofia da medicina* surgiram no interior de um debate mais ou menos comum. Se é verdade que a filosofia da medicina propriamente dita começou com as publicações de C. Boorse (1975, 1976, 1977), seria igualmente relevante observar que entre os primeiros críticos e interlocutores de Boorse estão Richard Hare (1977, *apud* THOMASMA, 1980) e Tristram Engelhardt (1976, 1984), o primeiro desde uma perspectiva prescritivista, defendendo a prioridade do sentido prático de saúde e doença, o segundo desde uma posição normativista, sustentada em uma concepção explanatória da medicina, mas ambas as reações representando a importância das normas na compreensão da medicina, embora somente o primeiro tenha se limitado exclusivamente ao problema ético sem qualquer inferência a partir de categorias em filosofia da medicina, conforme notado também por Beauchamp-Childress quanto ao método (2002, p.45). Engelhardt, nesse sentido, necessitou defender que, apesar das questões de ética médica precisarem tocar criticamente as questões de fisiologia e ontologia das doenças, o escopo de seus problemas deveria ser tratado independentemente. Como exemplos de momentos importantes nas reformulações do trabalho pioneiro de Boorse, poderíamos lembrar sua resposta à Hare, quanto ao fato dos conceitos de saúde e doença não serem do tipo “claro e distinto” (HARE, 1986), que é impossível eliminar totalmente a imprecisão dos conceitos em função dos casos difusos (*fuzziness*), como alguns transtornos psiquiátricos demonstram (BOORSE, 1997); ou Engelhardt (1976, 1984), que afirmou, contra o naturalismo de Boorse, que o método bioestatístico seria um “normativismo velado”, sobre o que Boorse

respondeu que a medicina prática deve ser distinguida da medicina teórica (1977). Enfim, é devido à história dessas réplicas que podemos dizer que Engelhardt é o formulador inicial do problema que queremos abordar, embora não o único protagonista, já que reuniu elementos de filosofia da medicina no interior dos argumentos em bioética, em distinção à Hare, cujo prescritivismo permitiu abdicar de pressupostos biomédicos. Contudo, acreditamos que a solução de Engelhardt não foi suficiente, mesmo porque, aliás, suas respostas à Boorse foram muito diferentes das feitas por Hare que, conforme Thomasma, estava interessado em responder “como um filósofo pode ajudar?” em termos estritamente éticos, mais exatamente, utilitarista (THOMASMA, 1980, p.191).

Mas de onde teria surgido esse instigante debate? O que se chama há muito, mas principalmente hoje entre filósofos analíticos, de “filosofia da medicina”, compreende discussões sobre epistemologia, ontologia, metafísica e bioética. Foi apenas com Caplan que o termo se tornou objeto de debate (1992), mas foi a partir de bioeticistas como Pellegrino e Engelhardt que a disciplina se consolidou em seu sentido atual. Esse é o motivo principal para considerarmos o tema, o que nos permite dividir os eticistas da medicina em dois grupos: (i) aqueles que entendem por bioética especial uma parte da filosofia da medicina e (ii) aqueles que compreendem a bioética como uma disciplina independente. Enquanto os *Principles* de Beauchamp-Childress, cuja primeira edição data de 1979, é exemplo do segundo grupo, toda obra de Engelhardt e Pellegrino-Thomasma são exemplos do primeiro grupo, com a diferença que o primeiro adere a um normativismo construtivista em filosofia da medicina e, o segundo, à certa interpretação do hipocratismo. Além disso, dentre os problemas mais recorrentes em filosofia da medicina – conceito de saúde-doença, causalidade médica, diagnóstico, pressupostos metafísicos da medicina, métodos e objetivos da pesquisa com seres humanos, etc. – aquele que se repete exaustivamente tanto em Pellegrino-Thomasma quanto em Engelhardt, formando um franco debate, é sem dúvida a teoria sobre o status da medicina, no primeiro associado a teorias sobre o que significa “cura”, no segundo em relação à linguagem médicas sobre saúde-doença. Por isso, diremos que a bioética desses autores é precedida por uma filosofia da medicina. Distintamente, o único tema similar discutido por Beauchamp-Childress, que aliás foi o tema principal do Relatório Belmont, são os métodos de pesquisa com seres humanos (2002, p.492), mesmo contexto onde se utilizam de exemplos retirados de Caplan.

Por essas razões, iniciaremos nossa discussão especificando um primeiro ponto: como as diferentes disciplinas em filosofia da medicina

formaram a disputa que levou ao problema que pretendemos responder. Temos um duplo debate: de um lado, aqueles que identificaram ou aproximaram ética médica e filosofia da medicina, como Pellegrino e Engelhardt, de outro lado, aqueles que orientaram as discussões em bioética e ética médica recusando a necessidade de discussão precedente sobre a natureza da medicina e seus objetos, como Caplan, Hare e Beauchamp-Childress. Começaremos discutindo estes dois lugares do problema com o objetivo de localizar e justificar mais detalhadamente nossa questão inicial.

CAPITULO 1

Reconstrução do problema em filosofia da medicina.

1. Os problemas filosóficos em torno da definição de “doença”.

Uma parte de nossa questão envolve perguntar com que direito propostas em ética médica poderiam admitir, em alguma de suas premissas, teses do tipo encontrado na filosofia da medicina, por exemplo, nos cânones dos ontologistas ou dos fisiologistas da doença, ou melhor, nas teorias normativistas e naturalistas sobre doença. Alguém poderia acreditar que “doença” exprime a presença de vulnerabilidade, sofrimento, incapacidades, risco de morte ou dano à qualidade de vida e, em seguida, sustentar que “medicina” designa o conjunto dos meios e recursos disponíveis para tratar desses males que acometem a saúde e a vida. Assim, é porque doenças são acontecimentos universais na humanidade e nos seres vivos que criamos a medicina para nosso benefício. Um pensamento assim pareceria aceitável no sentido de informar que os médicos se guiam por uma ética intuitivamente reconhecida por todos nós, a saber, que havendo sofrimento no mundo e existindo recursos para eliminá-los ou aliviá-los, devemos fazê-lo, seja lá qual for a motivação, se por utilidade ou por compaixão. E ainda se poderia refletir que não precisamos discutir aqui nenhuma questão transcendente ao problema mencionado, como a questão metafísica, já muito colocada, sobre o direito do homem interferir sobre a natureza, seja a sua ou dos demais seres vivos, em nome de uma correção ecológica ou biológica, como na disputa entre os seguidores de Darwin ou de Huxley. Em uma atitude agnóstica teríamos afastado essas querelas sobre um “admirável mundo novo”. Mas logo perceberíamos que esse modo de pensar assumiu, ainda que implicitamente, que existe uma diferença entre “doença teórica” e “doença prática”, sendo a primeira o objeto de disciplinas como a biologia ou a filosofia da medicina, enquanto a segunda representaria ocupação da prática médica, entendida como uma técnica ou arte, incluindo a ética. Então, essa concepção teria se tornado clara ao acrescentarmos que se trata de dizer que a “doença teórica” é definida segundo critérios de *normalidade*, enquanto a “doença prática” estaria sendo tratada segundo a *normatividade*, pois, quanto a esse último aspecto, a técnica e a ética possuem em comum o fato de se orientarem por normas relativas às escolhas de meios e fins. Tudo estaria indo bem nesse raciocínio, salvo por um detalhe: distinguiu-se, irrefletidamente, normalidade (da natureza da vida e da saúde) e normatividade (das ações técnicas e éticas). Mas nenhum dos dois lados dessa crença poderia ser

aceito sem maiores considerações, pois não há como identificar, por um lado, normal e natural, bem como não há como igualar, por outro lado, normas éticas e técnicas. Parece que em ambos os casos estaríamos diante daquilo que em teoria das falácias se chama *identificação equivocada* (DALL'AGNOL, 2014, p.142). Pois é possível haver normas técnicas de como matar ou normas técnicas de segurança, mas em ambos os casos ainda faltariam aqueles tipos de perguntas que fazemos na vida moral, tais como “matar em que circunstâncias?” ou “assegurar primeiramente quais dos envolvidos em um risco?”. Também seria possível reconhecer situações perfeitamente normais que não são consideradas naturais, assim como seria possível haver condições que, apesar de consideradas naturais, são definidas como anormais ou patológicas, como os conhecidos exemplos da cárie dentária e da calvície, a primeira “normal” para a espécie humana, a segunda “normal” para certas populações, mas ambas igualmente tratadas medicamente. A tese muito difundida na qual se afirma que “seres humanos são considerados normais se possuem o número completo de capacidades [...] naturais da raça humana e se estas [...] se equilibram e interligam de modo a atuar juntas, de maneira efetiva e harmoniosa”, tal que “no momento em que se reconhece uma função (na área da biologia), qualquer falha dessa função passa a ser vista como doença” (BOORSE, 1977), deixa de ser evidente por si mesma, seja por causa do critério “classe natural” ou de “função natural” (AZEVEDO, 2014, p.3). É evidente que existem certas funções próprias de homens e não de mulheres ou vice-versa, mas nem sempre o critério etário, populacional ou outros fornecem medidas distintas, assim como há doenças que parecem universais ou normais, como a cárie dentária ou a arteriosclerose, no sentido de que são típicas de uma população de referência. O problema é que em bioestatística utiliza-se tanto critérios métricos quanto não-métricos, às vezes aceita-se “intervalos toleráveis” ou se fala em “variação normal”, para alguns casos define-se o normal distinguindo uma métrica positiva e outra negativa, mas em outros casos, não menos frequentes, o normal fica determinado em função de uma “margem”, “limiar” ou “intervalo” de variações entre um extremo e outro sobre um *continuum*, pois “o que se nota, na realidade, é uma espécie de distribuição ótima de muitos atributos” (HEGENBERG, 1998, p.54). Portanto, não poderíamos mais tão facilmente querer *inferir*, de uma concepção de “doença teórica”, toda uma resposta ética sobre o que fazer com isso, na forma de uma noção de “doença prática”. Na melhor das hipóteses, estaríamos autorizados a demarcar a separação entre o teórico e o prático, mas sem podermos decidir se esta seria uma demarcação de utilidade prática ou por razões teóricas. Diante disso, teríamos agora que

corrigir aquele pensamento inicial e, então, poderíamos aceitar algum tipo de “prescrtivismo”, isto é, afirmar que “doença” sempre designa uma prática ou um curso de ação esperado, ou talvez preferiríamos dizer que uma teoria da doença ou da normalidade já contém elementos suficientes de normatividade para levar a certos cursos de ação, nos comprometendo com algum tipo de “normativismo”, ou ainda, poderíamos dizer que conhecer a doença em teoria é inteiramente independente de saber o que fazer com uma doença prática, para uma posição “naturalista” ou “descritivista”. Essas soluções são complexas, pois todas parecem nos oferecer boas razões. Mas o fato é que não podemos tratar como óbvia a pretensão de passar das categorias de um lado para o outro sem maiores considerações. A questão que apresentamos em nossa introdução diz respeito a isso.

Além disso, o leigo trata como óbvios os usos dos termos “saúde” e “doença” do mesmo modo como supõe que o médico deve possuir definições para tais palavras e, depois disso, supõem que a “doença” é o objeto das intervenções e das recomendações médicas. Mas não precisamos tecer nenhuma crítica pormenorizada para compreender que pessoas procuram médicos por razões que não chamam de “doença”, como “acompanhamento pré-natal”, etc. Por isso, Engelhardt (1975) levantou o problema sobre a vaga divisão entre aqueles termos e os métodos classificatórios das doenças, principalmente pelo fato de que ambos os conceitos incluem aspectos tanto descritivos quanto avaliativos. A relevância do problema, para esse filósofo, está no fato de que médicos tomam decisões morais baseados nesses conceitos ambíguos e pessoas decidem ou não buscar tratamento segundo a concepção que tenham dos mesmos. Os conceitos de “saúde” e “doença” seriam um problema bioético por duas razões: são tanto objetos de método explanatório (e não simplesmente descritivo ou explicativo) quanto objetivos de ação (tratamentos, decisões e intervenções). Isso poderá ser compreendido, para arriscarmos uma interpretação em sentido amplo, em termos de “saúde como o desejável pelo paciente” e “doença como aquilo a ser superado pela medicina” (ENGELHARDT, 1975, p.127). Tanto que, em *The Foundations of Bioethics*, seu capítulo sobre os métodos médicos de classificação de doenças chama-se “*A Linguagem da Medicalização*”, onde defende o sentido prático do conceito de doença e o caráter profissional da instituição médica. Isso significa que, para esse tipo de abordagem, a forma como definimos doença não é apenas um problema da razão teórica, mas antes de razão prática, ou, como diz o autor em *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, “ao dar o nome de doença a certo conjunto de fenômenos, comprometemo-nos a efetuar

a intervenção médica” (1975), por incluir concepções de normatividade tanto no campo teórico, em diagnóstico, estatística e classificações, quanto no campo prático, em cursos de ações que beneficiam e respeitam os interesses dos pacientes. Nesse sentido, como ainda veremos, Engelhardt infere um autonomismo ético desde um normativismo epistêmico.

O termo “doença” é ambíguo na maioria das línguas ocidentais. Mas, apesar da ambiguidade, é provavelmente um idéia universal (FABREGA, 1979). Mas, muito diferente disso, seria perguntar se podemos dispor de uma definição geral ou universal de doença e saúde que, em seguida, pudesse servir de orientação prática. Algumas vezes os autores procuraram evitar a ambiguidade distinguindo entre os sinônimos do uso comum, como “doença” e “enfermidade” (*disease* e *illness*). Mas questões de sinonímias e de gêneros lógicos, bem como apreciações etimológicas de um possível significado dos termos, nunca chegaram a ser demonstradas ou não ultrapassaram um valor didático. Por isso, Engelhardt inicia seu capítulo *A Linguagem da Medicalização* enumerando alguns dos termos mais comuns: “illnesses, diseases, deformities and medical abnormalities” (1996, p.189). Em seguida, quando passa a descrever as quatro linguagens da medicina, as classifica em termos de “*disease*” (“doença” na tradução brasileira). Isso porque a pretensão do autor é justamente valer-se da ambiguidade do termo para descrever cuidadosamente como “doença” é usado tanto para dizer tipos de impedimentos ou incapacidades, quanto distúrbios, desconfortos e deformidades, o que é comum tanto no uso de leigos quanto de médicos. Essa é uma posição diferente daqueles que defenderam que doenças devem ser distinguidas de outros eventos, ainda que todos venham a ser ofício médico (REZNEK, 1987), por exemplo, que doença, incapacidade e ferimentos são entidades diferentes, isto é, alterações de funções, órgãos e estruturas anatômicas (WHITBECK, 1997, p.9). Veremos, mais tarde, como estes e outros autores formam um debate paralelo entre os bioeticistas clássicos. Foi também comum entre sociólogos, a exemplo de Talcott Parsons (1951), explicitar como o termo “doença” se compõe a partir de exigências institucionais, como o trabalho ou mesmo o sentimento de culpa. Mas se poderia responder que nem sempre a divisão ontológica entre setores da medicina é evidente, ou que não são óbvios os critérios funcionalistas, por exemplo, que a hérnia de disco e o abaulamento do disco intervertebral, admitindo como formas de tratamento os medicamentos, a fisioterapia ou a cirurgia, seriam tanto funcionais quanto estruturais. Seja como for, o alvo principal das críticas de Engelhardt, como já indicamos, é a teoria filosófica dominante em

epistemologia da medicina, o naturalismo ou descritivismo de Christopher Boorse (1975, 1977, 1997), mas, curiosamente, após essa crítica, Engelhardt entendeu estar amparado para uma refutação muito mais ampla em bioética, a saber, contra os modelos principialista, casuísta e hipocrático. Enfim, no Capítulo 1 da Parte II (*Definições descritivas ou prescritivas?*) desta investigação nos dedicaremos a análise dos diversos usos do termo “doença” e seus correlatos; os argumentos de Boorse, bem como o debate em torno de sua tese naturalista, incluindo as críticas de Engelhardt e Hare, serão discutidos na Parte III (*Normativistas e Naturalistas*), Capítulo 1, seção 2; para um estudo da teoria da doença presente em Engelhardt, dedicaremos o Capítulo 1 da Parte V (*Os Modelos Clássicos de Priorização*).

2. O debate entre naturalistas e normativistas.

Dissemos que uma parte do problema está na pretensão de definir doença em sentido descritivo ou prescritivo (conforme nossa Parte II), e vimos que são fornecidas concepções naturalistas ou normativistas do que seja a medicina (Parte III). Neste último contexto, não deixando de comparar o naturalismo boorseano com o naturalismo tomista, e afirmando que ambos são variações de uma metafísica do desígnio da natureza, Engelhardt rejeita a tese que define saúde e doença segundo o biologicamente natural, a bioestatística ou o funcionamento normal, relativos aos membros de classes biologicamente dominantes ou classes de referência estatística, tese que também encontraremos em descritivistas como Kitcher (1997) e objetivistas como Ereshefsky (2009). Mas Boorse produziu a literatura mais influente em filosofia da medicina, o que deve nos levar primeiro a apreciar seus méritos, na qual defende que *saúde é ausência de doença* e essa, por sua vez, é a limitação causada pelo ambiente, desde que entendidas como conjunto de fatores e causas estatisticamente comuns, isto é, normais (1997). Porém, poderia replicar Engelhardt, caso o bioeticista viesse a seguir essa definição, então a incapacidade da autonomia de um paciente seria entendida como doença e, portanto, objeto de intervenção, por vezes inclusive sobre aquele “desvio” segundo métricas bioestatísticas que não chegou a se traduzir como demanda de sofrimento para algum paciente, o que possivelmente abriria espaço para alguma forma de paternalismo. Preocupado com consequências como essas, Engelhardt (1996, p.232) cita importantes críticos de Boorse conhecidos na literatura filosófica, como Goosens (1980, *apud* ENGELHARDT, p.251). É desse último que Engelhardt retira seus conhecidos exemplos da masturbação e do homossexualismo,

que foram amplamente considerados doenças ao longo dos séculos XVIII e XIX, o segundo ainda presente no DSM, observava Engelhardt em 1974, ambos os exemplos lhes servindo de casos paradigmáticos contra a hipótese do funcionalismo natural de Boorse. Estes e outros exemplos semelhantes serão recorrentes em outros “normativistas” clássicos, como Canguilhem (*apud* PELLEGRINO; THOMASMA, 1981), e em eticistas recentes, como em Hare, embora com intuítos bastantes diversos. São esses os contraexemplos de doenças reconhecidas não por fatores biológicos, mas por fatores culturais, sociais e históricos. Portanto, Engelhardt defenderá contra o naturalismo, preocupado com as consequências morais contra a autonomia dos indivíduos, certo tipo de normativismo, que as mudanças nos valores morais das sociedade são mais importantes que as mudanças nos valores biológicos da espécie, ao que devemos somar o seu construtivismo, ou seja, que a validade da definição de doença é historicamente construída e é favorecida ou não pelo rigor da aplicação médica do que pelas ciências que servem de base para a medicina, como a biologia ou a fisiologia. A réplica estaria em dizer que a definição naturalista de doença pode ser compreendida de modo revisionista, no sentido de ser possível apenas após tentativas e erros, então considerados criticamente. Mas como tréplica poderíamos considerar que, justamente por essa razão, uma filosofia da medicina somente poderia ser feita em sentido crítico, invalidando tanto a distinção boorseana entre doença-teórica e doença-prática quanto a própria possibilidade de definir saúde e doença, como defendeu R. Hare, de onde Beauchamp-Childress tiraram a noção de “especificação de princípios” (HARE, 1989, p.54, *apud* BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.45). Acrescentemos, seguindo o espírito de Engelhardt, que as definições naturalistas de doença falham ao se limitarem aos critérios biológicos ou similares, pois sua noção de “estado natural” antes significaria “normalidade estatística” (ERESHEFSKY, 2009), tal que a normalidade não pode ser sempre fixada nem mesmo para populações limitadas à fatores como idade e sexo (SOBER, 1980). Mas também aceitaremos a posição de Boorse, quando este afirma, contra Pellegrino, que não há razão suficiente para definir toda gama de atividades designadas como “medicina” apenas a partir da teoria da doença. Acrescente-se a isso que Beauchamp-Childress se colocam em acordo com Engelhardt quanto à dificuldade de decidir imediatamente questões éticas com base em uma concepção de que um paciente é qualificado para um tratamento (*apud* 2002, p.417), sem que isso venha a representar a fonte dos juízos morais em medicina. A principal dificuldade para definir “doença” de forma naturalista ou bioestatística, diria o normativista construtivista, é passar

do *natural* ao *normal*, principalmente porque, para a medicina prática, procedimentos como ingerir pílula anticoncepcional geram efeitos considerados normais, ainda que não possam ser chamados de naturais. De modo similar, se uma mulher de 70 anos, que acaba de realizar uma cirurgia de correção de prolapso genital e urinário, avisa ao médico que “apresenta um pequeno sangramento vaginal”, o mesmo poderá lhe responder que se trata de um “efeito normal” da cirurgia recentemente realizada, mas não poderemos dizer que essa normalidade é natural. Isso não só é válido para boa parte dos efeitos de medicamentos, mas inclusive para algumas doenças crônicas. Por razões similares, foi provavelmente contra a pressuposição básica de Boorse, que a vida e a saúde orientam-se à aptidão biológica, que Pellegrino-Thomasma procuraram em Aristóteles uma outra concepção dos fins da medicina, supostamente evitando os vícios posteriores do tomismo acima referidos. Também não é por acaso que Engelhardt (1996, p.233) cita e retoma todos os expoentes do normativismo em filosofia da medicina (MARGOLIS, 1976; GOOSENS, 1980; SEDGEWICK, 1982, *apud* ENGELHARDT, 2008). Não por acaso Boorse precisou se posicionar contra a teoria valorativa das doenças: “A visão de que as declarações de função são normativas gera o terceiro argumento para o normativismo, apresentado mais completamente por Margolis em ‘Doença e Valores Medicos’” (MARGOLIS, 1959, p.55-76; *apud* BOORSE, 1975; *apud* NELSON, 1999). Em outro lugar considera-o nestes termos: “Os biólogos usam regularmente linguagem funcional para descrever o papel das características na vida dos organismos, por exemplo, eles relatam que a função da cauda do pavão é atrair uma pavoá”, de modo que, conclui Boorse, “eu irei então esboçar uma consideração sobre funções que argumentei em outros lugares em detalhes [...] livre de valor; apenas algumas concepções torna-os avaliativos” (BOORSE, 1977, p.555), momento em que cita Margolis. Mas, entre essas posições a serem atacadas, estará a do próprio Engelhardt, para o qual Boorse responde: “Subjacente à acusação de que não é a suposição [...] que uma noção legítima de saúde mental deve ser um análogo fiel da concepção física estabelecida” (1977, p.543), já que, para normativistas como Engelhardt, a saúde mental figura como principal exemplo contra o naturalismo. Ou ainda, para uma crítica à posição prescristivista, agora colocada em oposição ao descritivismo das doenças, não tanto ao naturalismo, Boorse também dirá que “R. M. Hare, em *Freedom and Reason* (Nova York, 1963), cap. 2, argumenta que nenhum termo tem significado prescristivo sozinho. Se essa visão for aceita, a diferença entre o normativismo forte e o fraco envolve a questão de se ‘saudável’ é ‘primariamente’ ou

‘secundariamente’ avaliativo.” (BOORSE, 1975, p.51). Para todos esses autores, “doença” é um termo que necessita ser bem definido por razões *instrumentais*, no sentido de responder adequadamente aos valores humanos, pois definir doenças não se limita a descrever padrões naturais, mas valores normativos que respondam “o que queremos ser capazes de fazer?”. Também foi assim que Engelhardt defendeu uma concepção explanatória sobre classificações de doenças, capaz de incluir desde “transtornos mentais” até “doenças folclóricas”, como o que no Brasil chamamos de “mau-olhado” – para nos limitarmos a um exemplo bem conhecido.

Mas o normativismo não é imune à crítica, assim como alguns elementos do naturalismo sobrevivem à algumas das acusações clássicas quando melhor analisadas (AZEVEDO, 2014, p.03). Apesar do normativismo ter o enorme mérito de facilmente explicar estados indesejáveis consensualmente reconhecidos, como o alcoolismo e obesidade, não é capaz de explicar porque há certas condições definidas como “doença” em torno das quais não há qualquer consenso (ERSHEFSKY, 2009). Além disso, as descrições normativistas de doença nos impedem de falarmos em “erro”, quanto às teorizações médicas passadas ou erros “técnicos” atuais de ações ou prescrições, por exemplo, reconhecer como errado o diagnóstico de “drapetomania”, doença diagnosticada por Samuel A. Cartwright, em artigo publicado no *New Orleans Medical and Surgical Journal*, em 1851, no período escravista americano, cujo sintoma principal era a propensão do escravo para fugir, cuja prescrição também publicada incluía chicotadas para gerar efeitos preventivos medicamente definidos (CARTWRIGHT, 1851, *apud* PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.119). Assim, o problema do normativismo é o risco de levar a um relativismo em filosofia da medicina, ainda que Engelhardt não possa ser considerado um relativista em ética médica. Ou, o que seria pior, levar a trivialização do conceito de doença, um “valor relativo nas decisões sobre o que fazer com o paciente”, como defenderam Pellegrino-Thomasma (2018, p.74). Voltaremos a isso em nossa Conclusão, pois é este ponto que nos permitirá vincular nossa hipótese sobre *erros inferências e prejuízos hedonistas* nos muitos modelos de fundamentação da ética médica.

Isso deve bastar como apresentação do primeiro momento de nosso problema, isto é, como as críticas à filosofia da medicina tornaram-se as fontes de certas premissas em ética médica. Muitos outros autores serão protagonistas deste debate, mas reservaremos a segunda parte de nossa investigação para discutir com maior cuidado esses problemas (para a discussão sobre os diversos modelos filosóficos discutidos pelos

bioeticistas, considere-se a Parte III, *Normativistas e Naturalistas*, e o capítulo 1 da Parte V, *Naturalistas e Normativistas: revisionistas ou conservadores?*). Passaremos agora a formular uma segunda etapa de nossa questão sobre o uso de categorias biomédicas nos modelos bioéticos, ainda enfocando o primeiro lado dessa relação inferencial.

3. Das teorias híbridas.

Queremos mostrar como as questões em filosofia da medicina chegaram a compor parte do debate em bioética e, posteriormente, porque este mesmo debate se faz quase ausente no principalismo. Das críticas ao naturalismo e ao normativismo surgirão teorias híbridas que tocarão, por outros caminhos, os modelos bioeticistas. É nesse momento que nossa reconstrução do problema bioético através da história da filosofia da medicina se torna evidente por si mesmo. Autores que procuraram elaborar uma solução mista, capaz de reunir ingredientes e critérios tanto naturalistas quanto normativistas, foram Caplan (1992), Reznek (1987), Wakefield (1992) e Whitbeck (1977). Esses são autores que deverão poder agradar mesmo o naturalista, levando Boorse a elogiar Whitbeck (BOORSE, 1977, p.542), ou afirmar que “meus argumentos presumivelmente funcionam em qualquer outra visão que requer ‘função’, como a análise de Disfunção de Wakefield” (BOORSE, 2016, p.3). Para oferecermos um exemplo de teoria híbrida no campo da psiquiatria, recordamos que Jerome Wakefield (1992, 1996, 2007) afirmou que uma condição apenas se define como “doença” quando causa tanto um prejuízo sobre o mecanismo natural quando um desvalor. Poderíamos dizer que o autor aplica o duplo sentido de “dano” (dano físico e dano moral) à “doença”, evitando o normativismo, que aceita qualquer estado indesejável como doença, e evitando o naturalismo, cuja recusa das variadas condições não biológicas impede considerar os casos marginais reconhecidos como doenças, assim como as funções e estruturas físicas sem índices articuláveis à evolução, e se torna incapaz de compreender que a noção de “tratamento médico” pode perfeitamente ser convencional. Como já dissemos, Engelhardt, Hare e outros críticos do naturalismo se utilizaram desse tipo de exemplo, mas o que importa para nossos fins é o fato de que Beauchamp-Childress, por sua vez, recorreram a Caplan (autor também muito considerado por Engelhardt, mas ignorado por Pellegrino) quase uma dezena de vezes quanto às influências controladoras em pesquisa em relação ao princípio de autonomia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.194), para definir doenças em crianças (p.241), para evitar questões de ladeira escorregadia

quanto ao princípio de não-maleficência (p.258), e sobre políticas de racionamento (p.408) em relação ao princípio de justiça. Esse é o outro lado da história que toca o nosso problema (o que discutiremos na seção 2 do capítulo 1 da Parte VI, *Medindo o alcance do principialismo*).

Se provavelmente foi Elisha Bartlett, em seu *Ensaio sobre a Filosofia da Ciência Médica*, de 1844, quem falou originalmente em questões relativas à “filosofia da medicina”, foi Caplan quem questionou pela primeira vez se haveria uma disciplina que corresponderia ao que se chama “filosofia da medicina” (CAPLAN, 1992), cujas críticas não impediram que o ramo viesse a se consolidar e chegasse a situação atual. Mas isso já basta para mantermos a pergunta adjacente: há diferença entre filosofia da ciência médica e filosofia da medicina? Outra resposta ao mesmo debate surgiu, posteriormente, com Pellegrino, quando sustentou que se tratavam de duas disciplinas diferentes, a “filosofia da medicina” e a “filosofia da ciência médica”, o que significou defender, mais uma vez, que a bioética faria parte da filosofia da medicina como uma de suas ramificações, uma vez que a medicina define-se como uma profissão e não como uma ciência (PELLEGRINO, 1998, p. 315). Se admitirmos essa resposta, então Boorse faz filosofia da ciência médica quando fabrica argumentos sobre a natureza das doenças, mas faz filosofia da medicina quanto define o status da medicina. Diga-se de passagem, Engelhardt ofereceu uma delimitação da medicina muito semelhante a esses interlocutores, afirmando também que “a medicina é uma profissão douta” quanto as suas habilidades e especialização (ENGELHARDT, 1998, p.350), ou “exotérica” em relação a sua linguagem, não tanto por seu suposto fundamento científico naturalista, mas antes por sua instituição profissionalizante e plano de carreira (ENGELHARDT, 1998, p.351). Mas, com isso, todos os problemas se tornaram problema de filosofia da medicina, confundindo-se com problemas de bioética. Contudo, esclarecemos que essa não é nossa questão, isto é, se faz sentido ou não falar em filosofia da medicina ou distingui-la da filosofia da ciência médica, mas antes a relação inferencial entre o biomédico e o bioético, seja qual for a opinião que se tenha sobre o estatuto da filosofia da medicina enquanto disciplina: seria justificável inferir uma resposta à pergunta ética “o que fazer?” desde uma solução sobre “o que é a medicina?” ou “o que são as doenças?”. É claro que alguém poderia sustentar que antes de respondermos se a bioética faz parte ou não da filosofia da medicina, seria preciso dizer se ela é alguma atividade que possa ser chamada de filosófica, considerando o fato de que a bioética não teria nascido no interior dos departamentos de filosofia (AZEVEDO, 2008, p.83), muito embora, ainda que não chegássemos a

responder essa pergunta, poderíamos aceitar que “não se pode confundir Bioética com ética médica”, entendendo a primeira como uma discussão não apenas em ética prática, mas também sobre critérios universais, e entendendo a segunda no sentido estrito de ética profissional (DALL’AGNOL, 2012, p.116). Para uma posição mais radical, afirmou-se que “se o bem de uma pessoa é visto como subjetivo ou objetivo, o médico é um candidato implausível para ser o melhor juiz desse bem” (PARFIT, 1984, *apud* VEATCH, 2006). Ainda poderíamos considerar uma opinião intermediária: que, antes do *Journal of Medicine and Philosophy*, a ética médica existia como conjunto de periódicos escritos por médicos e religiosos, e a filosofia da medicina se limitava a análises conceituais, o que se modificou rapidamente logo após o segundo número do *Journal*, em função de “como a filosofia da medicina mudou a ética médica” até os dias atuais (VEATCH, 2006). Mas seja qual for a “natureza” de uma ou de outra disciplina e se há ou não relação de fundação entre elas, nossa questão ainda permaneceria significativa, isto é, se desde *categorias* inerentes ao que se chama filosofia da medicina, seria possível inferir categorias para a formulação de uma bioética especial ou ética médica? Claro está que “a ausência da filosofia nos debates ‘bioéticos’ atuais tende a favorecer a consolidação de dogmas, e dogmas, onde não há consensos teóricos nem práticos, são particularmente perigosos”, mas não é esse o alvo de nossa questão, mas antes que “sem filosofia, a bioética, como disciplina, tende a reduzir-se a meros estudos descritivos, onde questões pretensamente filosóficas são apresentadas de forma lamentavelmente simplificada e sem o devido rigor” (AZEVEDO, 2008, p.89). É a esse “prejuízo” de reduzir os códigos de ética e os métodos de tomada de decisão e julgamentos médicos àquilo que se queira inferir da metodologia das “ciências médicas”, identificando certos critérios descritivos com os conteúdos prescritivos buscados para sustentar julgamentos morais, que nossa questão se dirige em termos de uma análise filosófica de erros inferenciais em bioética, como a chamada “falácia naturalista” ou “lei de Hume”, ou ainda, na linguagem de Gilbert Ryle (RYLE, 2000), “erros categoriais”, que são espécies de erros inferenciais, frequentemente semânticos ou ontológicos, quando uma propriedade é atribuída a algo sobre o qual não poderia recair essa propriedade, por exemplo, quando se formula argumentos morais de forma a tratar categorias éticas em sentido realista (DALL’AGNOL, 2005). Os erros de inferência podem ser explicitados pela investigação filosófica e, mais que isso, os prejuízos práticos deles decorrentes, sem o que não se chegaria a confrontar com suficiente clareza certos problemas, por exemplo, “como estabelecer a linha demarcatória entre ações

obstinadas e ações não obstinadas por parte dos profissionais da saúde”, sobre o que se poderia questionar “em que sentido não poderia haver omissão ou até mesmo negligência médica, [...] o que pode ou não ser considerado ‘fútil’ num determinado momento ou não se tudo pode depender de desenvolvimentos no conhecimento científico e da criação de tecnologias”, a exemplo de questões “como melhor oferecer cuidados paliativos, [...] e se, de fato, o paciente deve ter a palavra final expressa mediante documentos que obrigam o profissional da saúde a respeitá-los” (DALL’AGNOL, 2012, p.116).

Se retornarmos agora ao debate anterior, poderíamos supor que Beauchamp-Childress, cuja obra teve como objetivo “mostrar como a teoria ética pode iluminar problemas em cuidados em saúde e pode ajudar a resolver algumas limitações das formulações anteriores sobre responsabilidade ética” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994, p.03), isto é, mostrar como o método filosófico pode esclarecer o debate em ética profissional da medicina, jamais necessitam citar autores naturalistas como Boorse, sequer o normativismo de Engelhardt ou outros no que diz respeito à tese epistemológica, mas preferem adotar exemplos retirados de teorias híbridas, como Caplan, ou porque apreciaram algumas das respostas híbridas ou mistas que aí encontraram, ou porque toda discussão estava orientada pela bioética independentemente da filosofia da medicina ou filosofia da saúde. Isso significa que podemos afirmar que a ética médica pode ser enriquecida pela análise filosófica, sem que isso signifique inferi-la de uma filosofia da medicina que lhe sirva de propedêutica ou “filosofia primeira”. Não podemos afirmar, portanto, que Beauchamp-Childress estariam a se guiar pela hipótese de que não existe ou que seria trivial uma disciplina como a filosofia da medicina, pois não seria sequer preciso decidir sobre essa questão, como fizeram Caplan, Pellegrino e Engelhardt, mas apenas constatar que não pressupõem nem o naturalismo nem o normativismo filosóficos sobre medicina para inferirem as categorias bioéticas. Disso não se segue de forma alguma que a teoria híbrida lhes serviu de ponto de apoio, pois será exatamente o inverso que procuraremos explicitar: nenhuma filosofia da medicina, sequer híbrida, seria necessária quando em ética já se aderiu a um método de ponderação e especificação de normas *prima facie*. Diga-se de passagem, o mesmo valerá para aquele outro debate, sobre a fonte da moralidade médica, se internalista, externalista ou mista, sobre o que os autores argumentam que a questão não deve incidir sobre a “moralidade médica” ou “moralidade profissional”, mas antes sobre a “moralidade comum” (BEAUCHAMP, 2001, p.601; *apud* BOORSE, 2016). Porém, são os problemas híbridos descritos por autores como Caplan que

justamente puderam ser citados ao longo dos *Principles* e em relação a todos os 4 princípios, porque é a ambiguidade de termos como “dano”, “risco”, etc. que se trata de considerar (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2002, p.460, 2009, p.307; ENGELHARDT, 1998, p.161). O mesmo valerá para o internalismo moderado sobre moralidade da medicina, momento em que os autores citam Brody como crítica do internalismo forte de Jonsen (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2002, p.39).

O uso que Beauchamp-Childress farão das teorias híbridas (Caplan) será por nós tratado na seção 1. *O método na ética principialista*, no capítulo 1 da Parte VI; quanto ao uso que farão do internalismo moderado (Brody), apresentaremos nossos argumentos conclusivos em nossa seção 2. *As classificações médicas confirmariam o internalismo ou externalismo?*, no capítulo 2 da Parte VI. Neste momento, contudo, podemos apresentar uma importante ressalva: as abordagens híbridas, ao reterem componentes naturalistas sem afastar os construtivistas ou normativistas, acabam por adotar uma concepção de “função natural” que a própria biologia não poderia assumir. Isso significa que estaríamos diante de uma posição de cunho metafísico. Além disso, uma réplica plausível de naturalistas como Boorse seria afirmar que a filosofia naturalista da medicina não descreve simplesmente como a medicina é ou tem sido, mas como ela deveria ser caso se queira alcançar um resultado detidamente derivado da metodologia científica. Contudo, é justamente esse projeto de uma medicina estritamente científica que normativistas como Engelhardt adequadamente criticam, assumindo, em filosofia da ciência, critérios importados de Hegel e Pierce (ENGELHARDT, 1998, p.234). Mas, ainda que seja problemática a tese que pretende formular uma filosofia da saúde com base direta na biologia funcional, conforme a crítica pioneira de M. R. Hare à Boorse, antes citada (HARE, 1986, *apud* AZEVEDO, 2014, p.1), permanecerá sendo igualmente perturbador reunir em uma suposta definição todos os critérios possíveis de “saúde”, sobretudo na forma apresentada pela OMS, ao reunir os sentidos de saúde física, mental e social (WHO, 1948, *preâmbulo*), criticada por Pelegrino-Thomasma (2018, p.85) ou, para citarmos outro epidemiologista brasileiro, Almeida Filho, que a acusou severamente (2011, p.08). Certamente, se não nos prendermos tanto nos termos, seria aceitável dizer que a OMS estaria apenas fornecendo uma definição híbrida de saúde para evitar compromissos filosóficos mais sérios e garantir a abrangência da assistência à saúde. Entretanto, embora a qualidade de vida seja frequentemente citada como razão contra as definições naturalistas de saúde, à definição enunciada pela OMS ainda caberia a crítica por ter identificado saúde e bem-estar, sugerindo incluir muitas condições que

não são reconhecidas como saúde ou que não contribuem para a sua compreensão nem técnica nem ética, ou seja, comprometendo-se com aquilo que chamaremos de “prejuízo hedonista”. Portanto, parece plausível concordar com a crítica de Pellegrino-Thomasma às teorias híbridas, sem que isso signifique aderir ao normativismo de Engelhardt ou ao naturalismo de Boorse. Pois Pellegrino-Thomasma teriam razão ao citar e defender a posição de R. L. Kass, para o qual saúde “não é apenas a ausência de doença, mas um bem positivo e a forma apropriada para a prática médica” (KASS, 1980), tal que uma definição suficiente de saúde deveria oferecer um domínio que distinguisse o “não-saudável”, não simplesmente a “doença”, e permitisse ao médico a sua restauração (KASS, 1975). Mas, apesar de isso poder agradar parcialmente ao naturalista (BOORSE, 2016, p.8) e ao conservador (PELLEGRINO-THOMASMA, 2012, p.65), de modo algum poderia valer para um construtivista: “Leon Kass procura estabelecer limites para o que pode ser considerado apropriadamente médico [...], recorrendo aos objetivos apropriados da medicina somática [...]”, pretendendo “excluir da medicina propriamente dita todas as intervenções não destinadas a remediar as dificuldades somáticas” (ENGELHARDT, 2008, p.495-296). Mas a posição restritiva de Kass não é sem consequências bioéticas: “Alguns autores sustentam que, na medicina, as pessoas de discernimento [...] oferecem uma garantia contra malefícios maior do que aquela fornecida por sistemas de regras ou regulamentações”, observam Beauchamp-Childress (2002, p.503), conclusão que, aliás, Pellegrino defenderá igualmente, em termos de “bom paciente” ou “paciente virtuoso”. Nesse sentido, o construtivismo presente na filosofia da medicina de Engelhardt é relevante para evitar restrições como estas, ou, inversamente, as de Caroline Whitbeck (1981), para a qual a saúde é toda capacidade física ou psíquica dirigida aos projetos e objetivos pessoais e sociais, posição híbrida que aceita tanto as capacidades biológicas quanto as normativas, alargando exageradamente o conceito de “saúde”. Como resposta a isso, Pellegrino-Thomasma deixam claro (2018, p.124) que o modelo de Whitbeck extrapola o modelo da beneficência, pois ao defender que praticar corrida e levantamento de peso são atos médicos, faz extrapolar o projeto social em um número excessivo de “saúdes” (p.124). Por isso, em seguida, os autores apresentam a definição “a saúde é um bem negociável” entre médico e paciente (p.125). É também aqui que Pellegrino-Thomasma nos falam da relevância de considerar o conceito de “pessoa doente” ou “indivíduo fragilizado”, em resposta à concepção de autonomia em Engelhardt. Mas já indicamos porque certas

razões devem ser concedidas aos normativistas e aos naturalistas. Há, portanto, um círculo do ônus da prova.

4. O normativismo revisionista.

Claro está que os exemplos enfatizados por Engelhardt, que a homossexualidade e a masturbação já foram classificadas como doenças nos tratados de medicina, passíveis de uma crítica construtivista de cunho histórico, são significativos. Muitos dos normativistas declinariam não fosse a existência desse ramo de enfermidade. Certamente a psiquiatria é historicamente a parte da medicina mais carregada de juízos de valor controversos, tendo sido usada para categorizar comportamentos “socialmente desviantes”. Thomas Szasz (1961, 1973, 1987) defendeu que a categoria de “doença mental” é um mito e que não se poderia falar em “doença” a não ser nos casos de lesão tecidual ou dano físico, tal que “doença mental” é um conceito prescritivo usado inadequadamente como se fosse descritivo. Outros ainda defenderão que os conceitos de “doença” e “saúde” são primariamente prescritivos. Ora, é exatamente à Szasz que Engelhardt se refere quando procura enfatizar diferenças entre a psiquiatria e a psicanálise (ENGELHARDT, 1996, p.310), o que leva Engelhardt a entender as “doenças mentais” como espécies de “problemas de vida”, para assim sustentar a precedência de seu princípio de permissividade (conforme a segunda edição de *Fundamentos da Bioética*, em distinção ao termo “princípio de autonomia” usado na ocasião de sua primeira edição). Mesmo Boorse não deixou de considerar a dificuldade: “Até hoje há tratamentos óbvios, como a prescrição grotesca de drogas psiquiátricas para condições normais, como a infância, ou os problemas de vida de Szasz” (BOORSE, 2016, p.31). Da existência desses “problemas de vida”, Szasz deduzirá uma ética da cooperação médico-paciente, que muito agradará Pellegrino-Thomasma (2018, p.164). Contudo, defenderemos que esse debate seria uma boa razão para se sustentar um revisionismo, uma vez que essa posição pode melhor acomodar também normas morais e conteúdos prescritivos. Mas seria preciso considerar, como já dissemos, além das doenças contestadas *a posteriori*, também os casos de doenças controversas, como é o caso atualmente da fibromialgia, a síndrome da fadiga crônica (SFC) e a doença de Lyme (causada por uma bactéria, mas que acomete apenas adolescentes, inicialmente confundida com a artrite e a gripe, já que seus sintomas iniciais são similares, embora possa levar a problemas neurológicos e paralisias temporárias) (ARONOWITZ, 1998, 2001; SHORTER, 2008). Assim, a teoria híbrida, normativista e naturalista não

podem acomodar doenças controversas, como “sensibilidade química múltipla”. Este contra-argumento contra os normativistas é importante porque mostra que muitas vezes a definição clara de uma doença é necessária para iniciar a investigação de possíveis tratamentos, assim como em certos casos o conhecimento bem determinado das condições e causas de uma doença não permite diretamente tratamentos bem-sucedidos. Além disso, algumas vezes uma doença controversa é entendida como uma “doença legítima” pelo sofrimento que causa e o cuidado justificado que demanda, mesmo sem evidência clínica ou com variações sintomáticas conforme as regiões e populações de suas ocorrências (ANKENY; MACKENZIE, 2016), o que resulta em crítica ao naturalismo. Seja como for, reservaremos nosso capítulo *Conservadores e Revisionistas* (Parte IV) para discutir maiores qualificações aos modelos naturalistas e normativistas e, então, traçar melhor suas limitações. Para a crítica ao normativismo construtivista de Engelhardt estaremos em condições de nos posicionar na seção intitulada *O modelo normativista-construtivista de Engelhardt* (capítulo 1, Parte V).

Entretantes, recordemos, é essa situação controversa que levou outros autores, como Caplan, a defenderem que não faz sentido fazer filosofia da medicina, pois os problemas dizem respeito, antes de tudo, à bioética; ou, como Beauchamp-Childress, passam ao largo da questão. Por isso, passemos agora a reeditar o mesmo problema em termos bioéticos para apreciarmos o problema quanto ao outro lado das inferências que pretendemos analisar, ou seja, seu aspecto estritamente ético.

CAPÍTULO 2

Três problemas paralelos

1. Soluções teleológicas em medicina.

Pellegrino-Thomasma, em um dos raros momentos da literatura clássica da bioética, ao discutirem a concepção de vida boa dos pacientes em distinção ao conceito biológico de vida, ou melhor, ao procurarem justificar eticamente com que direito os médicos podem interferir na obra da natureza para restaurar a saúde, em franca resposta aos problemas morais que Huxley acreditava encontrar na biologia (JACOB, 1988, p.4), citam a seguinte afirmação de G. Canguilhem (PELLEGRINO; THOMASMA, 1981, *apud* JACOB, 1988, p.143): “É a própria vida, e não o julgamento médico, que torna o biológico normal um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (CANGUILHEM, 1978, p.73). Essa referência à obra *O normal e o patológico* não é sem importância: por um lado, exprime o contexto teleológico, e não apenas normativista, com que Pellegrino argumenta; por outro lado, torna claro um problema já muito discutido por outros filósofos da medicina, se é possível identificar “normal” e “saúde” ou “patológico” e “doença”. Nesse sentido, tal referência de Pellegrino a Canguilhem não parece ser uma forma de aderir a uma teoria do valor, como aquela encontrada em Margolis, acima referida, então criticada por Boorse. Isso significa que o modelo bioético de Pellegrino é parte de uma filosofia da medicina que, longe de ser normativista no sentido de Engelhardt, adere a uma concepção de “vida” e “bem do corpo” que pode ser chamada de teleológica em sentido pretensamente aristotélico (Boorse o classifica como tomista, o que ainda discutiremos (BOORSE, 2016, p.6)). Ora, se na atual situação dos debates filosóficos ainda pudermos aceitar o que afirmou Fagot-Largeault em 1985, na conferência em homenagem a Canguilhem, com a presença deste, no *Institut d’Histoire des Sciences* de Paris, que “há duas maneiras de operar uma virada finalista: pelo ponto de vista das normas, e pelo ponto de vista das essências ou causas formais”, então deveremos agora distinguir o normativismo-teleológico de Canguilhem, segundo o qual “há uma normatividade inerente ao organismo” (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.132), o que significa não afastar algumas das teses naturalistas, já que “estar em boa saúde é ser capaz de adoecer e se recuperar; é um luxo biológico” (CANGUILHEM, 1991, p.199). Assim, para que possamos tecer uma crítica ao caráter teleologista da bioética de Pellegrino-Thomasma, a incluir sua leitura de

Aristóteles, do hipocratismos e da história da medicina, o que faremos na seção *A Filosofia da Medicina no modelo de Pellegrino-Thomasma* (capítulo 2 da Parte V), será conveniente tecermos um breve comentário sobre as possíveis fontes histórias das apreciações teleológicas da medicina, presentes tanto em filósofos antigos como Aristóteles ou filósofos modernos como Kant. Ora, o autor que primeiramente descreveu a história das interpretações teleológicas da medicina foi Canguilhem, ao qual Pellegrino se refere na citação acima referida.

A literatura anglo-saxônica que se desenvolveu a partir dos anos 1970, com o nome de “filosofia da medicina”, foi em grande parte uma resposta aos problemas abertos por Canguilhem, relativa à definição de saúde e doença, mas foram os primeiros escritos de Boorse, a partir de 1970, que deram início à controvérsia hoje conhecida, entre normativistas e naturalistas. Pellegrino parece reconhecer ambas as tradições como fontes relevantes para uma fundamentação da bioética a partir da filosofia da medicina. Entretanto, filósofos franceses continuaram as discussões iniciadas por Canguilhem sem se preocuparem com o debate anglo-saxão, dentre os quais destacamos Anne Fagot Largeault e Claude Debru, cujas discussões sobre as ciências biológicas e a medicina gozam de uma característica histórica e crítica, não tanto analítica ou preocupada com questões semânticas. Podemos supor que isso é o resultado de uma tradição canguilhemiana, isto é, que parte da tese de que saúde e doença não são definíveis *a priori*, mas sem abdicar de um modelo explicativo do normal e patológico ainda em contato com descrições biológicas, nem abandonar as razões socio-políticas dessa normalidade. Dado essas importantes diferenças, Giroux (2012) argumenta que não é possível classificar a tese de Canguilhem dentro da nomenclatura filosófica anglo-saxã. E a dificuldade se agrava quando notamos que Canguilhem não distingue entre as disciplinas da filosofia da medicina e da filosofia da biologia, como fizeram os filósofos analíticos. Diante disso, se nos perguntarmos porque Pellegrino teria considerado relevante citar Canguilhem, além de autores como Gadamer (PELLEGRINO, 2008, p.33, 107, 124) e Foucault (PELLEGRINO, 2008, p.33, 46), e em que medida isso contribui para o debate com os demais clássicos da bioética, nos encontraremos em situação difícil. Não saberíamos decidir se Canguilhem deve ser entendido como um naturalista, normativista ou um filósofo híbrido, menos ainda poderíamos saber como Pellegrino o compreendeu, a não ser que adotemos um maior distanciamento da taxonomia atual. Com isso poderemos lograr um bom ponto de apoio para uma crítica do caráter hermenêutico da filosofia da medicina de Pellegrino, o que teceremos na seção 4. *Aristotelismo, tomismo ou*

hipocratismos? (capítulo 2, Parte V). Com efeito, podemos distinguir normativismo e naturalismo quando partimos de uma consideração analítica sobre saúde e doença; contudo, ainda teremos que distinguir entre *naturalismo* revisionista ou conservador, bem como entre *normativismo* revisionista e conservador. Isso por si só tem levado os filósofos analíticos a grandes controvérsias, sobre as quais nos deteremos em alguns pontos em capítulo posterior. Mas ainda precisaremos notar que um normativista e um naturalista podem admitir uma outra distinção, agora sobre a fonte da moralidade médica, dividindo os autores entre externalistas (Engelhardt, Veatch), internalistas (Pellegrino, Jonsen) e internalistas moderados (Brody, Miller) ou posições de níveis (Boorse), ou seja, aqueles que sustentam que saúde se define como algo “bom” desde normas externas ao organismo e a medicina (por exemplo, sociais), os que defendem que se trata de normas internas, para uns conforme algum sentido de normas de vida vivida (Canguilhem), para outros em termos de leis ou métricas biológicas (Boorse), para outros ainda desde o interior da comunidade médica (Pellegrino). Começamos a reparar que a taxonomia se torna frágil quando ultrapassamos o debate anglo-saxão. Em parte essa distinção corresponde àquela entre conservadores e revisionistas enquanto teoria da história da medicina, mas aqui não é tanto a topográfica (interno ou externo) da fonte da moralidade que importa. Engelhardt defendeu um normativismo contra Boorse e em explícita oposição a Canguilhem, ao aceitar que a evolução biológica é cega, sem continuidade alguma entre o biológico e o social, para justamente sustentar que essa descrição sobre normalidade em nada contribui com as noções de saúde e doença, que são valorativas. Por isso, diremos que Engelhardt é defensor de um normativismo revisionista e construtivista. Mas não podemos dizer o mesmo da filosofia da vida e da saúde de Canguilhem. Este poderá ser entendido, portanto, como um teórico híbrido, isto é, capaz de acomodar critérios normativistas e naturalistas? Essa parece ser a leitura de Nordenfelt (1995), autor que talvez tenha se tornado o principal opositor de Boorse, e que se apropria tanto de Canguilhem quanto de Whitbeck. Engelhardt não se refere a Canguilhem, mas reconhece a polêmica, quando afirma que “devemos observar que tentativas como as de Clouser, Culver e Gert, no sentido de introduzir uma expressão como *malady* [“doença”] não levarão ao que é necessário aqui”, ao oferecerem a definição de que alguém tem uma doença quando “está numa condição, independente de crença e desejo, que produz sofrimento ou risco de sofrimento”, pois “a medicina trata uma série de ‘doenças’ com distintas causas de sustentação, como, por exemplo, a infertilidade, proporcionando inseminação artificial”, de modo que “tal

‘doença’ não é uma doença segundo as rubricas de Clouser” e, “portanto, uma expressão mais geral é necessária”, de onde o autor conclui: “tenho proposto a expressão *problema clínico*[...], vide, também, L. Nordenfelt e Lindahl, *Health, disease, and causal explanations in disease*” (ENGELHARDT, 1998, p.256). Porém, nem Engelhardt nem Canguilhem podem ser considerados teóricos híbridos. No caso de Canguilhem, isso se deve ao fato de o autor defender não apenas que há normas tanto internas quanto externas ao organismo e à vida, mas que essas normas são devidas a um ajuste teleológico. Canguilhem afirma existir graus de normatividade, assim como Nordenfelt falará em graus de saúde (NORDENFELT, 1995), e o primeiro ainda defende que o organismo tende a produzir, mais que preservar, suas capacidades, o que também foi defendido por Whitbeck. Desse modo, Lefève (2004) defendeu que a tese de Canguilhem é um naturalismo não reducionista, o que confirma a impossibilidade de incluí-lo nas categorias anglo-saxãs, onde o teleologismo normativista não se classifica como um subcaso de naturalismo. Giroux ressaltou que a noção de “norma” em Canguilhem é tanto biológica quanto social, porém com o agravo de que, no *Ensaio* admite que a normatividade consciente é vital, enquanto nas *Novas Reflexões* insiste em separar normas sociais e normatividade biológica. Por essas razões, para enfatizar aquilo que em Pellegrino parece ir de encontro à Gadamer, diremos que a doutrina de Canguilhem representa um normativismo-teleológico. E aplicaremos o mesmo à filosofia da medicina de Pellegrino para, mais tarde, avaliarmos possíveis vantagens ou desvantagens dessa abordagem para o nosso problema. Como ainda veremos, outro debate similar poderá ser destacado entre Foucault e Boorse ou Engelhardt, agora não tanto por causa de uma posição teleológica, mas antes devido ao método crítico com o qual Foucault sustenta um modelo normativista mais radical. Resumidamente:

Canguilhem (modelo teleológico)

1. Giroux (2012): inclassificavel na taxonomia anglo-saxã
2. Nordelfelt (1995): teoria híbrida
3. Lefève (2004): naturalista reducionista
4. Carel (2007): normativismo fenomenológico

Foucault (modelo social)

1. Crítica de Boorse: desconsidera erros médicos
2. Crítica de Engelhardt:
 - a. não fornece solução normativa
 - b. não compreende os problemas da linguagem médica

Pellegrino colocará seu finalismo nem na sociedade nem no organismo, mas na profissão e comunidade do médico, na forma de metas da medicina em relação à vulnerabilidade do corpo, o que faz da filosofia da medicina de Pellegrino um normativismo-conservador. Este caráter conservador é tudo o que Canguilhem se esforça por evitar, dado suas severas críticas ao hipocratismo, e neste ponto não poderíamos encontrar nenhuma apropriação justificada em Pellegrino. Portanto, teremos que distinguir aquele tipo de normativismo que encontra as normas no juramento médico, e o normativismo que encontra as normas no próprio organismo. Canguilhem descreveu os dois problemas, mas decidiu-se pelo modelo teleológico, em distinção ao normativismo construtivista de Engelhardt e do conservadorismo de Pellegrino. Neste último, contudo, a teleologia biomédica retorna na forma de um resgate do hipocratismo. Em bioética, quando a discussão diz respeito a ambiguidade do termo “vida”, ora em sentido biológico, ora como valor (vida boa, corpo vivido, etc.), a discussão tem por foco as concepções de normalidade, mas daquela ambiguidade segue-se uma discussão em quatro termos, isto é, normal e patológico, saúde e doença. A ênfase na noção fenomenológica de “vivido” levou Engelhardt a definir “pessoa” desde certa interpretação do ser-no-mundo (1998, p.196), assim como Pellegrino (2018, p.88). Mais recentemente, Carel (2007, 2008) insistiu que saúde apenas é definível desde a experiência vivida com o próprio corpo, em termos de não se sentir alienado ao corpo, criticando os critérios de normalidade biológica.

Mas muitos já haviam argumentado de modo semelhante, destacando-se Heidegger, Binswanger, V. von Weizsaecker, Jasper e Gadamer, este último – mencionemos de passagem – dispoendo de conferencias famosas sobre saúde e medicina proferidas ao longo de 25 anos (1965-1990) (GADAMER, 2006), ao qual Pellegrino se refere algumas vezes (2008, p.33, 107, 124). O problema mais imediato com esse tipo de abordagem é levar a defender, como pretendeu também Carel, que um indivíduo que experimenta uma “livre percepção de estar em casa” no próprio corpo é saudável, ainda que o diagnóstico médico defina alguma doença conhecida, pois, segundo o autor, saúde expressa a condição de estar envolvido e engajado no mundo e com os outros, ativo nas atividades cotidianas (CAREL, 2011). De forma muito semelhante, para Gadamer o indivíduo saudável é definido em termos de liberdade para a vida social. A tese de Canguilhem, entretanto, deve ser entendida como uma resposta a esse tipo de pressupostos existencialistas, ao definir a saúde como uma espécie de flexibilidade do próprio organismo ou capacidade de tolerar impactos ambientais, o que torna essa “disposição” para assumir novas normas uma filosofia contra o naturalismo, já que essa norma não é mensurável em nenhum sentido (CANGUILHEM, 2012, p.49). Portanto, em Canguilhem encontramos digressões tanto sobre o que é criticável na teoria naturalista da saúde quanto acerca do que poderia ser equivocado na fenomenologia daqueles bioeticistas. Por isso, interessa mais a Pellegrino do que a Engelhardt responder a isso. Mas haverá certa semelhança entre Canguilhem e Gadamer, a saber, que o organismo enfrenta o mundo mais para se expressar que para se defender. As teses de ambos os autores são, portanto, teleológicas. E é aqui que Pellegrino se apropria da discussão, autorizado pela hermenêutica de Gadamer a uma leitura aristotélica. Mas, para aqueles filósofos que aceitarão as críticas de Gadamer e Canguilhem ao naturalismo, mas adotarão também as críticas dos naturalistas ao normativismo, o que se deve aprender com essa história é uma posição híbrida em filosofia da medicina (WHITBECK, 1981, p.620), como veremos. Seja como for, isso deve nos mostrar como a filosofia da medicina de Pellegrino representou um passo para fora da tradição analítica de bioética e filosofia da medicina. É por essa razão que não poderemos limitar a “filosofia da medicina” aos problemas da tradição analítica se queremos tecer uma investigação sobre os fundamentos da bioética clássica. Esse é também um bom caminho para interpretarmos porque, para Pellegrino, a bioética é um ramo da filosofia da medicina, sem, contudo, incluir a filosofia da ciência médica. Sobre isso, adiantaremos que nossa leitura sobre a tradição francesa estará orientada pelas conferências de Fagot-Largeault, mas na tradição anglo-

saxã estaremos nos guiando por Engelhardt, como dissemos em nossa introdução, o que não significa, como já se percebera, que entendemos os problemas a partir desses dois autores.

Canguilhem também defendeu, contra o que atualmente se chama de construtivismo (cujo conceito estudaremos em momento oportuno), que não há em medicina nenhuma definição possível de “norma” que pudesse servir de critério para a definição de “normal”. Partindo de importantes críticas à “medicina ideal” de Claude Bernard (1865), o autor se opôs à distinção entre saúde e doença que os normativistas endossam, sustentando que o problema se encontra primariamente na distinção biológica (e fisiológica, para a época de Bernard) entre normal e patológico, isto é, que a fisiologia é uma ciência baseada em normas (estatísticas, químicas, etc.). Portanto, Canguilhem seria um normativista, mas sem ser um construtivista como Engelhardt: a medicina não pode prescindir da normatividade, nem pode se limitar ao sentido de “norma” adotado pelas ciências fisiológicas e biológicas. Pelas mesmas razões, há quem entenda que a obra de Canguilhem pode servir de alternativa contra a teoria híbrida de Whitbeck (PELLEGRINO-THOMASMA, 2012; ENGELHARDT, 1998). Nesse sentido, Canguilhem, apesar de pouco ter se referido à ética médica, apresentou uma abordagem sobre normas médicas que toca substancialmente em nossa questão, enfatizando que seu trabalho também deveria servir para uma futura ética da medicina melhor acabada (CANGUILHEM, 2010, p.201). Portanto, aquela breve referência a Canguilhem, feita por Pellegrino, servirá para colocarmos questões sobre a teleologia da medicina, isto é, suas possíveis metas, permitindo abordar as críticas de Engelhardt à Foucault, bem como os problemas de heurística médica descritos pela tradição francesa e que entendemos que Beauchamp foi sensível a sua maneira (2001).

Podemos extrair de Canguilhem duas posições diferentes: (i) por um lado, que a medicina é sempre normativa em termos práticos e teóricos, desde as decisões diagnósticas até as terapêuticas; (ii) por outro lado, que o organismo por si mesmo é dotado de normas inerentes, o que, traduzido para uma linguagem aristotélica-tomista, significa dizer que o organismo é sempre teleológico, isto é, que doença e saúde são ambos uma ordenação de valores na direção da melhor adaptação. A primeira interpretação da obra de Canguilhem extraímos das conferências sobre medicina proferidas por Foucault, em 1974 (FOUCAULT, 2011, p.245); quanto à segunda interpretação, é recorrente em bioeticistas franceses, como é o caso de Anne Fagot-Largeault, acima referido (2013, p.113). Não estamos nos comprometendo com nenhuma dessas tradições, mas essa sucinta discussão tem o seguinte propósito: deveremos recordar ao

longo da investigação que o “problema de Canguilhem” compreende a questão de como interpretar critérios normativos no interior da heurística médica, isto é, nos julgamentos sobre as normas médicas das doenças, das decisões terapêuticas, da imputabilidade causal das doenças segundo sistemas de classificação, e não tanto nas teorias sobre as fontes externas ou internas das normas morais da medicina. Por isso, não estamos simplesmente reproduzindo a pergunta clássica da filosofia da medicina, que gerou o debate entre normativistas e naturalistas, a saber, se por normalidade deveríamos entender um conjunto de leis e medidas naturais (Boorse) ou se, inversamente, a regularidade determinada pela bioestatística em medicina é uma forma velada de normatividade (Engelhardt). Nossa pergunta admite uma diferença, de modo a reunirmos o problema formulado por Engelhardt (sobre a disputa entre ontologistas e fisiologistas da enfermidade) e a diferentes leituras dirigidas ao normativismo: *queremos saber se, apesar dos formuladores e proponentes atuais das regras de decisão e expectativas (incorporadas nos sistemas biomédicos heurísticos e de diagnóstico, probabilísticos, estatísticos e informacionais) reconhecerem abertamente que se tratam de critérios normativos, não se segue daí um prejuízo moral quanto aquilo que se escolhe respeitar e aquilo que se espera promover com tais decisões?* Abordando o debate bioético desse modo, logramos alterar o ângulo do problema clássico da tradição analítica, pois, sem isso, as características particulares da bioética de Beauchamp-Childress, em relação as filosofias da medicina, permaneceria fora do debate e, mais ainda, sem serem apreciadas. Pois o problema da fundamentação da bioética não termina em decidir entre naturalistas e normativistas, nem entre fundar a ética médica na filosofia ou em outro lugar. Assumiremos o debate, é claro, mas focalizando o julgamento e a decisão médica. De fato, devemos concordar que, se por “decisão clínica” se entende coisas como manter ou interromper um tratamento paliativo, incluir ou não o aborto no ofício médico, etc., então esperar por um conceito claro e distinto de saúde e doença é uma posição incabível, como mostrou Hare e Engelhardt. Mas, se entendermos por “decidir clinicamente” os expedientes protocolares e instrumentais, como ferramentas cirúrgicas, equipamentos de exame, ou previsão sobre insalubridade e incidências sobre populações, então os conceitos de saúde e doença deixam de ser irrelevantes. No mesmo sentido, não concordaremos com Germund Hesslow, que Pellegrino-Thomasma colocaram ao lado de Szasz (PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.164), para o qual a distinção e a definição de saúde e doença são irrelevantes e inclusive perniciosas para o trabalho médico e suas “decisões clínicas” (HESSLOW, 1993, p.01),

em oposição ao que é sustentado tanto por Pellegrino-Thomasma quanto por Engelhardt. Este último é um construtivista em filosofia da medicina por não aceitar que do normativismo médico se possa concluir um relativismo de valores sobre saúde, nem mesmo uma teleologia da profissão médica (Pellegrino) ou do organismo (Canguilhem). A prova disto está nas críticas que Engelhardt fez a Foucault (1963), o que nos permitirá compreendê-lo como um normativista conservador (ainda veremos em que sentido), que seguiu Canguilhem quanto à tese da história da medicina ser a história das instituições moralizantes contidas nos conceitos de “normal” e “patológico”. Em suma, a questão nesse contexto concentrava-se em saber se, toda vez que as inferências bioéticas baseadas em filosofias sobre o biomédico fracassam, não surge a tendência de solucionar os problemas com um esquema teleológico? Até que ponto o modelo bioético de Pellegrino-Thomasma são devedores dessa estratégia?

O que pretendemos enfatizar são as razões do debate: Clouser-Culver-Gert argumentaram que seria mais apropriado adotar o termo *malady* no lugar de *disease*, para que se possa incluir doenças, lesões, deficiências, disfunções e condições assintomáticas, independentemente de concepções sobre causa física ou psíquica, pois *malady* é uma condição do portador e não de uma entidade nosológica (CLOUSER; CULVER; GERT, 1981), tese que não representa uma defesa da teoria híbrida por consistir em um objetivismo, que sofre de alguns problemas em comum com o naturalismo (WORRALL; WORRALL, 2001), mas que multiplica as entidades ou eventos para poder dar sentido ao pluralismo de normas morais presentes em medicina. Mas se isso levou Engelhardt e Nordenfelt – ambos argumentando contra Boorse – a preferirem expressões amplas do tipo “problema clínico” no lugar de “doença”, não se estaria apenas substituindo um termo geral por outro, já que doença parece ser empregado, com muita frequência, como um gênero (HEGENBERG, 1998)? Mas, para que serviria essa estratégia senão para ceder a tentação de restituir a teleologia no campo das decisões morais, seja na forma de “o bem do paciente” ou como “a concepção de vida boa do paciente”? (Este problema será por nós discutido na seção 5. *Internalismo ou externalismo?*, capítulo 2, Parte V).

2. Heranças hipocráticas.

Passaremos agora a apresentar um segundo lugar de dificuldades com as abordagens analíticas e semânticas onde autores como Engelhardt e outros se situam. Talvez a forma mais direta de compreender nosso

problema inicial esteja no que Beauchamp-Childress chamaram “duplo-papel” de médico clínico e pesquisador, o que não significaria dois ofícios da ciência médica, mas antes o fato de que um mesmo profissional ter de se ocupar tanto do tratamento de um bebê prematuro com complicações ou pacientes gravemente senis e comatosos, quanto da coleta de informações sobre os mesmos para efeito de pesquisa. Voltaremos a isso em nossa seção 2. *Medicina como duplo-papel e duplo-relacionamento*, no capítulo 1 da Parte VI. No momento, contudo, podemos observar que perguntas analíticas sobre isso poderiam ser do tipo: pertence à medicina este tipo de pesquisa paralela à clínica médica? Trata-se de duplo-papel ou de duas profissões ou dois ofícios diferentes ao encargo de um mesmo profissional? A medicina é usada socialmente para atender metas de status diferentes ou a medicina se caracteriza por uma pluralidade de metas? Além disso, surgem perguntas como: deve-se utilizar de tecnologias experimentais na tentativa de salvar o paciente, mesmo que essas venham a causar mais danos à saúde? A extrema vulnerabilidade do paciente é razão suficiente para o maior cuidado obrigatório ou para a transferência do direito pessoal de decisão sobre o que fazer?, etc. Perguntas desse tipo significam ter de decidir entre a obrigação de intervir com tratamento ou não intervir (por exemplo, deixar morrer) e, neste caso, são categorias como “incerteza médica”, “melhoramento da qualidade de vida”, “medicamento indicado” etc. que estão sendo consideradas em seus limites (JONSEN; SIEGLER; WINSLADE, 2010). Queremos responder se estes últimos termos exprimem um paralelo ou alguma relação de fundação entre o bioético e o biomédico.

Mais uma vez, essa discussão sobre o duplo-papel do médico também foi muito discutida em *O Normal e o Patológico*, cujo título da obra remete, entre outras coisas, a distinção que o funcionalismo de Boorse irá propor como substituto do par saúde-doença e com o propósito de fundamentar um positivismo médico e evitar todo tipo de juízos de valor em medicina, isto é, superar juízos sobre *normatividade* mediante descrições sobre *normalidade*. Ora, a resposta de Canguilhem é justamente que, devido ao fato do ofício do médico ser inerentemente de duplo-papel, então a medicina clínica é sempre simultaneamente experimental, pois a prática médica de tratamento é seu próprio método. Esse é “o problema de Canguilhem” que acreditamos ter permanecido pouco enfatizado nos debates analíticos, pois não se trata simplesmente se, em medicina, as regularidades são normativas, mas, em última instância, como seus julgamentos podem se tornar *ad hoc*. Canguilhem observa que é a recusa a esta tese que separa a biologia especulativa da biologia experimental: “Olhando as singularidades, as anomalias

inclassificáveis, como tantos convites a procurar o possível orgânico nas lacunas do regular, Buffon, sem dúvida, confundiu o possível matemático e o possível biológico”, o que seria “efeito não só da ignorância das leis verdadeiras da reprodução e da hereditariedade, mas também da convicção mágica, mais que científica, segundo a qual ‘a natureza não tende a fazer bruto, mas orgânico’” (CANGUILHEM, 2012, p.403). Quer dizer, singularidade não é apenas uma questão de espécies, mas na medida em que diz respeito à fisiologia e, por isso, aos seus limites, é também uma questão relativa ao indivíduo. Ora, o princípio de respeito à autonomia nasceu, no interior do Relatório Belmont, com a pretensão de formular especificações também para este tipo de abuso epistêmico por nós conhecido na história da medicina, devidos ao duplo-papel. Isto significa que, “visto que das três espécies de doenças mais ininteligíveis e menos curáveis, doença da pele, doença dos nervos e doenças mentais, o estudo e o tratamento das duas últimas fornecem sempre à psicologia observações e hipóteses”, segue-se que “de muitos trabalhos de psicologia, retira-se a impressão de que eles misturam a uma filosofia sem rigor uma ética sem exigência e uma medicina sem controle.” (2012, p.403).

Assim, o mesmo problema que reúne, em medicina, a clínica e o experimento, reaparece na própria definição de medicina: “O estudo da medicina experimental não é a aprendizagem de uma disciplina constituída, acabada, é a dedicação a uma tarefa que deve continuar” (2012, p.132), diz o autor citando o experimentalismo de Claude Bernard, tal que “a arte de curar é, pois realmente fundada, como todas as outras, na observação e no raciocínio” (2012, p.133). Mas, “notemos bem, [continua o autor] este método geral, aplicado à medicina, nos remete ao leito dos doentes”, contra concepções ontológicas da medicina, pois, com efeito, “Cabanis tinha consagrado seu curso a Hipócrates” a ponto de afirmar que, “para o talento da observação, nós não podemos... lutar com os Antigos”, mas tão somente realizar uma reforma em termos de “retorno às origens, aos antigos”, “porque se há uma ciência cujos dogmas devem fundar-se principalmente na observação é a medicina, sem dúvida” (2012, p.134). Porém, corrige Canguilhem logo em seguida, o mito da medicina natural como prática hipocrática e ciência da observação se reúnem neste projeto: “Assim como certos filósofos acreditam numa filosofia eterna, muitos médicos, hoje ainda acreditam numa medicina eterna e originária, a medicina hipocrática” (2012, p.134). A medicina moderna enquanto medicina experimental, conclui o autor, é um “corte histórico” e uma “declaração de guerra” contra a medicina hipocrática. Trata-se de abandonar o naturalismo presente no hipocratismo, em termos de

observação passiva, “ciência conquistadora” (2012, p.134). Ter-se-ia forçosamente que concluir que “a história da fisiologia não pode ser totalmente estranha à história da clínica e da patologia médicas” (2012, p.254). Assim, “a história da fisiologia nervosa e a da fisiologia endócrina, no século XIX, nos oferecem exemplos incontestáveis de casos onde foram à observação clínica e a indução etiológica que chamaram a atenção sobre desordens ou desregramentos funcionais de que os fisiologistas ignoravam inicialmente”, bem como “a história da fisiologia da suprarrenal ou da tiroide é ininteligível sem sua relação com o estudo clínico da doença de Addison ou com a cirurgia das papeiras” (2012, p.255). Portanto, Canguilhem concordaria com Engenhardt que as pretensões hipocráticas e ontológicas de Pellegrino-Thomasma não se sustentam, mas, pelas mesmas razões, da constatação de conteúdos normativistas em medicina não se segue a priorização da autonomia como condição da ética médica. Isso deve bastar para mostrarmos que nem Canguilhem nem Pellegrino são normativistas sem sentido usual e, o mais importante, que apesar da referência que Pellegrino fez à Canguilhem, Gadamer, entre outros, parece que é a sua leitura do hipocratismo que está equivocada, como salientou recentemente Boorse (2016, p.5), crítica sobre a qual nos ocuparemos em um capítulo particular. Fica assim justificado porque precisaremos reservar uma seção para discutir em que medida o normativismo conservador de Pellegrino pode servir de fundamento para a sua teoria internalista da moralidade médica.

3. De Aristóteles à Descartes.

Para tecermos ao menos uma consideração de caráter historicista, vejamos como o problema poderia ser descrito mediante a história da filosofia naqueles autores clássicos que poderão ser significantes para a descrição de nosso problema. Sabemos que, em grande parte, o argumento moral de Pellegrino-Thomasma é dependente de certa interpretação da ética aristotélica. Mas isso deve significar também uma concepção de “pessoa como integridade” para uma teoria teleológica do bem orgânico. Com efeito, o primeiro a fornecer a definição e a distinção de *totalidades orgânicas* foi Aristóteles (*Met. V*, 1023b26-1024a10; *Eth. Nic.* 1140a25): por “todo” se deve entender aquilo cujas partes constituintes não faltam ou aquilo cujas partes formam uma unidade, podendo ser esta unidade de duas espécies: aquele todo em que cada componente é por si mesmo uma unidade ou aquele cujo conjunto forma uma unidade. Aristóteles concluiu que é o segundo tipo de totalidade que encontramos nos seres vivos, mais que nos artificios, além de que,

“quantidades tendo um começo, um meio e um fim, aquelas nas quais a posição das partes é indiferente são chamadas um total ($\pi\alpha\nu$), e as outras, um todo ($\delta\lambda\omicron\nu$)” (CANGUILHEM, p.351). É deste modo que Pellegrino-Thomasma encontram em Aristóteles uma solução ao debate que Engelhardt menciona, entre a concepção técnica de enfermidade e a concepção ontológica. Mas até que ponto a noção antiga de totalidade orgânica x totalidade agregada (Aristóteles), totalidades reais e totalidades nominais (Buytendijk), todo autêntico e todo inautêntico (Husserl) se justificariam após o corte da medicina moderna discutido por Canguilhem? A teoria das “totalidades orgânicas” aristotélica foi resgatada mais recentemente apenas por E. Husserl, a partir dos estudos de Brentano: no primeiro, servindo de base para aquilo que Ryle posteriormente chamou de “erro categorial”; no segundo, como forma de interpretação daquela diferenciação aristotélica. Mas, se “citamos bem longamente dois textos de Aristóteles com a intenção de precisar exatamente seu alcance” (CANGUILHEM, 2012, p.352) é porque também se trata de questionar a tradição hipocrática. E entendemos que a mesma crítica poderá ser estendida para a leitura que Pellegrino fez de Aristóteles. Sabemos que isso significa que Aristóteles se afasta de Platão no mesmo sentido que Descartes se afastará de Aristóteles: para esse, “não há modelo matemático do vivente”, ainda que “a natureza da vida seja fabricante”, mas “é a presença da forma da saúde na atividade médica que é precisamente a causa da cura”, conforme o princípio “não é o médico, é a saúde que cura o doente”. Portanto, “o antiplatonismo de Aristóteles se exprime, então, também, na depreciação da matemática” (CANGUILHEM, 2012, p.370), tal como Descartes depreciará Aristóteles por ter dividido a alma em partes e não admitir a calculadora mecanicista para o corpo. E como, atualmente, o modelo biológico aceita ser descrito mediante um vocabulário informacional, assim como os modelos de patologia tendem aos sistemas explanatórios e classificatórios (ontologias de domínios de linguagens variadas, como veremos), então terá razão Descartes e, ainda mais, Hegel, contra os aristotélicos e hipocráticos. Por isso, o problema do duplo-papel que acima nos referimos, se traduzirmos as categorias bioéticas em categorias biomédicas, poderia ser recolocado deste modo: partindo da definição aristotélica de totalidade orgânica abre-se um leque de problemas: até que ponto, em medicina, se justifica uma distinção entre o vital e o artificial, o biológico e o mecânico?; se o fisiológico e o patológico (a saúde e a doença) são homogêneos ou contínuos?; e em que medida o quantitativo e o qualitativo são reuníveis tal como vida e morte seriam os extremos de um contínuo? (2012, p.43). Mas nossa questão é justamente saber se

podemos partir daquelas subclasses de categorias para categorias gerais de normatividade da pessoa? Evidentemente, a totalidade do ser vivo nos termos de Aristóteles passou a apresentar problemas no século XIX, não por distinguir somação e completude, critério esse acerca do qual muitos se manterão adeptos, mas antes por entender o organismo vivo como unidade de forma e função, unidade não nominal, mas real, porém de cunho teleológico. “A finalidade orgânica é, para Aristóteles, uma finalidade de um tipo técnico altamente especializado”, de modo que “a biologia aristotélica é uma tecnologia geral” (2012, p.352-353) capaz de pensar a permutabilidade das partes de um ser vivo em função de uma causa final. Portanto, se a tradição hipocrática é a continuidade desse pensamento aristotélico, então seria falso afirmar que a tradição hipocrática tenha podido eliminar toda concepção técnica em medicina, e o problema passa a ser em que medida a ética médica incorpora critérios *técnicos* ao lado de seus protocolos *éticos*.

Com efeito, “o vocabulário da anatomia animal, na ciência ocidental, é rico em denominações de órgãos, vísceras, segmentos ou regiões do organismo, exprimindo metafóras ou analogias tecnológicas”, como por exemplo, “os termos tróclea, polia, tiroide, escafoide, martelo, saco, aqueduto, trompa, tórax, tíbia, tecido, célula etc.” (2012, p.353). Portanto, não é apenas o problema da teleologia que deve nos interessar, mas antes o fato da anatomia e, em parte a fisiologia, pensar o organismo vivo como um *organon* (instrumento, literalmente “aquele que funciona”, de *ergon*, “trabalho”, “produção”). Apesar disso, Pellegrino-Thomasma parecem pretender conciliar o instrumentalismo e a teleologia em medicina: “O bem biomédico é o bem *instrumental* que o paciente procura no médico”, “também um bem interno para a Medicina [enquanto] reivindicação de tipo especial de atividade humana”, chamado de “o medicamento indicado”, e representa o que a medicina pode produzir tecnicamente mediante intervenções (cura, prevenção, prolongamento da vida, etc.), dependente da competência profissional segundo sua promessa de ajudar, mas não representa todo o bem do paciente nem esgota todo bem que o médico é obrigado a fazer, pois o medicamento indicado não pode ser reduzido ao imperativo médico “deve ser feito todo procedimento que promova bens ao paciente” (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.135-143). A premissa ontológica estaria nesta suposição: “Existe um bem maior – não na percepção que o paciente tem das coisas, mas de ordem natural” (Pellegrino mais próximo de Boorse que de Carel, neste ponto) e “tal ordem de bem é a ordem do bem do corpo enquanto um organismo biológico, pela qual aquele bem natural é o bom funcionamento,

reconhecidamente a serviço da pessoa”, sem com isso “ser o corpo apenas um instrumento e totalmente submetido a qualquer fim que o seu ‘dono’ o impõe” (2018, p.87-89).

4. Entre o kantiano e o hegeliano.

Tudo se passa como se fosse necessário responder em que medida se pode manter a tradição hipocrática. Mesmo Comte insistiu em defender que o organismo é um todo harmônico cujas partes se relacionam entre si por dependência mútua e cujos atos são solidários entre si, tal que “ele foi, no entanto, aquele que soube perceber na própria estrutura do organismo a condição de ruptura do obstáculo constituído pela ideia de circularidade vital”, substituindo a concepção do organismo como fábrica por uma unidade social, afirmando que “a divisão do trabalho é a lei do organismo como da sociedade” (CAMGUILHEM, 2012, p.360). Boorse e outros naturalistas recentes ainda falarão em unidade, equilíbrio e harmonia orgânicos. Contudo, se o positivismo médico mereceria ser refutado, isso não se deveria tanto ao fato de não terem superado a ontologia médica, nem apenas porque seria preciso incluir em teoria da medicina os devidos juízos de valores ou pressupostos normativos, mas também porque pertence à linguagem médica uma estrutura informacional explanatória, como percebeu Engelhardt (ENGELHARDT, 1998, p.231), devendo muito sua concepção de ciência médica e sua posição sobre a autoridade do Estado sobre a saúde, à certo uso da filosofia hegeliana (1998, p.234). Hegel afirmou que “a vida é a realidade imediata do conceito” e “hoje podemos colocar-nos a questão de saber se o que os biólogos sabem e ensinam concernente à estrutura, à reprodução e à hereditariedade da matéria viva, na escala celular e macromolecular, não autoriza uma concepção das relações da vida e do conceito mais próxima da de Hegel do que da de Kant e, em todo caso, do que da de Bergson”, pois “ela utiliza agora a linguagem da teoria da linguagem e da teoria das comunicações”, onde “mensagem, informação, programa, código, instrução, decodificação, são os novos conceitos do conhecimento da vida” (CANGUILHEM, p.380, 381 e 395). Como veremos, Engelhardt foi pertinente ao destacar que a atual concepção de doença é classificatória e explanatória, cujo modelo parece ser uma versão capaz de conciliar a concepção funcionalista de medicina e a concepção baseada em valores: “Hegel conhecia, ao contrário de Kant, que as categorias do conhecimento são históricas, [o]s modos como vemos a natureza [...]” (ENGELHARDT, 2008, p.234). Mas lhe faltou justamente perguntar porque modelos de classificação em informática, ao

lado de heurísticas baseadas em lógicas de probabilidade e lógicas difusas (SADEGH-SADEH, 1981, p.75, *apud* PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.74; VEATCH, 2006, p.8), transformou o sentido antigo da pergunta sobre o que são doenças.

5. A Faculdade de Julgar.

No interior do debate anglo-saxão em filosofia da medicina, foi Pellegrino quem procurou resgatar os argumentos abertos por autores franceses, como Canguilhem, e autores alemães, como Gadamer, com o intuito de melhor formular ou justificar tanto elementos teleológicos quanto elementos hermenêuticos, ambos como chave de leitura do hipocratismos. Assim sendo, nossa reconstrução do debate contemporâneo entre a ética da medicina e a filosofia da medicina não se tornaria satisfatória se não incluíssemos uma crítica a estas apreciações feitas por Pellegrino desde seus primeiros trabalhos. O que pretendemos mostrar desde estas referências indicadas por Pellegrino no campo da filosofia da medicina diz respeito a sua consequência moral: o que significa aderir a julgamentos teleológicos em biomedicina? Vejamos brevemente como esta questão pode ser localizada no debate entre os bioeticistas clássicos. Aqui, o ponto central dirá respeito ao uso biomédico do termo “julgamento” quando este inclui algum sentido teleológico.

Ora, se o que Pellegrino-Thomasma fazem é aceitar a distinção aristotélica entre $\pi\alpha\nu$ e $\acute{o}\lambda\omicron\nu$, tanto para corrigir a ética hipocrática quanto para formular uma ontologia da medicina, então não poderíamos deixar de notar que essa proposta é tributária àquela afirmação consagrada em *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (GADAMER, 2006; PELLEGRINO, 2008, p.33), onde se sustenta o seguinte: (P₁) se “ciência e arte de curar se confundem de modo peculiar” (p.102); (P₂) se “a tarefa mais genuína de todos nós, que o médico em última análise nos põe perante o olhar com o seu poder, consiste em conhecer como todos nós nos situamos entre natureza e técnica, somos seres naturais e nós devemos compreender relativamente aos limites do nosso poder” (p.210); (P₃) e se “o paciente é uma pessoa e não um ‘caso’” (p.106), desde que se entenda que “o ser da pessoa é, sem dúvida, algo, que por toda a parte se nega, e, contudo, sempre e de novo e por toda a parte interfere na recuperação do equilíbrio, de que o homem necessita para si mesmo, para a sua casa e para o seu estar-em-casa” (p.108); (C) então, “um *holon* é também o saudável, que em razão de sua própria vitalidade, em si fechada e sempre auto-regenerante, se inseriu no todo da natureza. Toda tarefa médica deve considerar isso em grande interesse” (p.108).

Este *Holon* foi traduzido por Pellegrino-Thomasma por “*integrity*” (2018, p.12, 34), “*wholeness*” (2018, p.17), “*lost wholeness*” (2018, p.19), em escritos anteriores foi tratado como o objeto de uma “restauração da natureza da vida” (PELLEGRINO, 2008), termo também usados nas conferências sobre filosofia da medicina de Gadamer, para se opor à concepção técnica de medicina, de doença como objeto controlável (GADAMER, 2006, p.110) e de paciente como um “caso” (2006, p.114). Assim, diz Pellegrino se referindo à Gadamer, “o que a pessoa doente precisa é de cura, uma restauração do que foi ‘perdido’, um restabelecimento do equilíbrio que existia antes do início da doença”, tal que “essa ‘restauração’ não é apenas um retorno do equilíbrio biológico (Gadamer, 1996)”, mas “é antes uma reestruturação de toda a nossa palavra de vida - uma com sua história única, conjunto de relações e meio social”, acréscimo normativista que o autor prefere concluir citando a si mesmo, para reconhecer sua filiação à Gadamer: “Nessa restauração, há um entrelaçamento da vida e dos mundos vividos tanto do médico quanto do paciente (Pellegrino, 2000)” (PELLEGRINO, 2008, p.117). Ora, Gadamer havia dito que, “quando somente profissionais podem julgar um fracasso que surge ou um erro do próprio profissional [...], significa que tal área se tornou autônoma” e “a inevitável consequência é que se acaba recorrendo à ciência bem além da medida na qual ela de fato é competente” (GADAMER, 2006, p.27), o que valeria especialmente para a medicina em função de seus fins inerentes. Certamente devemos concordar que os médicos possuem a autonomia metodológica para julgar seus próprios atos, e também é adequado questionar quais os limites dessa “autonomia” (autoridade?), mas permanecerá problemático dizer se há algo como “metas internas” à medicina. E, se for possível demonstrá-las, seria ainda mais problemático querer encontrar metas éticas a partir de categorias anteriores sobre o *télos* orgânico ou uma saúde inerente. Seja como for, para uma apreciação da proximidade entre estes autores, compare-se, por exemplo, as seguintes afirmações: “Definimos a Medicina como uma arte de curar que, primariamente, trabalha no corpo e além dele para alcançar a integração do mundo vivido pelo paciente”, “uma integração entre o sentido e a vida”, “curando ou restaurando a integridade perdida”, pois “essas características primárias da doença alteram a integridade da pessoa de forma profunda” (PELEGRINO-THOMASMA, 2018, p.12, 19, 22); “Sanidade vem de *sanus* e designa a integridade no sentido de ‘puro’, ‘imaculado’, ‘limpo’, bem como ‘correto’, ‘verdadeiro’, como no alemão *Gesundheit*, que se refere a integridade e inteireza (*Ganzheit*)” (GADAMER, 2006, p.143, 114). Porém, tão duvidosa quanto esta etimologia, é a *identificação semântica*

entre “saúde” e “integridade” (*holon*), o que, como vimos, representaria uma reconstrução ética em termos hipocráticos.

Recentemente, Carel (2012) criticou severamente a tese de Gadamer segundo a qual a saúde não é uma condição relativa a sentir a si mesmo, mas antes de sentir-se engajado no mundo, tal que a pessoa saudável de Gadamer é alguém em harmonia com seu ambiente social. A tese de Gadamer é uma apropriação da doutrina de Richman (2004), conhecida como “*embedded instrumentalist*”, segundo o qual a saúde é indexada a metas, ou seja, que “ser saudável” é uma condição que varia em graus conforme varie o quanto alguém é capaz de realizar suas metas. E foi novamente Nordenfelt (1995, *apud* ENGELHARDT, 2008, p.256) quem analisou e classificou o *embedded instrumentalist*, o que reforça nossa tese de que Engelhardt estava interessado em responder ao mesmo problema de Pellegrino. Este nos parece ser o ambiente do debate que parece merecer destaque. A diferença estará apenas no fato de que Pellegrino *identifica* as próprias metas da comunidade médica e as metas da “saúde natural”, o que ele mesmo chama de “internalismo moral da medicina” (PELLEGRINO, 2008, p.3, 7, 63, 67, 200, 363). Por isso, mais à frente, a distinção de Nordenfelt também será retomada por nós, a saber: ou se compreende as metas relevantes para a saúde como necessidades (biológicas) ou como desejos (ambições individuais) (NORDENFELT, 1995, p. 90). Trata-se de definir saudável como capacidade de satisfazer seus “objetivos vitais”, tese que Engelhardt afirmou apropriar-se. Mas Nordenfelt também afirma que esses objetivos vitais ou saúde são condições necessárias e suficientes para sentir-se feliz. Trata-se, mais uma vez, diríamos nós, da reedição do conceito de “faculdade de julgar” de Kant, que na terceira *Crítica* afirma referir-se às totalidades orgânicas e a teleologia da vida. Em oposição à tese mecanicista, cujo pedido era que “consideréis todas estas funções somente como consequência natural da disposição dos órgãos nesta máquina, do mesmo modo que ocorre com os movimentos de um relógio ou de um outro autômato” (DESCARTES, 1973, p.202), e sem que se precise aderir ao modelo metafísico, para o qual “[a] teleologia confirma o conhecimento de Deus que é estabelecido na teologia natural” (WOLFF, 1936, p.51), ao contrário, se a pergunta é “que lugar cabe à teleologia, [se] pertence à ciência da natureza ou à teologia?” (KANT, 1995, p.257), a resposta se delimitará em termos de “conformidade a fins da natureza”, enquanto um princípio da faculdade do juízo reflexionante, o que significa dizer, no sistema kantiano, que não é nem mecanicista ou teológico, nem “prescreve” uma determinação à natureza (KANT, 1995, p.24), formulando assim, ao seu modo, uma resposta ao “problema fundamental

da filosofia da biologia”, isto é, a problemática do reducionismo das ciências da vida (CAPONI, 2004, p. 118).

Tecemos estas breves considerações históricas para destacar as possíveis relações entre *juízo* e *teleologia* no que diz respeito aos problemas abertos por Pellegrino na tradição dos bioeticistas. Reservaremos o capítulo *Heurística médica e erro inferencial* (cap. 2, Parte IV) para discutir com detalhes os métodos de juízo médico e suas relações com a bioética. Neste momento, entretanto, ainda podemos destacar como o debate mais atual no qual Pellegrino se insere pode dizer respeito as questões sobre *juízo* médico.

Porém, a crítica a solução de tipo teleológica nos é conhecida e, se a tese de Gadamer e Nordenfelt fazem algum sentido, e se for verdade, como quis Canguilhem, que é a forma hegeliana, não a kantiana, cartesiana ou aristotélica, que está presente na medicina atual, então teremos que admitir que o conhecimento das normas vitais em medicina não se realiza segundo as “categorias do entendimento”, sequer são expressões de conteúdos prescritivos, mas trata-se de “juízos”. Não há como resolver a questão em termos *categoriais* sem incorrer no erro previsto por Ryle. Mais exatamente: o problema é que, em medicina, mesmo que tenha razão o naturalista ao dizer que o conhecimento de base não é normativo, ou, ao menos o revisionista, que o fundamento da biomedicina é normativo por equívoco momentâneo, ainda assim sempre haverá uma parte que recairá no chamado “juízo médico”, que tanto descreve quanto prescreve, venha ou não a ser interpretados como juízo teleológico. Que a medicina possa fazer *juízos* de imperícia, imprudência, imputabilidade iatrogênica, etc., ou ainda, juízos de imputabilidade causal em diagnóstico ou de probabilidade da eficácia de um tratamento, etc., sobre categorias biomédicas que contenham critérios normativos ou naturalistas, não permite que aquelas sejam inferidas destas. Pois estamos falando de *juízos*, e não de raciocínio dedutivo ou indutivo.

Mas o prejuízo hedonista que Nordenfelt produz com essa tese, que identifica saúde e busca do bem-estar, é facilmente refutável: no lugar das pessoas pensarem que a saúde é a condição para o bem-estar, tende-se antes a pensar que a saúde é um ingrediente do bem-estar, tanto que a saúde pode servir de condição para o usufruto vicioso do próprio corpo: “Assim um homem [...] pode escolher o regalo que lhe dá qualquer comida de que gosta e sofrer o quanto pode, porque, pelo menos segundo o seu cálculo, não quis renunciar ao prazer do momento presente em favor da esperança talvez infundada que possa haver na saúde” (KANT, 1960, p.15). Nesse sentido, também a teoria de Gadamer compreende uma

identificação equivocada, pois identifica logo de saída a saúde e o bem-estar, com o que o prejuízo hedonista do qual falávamos não chega a se seguir como uma consequência de um erro inferencial, mas é postulado na própria premissa maior para, apenas em seguida, tecer-se inferências morais. Nordenfelt fornecerá uma segunda crítica interessante contra a tese de Richman, que identifica saúde e bem-estar, dizendo que uma pessoa com poucas exigências terminará por ser diagnosticada como saudável simplesmente por se satisfazer muito facilmente, espécie de felicidade na ignorância e saúde no quietismo, ao que Richman respondeu que as metas que definem a saúde requerem um “interesse subjetivo objetivado” (RICHMAN, 2004, p.45). Ora, essa objeção poderia ser estendida à Pellegrino: o autor defendeu que o médico tem a obrigação intrínseca de fazer bem ao paciente, agir de modo beneficente em função de uma meta intrínseca ao organismo, onde a saúde como “o bem mais elevado” é correlata à cura como a meta mais específica da medicina; porém, Pellegrino acrescenta que esta meta, apesar de correta, necessita ser especificada para evitar o paternalismo médico, isto é, seria necessário estabelecer a meta de restauração do bem orgânico ou integridade da pessoa levando em consideração o respeito pela escala de valores do próprio paciente, evitando assim justificar a intervenção médica pró-beneficência desde os valores da pessoa do médico ou da teoria da medicina; contudo, poderíamos objetar que esse modelo somente evita o paternalismo nos casos em que o paciente é portador de valores julgados “baixos” ou valores considerados desviantes do ponto de vista moral, ou seja, a abordagem centrada na pessoa se torna estigmatizadora para certos pacientes, desde os suicidas e deprimidos até os criminosos, arrogantes ou desinteressados com o próprio cuidado.

Richman não discute a relação entre saúde e bem-estar, deixando vaga a identidade que parece produzir. Uma teoria como essa não é capaz de responder se a vacinação é atividade médica nem se gera saúde, por ser ao mesmo tempo proteção terapêutica contra infecção quanto melhoramento do sistema imunológico (HARRIS, 2007, p. 21). Além disso, melhoramentos neurológicos seriam formas de atingir nossas metas e, portanto, aumentar o grau de saúde, mas em nenhum sentido seriam tratamento contra doenças. Foi por isso que Whitbeck (*apud* PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.124; ENGELHARDT, 2008, p.377; BOORSE, 1977, p.542) preferiu defender que a relação entre saúde e metas está antes nas capacidades psicofisiológicas de um indivíduo (WHITBECK, 1981, p.620). Beauchamp-Childress parecem concluir, portanto, que é a ponderação da capacidade de escolha dos pacientes ou sujeitos-de-pesquisa que deve fornecer os critérios para orientar possíveis

metas da medicina. Portanto, em torno dos “julgamentos médicos” os autores têm se dividido em posições teleológicas e não-teleológicas sobre as metas a serem buscadas ou produzidas pela medicina. São estas dificuldades que abordaremos no capítulo acima referido, *Heurística médica e erro inferência*.

6. Normas sociais.

Antes de avançarmos para o próximo capítulo, um terceiro e último problema merece ser destacado quanto ao debate “paralelo” que os bioeticistas clássicos recorreram: “No mesmo espírito, Fleck empreende a epistemologia sociocultural sobre o fato médico, e Foucault o faz com o ‘olhar’ da clínica e o nascimento da clínica” (PELLEGRINO, 2008, p.33), mesmo porque “o recente desenvolvimento dessas introspecções por Ludwick Fleck e Thomas Kuhn levou a um melhor entendimento do papel das forças históricas e culturais na ciência de um modo geral, e na medicina em particular”, pois, “como Flack demonstrou, a medicina é uma promissora arena para a exploração do papel dos valores e objetivos nas reivindicações de conhecimento científico” (ENGELHARDT, 2008, p.235). Entretanto, Engelhardt, interessado em defender um normativismo revisionista ou construtivista, necessitou criticar o normativismo conservador de Foucault, chamando-o de “modelo social” (p.285): “Foucault coloca essa mudança”, a saber, do “mundo das enfermidades, que estava aberto a experiências tanto de parte do paciente quanto do clínico, [mas] passou a relacionar-se com [...] as descobertas do patoanatomista e do fisiologista”, no fato da “visão voltar-se para dentro, como resultado do trabalho de Bichat e Broussais” (p.268); mas será preciso acrescentar que, “porém, tanto Broussais como de fato Foucault deixaram de apreciar o total significado dessas mudanças”, is to é, “deixaram de perceber que esta reestruturação levava consigo uma ideologia que desconsiderava o significado das queixas do paciente”, tal que “esta exigência era digna de crédito porque as ciências de laboratório tinham-se transformado em ciências médicas básicas em um importante sentido ontológico [...], com relação ao desenvolvimento dos modelos explanatórios”, isto é, que “as preocupações da medicina com as realizações avaliadoras, descritivas e explanatórias estão, portanto, intimamente ligadas também ao papel da linguagem, por meio da qual a realidade social é formada” (p.271-272). Portanto, “o erro [de Foucault] estava em deixar também de concentrar-se nos objetivos e propósitos da medicina” (p.272), o que faz da medicina uma construção normativa e exige do crítico (o que Foucault não teria feito) apreciar soluções ético-

normativas para as metas da medicina. O “erro de Foucault”, enfatizemos, estaria em não ter descrito como a normatividade da medicina deve-se à sua linguagem e em não ter fornecido solução ético-normativa para essa estrutura construtivista da linguagem médica. Porém, como ainda veremos, uma réplica estaria em inverter o ônus da prova, ao mostrar que Engelhardt também não forneceu uma análise de outras formas da linguagem médica, como os modelos de informática apontados por Canguilhem.

O modelo social defendido por autores como Foucault estaria baseado em quatro critérios: (i) a medicina como formadora da sociedade, (ii) a sociedade médica, (iii) as sociedades médicas e não-médicas e (iv) a democratização da realidade (2008, p.285), todos eles criticados e reconsiderados por Engelhardt, mas à luz dos resultados sobre o modelo da linguagem explanatória. Porém, se é verdade que Foucault não teria apresentado nenhum critério para uma ética normativa em medicina, seria relevante considerar que o chamado duplo-papel do ofício do médico também lhe insere em uma dupla responsabilidade social, para com o paciente e para com as instituições. É isso o que recorre nos problemas morais sobre a chamada “assistência à saúde”. Se quisermos destacar que a pesquisa e a intervenção médica também dizem respeito a este campo, por exemplo, em saúde pública e distribuição de recursos, então deveremos também reconhecer obrigações especificáveis no campo do princípio da justiça. E é exatamente isto o que faz o principialismo. Ora, se é verdade que “os etnólogos sabem muito bem que a medicina pode ser analisada em seu funcionamento social”, e considerando, principalmente, que “esta análise não incide apenas no personagem médico [...], uma vez que, de modo mais amplo, incide sobre as formas de sua prática e sobre os objetos a medicalizar”, então será correto admitir que “a medicina do século XIX acreditou estabelecer o que se poderia chamar as normas do patológico: acreditou reconhecer o que por toda a parte e a todo momento deveria ser considerado como doença” (FOUCAULT, 2011, p.284). Portanto, “trata-se, aqui, da medicina como guardiã da moralidade”, onde “a medicina teria ao mesmo tempo uma função judiciária”, pois “a medicina define não somente o que é normal e o que não o é, mas, por fim, o que é lícito e ilícito, criminal ou não criminal, o que é abuso ou prática maligna” (FOUCAULT, 2011, p.306). Não temos a pretensão de resgatar nenhuma contribuição substantiva de Foucault em ética normativa, mas, para responder à Engelhardt, destacar as contribuições do princípio de justiça no principialismo quanto à distinção entre utilidade médica e utilidade social, lugar onde os autores discutem o direito de vigilância sanitária ou mesmo a detenção sanitária no contexto da saúde

pública (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.418, 2009, p.300). Nesse sentido, o “problema de Foucault” nos será auxiliar quanto a relação entre medicina e sua função normativa no campo jurídico, que servira de objeção à filosofia da medicina naturalista. A crítica de Engelhardt a Foucault discutiremos na seção 2.1. *O problema da linguagem médica* (do capítulo1, Parte V), e o modo como o principialismo responde ao problema do duplo-papel que Foucault já havia levantado será por nós abordado na seção 2. *Medicina como duplo-papel e duplo-relacionamento* (capítulo1, Parte VI).

CAPÍTULO 3

Reconstrução do problema em ética médica.

1. O debate em torno do Relatório Belmont.

Sejam por razões teóricas ou metodológicas, os bioeticistas deparam-se com a necessidade de fornecer fundamentos para seus modelos de ética, estejam orientados por concepções casuísticas, filosóficas ou teológicas. Por essa razão torna-se relevante perguntar como tais fundamentos servem para propósitos éticos. Enunciamos isso dizendo que a questão incluir um problema específico de inferência, assunto típico das investigações filosóficas. Mas tudo isso ainda precisará ser esclarecido (conforme o capítulo 2. *Heurística médica e erro inferencial*, Parte IV). Entrementes, tudo o que podemos fazer por enquanto é dizer como o problema por nós assumido pode ser localizado na história da bioética. Assim, neste capítulo iremos focalizar mais o envolvimento entre os bioeticistas e seus setores de pesquisa que os debates em filosofia da medicina, e esse giro metodológico nos permitirá visualizar mais a discussão do principialismo com a casuística do que com os modelos antes apresentados.

Alguns historiadores da “bioética” admitem que esse termo teria surgido com Fritz Jahr, em 1927, quando publicou um artigo na revista alemã *Kosmos*, onde tratou da bioética como a emergência de obrigações com o homem e todo ser vivo, chegando a elaborar um imperativo de inspiração kantiana: “Respeita cada ser vivo em princípio como uma finalidade em si e trata-o como tal na medida do possível” (1927). Além de precursores desse tipo, há quem afirme que o termo “bioética” teria surgido a partir de duas fontes, o artigo *Bioethics: The science of survival*, do oncologista Van Rensselaer Potter, publicado na Revista *Perspectives in Biology and Medicine*, em 1970, o que se tornará o primeiro capítulo de *Bioethics: Bridge to the future*, em 1971, mas também na fundação do *Kennedy Institute of Ethics*, pelo obstetra André Hellegers, ocupando-se dos aspectos éticos da clínica. Assim, ainda que seja correto que as discussões sobre bioética apareceram antes de Potter e Hellegers, por exemplo, em 1969 com Daniel Callahan (filósofo) e Willard Gaylin (psiquiatra), que já se ocupavam da formulação de normas no campo da pesquisa com seres humanos, através do famoso *Hastings Center*, nome com que ficou conhecido o *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences*, cujos resultados foram publicados na revista *Hastings Center Report* (REICH, 1995b, p.20-33), é preciso ressaltar o duplo sentido

presente desde o surgimento da bioética. Considera-se como primeira publicação em bioética na América os volumes *The patient as person* e *Fabricatedman*, de 1970, oriundos dos cursos ministrados por Paul Ramsey na faculdade de medicina de Georgetown University, um ano antes da fundação do *Kennedy Institute*, cujo diretor foi Edmund D. Pellegrino (WALTERS, 1984, p.8). O *Center for Bioethics* e o *Kennedy Institute* estavam ambos sediados na mesma universidade, produzindo desde início grande volume de publicações, chegando a *Encyclopedia of Bioethics*, elaborada por W. T. Reich, em 1978, cuja edição de 1995 chegou a 5 volumes. Tais edições confirmam o duplo sentido do termo bioética, pois enquanto em 1978 definira o termo como estudo da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde (REICH, 1978, p.XI), em 1995 o campo da bioética é ampliado para outras questões (REICH, 1995a, p.XXI). Nos *Principles*, Ramsey é justamente citado para assuntos ligados a todos os quatro princípios, incluindo questões sobre decisões em guerra (2002, p.466). Por isso, com razão se deveria afirmar que a bioética surgiu como um setor particular e com problemas sociais bem delimitados, fora dos departamentos de filosofia, em distinção da ética “pura” em seu sentido mais tradicional, muito embora essas mesmas variedades de acepções e correntes sobre “bioética” assegurem a presença de problemas tipicamente filosóficos tal que, não obstante a riqueza em não defini-los em uma disciplina específica, forneceram de imediato um ambiente bastante familiar para o ofício comum aos filósofos. Em todo caso, é mesmo de se esperar que após a revolução científica na modernidade os filósofos sempre cheguem no objeto depois do cientista, pois as coisas não se prestam mais aos métodos conjecturais de outrora. Mas o que nos interessa quanto a isso é o fato de que a primeira definição delimitou a bioética ao campo moral e a segunda definição enfatizou que se tratava de uma “variedade de metodologias éticas” (REICH, 1995a, p.XXI), o que significava uma resposta ao sistema inicialmente elaborado por Beauchamp-Childress, já que esse nasceu de uma produção filosófica muito marcante para a opinião de alguns, bem como uma defesa do pluralismo ético, como teremos em Engelhardt. Este debate se inscreve no interior de uma das críticas que já havia sido levantada contra a obra de Beauchamp-Childress, a saber, o risco de levar a um relativismo ético, por não fundamentar seu conjunto de princípios intermediários em um princípio prioritário. Mas com essa segunda crítica, o ambiente filosófico já havia se instalado. As respostas a isso, assim como outras que ainda nos reportaremos, diz respeito, agora no âmbito epistêmico, ao duplo sentido da bioética como *estudo da vida* e *estudo da saúde*, isto é, a relação entre o biológico e o medicinal, e o quanto as teorias éticas em

medicina serão dependentes de categorias científicas e clínica ou dependentes de uma concepção da relação médico-paciente ou do respeito à pessoa. Portanto, por um lado, houve quem entendeu por “bioética” um ramo da *filosofia da medicina* mais geral, por outro lado, segundo outros autores, era a própria bioética que estava ramificada em estudos sobre a vida e sobre a saúde, fosse ou não relevante as análises filosóficas.

A história que descrevemos no primeiro capítulo pode agora ser narrada enfatizando os princípios ou métodos de ética médica que aí foram construídos. No interior desta história será o resultado do trabalho de quatro anos da “*Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental*”, instituída em 1974 pelo Governo e Congresso estadunidenses, “em resposta a uma série de acusações e escândalos envolvendo a pesquisa científica com seres humanos”, cujo resultado, o Relatório Belmont, foi considerado por alguns como a formulação definitiva da disciplina (DINIZ; GUILHEM, 2002, p. 31-35), o que, em 1979 fora sistematizado em uma proposta filosófica por Beauchamp-Childress, nos *Princípios de Ética Biomédica*. Observe-se que pouco tempo se passou entre a comissão e o resultado filosófico, e ambos os autores estavam, naquela época, vinculados ao *Kennedy Institute of Ethics*, mas redefiniram os três princípios do Relatório (respeito pela pessoa, beneficência e justiça) na conhecida forma dos quatro princípios, cujo referencial teórico fora chamado posteriormente de “*principlism*”, por Dan Clouser e Bernard Gert, em 1990 (p.219), embora em um contexto crítico. Sem dúvida, o *Principles* foi a primeira tentativa bem-sucedida de “fundamentação” para lidar com os conflitos relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença” (DINIZ; GUILHEM, 2008, p. 38), embora uma segunda crítica significativa seja justamente não ter sido capaz de solucionar dilemas morais ocorrentes entre os princípios. A comissão que levou a publicação do Relatório Belmont assim procedeu por entender que os códigos de ética médica existentes eram insuficientes para solucionar conflitos produzidos pelas ciências e pesquisas biomédicas, o que significa que aqueles três princípios deveriam ser úteis para evitar arbitrariedades, tendo sido a primeira concepção de um “*principlismo*”. Tom Beauchamp, filósofo de orientação utilitarista, foi assessor da Comissão que elaborou o Relatório Belmont, mas insatisfeito com o escopo do Relatório ainda limitado as questões sobre pesquisa ou não se ocupando diretamente dos problemas clínicos, defendeu que as divergências filosóficas não poderiam impedir soluções normativas em ética, em conjunto com o deontologista James Childress, que propôs enunciar os princípios éticos de forma *prima facie*, seguindo o *The Right*

and the Good de Sir David Ross (1930), com o que os princípios utilitaristas e deontologistas ficaram deflacionados. Foi isso que levou ao surgimento inicial do principialismo bioético em sua forma acadêmica bem elaborada, mas também criticada. Mas tão significativo quanto às críticas dirigidas desde então ao principialismo é o fato destes dois autores terem entrado em acordo quanto ao intuicionismo moral como posição metaética, dado a aceitação de Childress do intuicionismo rossiano, bem como a de Beauchamp quanto a tese de Sidgwick, que compreendera o princípio de utilidade clássico em um sentido “intuitivo” particular, corrigindo o que Stuart Mill chamara de “escola intuitiva”, naquele momento em oposição ao consequencialismo, o que justamente Sidgwick procurou compatibilizar.

Ora, reescrevemos esses dois lados da história da bioética para ressaltar as fontes dos dois lados do nosso problema, isto é, o debate sobre os fundamentos da medicina (enquanto ciência ou enquanto prática) e o debate sobre a ética médica (enquanto baseada em uma ética interna ou em uma ética externa a ela mesma). Veremos como esses aspectos compreendem parte da formulação do problema que propomos discutir. Em suma, é o juramento do médico de buscar dois bens, a saúde do paciente e o conhecimento científico, que torna o debate presente em Beauchamp-Childress digno de ser avaliado neste contexto, pois ali a filosofia da medicina não serve de ponto de partida para a ética biomédica. Queremos demonstrar que um modelo filosófico em ética médica não precisa se comprometer primariamente com a chamada filosofia da medicina, nem com teorias estritas do status da medicina, sequer uma teoria definitiva da natureza das doenças (o que discutiremos na seção 1. *As classificações de doenças são neutras?*, do capítulo 2. *Testando o principialismo nas nomenclaturas biomédicas*, Parte VI). Apesar dessas questões serem indubitavelmente relevantes, no contexto da ética médica elas adquirem característica particular e que justamente impede de trivializarmos o que venha a ser a medicina, as doenças e o papel da filosofia.

2. Críticas à casuística ou ao modelo particularista em metaética.

O Relatório Belmont produziu reações em pelo menos duas direções: a defesa robusta da casuística em ética médica e a tentativa de fornecer razões filosóficas para justificar normas éticas. Acrescente-se a isso aquela reação posterior, contra as duas anteriores, daqueles que procuraram fornecer um princípio prioritário para orientar a decisão moral em relação aos chamados princípios intermediários, o que

discutimos no capítulo acima. Entre essas três propostas, será a casuística de Josen e Toulmin que representará a oposição radical aos modelos baseados em princípios, seja o principialismo ou os modelos de priorização de um princípio. Foi justamente no domínio da bioética que a casuística voltou a ser objeto de interesse nos países anglo-saxões. É verdade que a casuística nunca esteve preocupada em definir para si um método estrito (JONSEN, 1986, p.68), mas foi seguramente o surgimento de novas tecnologias, bem como fatos morais associados, por exemplo, ao aborto ou ao racismo (JONSEN; TOULMIN, 1988) que suscitaram uma “nova casuística” (JONSEN, 1986, p.73). Em sentido fraco, a casuística é a forma de interpretação de normas segundo casos singulares (JONSEN, 1995, p.344). A réplica estaria em afirmar que, nesse sentido, a casuística é tão somente a prática inconfessa de aplicar normas aos casos particulares ou, na melhor das hipóteses, seria uma ética aplicada. Contudo, J. Arras observou que a pretensão da casuística é mais forte, ou seja, julgar casos particulares sem dispor de normas e unicamente a partir das circunstâncias (ARRAS, 1991, p.44; 1998, p.108). Mas isso, por si só, nos permite reconhecer as características que nos interessarão: no primeiro sentido, casuística significa método de heurística médica; no segundo sentido, significa método hermenêutico-jurídico. Ora, era de se esperar que Josen produzisse correções em sua abordagem para afastar cada vez mais o primeiro sentido e tornar a casuística uma hermenêutica-moral. Isso porque, se a casuística é um método de julgamento moral, então não poderia limitar-se a reproduzir ou aplicar os critérios do método científico de julgamento, caso em que cometeria um erro inferencial grosseiro, para dizer o mínimo. Contudo, se é assim, por que os autores insistem em falar em “ética clínica” e nunca falam em “hermenêutica casuística” (JONSEN; SIRGLER; WINSLADE, 2010)? Ou por que J. R. Jugues, em seu livro *Bioética*, necessitou de uma conjunção ao falar em “hermenêutica e casuística” e não simplesmente “hermenêutica casuística”? (JUNGUES, 2006). A alegação em favor da casuística, diz Josen, estaria no fato de que, na *Comissão* que reunira onze pesquisadores para decidir sobre normas de pesquisa com seres humanos, os pesquisadores terem se entendido mais facilmente na discussão dos casos, mas não no momento em que passavam a discutir sobre princípios. Isto foi entendido como razão suficiente para o uso prático da razão (*phronesis*), contra o uso teórico da razão (*episteme*), o que passou a permitir a afirmação de que a casuística é um modelo prático contra a tirania dos princípios (JONSEN; TOULMIN, 1988, p.23). O modelo será definido como *morisprudencia*, em correspondência a jurisprudência em direito (JONSEN, 1995, p.348): dispor o caso novo em classes de casos

paradigmáticos, conforme as circunstâncias e para a definição das regras que lhes cabem, procedimento chamado de “triangulação” (TOULMIN, 1982, p.37). Mas, se isso significa definir a “solução moral” de um caso em termos de “solução provável”, nos perguntamos se os critérios técnicos da heurística médica se aplicam aos critérios de decisão ética? Contudo, os casuísticas admitirão alguns apêndices ao procedimento: para casos inéditos, para os quais não há paradigma conhecido, cria-se um paradigma protótipo (mas baseado no quê?); mesmo para casos paradigmáticos, as circunstâncias irão requerer *consenso* (mas não havia sido dito que não há consenso a não ser sobre os casos?); o procedimento será por analogia, cujos pontos análogos serão como os *topoi* em retórica (então, são duas as analogias, entre os casos e entre a casuística e a retórica?); a analogia deverá permitir formular regras para guiar as decisões (mas como passar da “analogia dos prováveis” para regras morais, que pretensamente devem ter valor de obrigatoriedade?). Ora, se levarmos todos estes passos a sério, então a casuística significará a conversão de metáforas contextuais em normas práticas, o que, na melhor das hipóteses, é um modelo hermenêutico. Porém, com isso, a casuística é tão somente um teste moral, a verificação se as normas vigentes estão sendo respeitadas. Trata-se de uma ética da narrativa, como forma de compreender o sofrimento de uma pessoa singular. Contudo, não é evidente que essa hermenêutica tenha podido afastar a “casuística científica”, por causa do critério “probabilista” que assume e da tendência de reforçar a heurística médica, o que ainda descreveremos.

Por casuística não devemos entender simplesmente o reconhecimento do estudo de casos, de tomada de decisão, nem quanto as suas atualizações e progresso, conteúdos estes que nenhum modelo ético poderia abdicar. Antes, trata-se de compreender o modelo ético casuista como método de generalização de casos particulares quanto à teoria da decisão, o que representa um particularismo que rejeita tanto as éticas de virtudes quanto as éticas normativas, assim como implica generalizações que impedem de aceitar modelos baseados em princípios. Alguém poderia objetar que a casuística não é simplesmente um modelo que recusa a necessidade de “qualquer” tipo de princípio normativo, pois os casuístas não negam que princípios possam ter uma função heurística; antes, o que os casuístas pretendem fazer é fornecer outra interpretação sobre o que são princípios (interpretação que justamente se chama “casuística”), a saber, que princípios são regras heurísticas. Ora, essa réplica parece estar baseada em considerações feitas pelo próprio Toulmin quando, em *The uses of argument*, parte de Dewey para explicitar em que sentido princípios podem ser entendidos como “hábitos de inferência”:

Os hábitos de inferência, em outras palavras, começam sendo meramente costumeiros, mas no devido tempo tornam-se mandatários ou obrigatórios. Mais uma vez, a distinção entre hábitos e práticas patológicas e normais pode precisar ser invocada. É concebível que métodos insustentáveis de argumentação possam manter seu domínio numa sociedade, e ser transmitidos ao longo das gerações, tanto quanto uma deficiência física constitucional ou um defeito na psicologia individual; por isso, pode-se sugerir também neste caso que o lógico esteja justificado em ser seletivo em seus estudos. Ele não é simplesmente um sociólogo do pensamento; ele é antes um estudante de hábitos de inferência apropriados e de cânones racionais de inferência. (Toulmin, 1958, p.4)

Depois disso, o autor ainda considera certas críticas de lógicos como Carnap, para então apresentar sua posição:

A lógica (podemos dizer) é a jurisprudência generalizada. Argumentos podem ser comparados com processos judiciais, e as alegações que fazemos e defendemos em contextos extra-legais com reclamações feitas nos tribunais, enquanto os casos que apresentamos para fazer bem cada tipo de reivindicação podem ser comparados uns com os outros. A principal tarefa da jurisprudência é caracterizar os fundamentos do processo legal: os procedimentos pelos quais as reivindicações são propostas, disputadas e determinadas, e as categorias em termos das quais isso é feito. Nossa própria investigação é paralela: pretendemos, de maneira semelhante, caracterizar o que pode ser chamado de "processo racional", os procedimentos e categorias usando quais reivindicações - em geral, podem ser defendidas e resolvidas. (Toulmin, 2003, p.7)

Mas o que isso poderia significar senão que em Toulmin a lógica pode possuir uma função normativa? É esta tese que justamente nos

levará a questionar a relação inferencial entre o conhecimento biomédico de casos e as decisões normativas em ética médica. Neste sentido, podemos afirmar por enquanto que a casuística é o modelo de ética médica que recusa a necessidade de princípios normativos em sentido estritamente prescritivo, sobretudo os filosóficos (como aquele presente em autores como D. Ross ou R. Hare), com importantes semelhanças àquilo que no direito é chamado de “jurisprudência”, isto é, método baseado nos casos que estabelecem precedentes relativos ao passado ou histórico de casos, permitindo raciocínios analógicos desde os casos paradigmáticos. Trata-se de assumir como regra de generalização que um caso particular no presente seja decidido conforme as decisões sobre casos semelhantes no passado, tendo valor intrínseco a semelhança entre casos e não a particularidade de certo caso, por exemplo, oferecer tratamento cirúrgico ou oferecer tratamento paliativo para esse paciente com prognóstico de poucos meses de vida conforme casos clínicos iguais ou similares já julgados. O argumento mais forte a favor da casuística tem a forma de redução ao absurdo: como os modelos normativos ou baseados em princípios sempre deixarão de acomodar algum novo caso, devido ao grau de abstração do método ou por serem inaplicáveis seus princípios, segue-se que devemos nos orientar pela generalização dos casos particulares conhecidos, no sentido de reconhecer os diferentes casos exemplificados desde casos “modelo” ou “típicos”. Mas esse argumento possui os problemas conhecidos de toda redução ao absurdo. E ao sustentar seu procedimento de generalização por analogia, a casuística acaba por assumir uma norma, a saber, que o que conta para decidir e responder o que fazer nos casos mais salientes será um bom número de situações com pontos análogos, suficientes para afirmar que este caso pode ser incluído no escopo daquele “caso típico” conhecido (podendo haver diferenças marcantes o suficiente para estipular-se um novo tipo de caso), portanto, que um julgamento moral em medicina somente é aceitável se e somente se puder ser convertido em um padrão segundo pontos de acordo. Mas esse padrão possui exatamente os mesmos problemas que foram acusados ao principialismo, ou seja, que sempre existirão novos casos particulares que o padrão não será capaz de acomodar adequadamente. Dito isso, podemos agora acrescentar a resposta de Beauchamp-Childress: que se abster de princípios normativos e assumir um modelo particularista implica o risco de reproduzir o viés societal ou cultural, seja de natureza popular ou conforme o caráter corporativista da instituição médica. Pois um conjunto de princípios normativos não deve ser compreendido como as normas inerentes a certa ética profissional, mas antes como enunciados explícitos e coerentes que

todos, médicos, pacientes e familiares, podem recorrer para fazer valer direitos, preferências e benefícios. Fora isso, seria questionável (i) a competência real dos julgadores, (ii) o sentido realista com que a casuística define os padrões, (iii) a tendência de reforçar a hierarquia de valores vigentes, (iv) a pressuposição de que saberemos dizer quais são os pontos relevantes de semelhança entre casos, (v) e, o mais importante, a suposição de que se pode afirmar que aquilo que *deve ser* feito é aquilo que *é* feito realmente. Diante deste debate, acreditamos que a análise a que nos propomos poderá mostrar que a casuística inclui um padrão de decisão moral e que não é livre dos tipos de pressupostos que os filósofos da medicina costumam descrever. Portanto, ainda que não se possa dizer que a casuística fundamente seu padrão moral em uma filosofia da medicina anterior, o que aparentemente é sua vantagem, há pressupostos fortes que a filosofia da medicina costuma discutir.

A casuística adota como critério o particularismo, isto é, (i) trata cada caso segundo generalizações, (ii) decide casos especiais a partir de casos paradigmáticos, (iii) generaliza normas mediante procedimento indutivo (de baixo para cima), (iv) usa casos reais e não ficcionais, (v) considera os detalhes do caso. Mas isso significa que é possível falar em padrões normativos, desde que em termos gerais e não universais? Mais do que isso, este modelo particularista adota um método indutivo que deverá admitir passos probabilísticos, o que acaba por pressupor uma regularidade não constatável na fenomenologia da medicina. Pois a casuística supõe que partir do detalhamento do caso torna a solução mais “provável”, quando tal tese enfrenta o problema de responder o que significa um “caso paradigmático” como hipótese para uma probabilidade em ética médica ou com que critérios escolher entre os casos disponíveis para afirmar qual deles é paradigmático. Tudo se passa como se o casuísta precisasse assumir implicitamente, apesar de pretender evitar uma filosofia da medicina, um modelo normativista. (Para uma crítica mais específica ao modelo casuísta, dedicaremos a seção 4. *Refutando a casuística*, do capítulo 2. *Heurística médica e erro inferencial*, na Parte IV).

Mas ainda que estivesse provado que não devemos partir probabilisticamente da análise de casos comparados ou de um método indutivo em ética (casuística), permaneceria questionável o método dedutivo presente no intuicionismo de Beauchamp-Childress, como argumentaram Pellegrino-Thomasma. Pois ainda que o Relatório Belmont seja uma formulação de princípios *prima facie*, é preciso ter presente que historicamente é uma espécie de pacto político, tal que o intuicionismo em Beauchamp-Childress também pode significar o uso

arbitrário dos seus quatro princípios por diversas abordagens ou modelos de interpretação do escopo e do peso de cada um daqueles princípios. Casuístas como Jonsen, conservadores como Toulmin ou mesmo libertarianistas como Engelhardt poderiam interpretar a prioridade entre os princípios de nível intermediário de diferentes modos, assim como permaneceríamos no interior da disputa entre os que defendem normas de generalização (que valem para todos de forma ocasional) e normas de universalização (que valem para todos necessariamente). Ainda que autores de abordagens distintas pudessem concordar com certas decisões normativas ou práticas, não concordariam sobre por que entram em acordo, isto é, quanto à justificação de suas escolhas. Essas críticas se dirigem à metaética presente no principialismo, isto é, o intuicionismo. Sobre este ponto nossa tese será pouco frutífera, mas isso não poderia servir de argumento para demonstrar que o método filosófico é irrelevante para resolver questões bioéticas deste tipo, dando razão aos modelos casuísticos e jurídicos baseados na história dos casos biomédicos. Pois, insistimos, não apenas pretendemos mostrar que o principialismo é modelo que melhor evita erros inferenciais em ética (não nos limitaremos ao argumento de *reductio ad absurdum*), mas que ele faz isso por incorporar critérios biomédicos, como expectativas de probabilidade e gravidade, sem tornar tais critérios as premissas de qualquer inferência, mas, inversamente, fazendo deles mais um entre os dados do caso para o julgamento e a decisão morais.

3. Erro inferencial e prejuízo hedonista.

A hipótese que pretendemos demonstrar afirma que há um erro inferencial que conduz ao prejuízo hedonista (dois aspectos que iremos tratar oportunamente). Casos de identificação equivocada e casos de erros categoriais neste difícil campo que é a bioética, algumas vezes induzem os autores a erros de inferência. Também teremos a oportunidade de explicitar como este erro categorial deriva-se frequentemente de uma filosofia da medicina assumida como pressuposto. Como dissemos na introdução, um erro de inferência pode ser entendido tanto no sentido de Gilbert Ryle (DALL'AGNOL, 2005, p.153) quanto na falácia que leva a algum tipo de *erro inferencial*, no sentido de não respeitar a chamada “lei de Hume” (HUME, 1739, 3.1.1.27; BRITO, 2010, p. 220) ou aquilo que alguns neo-kantianos entenderam como diferença entre ser e dever-ser, ou ainda conforme alguma variação da “falácia naturalista” de Moore (DALL'AGNOL, 2005, p. 150). Ryle, que pretendia mostrar que eventos no mundo mental não podem ser entendidos segundo as categorias dos

eventos do mundo real, esclareceu que este “é um grande erro e um erro especial”, ou melhor, “designadamente, um erro categorial”, isto é, “representa os fatos da vida mental como se eles pertencessem a um tipo de categoria lógica (ou classe de tipos de categorias) quando eles efetivamente pertencem à outra categoria” (RYLE, 1993, p.17). Por “erro categorial” se pode entender o raciocínio que pretende passar de um tipo de categoria para outro tipo, o que Moore teria chamado de “falácia naturalista” para criticar aquelas teorias éticas que pretenderam derivar de categorias naturais o significado de categorias morais primitivas, como “bom”. Mais exatamente, “julgamentos éticos (sejam valorações ou enunciados normativos) são categorialmente distintos das descrições. A inferência de uma norma moral desde afirmações sobre fatos somente seria possível se nestes já estivessem contidos critérios normativos suficientes no interior das descrições biomédicas. Aliás, como ainda veremos, o normativismo em filosofia da medicina compreende justamente a posição que afirma que em medicina as decisões normativas são possíveis porque o conhecimento clínico sempre depende de fontes prescritivas anteriores. Seja como for, ainda podemos dizer que identificar fatorialidade com normatividade é um erro categorial, pois elas possuem diferentes propriedades” (DALL’AGNOL, 2005 p. 180). Aqui, não se trata apenas de confundir objetos de tipos diferentes, mas categorias diferentes de objetos, como alguém que pretendesse definir homeostase a partir de categorias topográficas (fisiológicas e anatômicas), definir doença segundo categorias de eventos patológicos de tipos diversos comparados entre si (deformidade, deficiência, disfunção, enfermidade), ou ainda – para um exemplo mais significativo para nosso argumento – entender que a presença do dano em sentido clínico (lesão anatômica, disfunção fisiológica, etc.) permite definir o sentido do dano moral, levando a inferir absurdamente que, qualquer pessoa que consinta com o próprio dano moral pode assim ser diagnosticada conforme transtornos egoicos. A partir disso, poderíamos dizer, por exemplo, que o conhecimento médico sobre diagnóstico não pode servir como *único critério* para decisões morais sobre manter ou suspender tratamento, pois a relação entre decidibilidade e diagnóstico contém categorias de ordens diversas, embora também pretendemos apresentar argumentos de como esses critérios servem de matéria indispensável no julgamento moral. Assim, o erro categorial pode levar a riscos significativos, seja construir dilemas aparentes ou levar às decisões aparentemente sem conflitos morais, o que significa que se trata de evitar falsos dilemas oriundos de erros deste tipo (RYLE, 1993). Com efeito, enunciados do tipo “João é idoso”, “os idosos são inúteis”, “é inútil o tratamento clínico de idosos

senis” não permitem uma inferência, não apenas porque discordamos do conteúdo do segundo enunciado, mas porque pertencem às categorias lógicas diversas, ainda que não fossemos capazes de julgar a segundo premissa. Certamente poderíamos formular o exemplo de outro modo: se “João é idoso”, é aceitável inferir que “João é provavelmente portador de morbidades crônicas” e, sendo João um portador de morbidades crônicas, então “ele deve consultar um médico”. Mas este exemplo reforça o ponto: ainda que “ser idoso” e “ser portador de morbidade crônica” sejam entendidos em sentido descritivo, afirmar que “*deve* consultar um médico” exprime mais que uma probabilidade, a não ser que (como frequentemente é o caso) “morbidade” e “idoso” já incluam algum tipo de juízo de valor. Isso fica mais claro se incluirmos termos do tipo “pessoa” em sentido moral: de “Maria é uma criança doente” e “crianças não são pessoas” não poderíamos concluir que, no caso de Maria, “não há uma pessoa doente”, pois “ter uma doença” é uma categoria de alguma base empírica (estatística, probabilística, clínica, etc.) e “pessoa” é uma categoria moral não empírica. Ora, mas se é assim, com que direito Pellegrino-Thomasma passam das categorias de “cura” e “saúde” para as de “bem” moral? E com que direito Engelhardt define crianças pequenas em termos de “provavelmente pessoa futuramente” (1998, p.187)? Ou ainda, em que sentido um casuísta ou um médico que operasse unicamente por protocolos, códigos e ética profissional, poderia chegar a alguma posição sobre eutanásia, aborto, tratamento de suicidas, etc. se a história social e política desses eventos não fornece nenhum paradigma a não ser as proibições corporativas já conhecidas? Isso não é semelhante a passar da categoria estatística de “risco provável” para “obrigação de consentir com o tratamento”? Toda dificuldade se deve ao fato de que, em medicina, “diagnóstico”, “imputação de causalidade”, etc. podem ser categorias que ultrapassam critérios empíricos, o que se inflaciona ao passar para o conceito de “prognóstico”. Com frequência o paternalismo médico encontra seu lugar, muitas vezes na forma “minha decisão é baseada no juramento hipocrático, que foi prescrito aos médicos muito antes do cristianismo, estando assim livre de ideologias”, por se acreditar que do prognóstico “empírico” se pode inferir o curso de ação a ser adotado quanto à permanência ou interrupção do tratamento paliativo, alimentação artificial, etc. Assim, a lição que podemos manter dos intuicionistas clássicos é que por “intuição” no campo moral se deve entender o oposto de uma inferência, em conformidade com a crítica humeana contra os intuicionistas racionais, que para ele pretendiam inferir regras de ação unicamente da razão. Evidentemente, isso não afasta as críticas conhecidas que foram dirigidas ao intuicionismo bioético. Mas

o que o principialismo parece procurar afastar, e neste ponto acreditamos ter tido mais sucesso que os modelos concorrentes, foi um prejuízo moral seguido de um erro categorial: quando cometemos equívocos dos tipos acima exemplificados, tendemos a converter em norma de conduta (geral e avaliativa) aquilo que já havíamos pressuposto como norma (específica e heurística) no diagnóstico, prognóstico ou outros procedimentos médicos. Tudo se passa como o médico do protagonista em *A Morte de Ivan Ilitch*, de Tolstói, que se irritava com as perguntas do paciente, como se este tivesse a obrigação de manter suas perguntas em certo limite para não ser acusado de “mau paciente” ou não impedir o “bom trabalho médico”; ou, inversamente, como aquele médico compassivo, que ao perceber a ansiedade do paciente, termina por diagnosticar que se trata de “sofrimento moral”: em um caso, infere-se que este é um mau paciente porque seu sofrimento não é tão mau assim, e, no outro caso, a inferência está em acreditar que o sofrimento do paciente é a medida da compaixão do médico, mas em ambos os casos se seguiu um prejuízo hedonista daquelas inferências, ao se converter a definição da gravidade da doença na magnitude do benefício ou no valor do respeito ao paciente.

4. Tripartição do debate bioético.

Diversamente dos métodos casuísticas e dos códigos deontologistas profissionais, o resultado do *Relatório Belmont* foi que (i) há um conjunto ternário de princípios universais, servindo de ponto de apoio para deduções ulteriores, (ii) de caráter *prima facie*, (iii) cada princípio incluindo duas subnormas: 1. respeito pela pessoa: (a) respeitar às escolhas individuais, (b) auxiliar a quem tem a autonomia reduzida; 2. beneficência: (a) não causar dano, (b) causar o maior benefício e o menor malefício; 3. justiça: (a) distribuição igual entre os iguais e diferente entre os diferentes. Assim, se uma vantagem do *Relatório* foi ter incluído tanto critérios utilitaristas quanto deontológicos, ao formular seu *princípio de beneficência* e seu *princípio de respeito à pessoa*, posteriormente modificados por Beauchamp-Childress nas versões do princípio de autonomia e na distinção do princípio de não-maleficência, quanto ao princípio de justiça não chegou a especificar o que se entende por “distribuição”. Os críticos afirmam que o intuicionismo presente no *Relatório* foi mantido por Beauchamp-Childress – admitir um pluralismo de normas sem ordem lexical – sem que, para isso, se tenha fornecido qualquer forma de demonstração para sustentar a universalidade de tais princípios. Engelhardt foi quem mais claramente procurou fornecer o critério para evitar dilemas morais, afirmando que apenas a permissão do

indivíduo, e não a autoridade do médico, serve de autoridade moral e princípio primeiro. Seu *Princípio de Permissão* – versão libertarianista do princípio de autonomia – respeita à moralidade secular e laica, contando como “bem” o específico de cada comunidade ou indivíduo, o mesmo valendo para as normas de justiça, já que essas lidam com distribuição dos bens, subsumidos ao princípio de beneficência e este ao princípio de permissão. Portanto, não se admite simplesmente um pluralismo de princípios, mas sim a ordem léxica entre eles, para salvaguardar o pluralismo de comunidades e valores morais. Pellegrino-Thomasma, por sua vez, adotarão uma solução retirada da “filosofia da ética profissional”, cuja principal questão é responder se “existe uma ética distinta para a profissão médica ou se há normas independentes que depois são aplicadas às diversas profissões em comum?”. Ainda veremos como estes autores fundamentaram a prioridade de um princípio de beneficência, agora baseado na confiança entre médico e paciente. Mas os problemas que as teorias da ética profissional enfrentam são basicamente dois: “os conflitos de valores se resolvem em hierarquização ou pela autoridade das normas?”; e “como o quadro de normas comuns podem justificar ou violar normas específicas da profissão?” (CALLAHAN, 1988; GOLDMAN, 1980). Beauchamp-Childress responderão a isso: “O respeito à autonomia não é, como alegam alguns críticos [referência em nota à D. Callahan], um princípio que marca os profissionais médicos [...]” (2002, p.145), já que “tem como referência a perspectiva comunitária” (p.404). Pellegrino-Thomasma foram atentos para as respostas de Goldman aos problemas anteriores, sobre o que assumiram a posição contrária: “Uma objeção notável para toda a linha de raciocínio que apresentamos vem do argumento de Goldman em *Os fundamentos morais da ética profissional*” [...], a proposta de uma moralidade comum na sociedade, [quando] esse relacionamento [entre médico e paciente] exige mais sensibilidade do que é necessário em um relacionamento comum com um cliente” (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.81-82). Seguem-se algumas páginas para demonstrar que sequer o direito individual à autonomia pode ser tratado como mais forte que os valores internos da medicina, fundados na beneficência. Diferente de Engelhardt, para o qual a existência de diferentes comunidades de estranhos morais funda a obrigação de respeitarmos à autonomia de indivíduos e comunidades, em Pellegrino-Thomasma é a comunidade médica que é colocada no centro, para dispor de um valor interno dessa comunidade, onde se localiza um “bem último” conhecido desses profissionais. Admitem o postulado de que há um bem maior do paciente, que corresponde à finalidade da medicina, permitindo responder à questão da

ética profissional mediante uma hierarquização: valor último da vida humana, o bem da pessoa humana, os melhores interesses, o bem biomédico. Mas isso poderia significar, como observaram Beauchamp-Childress em sua 6ª Edição, que se estaria defendendo o bem do indivíduo como critério fundamental, levando ao triunfo da autonomia, bem como – assim pretendemos mostrar – ao risco de prejuízos hedonistas em ética médica, se for o caso de conseguirmos explicitar que o argumento de Pellegrino-Thomasma envolve um erro categorial.

O pluralismo em Engelhardt tem sentido forte, sem que haja pluralismo de princípios equivalentes, o que em Pellegrino-Thomasma refere-se à relação entre os valores médicos e os valores do paciente. E como forma de evitar o formalismo dos princípios, Pellegrino-Thomasma, além de admitirem a hierarquia entre obrigações, também às descrevem em uma linguagem de virtudes e não de normas, eliminando a hipótese de uma moralidade comum em nome de virtudes comuns ligadas a bens comuns. Contudo, tanto o Relatório Belmont quanto o principlismo não estavam afirmando que existem princípios internos ou externos à profissão (Pellegrino e Goldman), pois nestas duas abordagens as questões de *filosofia da ética profissional* não foram colocadas em primeiro lugar, sequer as questões de *filosofia da medicina* (Engelhardt e Boorse), mas estritamente as questões de *epistemologia moral*, mais exatamente, as questões sobre *metodologia*, o que explica porque a casuística (Jonsen, Brody) representa o único modelo que atacou o principlismo em sua própria casa, isto é, a crítica a partir de uma teoria do método e não dos fundamentos profissionais ou científicos da medicina.

Portanto, ao longo de nossa investigação deveremos distinguir as questões de *ética profissional* (internalismo ou externalismo?), *filosofia da medicina* (normativismo ou naturalismo?) e *metodologia* (casuística ou equilíbrio reflexivo?) (Partes III e IV). Acrescente-se que, sobre o primeiro item incidem *teorias do status da medicina*, sobre o segundo *as teorias da doença*, e sobre o terceiro *as teorias dos princípios morais*. As questões discutidas sobre princípios poderiam assim ser resumidas: (1) é evidente existir formas de evitar conflitos morais, como é o caso dos modelos de priorização da autonomia ou da beneficência; porém, enquanto o autonomismo de Engelhardt tende ao individualismo e a indiferença moral do médico, o modelo de beneficência de Pellegrino-Thomasma tende ao paternalismo, ao reforçar parte do tradicionalismo médico e ao tratar a autonomia como um bem externo; (2) este círculo do ônus da prova demonstra que há algo irredutível entre autonomia e beneficência, o que favorece o modelo principlista, contra o que o

casuísta dirigirá sua crítica; (3) a réplica ao primeiro estaria em reconhecer que os modelos deontológicos e consequencialistas não são necessariamente excludentes, caso eliminemos suas ortodoxias e pensemos suas condições quanto à ética prática; e a réplica ao segundo estaria em esclarecer que “princípios” são normas de julgamento que, como tais, não eliminam regras de especificação. Enfim, para a discussão sobre os diversos modelos baseados em princípios teremos a Parte V, *Os modelos clássicos de priorização*, onde discutiremos o modelo de priorização da beneficência e o de priorização da autonomia ou permissão, enquanto na Parte VI, *Medindo o alcance do principialismo*, discutiremos as vantagens e desvantagens do principialismo bioético no que diz respeito ao nosso problema inicial. Nas duas primeiras seções de nossa Conclusão teremos a oportunidade de reunir os resultados dessa discussão, primeiro sobre *Descrições e prescrições, internalismo e externalismo* (seção 1) e, em seguida, em relação a relação *Norma e normal* (seção 2).

CAPÍTULO 4

1. É possível definir objetivos éticos exclusivos da medicina?

Quando reunimos a questão da filosofia da medicina e da ética profissional em um único sistema, o resultado é um modelo bioético de priorização de um princípio. Esta é a estrutura que encontraremos na epistemologia moral de Engelhardt e de Pellegrino-Thomasma. Representa um passo importante delimitar estes modelos nesses termos. Mas precisaremos, posteriormente, também mostrar a estrutura inferencial aí disponível. No momento, contudo, é pertinente apresentarmos a divergência entre os dois modelos clássicos de priorização. Há um círculo do ônus da prova entre esses modelos, e acreditamos que isso se deve a tomarem como ponto de partida uma filosofia da medicina. A tensão entre os valores da tradição médica e os valores da sociedade secular não é primariamente um problema de filosofia da medicina, mas antes um problema moral para diferentes profissões ou diferentes comunidades. Como não há qualquer sentido em resolver os conflitos normativos entre os valores da tradição médica e o pluralismo de valores sociais seculares adotando critérios oriundos apenas de uma das partes do problema, cada um daqueles dois modelos procurou elaborar um tipo particular de filosofia da medicina: Pellegrino-Thomasma defenderam uma teoria do status da medicina a partir da tradição da comunidade médica (o “internalismo moral da medicina”), e Engelhardt a partir de uma teoria das doenças (o “normativismo construtivista”), cujo resultado corroborou prioridades opostas. O primeiro inferiu que a beneficência tem prioridade hierárquica sobre os demais princípios bioéticos a partir de um bem fundamental interno à medicina (a cura). O segundo inferiu a prioridade da autonomia a partir da ausência de fundamento interno de uma teoria da doença que sustentasse metas internas à medicina. Ora, uma forma de analisar esse círculo do ônus da prova está no termo “filosofia da medicina” que serve de ponto de partida aos autores: a expressão é ambígua dos dois lados, tanto para o termo “filosofia” quanto para “medicina”, e não por acaso muitos filósofos no passado acreditaram poder falar em “medicina filosófica”, assim como hoje acreditam poder encontrar na filosofia da medicina mais do que a disciplina pode oferecer no que diz respeito à bioética.

O autonomismo de Engelhardt é a variação da teoria de princípios apresentada pelo Relatório Belmont, que reforça a imagem da bioética americana associada a um individualismo liberal (BEAUCHAMP-

CHILDRESS, 2002, 61-62, 2009, p.335-336), entendendo por “pessoa” o agente moral livre. E o título da obra de Engelhardt, *Fundamentos da Bioética*, expressa a pretensão de passar de uma filosofia da medicina normativista para uma solução em ética médica profissional mediante princípios. Em sua primeira edição tal princípio é pensado em termos de consentimento livre dos envolvidos, de modo a colocar o violador desta prescrição fora da comunidade moral, validando a força punitiva jurídica. Na segunda edição, o fundamento será mais claramente chamado de “princípio de permissão” tal que, em certo sentido, o princípio primeiro da bioética seria algo do tipo “não faça aos outros aquilo que eles não teriam feito a eles próprios”, imperativo que desloca a decisão para o indivíduo, evitando o comunitarismo e a casuística de uma só vez, e respondendo aos problemas inerentes ao principialismo. E, em resposta ao modelo que priorizou o princípio de beneficência, que afirmou que a finalidade da moral é alcançar o bem e evitar danos reconhecíveis pela tradição médica, Engelhardt esclarece que em uma sociedade pluralista não é possível encontrar conteúdo para isso, de onde se segue que o princípio de beneficência priorizado é autoritário, de forma que somente poder-se-ia prescrever algo como “faça ao outro o bem dele mesmo”. Desse modo, o princípio de beneficência é feito depender do que a pessoa prefere, seu interesse, não apenas em termos de “dar ao indivíduo o que ele quer”, mas também como “dar ao indivíduo o que ele permite”. Não foi por acaso que Engelhardt substituiu o termo “princípio de autonomia” por “princípio de permissão” na ocasião da segunda edição, sem mudar a definição que faz o princípio da sociedade pluralista apenas poder ser derivado do consentimento, uma vez que não pode ser derivado de nenhuma crença comum, nem mesmo a dos médicos segundo sua tradição, profissão ou comunidade. Isso faz da teoria da permissão de Engelhardt um tipo de contratualismo moral, ainda que não na forma de prudencialismo ético como encontramos em Hobbes (ENGELHARDT, 1998, p.498), mas na forma de “moralidade secular”, segundo uma interpretação particular sobre Rawls a partir de Nozick (RAWLS, 2012, p.30). Após tecer relevante crítica à concepção de Kant sobre a autonomia, Engelhardt endossa a concepção de Mill, isto é, que “sobre seu corpo e mente o indivíduo é soberano”, de modo semelhante aos economistas que afirmaram que “no mercado o consumidor é soberano” (ENGELHARDT, 1998, p.209). Porém, sua dívida com Locke é notória, e acreditamos que também são relevantes os pressupostos empiristas lockeanos para a formulação da filosofia da medicina de Engelhardt: se não há nenhuma noção de bom e ruim que não tenham antes passados pela experiência, neste caso as de dor e prazer, e se os conceitos

biomédicos de saúde e doença derivam de normatizações sobre o bom e o ruim para o corpo vivido, na forma de percepção de dor e prazer, segue-se que somente o indivíduo que vive essas experiências tem autoridade para decidir normativamente sobre elas. Mas esse raciocínio comete um erro inferencial que é nosso objetivo explicitar. Engelhardt faz com que a beneficência e a justiça se resolvam unicamente através do princípio de permissão, dizendo que em uma sociedade pluralista e pacífica a beneficência não pode ter maior peso, assim como a maior parte dos modelos de justiça podem ser entendidos em termos de princípio de beneficência. O resultado é a hierarquização que parte da permissividade, depois fundamenta a beneficência e, a partir desta, a distribuição de bens e instâncias de como fazer o bem, a justiça. A crítica está em que, com isso, ignora-se os conteúdos das obrigações de beneficência e não-maleficência como proteção às pessoas vulneráveis, e ignora-se a justiça reparatória ou o direito à compensação, o que Engelhardt tentou evitar após longa crítica à teoria política de Rawls (ENGELHARDT, 1998, p.454) baseado-se em R. Nozick e J. Locke, de modo similar a Robert M. Veacht (1999), construtivista que colocara os princípios bioéticos ao longo de três tipos de contratos.

A outra solução clássica, defendida por Pellegrino-Thomasma, é que as diferenças culturais que levam à polêmica sobre quem tem o direito de decidir sobre o curso de ação para pacientes com autonomia comprometida leva a priorizar os julgamentos daquele que cuidam, médicos e profissionais da saúde. Tal esquema move-se desde (i) não causar dano e (ii) respeitar o paciente, até (iii) tratar a todos como membros da espécie humana (e não simplesmente como pessoas no sentido de Engelhardt). Para isso foi preciso adotar uma filosofia da medicina particular, na qual se sustenta uma nova ontologia do corpo vulnerável, formando um contexto para a validação da tradição hipocrática, desde que reformada, tal que “o bem do paciente” – expressão que forma o título da obra destes autores – significa (a) aquilo que o indivíduo considera seu fim ou destino, tal como cada um o percebe e vive, (b) o bem do paciente como pessoa racional, o bem para todos independentemente do que cada um considera um bem, (c) o bem como os melhores interesses do paciente, (d) e o bem clínico, isto é, o bem alcançável mediante intervenção. Estes quatro ingredientes são coordenados através de uma concepção aristotélica, como ainda teremos a oportunidade de analisar. Dizer que o objetivo do médico é a assistência completa ao paciente, somente seria sustentável por um modelo que admita os seguintes axiomas: (1) tanto o modelo quanto o paciente devem ser livres; (2) profissionais da saúde e pacientes estão em desigualdade de

condições e de conhecimento; (3) o médico necessitará incluir integridade moral, o que torna a confiança central para o modelo; (4) os médicos devem respeitar as ambiguidades morais das decisões. Acontece que sobretudo o item (2) torna problemática a priorização do princípio de beneficência, pois o que se entende por “beneficência” está sendo identificado com uma *meta* interna à medicina. Também é duvidoso se esse modelo evita adequadamente o paternalismo forte, uma vez que a aceitação dos itens (1) e (3) torna vago o respeito pela autonomia. A ordem de priorização defendida seria: o bem do paciente, a autonomia do paciente e a justiça social. Mas o que significaria “o bem do paciente”? Bem-estar, vida ou saúde? A resposta dos autores: a cura, entendida como restauração da integridade. A dificuldade diz respeito ao fato de que, apesar de ser evidente que a beneficência é uma prioridade na tradição médica hipocrática, não é evidente que o hipocratismo dirigia-se apenas à cura de doenças (BOORSE, 2016, p.10). A obra de Pellegrino-Thomasma é ambígua, pois parece oscilar entre uma defesa do bem-estar (2018, p.307-309) e uma defesa da cura (2018, p.23, 73) como primado ontológico. Pois não é claro onde começa e termina o ato de *respeitar a autonomia* e de *restaurar a autonomia* do paciente. O risco é impor uma concepção devida boa com a suposta justificativa do sujeito não ser inteiramente autônomo, para decidir por certos cursos de ação. Como afirmou Boorse, “se [há] práticas que não são formas de medicina, por que elas precisariam ser compatíveis com os objetivos primários da medicina?” (BOORSE, 2016, p.16), o que, aliás, valeria também para o hipocratismo: “Após as primeiras receitas de controle de natalidade nos textos médicos egípcios e no Talmud (Jütte, 2008, 29-31)”, observa Boorse para acusar Pellegrino de sustentar uma falsa história da medicina, “uma lista crescente delas se torna um artigo básico da literatura médica grega e romana, com 125 referências no *corpus* hipocrático e mais de 30 referências de cada em Dioscorides, Soranus, Oribasius e Aetius (Fontanille 1977, 124)” (BOORSE, 2016, p.21). Portanto, o ponto de partida de Pellegrino seria questionável, a saber, que o princípio de beneficência forma a base interna da moralidade tradicional em medicina, pois a medicina desde sempre teria admitido metas não ligadas à cura e sim ligadas aos interesses dos cidadãos. E ao menos em um ponto Engelhardt poderia se colocar em acordo com Boorse: “No entanto, até mesmo o objetivo do conhecimento da doença é raramente mencionado nas listas de metas da ética médica, e o conhecimento da função normal praticamente nunca é” (p.28), isto é, que a medicina também possui metas teóricas e não apenas práticas (a comunidades dos médicos profissionais poderia ser identificada com a comunidade dos cientistas da medicina?).

Não por acaso outros autores preferiram criticar a abordagem baseada em princípios através de recursos apenas metodológicos, como o “retorno ao fundamento” no sentido de Gert, Culver e Clouser (1997). (Discutiremos mais detidamente as críticas de Boorse aos pressupostos de Pellegrino na seção 4. *Aristotelismo, tomismo ou hipocratismos?*, capítulo 2 da Parte V).

O principialismo teve o mérito de explicitar que o princípio de autonomia pode ser entendido tanto a partir de Kant quanto a partir de Mill, que o princípio de utilidade poderia se deflacionado nos princípios de beneficência e princípio de não-maleficência, bem como o princípio de justiça, ainda que deontológico na forma, poderia conter critérios de pesos, por exemplo, quanto a distribuição de recursos escassos. Admitindo a definição de princípio *prima facie* de Ross, Beauchamp-Childress entendem que não é possível afastar nem a deontologia nem o consequencialismo sem com isso produzir um corte na ética prática. As preferências do paciente podem ser objeto justificável de respeito contra o médico que se compreenda autocrata para determinar o que é necessário para o paciente, pois a beneficência deve ser limitada pela autonomia, mas esta não pode significar toda eliminação de assistência à pessoa vulnerável e aos seus direitos de reparação ou compensação. Mas as razões para isso não estariam em uma concepção sobre as fontes externas ou mistas da moralidade médica, como entendeu equivocadamente Boorse (2016, p.4).

2. É possível incorporar padrões biomédicos em prescrições éticas?

Para falarmos uma palavra sobre o problema metodológico em ética, façamos uma pequena observação sobre uma dificuldade do “intuicionismo”. São conhecidas as críticas dirigidas à orientação metaética intuicionista do principialismo, sobre o que não pretendemos oferecer resposta. Mas acreditamos que nossas críticas aos fundamentos da bioética poderão auxiliar a colocar o problema de outra maneira. Não há inconsistência alguma em aceitar, como fez Hume, dois princípios, um de utilidade e outro de justiça, tal que cada um tenha seu escopo próprio irreduzível de obrigações; nem é inconsistente conceber cada princípio como um conjunto de subprincípios, como fez Hume ao descrever seu princípio de justiça composto dos princípios da *propriedade privada*, da *permuta e comércio*, e dos *contratos*; enfim, isso também não nos impediria de fornecer um princípio mais fundamental que os sustente, no caso de Hume o “espectador judicioso” (RAWLS, 2012, p.194). Hume teria compreendido, no berço das éticas modernas, que se tratava de fazer uma “*Investigação dos Princípios da Moral*”, no plural, considerando

critérios tanto naturalistas (teoria das paixões) quanto não naturalistas (“validade pública” e o “espectador judicioso”), o que significa que Rawls entende que Hume foi um principialista (RAWLS, 1012, p.198), em conformidade com seu “ceticismo moderado” (RAWLS, 2005, p.29) ou sua recusa do racionalismo como base dos preceitos morais, o que ele chamou de “intuicionismo racional” (RAWLS, 2005, p.37). De modo semelhante, Mill iniciara *O Utilitarismo* questionando porque em ética não temos um progresso semelhante ao da ciência, e que a “escola intuitiva”, assim como o indutivismo, não poderiam fornecer o mesmo tipo de conhecimento objetivo que encontramos na base das ciências (MILL, 2000, p.42). Mas isso não levou Mill a simplesmente adotar o princípio de utilidade como regra direta, isto é, apesar da maximização da felicidade ser o padrão último da moralidade, não é suficiente para regras diretrizes e metas de vida, conforme nos esclarece o autor em sua *Autobiografia* (MILL, 1993; ROBSON, 1963, p.145-147), o que levou alguns críticos a chamarem a ética milleriana de “utilitarismo indireto”, o que se agrava pelo fato do autor, quanto ao liberalismo (*On Liberty*), entender que o princípio de utilidade deve adquirir sentido amplo (MILL, 1990; ROBSON, 1963, p.224), conforme esclareceu J. Robson (1969). De modo semelhante, Allan Wood argumentou, no capítulo XV, “*Consequências*”, de *Kantian Ethics*, mediante a análise dos termos kantianos “fim em si mesmo”, “fim individual” e “reino dos fins”, em contraposição aos termos consequencialistas “fim último” (padrão único), “fim individual” (preferências) e “fim comum” (felicidade geral), que toda teoria ética é composta de dois elementos básicos, “valor fundamental” e “raciocínio moral”, tal que o consequencialismo pode incluir um raciocínio deontológico e o kantismo um raciocínio sobre estado de coisas, mas não estes mesmos elementos como valores fundamentais, o que permite concluir que os métodos de raciocínio chamados de “consequencialismo” e “deontologia” são aplicáveis às teorias éticas apenas parcialmente, sem que isso elimine as distinções entre kantismo e demais éticas quanto ao valor fundamental; e que toda teoria ética inclui considerações sobre fins e estados de coisas, pois o conceito de “fim” possui diversos sentidos e não necessariamente corresponde a “bom” e a estados de coisas, tal que o kantismo inclui um conceito de “fim em si mesmo” como valor fundamental (a dignidade do ente racional), um conceito de estado de coisas (sumo bem) e um sistema de fins fundado no valor fundamental e não em estado de coisas (o Reino dos fins) (WOOD, 2008, p.260). Portanto, mesmo para um kantiano como Wood, não há qualquer problema em uma teoria ética incluir métodos de raciocínio moral e modelos de valores fundamentais com destaques diversos, e nem sempre isto nos leva a um

intuicionismo. Nesse sentido, em boa parte a beneficência e a autonomia dialogam entre si, de sorte que tanto Engelhardt quanto Pellegrino-Thomasma teriam razão, cada um ao seu modo, ao sobredeterminar um princípio ao outro, já que estariam partindo de “valores fundamentais” diferentes sobre a medicina e a doença. Por isso necessitaremos analisar os valores fundamentais atribuídos a estas duas instâncias. Contudo, em grande parte a beneficência e o respeito à autonomia não são redutíveis um ao outro, não tanto por causa de um valor fundamental, mas devido ao método de raciocínio para escolha de regras morais ou tomadas de decisão, e foi isso o que os casuístas enfatizaram ao alegar dificuldades sobre decidir qual valor fundamental adotar, de maneira que devemos dar importância ao método de ponderação e especificação do principialismo, se não delimitados por um coerentismo absoluto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009, p.5). Um paciente com câncer que desconheça a necessidade de tratamento pode recusar um tratamento indicado e, neste caso, defender um autonomismo radical seria injustificado, situação em parte similar ao sujeito cujo estado depressivo o leva a recusar toda forma de assistência; distintamente, em uma doença degenerativa como o Alzheimer, a ponderação entre autonomia e beneficência torna-se indispensável, cuja especificação irá variar ao longo do *progresso* da doença. Desse modo, não basta defender que, se a medicina se ocupa das doenças em sentido explanatório (ENGELHARDT, 1998, p.261), então é uma profissão doura (p.350) ou exotérica (p.351) que deve sempre atender as demandas dirigidas à ela, nem seria suficiente afirmar que a justificativa de sua existência está na busca de um bem próprio à espécie humana inerente aos objetivos da medicina (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.38).

Além daquelas soluções apresentadas por Rawls (sobre Hume), Robson (sobre Mill) e Wood (sobre Kant), poderíamos acrescentar uma quarta forma de compreender a dificuldade, forma esta talvez mais importante que as anteriores, já que citada nos *Principles* justamente no capítulo que discute métodos de ética: “Como observa R. M. Hare, ‘Toda tentativa de conferir conteúdo a um princípio envolve a especificidade dos casos que serão abarcados por este princípio [...] Portanto, todo princípio que possui conteúdo entrou de algum modo na rota da especificidade’” (HARE, 1989, p.54; *apud* BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.45). Essa relação entre princípio e especificidade destacada pelos autores refere-se ao fato de “Hare ter mantido em quase todos os seus escritos éticos [...] que à linguagem moral [...] pertence ao *genus* da linguagem prescritiva”, ou seja, “que sua função primária é recomendar cursos de ação”, o que permite “marcar a diferença da

linguagem moral dos outros tipos de linguagem prescritiva e [...] avaliar detalhadamente [...] as teorias descritivistas: o naturalismo e o intuicionismo” (DALL’AGNOLL, 2003, p.107). A partir disso, Hare defende uma “compatibilidade entre a ética kantiana e o utilitarismo” (DALL’AGNOLL, 2003, p.109), uma vez que “ele não pretende reduzir a linguagem moral à imperativos e que sublinhar o seu caráter prescritivo não significa negligenciar o seu elemento descritivo”, pois “[o] que confere um elemento descritivo aos julgamentos valorativos é o padrão (*standard*) moral revelado”, “por exemplo, no juízo moral ‘Pedro é uma boa pessoa’, o padrão pode ser, por exemplo, a sua coragem, [...] um termo com significado valorativo secundário que possui conteúdo descritivo” (2003, p.109). Mais que isso, “[o] caráter eminentemente prescritivo da linguagem moral tem sido notado, segundo Hare, por vários filósofos da moral”, por exemplo, “[...] na distinção aristotélica entre silogismo teórico e prático, [...] na famosa questão levantada por Hume da relação entre ser e dever-ser, na distinção entre autonomia e heteronomia da vontade em Kant” ou, para citarmos um último exemplo, “nas tentativas de Moore de refutar o naturalismo” (2003, p.109). É por causa desta última observação que acreditamos que é o “método de raciocínio ético”, segundo suas regras de inferência, que merece ser considerado no debate da bioética clássica. Por exemplo, é verdade que doenças como câncer e Alzheimer são ainda hoje conhecidas senão de forma explanatória e segundo valores fortemente orientados para os métodos de tratamento disponíveis, pois como muito bem descreveu Engelhardt (1998, p.226), doenças como estas recebem classificações não apenas devido aos valores biológicos e fisiológicos conhecidos, mas principalmente em função da *gravidade* dos riscos e da *avaliação* dos danos segundo a potência e alcance dos métodos clínicos; entretanto, seria igualmente correto dizer que esses mesmos valores sofrerão modificações ao longo da dinâmica do adoecer, seja na direção da piora do estado físico ou diminuição dos recursos disponíveis, seja na direção da melhora ou de cuidados do tipo pós-cirúrgicos. Portanto, se é verdade, como alegou Engelhardt em um extremo do debate, que nem a profissão da saúde nem as ciências biomédicas poderiam fornecer o fundamento ou a justificação de uma priorização de princípios normativos ou padrões de generalização de casos; e se é correto afirmar que, para o extremo oposto, como defenderam Pellegrino-Thomasma, que somente no interior da comunidade médica encontramos os padrões necessários para definir as metas da medicina; então, teremos que admitir (no espírito de Hare, tal como lido por Beauchamp-Childress) que o método de raciocínio moral pode especificar e ponderar tanto conteúdos descritivos de fontes

biomédicas, quando conteúdos prescritivos de fontes comuns, sem que isso altere o fato dos princípios mais gerais possuírem uma “língua prescritiva” ou, para usarmos a expressão de Beauchamp-Childress, “julgamentos morais”.

Tanto a vulnerabilidade do paciente, como mostrou Pellegrino-Thomasma, quanto os direitos do indivíduo, no sentido de Engelhardt, ou os casos pertencentes a história da medicina, como querem Jonsen-Toulmin, devem ser considerados. Não nos parece necessário, para resolver questões de ética médica, começar por demonstrar que o ato de alimentar ou suspender alimentação é ou não ofício do médico, devido a essa ou aquela razão natural, com o que damos razão à Pellegrino-Thomasma; mas também não podemos ignorar que não há consenso, nem entre médicos e demais profissionais, nem entre médicos e pacientes, sobre o que significa “causar mais dano”, se “não causar mais danos quando não resta mais nada a fazer” (relação lógica), “agir de forma a causar o menor dos danos possíveis entre os resultados das alternativas disponíveis” (relação utilitarista conforme cálculos de probabilidade), “sempre iniciar o tratamento pelas alternativas menos danosas” (relação cronológica), etc. Como se não bastasse essa ambiguidade na forma de medir o dano, seu conteúdo é igualmente ambíguo: dano físico, psíquico, espiritual, moral, etc. A própria natureza do que significa “executar um tratamento” é ambígua, pois em muitos casos os médicos não entram em consenso se o tratamento é artificial ou natural, químico ou mecânico, restaurador das condições naturais ou interventivo, etc. É evidente que responder o que define a morte clínica ou o que define a humanidade de um feto ou zigoto fornece conteúdos importantes para as decisões morais, mas essas decisões não podem ser inferidas daqueles conteúdos como suas premissas. Por isso, será sempre problemática a tentativa de passar de um modelo de biomedicina para modelos bioéticos. Logo, não podemos solucionar tais conflitos morais nem partindo dos critérios naturais nem de critérios normativos inerentes à medicina experimental e clínica, porque a prática médica sempre está comprometida tanto com protocolos baseados em conhecimentos factuais quanto com juízos normativos sobre os dados teóricos e práticos de que dispõe.

3. Do intuicionismo.

Se for correta aquela distinção entre princípios e especificidades, ou entre raciocínio ético e valor fundamental, então seria de se esperar que os autores do *Principles* viessem, em algum momento (após as críticas de Gert), a incorporar um fundamento do raciocínio ético. Mas a

teoria da moralidade comum, apesar de fornecer um padrão, não pode ser entendida como uma teoria do valor fundamental. Esta permanece ausente na sétima edição do principlismo bioético. Contudo, nela reside uma vantagem em relação aos modelos casuísticas e de priorização: não compreende a fonte da moralidade médica nem como interna nem como externa. Diante disso, não podemos deixar de citar, ao lado daquela referência à Hare, como os autores retomam o pensamento de Ross: “Seguindo W. D. Ross, distinguimos as obrigações *prima facie*” (BECUAHMP-CHILDRESS, 2002, p.50). Segundo Ross, o objetivo da ética filosófica não estaria em formular nossos juízos morais de forma sistemática (ROSS, 1930, p.19; 1939, p.83), o que produziria modelos morais rivais, assim como concepções ideais (kantianas e utilitaristas) não são capazes de compreender as “principais convicções morais do homem comum” (1930, p.20), levanto a “disputa entre um elemento que tenha valor sozinho” (1939, p.206; 1954, p. 18). Antes, haveria uma pluralidade de normas morais e bens intrínsecos, isto é, não haveria na moralidade comum nem um principio último em um bem fundamental que desse sustentação a todos os outros, mas apenas uma pluralidade na qual um é tomado como prioritário em relação aos outros. Porém, quanto a questão da epistemologia moral, Ross defendeu que “tanto na matemática quanto na ética, temos certas intuições claras das quais construímos tudo o que podemos saber sobre a natureza dos números e a natureza do dever” (1939, p.144), o que significa que nosso conhecimento das intuições morais são não-inferenciais (1930, p.29; 1939, p.144, 262). É esse caráter “não-inferencial” das chamadas intuições morais que estamos enfatizando. De nossa parte, diremos que Beauchamp-Childress seguem Ross ao admitirem uma interpretação do intuicionismo junto ao método de equilíbrio reflexivo amplo (Rawls, Daniels), porém, quando se trata de especificar regras práticas, quando precisam levar em conta categorias como “probabilidade”, “gravidade”, “magnitude”, “expectativa”, etc. de “riscos”, “danos”, “prejuízos” e “ações paliativas”, inferências são feitas no interior do método de julgamento moral, mas sem que se cometa erros inferenciais de partir de categorias naturalistas ou normativistas inerentes à biomedicina.

Nem sempre é o profissional da saúde quem está apto para dizer o que conta como bem e dano, pois às vezes é imprescindível perguntar ao paciente, e ainda que a relação fiduciária entre médico-paciente seja necessária para levar em conta a vulnerabilidade, não é suficiente. Também não basta estabelecer a qualidade moral do médico de compadecer-se, defendendo a virtude da compaixão (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2009, p.38-43; FAGOT-LARGOULT, 2013, p.314), pois

é questionável se tal virtude não seria exigir demais do profissional. Porém, inversamente, do fato de não haver critério último em medicina não se deduz um relativismo em ética médica, assim como do fato do conceito de saúde e diagnóstico ser, em grande parte, probabilístico, não se segue a casuística como modelo moral. Mas, repetindo o que acima foi dito sobre Hare, isso não significa que as prescrições morais não possam conter elementos descritivos oriundos da heurística médica.

Apesar de reconhecermos muitas críticas dirigidas ao intuicionismo, do modelo de priorização *prima facie* procuraremos sustentar duas diretrizes: tenhamos ou não uma posição intuicionista, permanece correto reconhecer erros inferenciais quando passamos de categorias naturais para categorias morais (que em filosofia da medicina incluiriam modelos naturalistas de caráter biológico e modelos normativistas do tipo teleológico ou explanatório, como ainda veremos); e do fato de haver pluralidade de princípios, não se segue haver hierarquia necessária entre eles. Por isso, um princípio normativo deve partir de outro lugar que não os casos ou as bioestatísticas, ainda que nenhum processo de julgamento, imputação de causalidade e decisão possa ser feito sem conhecimento de causa e casos. Enfim, passaremos a investigar nos próximos capítulos em que medida podemos incluir no julgamento moral critérios descritivistas ou normativistas oriundos da heurística médica, sem que, com isso, tenhamos incorrido em erro inferencial. Para isso, precisaremos discutir (i) até que ponto uma definição de doença é necessária ou dispensável para julgamentos em ética médica, sem que com isso se trivialize o conceito de doença e, com isso, as metas da medicina; e (ii) até que ponto a ética médica necessita depender de uma concepção prévia do status da própria medicina.

O primeiro ponto será por nós discutido na Parte II, *Definições descritivas ou prescritivas?*, sendo o capítulo 1 (*Sobre a definição de “doença”*) dedicado a análise dos diversos usos do termo, enquanto no capítulo 2 (*Seria possível definir “doença”?*) teceremos a crítica aos diversos modelos de solução ao problema (soluções nominalista, genealógica, rigorista e idealista) e, enfim, no capítulo 3 (*A definição de doença e seus limites para a ética médica*) forneceremos uma solução por nós elaborada no contexto de nosso problema inicial. O segundo ponto será por nós discutido ao longo da Parte III (*Normativistas e Naturalistas*) e da Parte IV (*Conservadores e Revisionistas*), embora nossa resposta à questão do status moral da medicina enquanto profissão somente será apresentada na seção 5 (*Internalismo ou externalismo?*) do capítulo 2, na Parte V. Assim, com essas etapas lograremos um programa de investigação sobre as diversas etapas do problema a que nos propomos

reconstruir e debater. Nosso critério principal para isso será explicitado em nosso capítulo intermediário, intitulado *Heurística médica e erro inferencial* (cap.2, Parte IV), no qual trataremos, entre outras coisas, da *Crítica ao método probabilístico* (seção 2) e da *Crítica ao conceito de causalidade médica* (seção 3), pois entendemos que é isto o que falta aos modelos clássicos de bioética no tocante aos métodos de tomada de decisão, o que se mostrará frutífero na última seção de nossa conclusão, chamada *O prejuízo hedonista para a medicina*.

PARTE II

DEFINIÇÕES DESCRITIVAS OU PRESCRITIVAS?

CAPITULO 1

Sobre a definição de “doença”.

Conforme antecipamos em nossa *Introdução*, Engelhardt sugere a necessidade de uma “revisão dos conflitos entre as chamadas explicações ontológicas da enfermidade (que retratam as enfermidades como entidades), e explicações funcionais de enfermidade (articuladas pelos nominalistas em sua visão da realidade das doenças e que retratam as taxas de enfermidade como designações artificiais)” (1998, p.256). Seguindo esta recomendação, propomos começar por uma análise e revisão dos modelos ontológicos e epistemológicos sobre “doença”. Isso nos conduzirá à duas questões: “é possível uma definição geral de doença e, seja qual o tipo de definição mais apropriada ao termo, seu conteúdo será descritivo ou prescritivo?”; e “seria uma teoria da doença necessária para aderirmos a uma concepção normativista ou naturalista de medicina?”.

Essa segunda parte de nossa investigação passará por três momentos: teceremos uma análise semântica dos conceitos saúde e doença (capítulo 1); discutiremos a estrutura proposicional das linguagens utilizadas para definir saúde e doença (capítulo 2); enfim, testaremos como os diversos modelos filosóficos utilizam-se das estruturas linguísticas que apresentamos na seção anterior (capítulo 3). Começaremos pela análise das definições gerais de doença. Para tanto, iremos ignorar a separação entre definições científicas e definições comuns, pois o que está em questão é justamente o fato de que definições concorrentes de saúde e doença não separam na maioria das vezes a perspectiva estritamente científica e não científica. Iremos partir de uma divisão proposta por L. Hegenberg, mas com alterações importantes, pois enquanto esse autor entendeu que se tratavam de “acepções comuns”, nós enfatizaremos as pretensões definitórias que cada termo sugere, uma vez que não endossamos inteiramente seu projeto de “efetuar adequado estudo do termo 'doença', visando delimitar seu significado com maior precisão do que a precisão alcançada nos tratados até hoje comumente utilizados por estudantes de medicina.” (HEGENBERG, 1998, p.40). Esse primeiro capítulo, onde discutiremos tipos de definições de *doença em geral*, deverá confluir para o debate sobre a plausibilidade de

definições gerais de doença, onde apresentaremos um debate pouco considerado na literatura atual e nunca sistematizado, a saber, se existe alguma vantagem entre os diversos tipos de conceitos de doença, tais como doença-geral e doença-específica, doença-teórica e doença-prática, concepção de doença e conceito-de-doença, doença-universal e doença-particular, etc. Enfim, desse segundo capítulo chegaremos a um terceiro e último momento da investigação sobre as definições gerais de doença e saúde, a saber, sobre os critérios de como definir saúde e doença: funcionalidade, causalidade, normalidade, estrutura anatômicas, etc.

1. As definições gerais de doença.

A razão para alguém desejar investigar os usos ou definições de “saúde” e “doença” é dupla: a relevância tanto epistemológica quanto moral. Nas palavras de Engelhardt: “O conceito de doença atua não apenas para descrever e explicar, mas também para impor a ação. Indica um estado de coisas indesejável e a ser superado” (1975, p. 27). Mas essa dupla razão produz uma dúvida: há precedência do fator descritivo sobre o prescritivo, trata-se do inverso, ou os conceitos de saúde e doença são híbridos? Uma segunda dificuldade é a sinonímia entre os termos *disease* e *illness*, “doença” e “enfermidade” (ou demais correlatos), ou seja, condições danosas para parte ou todo corpo segundo causas mais ou menos determinadas (HESSLOW, 1984; ANKENY, 2002; JUENGST, 2004). Para um terceiro grupo de problemas, costuma-se perguntar se haveria alguma identidade entre doença e patológico ou entre saúde e normalidade, bem como se, por um lado, normal e patológico ou, por outro lado, saúde e doença, são ou não contrários lógicos. Além disso, alguns incluiriam esta outra dificuldade: que o conceito de “doença” pode não admitir, em medicina, distinção significativa de outros eventos que levam à queixa (REZNEK, 1987), como dor, desconforto, etc. de modo similar ao modo como alguns identificaram saúde e bem-estar. Enfim, ainda se poderia incluir um problema adicional: não se trata de reduzir a medicina a uma ciência da doença, pois, por exemplo, se há mulheres para as quais a gravidez é um risco, para outras o uso de contraceptivos é considerado normal em favor de sua autonomia, ou o aborto é entendido como um recurso pró autonomia ou contra os riscos, exemplos que esclarecem que a medicina lida com coisas que não são doenças e, mais que isso, promove a autonomia do paciente ou atende aos seus interesses particulares. Todas essas cinco questões podem ser chamadas de “problemas de demarcação”, pois, por exemplo, se poderia tentar responder tais problemas mediante a demarcação entre “doença” e

“lesão”. Quanto a isso, é evidente que “ferimento” costuma ser mais facilmente definido em termos de lesão anatômica, entendendo lesão em sentido estrito, isto é, trauma; contudo, quando adotamos o sentido amplo de lesão, então não apenas os ferimentos traumáticos, mas muitas formas de doenças podem ser entendidas, do ponto de vista causal, como lesões (teciduais). A réplica estaria em dizer que a separação entre doença e lesão é difícil e, então, teríamos que dizer que doenças são *eventos* e não *coisas*, assumindo a posição dos “fisiologistas da enfermidade”, como disse Engelhardt. Mas o problema de demarcação ainda não estaria solucionado, pois essa resposta não nos diz se “deficiências” e “deformidades”, que, respectivamente, costumam incluir sofrimentos sociais e estéticos, poderiam ser chamadas de “doença”, com o que voltamos as diferenciações dos “ontologistas da enfermidade”.

Dado a dificuldade, poderíamos repetir um procedimento adotado por Boorse (2016, p.15): suspender o problema de saber se a medicina se ocupa primordialmente com doenças ou com outras coisas ou, como dizem Engelhardt e Nordenfelt, se seria o caso de dizer que a medicina lida com “problemas clínicos” ou com “problemas de saúde” em geral. Com esse recurso, de pôr o problema entre parênteses, talvez se tornaria mais fácil compreender o problema. Porém, permaneceria significativo responder se a maioria das concepções sobre medicina e as definições de saúde-doença guiam-se por uma noção de “doença em geral”. O que significaria nossos termos comuns “saúde, doença, normal e patológico, lesão e não-lesão, apto e não-apto, capaz e incapaz, regular e irregular”, etc.? A julgar pelo esforço que tantos filósofos dirigem a esse problema, supomos não estar diante de um pseudoproblema. Avançando nesse sentido, poderíamos reconhecer que há duas respostas comuns a isso: primeiro, que “doença” é um termo que exprime a presença de dor ou, ao menos, algum tipo de sofrimento, desconforto ou indisposição que produza demanda; segundo, “enfermidade”, se entendida segundo a etimologia que a associa à “enfermo”, “sem firmeza”, “fragilidade”, parece um termo com acepção social ou uma propriedade ontológica dos paciente, a saber, a vulnerabilidade. E isso se tornaria mais significativo se pudéssemos constatar que não se trata simplesmente de um efeito etimológico. De modo semelhante, no Brasil houve quem tenha defendido que “doença” é um termo comum, no sentido de gênero, do qual muitas acepções são espécies (doença como o indesejável, como incapacidade, como adaptação, etc.) (HEGENBERG, 1998). Boorse, por sua vez, preferiu defender que (i) a medicina não se ocupa apenas de doenças, mas de uma lista complexa de metas, sendo a doença apenas uma parte do problema, e, além disso (ii) que a medicina se ocupa com a cura da

doença, conforme uma noção de doença-prática, mas também se ocupa da doença sem visar a cura, ao procurar definir doença-teórica. Diferente ainda será a resposta de Sadegh-Zadeh, autor muito influente em bioética, cuja tese é reconhecida por Pellegrino como seu ponto de partida, e que argumentou a favor da distinção analítica entre doença-geral e doença-específica, entendendo a primeira como entidade nosológica e a segunda como doença-particular (entidade-unidade) (SADEGH-ZADEH, 1977; PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.72). Por fim, uma importante distinção nos moldes do idealismo dialético foi oferecida por Rothschuh, agora entre noção-de-doença, concepção-de-doença e conceito-de-doença (ROTHSCHUH, 1977). Algumas outras variantes também serão por nós discutidas, como as pretensões de pensar um conceito de doença-universal. Porém, mais que a divisão entre doença-teórica e doença-prática ou doença-geral e doença-particular, muitas vezes parece que a divisão mais apropriada é entre doença e outras queixas, como argumentaram Engelhardt e Reznek (REZNEK, 1987, p.71-73). O vocabulário que apresentaremos, uma vez compreendidas as suas razões, pretenderá fornecer uma linguagem para lidar com isso e, em seguida, para melhor descrevermos o problema ético que nos interessa. Isso será apresentado na discussão sobre a relação entre doença e diagnóstico, pois, se um dos problemas de filosofia da medicina diz respeito ao debate entre construtivistas e naturalistas, outra tensão diz respeito aos critérios com que se compreende os termos aí aplicados, isto é, a ética prática.

Alguns críticos parecem entender que definições de doença em geral são filosóficas e definições específicas de doença são médicas (HESSLOW, 1984). Além disso, a opinião mais difundida é a de Boorse, saúde como *ausência de doenças*. Essas acepções possuem sua razão de ser e não são inteiramente extrínsecas ao raciocínio médico. A lição que podemos depreender de autores como Boorse e Hesslow está em que tais termos são ambíguos no uso comum e não estritamente médicos, embora outros autores responderiam que isso se deva mais ao conteúdo *normativo* que acompanha os termos que à vagueza de seus significados. Porém, aqueles que se orientam para uma ontologia da medicina, como Pellegrino-Thomasma, questionariam o que estaria presente na doença ao considerá-la como (i) objeto de exame e (ii) de natureza controlável tecnicamente. Então, poderíamos afirmar que “doença” é um termo geral para mais de um *explanandum* (HEGENBERG, 1998, p.88), ou melhor, um gênero na forma de um *explicandum*, um conceito pré-científico, cujas explicações baseadas em probabilidades permitem um conjunto de espécies, seus *explicatum* (CARNAP, 1950); ou ainda, que “doença” seria um *explanandum* que somente se torna definível mediante outros fatos ou

eventos específicos, os *explanans* (HEMPEL, 1965, p.331-496). Nesse caso teríamos que fazer uma análise das acepções comuns do termo “doença”, para verificar se podemos distinguir noções pré-científicas como pretenderam Hegenberg, Roths Schuh e Hesslow: presença do *indesejável*, do *sofrimento*, da *incapacitação* ou a presença de agentes perturbadores da *adaptação* ou do *equilíbrio* interno.

Por um lado, trata-se de dois grandes grupos para uma definição de *doença geral*: ou associa-se doença à critérios como sofrimento, mal-estar, indesejabilidade, ou doença é caracterizada mediante especificações do tipo normatividade, adaptação, capacidade, etc. Mas há aqui uma confusão que queremos diluir, separando as terminologias estritamente semânticas (segundo fontes filosóficas ou médicas) e o vocabulário descritivo (normativismo, naturalismo, probabilística, etc.). Os capítulos a seguir seguem essa divisão. Passaremos, desse modo, a discutir as vantagens e desvantagens dos usos gerais de “doença”, para posteriormente discutirmos suas ocorrências no debate sobre ética médica, uma vez que tais usos são também recorrentes ao longo dos *Principles*:

(D^1) Saúde define-se como ausência de doença;

(D^2) Saúde identifica-se com bem-estar, doença com sofrimento;

(D^3) Saúde significa o desejável pelo paciente ou seus melhores interesses;

(D^4) Saúde é poder-fazer, ter capacidade, e doença é incapacidade;

(D^5) Doença se define como o tratável pela medicina;

(D^6) Saúde e doença são definíveis segundo normas ou medidas de normalidade;

(D^7) Saúde define-se como “equilíbrio” natural.

Entenda-se que as definições D^1 , D^2 , D^3 etc. são formas típicas de definir doença em geral (D^8), algumas baseadas em definições específicas (D_e), seja mediante redução ou generalizações.

1.1. Saúde é ausência de doença.

Essa é a concepção mais difundida, bastante compartilhada por médicos e pesquisadores, principalmente quanto ao diagnóstico. Sobre ela também se faz, muitas vezes, corresponder as metas da medicina, sobretudo a cura. É também a concepção de Kant, apresentada em *O Conflito das Faculdades*, de 1798, significativamente discutida por Canguilhem (2012, p.195). Kant postulou a oposição dialética entre

terapêutica e dietética, a primeira referente à clínica e ao tratamento de doença, de responsabilidade da Faculdade de Medicina, a segunda referente à medicina preventiva e aos cuidados da saúde. Deste modo, a saúde não teria qualquer relevância para a medicina, dedicada unicamente ao tratamento e supressão de doenças, de tal forma que a doença seria determinável e corresponderia aos sentimentos objetivos (sofrimento), enquanto a saúde seria tão somente uma aparência, tal como a sensação que lhe predica (o bem-estar). Dito isto, Kant estaria aceitando a definição de doença como ausência de saúde assim como a saúde estaria sendo definida em relação ao sentimento de bem-estar: “Kant tinha dito que podemos compreender o vivente como se sua organização fosse a atividade circular do conceito”, pois “houve um tempo em que a reflexão sobre [...] os deveres do médico [...] era considerada como uma das atribuições da filosofia”, de tal modo que, “entre as Faculdades superiores, Kant considera a Faculdade de medicina como a mais livre das três, a mais próxima da Faculdade de filosofia”, de onde se segue que para Kant “o governo não deve prescrever ao médico regras de conduta” (CANGUILHEM, 2012, p.380, 422 e 423). Evidentemente, “não se pode matar impunemente”, diz Kant, mas permanece o fato de que “o governo pode e deve, por conseguinte, exigir de todo prático que ele fique submisso ao julgamento de sua própria Faculdade, em relação somente com a política médica” (CANGUILHEM, 2012, p.423), de onde se segue uma importante divisão: “É somente como protetor da saúde pública que um governo pode supervisionar a prática e a profissão médicas, através de uma Comissão superior da saúde e por meio de regras sanitárias”, em distinção a liberdade médica que responde apenas a sua própria Faculdade (CANGUILHEM, 2012, p.424). A teoria kantiana sobre a medicina estaria flutuando entre moral e técnica, isto é, entre “o dever de cuidar para que a terapêutica não se volte para a experimentação cega e irresponsável é confiado à própria Faculdade de medicina”, evitando assim o poder dos empíricos sobre os indivíduos, mas “um problema de responsabilidade aparece, que só o médico não pode resolver”, como é o caso “da luta coletiva contra a varíola, no século XVIII: inoculação ou variolização, depois vacinação” (CANGUILHEM, 2012, p.242). Portanto, da concepção médica de sua época sobre doença como ausência de saúde, Kant deduzira a autonomia médica, sem sequer questionar a autonomia do paciente, embora contra a autoridade do Estado. Essa concepção remonta pelo menos à medicina anterior ao século XVIII, que compreendia a doença como efeito de causas naturais externas e as classificava segundo os sintomas e métodos botânicos de tratamento. Ganhou-se em taxonomias racionais, mas não se avançou em

epidemiologia. Com a medicina do século XIX, os estudos da doença passam a determinar-se, sobretudo, pelas mudanças morfológicas e, deste modo, novamente a saúde foi compreendida em termos de oposição lógica, isto é, ausência do fator patógeno em sentido fisiológico. Reforçou-se a aceção de saúde como não-doença ou, segundo Lerich, “a vida no silêncio dos órgãos” (CAMGUILHEM, 2012, p.130).

Essa história poderia explicar as origens da aceção comum que acompanhou o desenvolvimento da medicina. Contudo, Boorse veio a formular uma epistemologia que confirmara essa trajetória, porém com a característica de afastar as premissas morais presentes em Kant. Mas, por isso mesmo, abrirá um importante debate: seria possível eliminar o conteúdo prescritivo da medicina que Kant havia assegurado? Nascerá, assim, as controvérsias entre naturalistas e normativistas. Quanto à Boorse, seu naturalismo baseou-se na passagem das teorias biomédicas para uma definição negativa de saúde, isto é, uma definição bioestatística com o intuito de evitar toda e qualquer formulação em termos valorativos. Veremos como isto é feito em termos de normalidade estatística e funcional. Somente a biologia e a patologia - e não a clínica, a sociedade e demais interesses – serviriam de fundamentação para a *definição teórica* de saúde-doença. E uma vez que a definição teórica positivista de saúde não seria identificável com o conhecimento social da doença ou sua definição prática, segue-se a necessidade de abdicar dessa última pretensão. Portanto, o modelo biomédico e o senso comum estariam em acordo quanto à concepção de que ser saudável é não estar doente. Isso foi possível afastando os problemas kantianos sobre autonomia de médicos e pacientes, mas inflacionando o conteúdo hedonista dirigido aos interesses naturais do paciente. Mais tarde poderemos considerar como essa história pode ser tomada como uma das fontes de prejuízos práticos de tipo hedonista.

Reservaremos outro capítulo para discutir a tese de Boorse. No momento, queremos apenas analisar a sentença “saúde é a ausência de doença” em seu sentido comum. Em primeiro lugar, é curioso como essa definição faz coincidir o valor social dado à saúde e uma epistemologia biomédica na forma lógico-disjuntiva “saúde x doença”. Essa ambiguidade poderia ser resolvida afirmando que saúde não é objeto de ciência, mas apenas a doença. Mas permaneceria a aparência lógica (anfibologia). Em segundo lugar, se é verdade que a saúde porta instâncias não mensuráveis, também a doença inclui propriedades naturais (físicas, biológicas ou químicas), e os médicos costumam admitir que a medicina deve tratar esse tipo de mal-estar. Terceiro, ainda que “doença” e “saúde” sejam termos gerais a serem aplicados a um indivíduo

particular mediante hipóteses diagnósticas, a disjunção parecerá precária se enfatizarmos que um indivíduo pode estar doente para uma especialidade médica e não-doente para outra, assim como estará saudável para este diagnóstico especial apenas dentro do tempo previsto pela probabilidade e não como estado geral da pessoa. Clinicamente, um indivíduo pode ser considerado doente quanto a uma função ou capacidade e saudável quanto a outros critérios. Também poderemos ter dificuldades de dizer se um indivíduo em observação após uma cirurgia de transplante de coração está doente ou saudável, ou se o período de recuperação é normal ou patológico. Socialmente, um indivíduo pode ser definido como doente para certas tarefas e, não obstante, saudável para outras. Portanto, a noção de “saúde como ausência de doença” (saúde como negação lógica de doença) possui duas dificuldades: (a) define cada termo por oposição aparentemente lógica e (b) trata cada termo como objeto determinado sem correlação. Então, se admitíssemos os critérios dessa definição comum, teríamos que restringir muito o campo atual da medicina, o que implicaria numa proposta contrafactual de medicina.

1.2. Saúde e doença como bem-estar e sofrimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu a saúde em termos de bem-estar: “Um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Trata-se da tentativa de limitar a definição negativa de saúde, ampliando-a aos diversos setores da vida humana. Classificações recentes também tentaram eliminar termos negativos como “doença” e ampliar a aplicação de termos positivos, como “saúde”. Mas também se poderia dizer que, mais uma vez, estamos diante de uma acepção que faz coincidir a concepção técnica e a de senso comum. Seja como for, essa definição não é livre de críticas importantes. Sua abrangência é tamanha que se poderia dizer que “teve o duvidoso mérito de alimentar, em todo o mundo que se diz civilizado, um novo misticismo sanitário”, “reinventando o nirvana e chamando-o de saúde” (ALMEIDA FILHO, 2011, p.08). Uma vez que não existe estado de bem-estar constante, a expressão “completo estado de bem-estar” é idealista ou fictícia e confirma a falta de objetividade no tema. Engelhardt sustentou opinião semelhante, como ainda veremos, quanto às concepções idealistas sobre a continuidade egóica da pessoa (1998, p.196), bem como atacou a definição de Gert que identificava doença com sofrimento e risco, aceitando as críticas de Nordenfelt (p.254). Poder-se-ia responder que aquela definição se justifica por suas pretensões sociais e políticas. Contudo, é justamente neste ponto que

encontramos críticas mais significativas. Com efeito, a subjetividade daquela definição pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle ou de exclusão, pois “o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como ‘normal’” (CAPONI, 1997, p.300). Seria possível uma réplica segundo a qual a saúde significa bem-estar e ausência de sofrimento em termos fisiológicos, clínicos ou individuais: *a doença é a resultante de um diagnóstico, embora por exclusão*. Contudo, mais uma vez é preciso observar pontos críticos: também pertence à atitude natural entender a doença a partir do sofrimento e a saúde a partir do bem-estar, noção carregada de conteúdos morais que pode levar ao prejuízo hedonista indicados contra Culver e Gert (1982) e Richman (2003).

Essa concepção pressupõe a decisão prévia sobre o sentido maléfico ou benéfico da natureza: (a) a relação entre sofrimento, sintoma e doença funda-se na prática médica desde a antiguidade e sua história de naturalização tende a encobrir que a vivência do prazer e a vivência do bem-estar também podem ser sintomáticas e causadoras de dano e sofrimento (compulsão, obsessão, perversão, etc.); (b) além disso, existem muitas doenças graves que não causam sofrimento ou dor, ao menos inicialmente, como é o caso do câncer; (c) os casos das chamadas “dores psicogênicas” são mais amplos que os das dores definíveis em termos de condução nervosa, assim como são variados os fenômenos de dor que persistem ou retornam modificadas após a anestesia; (d) a contraobjeção consistiria em defender que o sofrimento define a doença em termos de efeitos, e não sintomas, pois toda doença levará ao sofrimento, ainda que a longo prazo, mas, replicar-se-ia que existem fenômenos nos quais o sofrimento causado serve de sinal do desenvolvimento normal, como na gestação. Logo, os conceitos de doença e saúde transitam tanto pela dor e o sofrimento, quanto pelo prazer e o bem-estar, além de outros índices, sem que isso permita uma “demarcação”.

1.3. Saúde é o desejável e o dos melhores interesses

A atitude natural também tende a admitir a máxima “*a doença é indesejável*”. Poderíamos dizer inclusive que o conceito de “doença” é sempre prescritivo, como pretendeu R. Hare (1986). Mas, com isso, frequentemente essa concepção é utilizada como critério de decisão discriminatória na prática clínica, incluindo a defesa de paternalismos dos mais variados tipos, supostamente justificados na forma “respeito ao que

o paciente desejaria”. Para fugir a isso, houve filósofos que preferiram o termo “*indisposição*” por incluir “doença, moléstia e ferimento” (HEGEMBERG, 1998). Outros falarão em “problemas clínicos” para incluir uma variedade de demandas orgânicas, psíquicas e sociais (ENGELHARDT, 1998). Com isso, aquela máxima anterior se torna mais ampla. Sentir-se indisposto significa sentir sobre si algo errado, probabilidade de mal-estar que, de um extremo a outro, pode ser considerado ou não doença por um indivíduo, e ser ou não razão de demanda médica. Porém, o foco não deveria recair sobre o sofrimento, mas sobre o fato da indisposição ser uma condição pessoal, o que levaria a supor a medicina orientada para o “interesse do paciente” e definida a partir da clínica. Contudo, nem sempre a causa da indisposição pode ser determinada, nem sempre uma doença já instalada provoca indisposição ou sofrimento e a medicina nem sempre significa clínica ou tratamento de pacientes individuais, pois por medicina também entendemos pesquisa teórica não ligada as indisposições, saúde pública de populações, etc. Porém, se dissemos que doente seria o indivíduo que procura o terapeuta devido a uma indisposição, por temer os problemas que essa indisposição significa ou pode provocar, então teremos que replicar que sono, lassidão, mesmo preguiça, são casos típicos de indisposição, podem demandar cuidados e dificilmente são considerados doença, sobretudo a preguiça, exemplo de indisposição “normal”. Beauchamp-Childress descrevem diversos problemas éticos oriundos do interesse do paciente sobre objetos tidos desejáveis ou indesejáveis tanto no campo da autonomia quanto da beneficência. Esse também é o caso mais criticado e de modo recorrente serve de parâmetro para Beauchamp-Childress mostrarem como concepções epistêmicas com grande frequência são tomadas como critérios para justificações morais duvidosas (conforme nossa Parte VI, *Medindo o alcance do principialismo*).

Enfim, podemos elencar os seguintes critérios para a crítica desta concepção de doença: (a) o que é indesejado ao corpo não é paralelo ao indesejado para a mente, e não são poucos os exemplos dos sintomas relativos a essa diferença; (b) nem todo indesejado é definido como doença, pois não implica objeto causal: em certos contextos é indesejável ser calvo, ser magro ou ter baixa estatura, porém o primeiro exemplo é tratado medicamente, o segundo não é sintoma suficiente e possíveis intervenções médicas sobre o terceiro mereceria mais ser chamado de “melhoramento” do que “tratamento”, levantando a pergunta se por “medicina” devemos entender ambas as coisas; contudo, todos podem ser igualmente indesejáveis e passionais; (c) fibromialgia é definida como “doença” apesar de não admitir causas determinadas, embora o mesmo

não seja aplicado a inúmeros outros casos; (d) a gripe é doença em sentido próprio, mas a fibromialgia e a falta de força muscular podem prejudicar a qualidade de vida muito mais que a gripe; (e) certas doenças podem ser desejadas em certos contextos sociais ou segundo certos interesses, quando, por exemplo, auxiliam no descompromisso do trabalho; (f) enfim, existem diversos fenômenos fisiológicos considerados normais e, não obstante, são indesejados pelo portador. Portanto, o conceito de “desejabilidade” não pode ser tomado como divisor entre saúde e doença, pois ambos podem dar sentido ou servir de finalidade às práticas, intenções e sensações desiderativas variadas. As soluções conhecidas são duas: entender que a medicina lida com “problemas clínicos”, o que incluiria a doença, indisposições e outras metas; ou afirmar que os problemas médicos são muito mais amplos que os problemas clínicos, incluindo questões teóricas puras em pesquisa, ou métodos dirigidos à saúde pública de populações, caso em que se retira o problema da teoria das doenças ou da clínica e se transfere para a teoria das metas da medicina. Engelhardt e Nordenfelt pertencem ao primeiro grupo (ambos autonomistas), Pellegrino e Boorse ao segundo (ambos “beneficentistas”). A razão pela qual a primeira solução leva ao autonomismo está no fato do alargamento do conceito de “doença”, “deficiência”, etc., de modo a incluir uma causalidade social, fragilizar a autoridade dos discursos objetivistas, o que Engelhardt leu em Nordenfelt; e a razão pela qual a segunda posição leva a priorizar ou colocar o acento na beneficência está na teleologia que as metas da medicina tende a implicar, metas internas em Pellegrino e metas internas-externas em Boorse. Ora, se isto for correto, então precisaremos posteriormente realizar uma crítica de ambas as soluções.

1.4. Saúde é poder-fazer ou capacidade.

Poder-se-ia definir doença não tanto como sofrimento ou dor, mas como incapacitação, cujo limite seria a morte e cujo oposto consistiria em afirmar “a saúde é o conjunto de capacidades” ou “funções”, “aptidões”, etc. Esta concepção é comum na medicina e representa objeto de análise em Beauchamp-Childress quando discutem como especificar o respeito à autonomia do paciente em termos de capacidade de decisão, como veremos (2002, p.153). Mas as dificuldades com a generalização do critério de “capacidade” seriam: (a) são muitas as incapacitações, como o daltonismo, o ananismo, que não são definidas como doenças em sentido estrito, bem como pouca flexibilidade e alongamento é incapacitação em certos contextos, mas não em outros; (b) certas incapacidades são tidas

como desejáveis ou benéficas em certos contextos sociais, mesmo contra recomendações médicas, por exemplo, incapacidades musculoesqueléticas causadas pela ausência de exercícios físicos; (c) além disso, por um lado, existem diversas capacidades exercitadas pedagogicamente e que vêm a se incluir nas funções orgânicas, como é o caso da aprendizagem motora e linguística, ambas bastante variáveis entre indivíduos e sociedades; por outro lado, a ausência de algumas capacitações desse tipo não chega a ser tratada como incapacidade em sentido estrito, pois não se costuma chamar “surdez para som” casos de pessoas sem cultura musical, e apesar da não normatização da percepção musical, a percepção geométrica do espaço é socialmente obrigatória, como no caso de exames psicotécnicos para condução de veículos automotores. Logo, a capacidade funcional supõe uma teleologia irreduzível ao fisiológico e psicológico, e parece mais dependente do conceito de saúde que de doença ou de causalidade social, como quis Nordenfelt. Mas pensar a doença como incapacitação é defini-la a partir de um sentido de saúde não explicitado. E isso é tudo o que Engelhardt pressupõe para definir a sua regra de não autoridade moral para pacientes incapazes mentalmente, esse um dos problemas nas especificações morais do princípio de autonomia, e o lugar onde um prejuízo hedonista ocorre no autor, como veremos.

1.5. Saúde é o tratável segundo a medicina.

Um quarto uso do termo “doença” ocorre quando por doença em geral entendemos que “doença é objeto de tratamento médico”. Trata-se de uma solução bastante frutífera, capaz de indexar critérios naturalistas no interior de uma teoria normativista ou vice-versa, se uma ou outra admitir o revisionismo, como veremos. Neste caso, doença é tudo aquilo tratável pela prática médica. A definição de doença passa a depender de uma especialidade, tal que *doença-geral* → *doença-específica*. Ocorrências são tratadas porque ingressam no conhecimento médico historicamente, tal que doença é definida extensionalmente. Essa concepção nos parece explicar muitas das diferenças que encontramos entre os modelos de princípio priorizado, Engelhardt e Pellegrino-Thomasma, por comprometerem-se com algum tipo de teoria sobre o que a medicina deve tratar e o que significa oferecer tratamento. Antes, contudo, de discutirmos isso, podemos elencar as seguintes dificuldades na definição geral de doença como “tratável pela medicina”: (a) certos fenômenos ingressam nas classificações de doenças ou de tipos de tratamento, mas, pela mesma razão, historicamente podem ser excluídos

da esfera de tratamento, de forma a definir a medicina não como ciência, mas como conhecimento por *Nomenclature*, dizia Hegenberg (1998, p.74), ou, como preferiu Engelhardt, por método explanatório (1998, p.261-264), com o que concebe-se a clínica em sentido estrito ou a medicina estritamente como clínica (BOORSE, 2016, p.8), o que mereceria as críticas antes levantadas, além de ignorar soluções mais atuais em epidemiologia clínica (AZEVEDO, 2014, p.2); (b) além disso, a medicina trata de variadas condições não definidas como doenças: o contraceptivo é um tratamento em sentido estrito e, contudo, excluído da patologia clínica; o aborto pode ser exercido pelo médico e, nem por isso, consiste em tratamento de doença, a não ser que se iguale “tratamento médico” e “recursos médicos” ou “intervenção médica”; a cirurgia plástica é tratamento médico, mas constitui clínica apenas por analogia ou, pelo menos, clínico em sentido amplo; outras “práticas da saúde”, como a fisioterapia e a psicoterapia, exercem tratamentos, mesmo clínicos, apesar de não serem definidas como medicina e nem se dirigirem necessariamente à doença; há formas de “medicina tradicional”, conforme o capítulo 26 da última publicação da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11), que incluem conceitos semelhante à “tratamento” sem que sejam indexados a algum conceito similar do que chamamos de “doença”, razão pela qual, assim supomos, a CID-11: cap.26 introduziu o tema usando a expressão “*disorders and patterns*” (desordens e padrões), falando de sinais associados em relação aos tratamentos, e não usa os termos *disease* e *illness* nenhuma vez; (c) existem doenças que não admitem tratamento, tratamentos que não se efetuam sobre doenças e práticas de saúde que não são tratamento nem clínica, como a inclusão social que minimiza o sofrimento de pequenos grupos não patológicos, por exemplo, no caso do ananismo. Razões como essas parecem ser o motivo que levou Engelhardt, após citar Nordenfelt e Clouser-Culver-Gert, a rejeitar a existência de um conceito geral de doença e substituir tais pretensões por expressões amplas do tipo “problemas clínicos” (ENGELHARDT, 1998, p.255-256). Mas a própria noção de “tratamento” é ambígua, porque se refere tanto ao diagnóstico quanto ao prognóstico, patológico ou não, passível de cura ou apenas paliativo, etc. Se a noção de tratamento fosse assumida em toda sua amplitude, então a higiene incluiria inteiramente a medicina, odontologia seria chamada de medicina e, mais evidentemente ainda, a enfermagem, pois, atualmente, “o fato de que uma escola de enfermagem ou odontologia pode estar em um centro médico deixa claro que pelo menos alguns usos do termo medicina claramente se referem a mais do que o médico” (VEATCH, 2001, p.640). Ou ainda: “É implausível negar que

muitos tratamentos dados por enfermeiras e outros membros padrão de uma equipe de saúde sejam médicos”, pois, como se pode constatar através de diversos exemplos, “enfermeiros geralmente administram drogas por via oral, por injeção, monitoram sinais vitais, [...] técnicos de emergência médica mantêm ou ressuscitam pacientes à beira da morte”, tal que “esses são trabalhos que os médicos fariam se tais profissionais estivessem indisponíveis, como às vezes são” e, portanto, “parece tolice afirmar que um dado tratamento é médico se e somente se for realmente realizado por médicos” (BOORSE, 2016, p.5). Em Beauchamp-Childress são recorrentes as críticas ao abuso do sentido de “tratamento”. Esse será posteriormente um ponto central em nossas análises.

1.6. Saúde é normalidade.

Porém, sobretudo nos últimos dois séculos, tornou-se comum falar em “normalidade” devido ao fato do vocabulário médico ter incrementado cada vez mais este conceito. O passo inicial seria eliminar a ambiguidade entre os termos “norma” e “normal” ou “normatividade” e “normalidade”. Em primeiro lugar, por “norma” entende-se regra ou critério de julgamento ou juízo, o que se aplica em medicina em dois casos: (a) normas morais para julgar e justificar cursos de ações e tomadas de decisão; (b) critérios para o julgamento de hipóteses diagnósticas a serem distribuídas em dados probabilísticos, muitas vezes também para o julgamento das consequências e do curso de ação clínica a ser adotada. Como mostraremos no capítulo *Heurística médica e erro inferencial*, a razão principal dos erros inferenciais em ética médica deve-se a passagem do segundo para o primeiro sentido de “julgamento” agora referidos. A distinção – que se tornou clássica – entre fatos e normas (valores) parece não se aplicar aqui, pois o sentido (b) não representa fatos, mas julgamentos sobre classes e hipóteses. A réplica estaria em dizer que, no caso (a), a norma julga condutas, e no caso (b) parece julgar tanto os fatos (causas das doenças, probabilidade de fatores de risco) quanto as condutas clínicas (tomada de decisão, julgamentos médicos, justificativas morais). Em segundo lugar, por “normal” costuma-se entender aquilo que está em conformidade com uma norma (um hábito, costume, equilíbrio orgânico, etc.). Disso se seguirá o adjetivo “normativo”, regra que garante a ação ou funcionamento eficaz de algo, o que não apresenta problemas quando se pretende falar em “procedimentos normais”, “regras técnicas e protocolares”, “regularidades biológicas”, mas costuma ser recusado quando por normativo se entende coisas como “caminho verdadeiro”, “método absoluto” ou qualquer outra concepção metafísica de “forma de

vida” ou “desígnio da natureza”. Assim, boa parte das críticas dirigidas às definições de saúde-doença em termos de normalidade ou normatividade está na dificuldade de eliminar tais ambiguidades em medicina. O exemplo que mais nos interessa sobre isso estaria no fato de que autores naturalistas, como Boorse, apesar de pretenderem definir um conceito geral de doença em termos de fatos, regularidades biológicas, eliminando toda forma de juízo de valor, nem por isso podem abdicar do conceito de “normalidade” para expressar tais regularidades, o que não é um equívoco por si mesmo, porém, por essa mesma razão, alguns acusarão o naturalista de ser um “normativista velado”, como ainda discutiremos.

Uma solução interessante estaria em afirmar que “normalidade” é uma propriedade que apenas faz sentido no uso nominalista adotados pelos médicos segundo técnicas de diagnóstico, o que permitiria demarcar a diferença entre o conceito nominalista de doença e o conceito geral, isto é, leigo, conforme defenderam Campbell, Scadding e Roberts (1978, p.760). Discutiremos esta importante tese mais a diante (na seção *1. Solução nominalista*, no capítulo 2, a seguir), mas por enquanto podemos observar que não é evidente que o conceito técnico de “normalidade” não inclua normatizações de origem não técnica. Outros defenderão que, dizer que “saúde é normalidade” significa afirmar que sua significação pode ser extraída de curvas de normalidade estatística (MURPHY, 1967) ou normalidade funcional (BOORSE, 1977). Algumas vezes, tanto médicos quanto leigos reúnem ambas as concepções de normalidade em um único conceito mais amplo, porém mais vago. Engelhardt acusou estas acepções de serem variantes modernas das teorias medievais de desígnio natural (1998, p.249). Esse uso corrente entende que saúde é pertencer a alguma “normatividade natural”, o que equivaleria a “normalidade”. A dificuldade está, mais uma vez, em aproximar normatividade e normalidade. Pode ser fisiologicamente normal ter baixa estatura e ser normativamente inapropriado em certos contextos sociais. Não é estatisticamente normal ser daltônico e, entretanto, o portador pode lograr habilidades desejáveis em pintura devido a esta condição. A polidactilia costuma ser definida como uma “anomalia”, outras vezes como caso entre as “mal formações congênitas” ou “síndrome genética”, causada pela manifestação de um alelo autossômico variável, com alteração quantitativa anormal dos dedos da mão (quirodáticos) ou dos dedos do pé (pododáticos), como os casos mais comuns de crianças nascidas com seis dedos nas mãos, apesar de dever-se ao gene dominante (CZEIZEL & BROOSER, 1986), cujo “tratamento da polidactilia tem como principal objetivo obter um equilíbrio entre um bom resultado

funcional e estética satisfatória” (BELTHUR; LINTON; BARNES, 2011, p.31), apesar do evento frequentemente não trazer nenhuma complicação funcional para o portador.

Para uma crítica social mais forte, as críticas filosóficas mais conhecidas à concepção de saúde como normalidade pertencem a Foucault e Canguilhem: que o conceito de normalidade (natural, estatística ou probabilística) sempre inclui alguma noção normativa (teleológica, social, moral). Disso se seguirá a questão ética sobre os limites da medicina e do Estado quanto às necessidades ou interesses do paciente, dirão Engelhardt e Beauchamp-Childress. Surgirão leis de vacinação, quarentena, registros de doenças, etc., formando “um dispositivo de seleção entre os normais e os anormais” (FOUCAULT, 1982, p.150). Porém, se o problema referido está na aproximação entre normalidade e normatividade, isto é, nas concepções normativistas de doença e medicina, a dificuldade destas críticas, por sua vez, está no fato de instigarem, à contragosto, a defesa de uma teoria médica desprovida de valores, como quis Boorse, o que pode significar um risco de trivialização. Engelhardt criticou Foucault por não atingir o problema ético-normativo propriamente dito (1998, p.268), isto é, não formulou critérios de ética normativa para responder aos problemas sociais e jurídicos que ele mesmo levantou. A réplica estaria em responder que é preciso acusar sempre o conteúdo valorativo da medicina para manter-se a responsabilização da comunidade científica e política.

Essa disputa corresponde ao que chamamos de “o problema de Foucault” ou, noutros termos, a disputa entre o normativismo construtivista de Engelhardt e o normativismo crítico de Foucault. A disputa parece poder ser expressada em uma questão: até que ponto *devemos* responsabilizar o Estado pela saúde do indivíduo ou responsabilizar o indivíduo pela própria saúde? Responsabilizar pessoas por estilos de vida não saudáveis pode levar a desimplicar o Estado, mas responsabilizar o Estado e demais instituições pode afetar a qualidade de vida de muitos setores sociais menos favorecidos se tal responsabilidade for entendida em sentido paternalista. Certamente, é antes de tudo uma questão ética de respeito à autonomia dos indivíduos que esses possam escolher seus estilos de vida e, neste sentido, é legítima a limitação do Estado e da comunidade médica; entretanto, o estilo de vida pode comportar algumas obrigações em sentido utilitarista, como retribuir à sociedade as condições saudáveis de vida proporcionadas pela alocação de recursos, não sendo legítimo admitir toda e qualquer escolha de vida. Pode ser normativamente aceitável utilizar da própria saúde para praticar esporte ou ingerir bebida alcoólica, mas o abuso de ambos nem sempre

contribui para os interesses sociais e algumas vezes é questionável se é do melhor interesse do indivíduo. Mas, ainda assim, talvez não pudéssemos censurar algumas dessas práticas. O indivíduo que procura a assistência ortopédica pública por um trauma causado por imprudência ao volante teria o direito social de arriscar-se? Manterá seu direito à assistência? Ou o Estado deve limitar os riscos individuais, através de campanhas educativas e punições legais? Seja qual for a resposta, poderíamos indagar com que direito se assume isso ou aquilo como a norma? Engelhardt responderia que se minha conduta não prejudica a paz e a integridade alheia, devo ter o direito de fazer o que bem entendo com meu corpo. Mas, essa resposta normativista não trivializa a saúde? Não sabemos, pois o que a discussão em torno da “normatividade” produz é um *auctori incumbit onus probandi* (circulo do ônus da prova), o que teremos a oportunidade de melhor esclarecer.

Outra forma de colocar o problema é aquela descrita por Canguilhem. O conceito de “norma” é ambíguo e comporta dois sentidos: por um lado, expressa médias e constantes estatísticas; por outro lado, significa os valores desejáveis segundo os interesses de uma sociedade e época. No primeiro sentido, “normal” é pensado em correspondência à vida, não em sentido estritamente biológico, mas como normas de adaptação e equilíbrio relativos ao ambiente e segundo médias para um organismo. Contudo, no segundo sentido, as médias expressariam não constantes biológicas ou funcionais, mas valores sociais que ignoram os hábitos individuais. Portanto, a dificuldade de equiparar norma e saúde deve-se a que alguns organismos podem estar adaptados e serem normais em certos contextos e não normais em outros, ou ainda desenvolverem “doenças” como efeito do esforço adaptativo, o que significa que “saudável é nesta perspectiva, aquele que tolera e enfrenta as infrações” (CAPONI, 1997, p.297). Crítica muito semelhante foi tecida por Engelhardt contra Boorse e Pellegrino (ENGELHARDT, 1998, p.247).

Os defensores do naturalismo diriam que tais críticas não levam em conta os avanços mais recentes da ciência médica. Os avanços da biologia molecular e a repercussão no campo bacteriológico são de grande importância, o que levou ao surgimento das vacinas e do otimismo provocado inicialmente pelos antibióticos. Além disso, a descoberta do genoma humano levanta a possibilidade de intervenção nas doenças genéticas e, por extensão, a medicina passa a incluir em suas metas o melhoramento das funções humanas. Nesses casos, não estaremos mais falando em “natural”, e teremos modificado o conceito de “normal” para se ajustar a ampliação do conceito de “saúde”. As pesquisas em bioestatística com grupos de risco também forneceram condições para

evitar o adoecimento e determinar os modos de vida saudáveis. Porém, ainda assim não se afasta os juízos de valor, pois “se nos referirmos ao código genético ‘normal’, veremos que existem inúmeros exemplos de variações e desvios, de ‘anomalias’ que não podem ser, em absoluto, consideradas como de valor negativo ou patológicas” (CAPONI, 2003, p.56). Se a bioestatística compara organismos vivos para definir padrões de saúde, seria necessário considerar o ser vivo sempre em função de seu meio e, deste modo, seria uma simplificação tratar os modos de vida em termos de normalidade.

1.7. Saúde como equilíbrio natural.

Hipócrates, Galeno e Paracelsus defenderam que saúde é harmonia ou equilíbrio teleológico. Com a física moderna, esse tipo de definição sofreu declinação, embora não imediata. Médicos como Stahl e Hoffmann defenderão, ainda no século XVIII, que a saúde é certo equilíbrio segundo leis naturais, vitais ou mecânicas. Mas Engelhardt mostrará que a querela moderna entre vitalistas e mecanicistas dependerá tanto da ignorância científica sobre causalidade biológica quanto de compromissos metafísicos hoje insustentáveis (1998, p.292). O autor entende que todo naturalismo sempre implica em prejuízo para a formulação da saúde ou normalidade e ainda mais para a ética médica. Entretanto, com o desenvolvimento da biomedicina e da medicina baseada em evidências, teremos versões mais adequadas: saúde como adaptação biológica e saúde como homeostase fisiológica. Novas versões renovaram os modelos naturalistas iniciais, tanto na bioestatística quanto na epidemiologia clínica. Nos concentraremos agora nas versões clássicas que fizeram o conceito de saúde e doença aderirem à alguma modalidade de “equilíbrio natural” ou, mais exatamente, adaptação ou homeostase.

Afirmar que a saúde deve ser concebida em termos adaptativos significa que a saúde é propriedade do organismo vivo e esse não pode ser pensado independentemente do meio. Portanto, a saúde é uma variável segundo o meio e suas propriedades são aquelas que contribuem para a maximização de habilidades adaptativas e eliminação dos elementos intoleráveis. A “capacitação” e o “intolerável” servem de critérios para determinar a adaptação. Contudo, o conceito de adaptação costuma ser tão ambíguo quanto o conceito de norma visto acima. Não fica claro se estaríamos adotando uma concepção ampla ou uma concepção relativista de saúde. Um atleta de ginástica artística não está adaptado para trabalhos pesados: o condicionamento e a adaptação que sua coluna vertebral sofreu por meio de treinamentos não lhe permite

suportar pesos e tensões indefinidos. Por um lado, estaríamos definindo saúde como exclusão ou minimização das condições intoleráveis à adaptação, o que significa que a aceção “saúde como adaptação” é uma forma disfarçada de definir “saúde como ausência de doença”. Essa seria uma forma de compreender porque em Boorse encontramos um funcionalismo aliado a esse tipo de definição de “doença”. Trata-se de definir doença em geral como a presença dos fatores intoleráveis. A dificuldade se deve ao fato de que os termos “ausência” e “presença” são ontológicos e estão sendo utilizados para uma definição aparentemente epistemológica de saúde. O erro categorial está em tratar termos ontológicos como se fossem predicados empíricos, quando categorias ontológicas não podem servir de predicados ou não são propriedades. Isso gera dificuldades do tipo: (i) o daltônico pode estar adaptado a certas políticas públicas e tirar vantagem de sua condição como pintor expressionista, mas ainda assim o daltonismo permanece determinável independentemente das condições do meio; (ii) por outro lado, parece infrutífero defender que a linguagem médica seja do tipo “o indivíduo x é saudável no ambiente A_1 e doente no ambiente A_2 ” ou “o ambiente A_1 é tolerável para o indivíduo x e o ambiente A_2 lhe é patogênico”. Esse tipo de concepção poderá ser frutífera para muitas formas de terapêutica e, mais ainda, para definições epidemiológicas, onde “indivíduo” e “ambiente” são ligados por índices classificatórios do tipo “população”, “incidência”, etc., mas está longe de ser universalizável, pois não seria defensável, por exemplo, para doenças por deteriorações teciduais, etc.

Outra forma mais sofisticada de definir a saúde em termos de equilíbrio natural é através do conceito de auto-regulação. O termo homeostase, inicialmente definido por Walter Bradford Cannon, de uso diverso na fisiologia de Kurt Goldstein, este elogiado por Canguilhem e outros filósofos franceses ou por médicos alemães de orientação ontológica semelhante à de Pellegrino (WEIZSAECKER, 1958, p.220), tornou-se difundido por permitir falar de auto-regulação. O conceito de homeostase tem a vantagem de poder ser aplicado aos diversos níveis de funções e manter sua especificidade. Foi nesse sentido que Claude Bernard, em *Medicine Expérimentale* (1865), defendeu que os processos fisiológicos possuem a finalidade intrínseca de manter equilíbrio interno. Desse modo, doença define-se como alteração deste equilíbrio e saúde como a sua restauração. A cura, portanto, dependeria dos métodos auxiliares à recomposição de uma natureza. Sem dúvida, a vantagem desta aceção, que reúne metabolismo e auto-regulação, é maior que das demais definições. Ela possui alcance maior das diversas áreas da saúde sem perder suas especificação e objetividade. De fato, são muitos os

processos fisiológicos e biológicos que podem ser definidos em termos semelhantes. Contudo, não poderíamos dizer o mesmo de muitas outras funções importantes, como o crescimento e a reprodução. É questionável inclusive se as tentativas de Kurt Goldstein de definir as funções da percepção e da locomoção em termos homeostáticos logra êxito. Funções deste tipo parecem alterar o estado de equilíbrio no lugar de mantê-los. Do mesmo modo, seria absurdo entender a cegueira ou a surdez em termos de equilíbrio homeostático. E, enfim, esse critério não parece ser aplicável para a noção de saúde que costuma operar no vocabulário epidemiológico. As dificuldades se localizam no termo “equilíbrio”: (a) para alguns, o equilíbrio diz respeito à normalidade estatística, médias internas que respeitam certas leis gerais, como a oscilação da temperatura interna do corpo humano entre 37 a 37,3°C, com o que saúde-doença serão definidos como normalidade estatística; para outros, o equilíbrio é entendido como harmonia ou forma (*Gestalt*) produzida em um organismo individual e não por leis prévias, com o que saúde-doença corresponderão, em última instância, ao desejado pelo paciente ou de seus melhores interesses; enfim, autores como Engelhardt não aceitariam a segunda concepção, presente em Pellegrino-Thomasma, por representar uma ampla ontologia da saúde, e também manteria reservas quanto à primeira aceção, por generalizar apressadamente a normalidade biológica (ENGELHARDT, 1998, p.248-253); (b) além disso, que um indivíduo comece a mancar após cortar o pé é uma forma homeostática de manter a função motora na segunda aceção, mas essa capacidade não é generalizável a ponto de incluir ajustes da capacidade de escolha moral em pacientes severamente afetados; (c) que a diarreia surja como forma de eliminar algum agente tóxico também pode ser descrita desta forma, mas tanto esse exemplo como o precedente poderiam ser descritos pelas duas concepções de homeostase referidas e, além disso, não ficaria claro até que ponto ainda se pressupõe em ambos os casos certos valores teleológicos intrínsecos ao organismo; (d) há casos, como hipertensão, que precisariam ser descritos como uma tentativa *falha* de homeostase, mas neste caso estaríamos assumindo um juízo de valor teleológico, para ser possível falar em “falha” no processo homeostático; (e) doenças degenerativas dificilmente são descritíveis nestes termos; (f) tratamentos estéticos e tratamentos com próteses ingressaram na medicina independente deste tipo de abordagem. Enfim, isso deve bastar para compreendermos que a conceito de homeostase é insuficiente para uma *definição geral de doença*, mais ainda para orientar decisões morais sobre quando e como intervir nos pacientes incapazes física ou mentalmente. Tais abordagens parecem pressupor que o equilíbrio homeostático é

sempre a busca por uma *otimização*, ficando por explicitar o sentido econômico-utilitarista deste pressuposto no interior de uma suposta teoria descritiva. Enfim, diante deste resultado cético para as concepções comuns e gerias de doença, talvez seria o caso de abandonarmos este tipo de orientação e nos limitarmos às definições de doença apenas em sentido específico e técnico, o que Engelhardt chamou de “nominalistas e fisiologistas da enfermidade”. Vejamos, a seguir, esta e outras soluções para este resultado problemático a que chegamos.

CAPÍTULO 2

Seria possível definir “doença”?

1. Solução nominalista.

Em um importante e instigante artigo, *The concept of disease* (1979), Campbell, Scadding e Roberts pesquisaram as concepções que médicos e leigos expressavam sobre doenças, segundo quatro fatores para determinar como indivíduos desses dois grupos estariam a se referir à doença:

“(a) se o termo foi pensado para se referir a uma doença devido a uma causa externa, associada a uma anormalidade de estrutura ou função, ou reconhecido apenas como uma síndrome clínica; (b) se o termo foi aceito como referindo-se a uma doença devido a uma causa externa, seja uma infecção ou um agente físico ou químico; (c) o papel do médico no diagnóstico ou tratamento; e (d) entre os médicos entrevistados, o interesse particular decorrente da formação ou experiência especializada” (1979, p.758).

Consideremos por um momento esta lista de critérios: reparemos que o primeiro critério é disjuntivo, (i) “causa externa” ou “síndrome”; com o segundo critério teremos a distinção entre (ii) “causas externas estruturais-funcionais” e, agora, as (iii) “causas externas físico-químicas”; enfim, a distinção entre (iv) “diagnóstico ou tratamento”, disponíveis pela medicina, e (v) “especialidade do médico”. Ora, se admitirmos a importância de distinguir síndromes e doenças classificadas por critérios de causalidade, que a causalidade física e a química merecem ser distinguidas, e que a heurística médica (diagnóstico, tratamento, etc.) não é o mesmo que a opinião especializada, por exemplo, por nomenclatura, então teremos cinco critérios diferentes para responder “o que se entende por doença?”. Ora, esses cinco critérios são inteiramente diferentes de nossa lista de acepções comuns, e agora alguém poderia defender que nossa lista anterior não obteve êxito por ser leiga ou, ao menos, indeterminada. Contudo, os critérios de pesquisa de Campbell valem para julgar como os entrevistados compreendem as doenças, mas não são critérios para uma definição de “doença”. Dizemos isso porque causalidade, diagnóstico, tratamento, juízo especialista, etc.,

não são categorias que possam ser aplicadas como propriedades para a definição de algo, mas são categorias heurísticas, isto é, são critérios para julgar que um evento pode ser imputado a uma causa ou recair sobre uma classe prevista na nomenclatura especializada. A não ser que aceitemos o antigo critério aristotélico, essencialista e sensualista, que definir é definir pela causa. São, portanto, critério de raciocínio e não de definição ou uso de termos. Foi por isso que não apresentamos em nossa lista anterior supostas definições do tipo “doença é um evento ou entidade de causas físicas, químicas e biológicas”, pois muitas coisas podem ser causadas desse modo, como a queda de uma rocha, a reação química do papel ao fogo, sem que por isso sejam “doenças”. Seria preciso acrescentar alguma propriedade definidora, por exemplo, “doença é um evento ou entidade cuja causa física ou química altera a normalidade própria de uma espécie biológica”. Ora, mas esse tipo de concepção baseada em normalidade foi por nós discutida, assim como as outras disponíveis na lista anterior.

Os autores logo apresentam uma tabela em que dispõem os relatos na forma de “taxas de conotação para doenças definíveis em termos de causa, estrutura, função e síndrome”, variando entre médicos e leigos sobretudo quanto às conotações sobre “agentes infecciosos” e “efeitos químicos e físicos”, mais usados por médicos (conforme outra tabela apresentada pelos autores) (p.759). Conclui-se que “a importância do papel do médico tinha uma forte relação à conotação da doença”, “mas a conotação da doença era mais influenciada pelo papel do médico no diagnóstico do que no tratamento”, porém, a comparação entre psiquiatras, pneumologistas, etc. “indicou que os especialistas não mostraram diferenças significativas de outros médicos acadêmicos” (p.760). Em contrapartida, “a maioria das pessoas sem formação médica parece pensar em doença como agente causador de doença [e] o conceito comum de ‘doença’ é essencialista: existem doenças, cada uma causando uma doença de tipo particular”, enquanto, notemos este importante acréscimo, “os médicos tendem a adotar uma posição mais nominalista, embora eles obviamente retêm resquícios de crença na existência realde doenças” (p.760). É aqui que o problema se apresenta para os autores: como diferenciar as concepções nominalista e essencialista de doença e, em seguida, explicar como os médicos, apesar de raciocinarem apenas conforme a primeira, retêm algo da segunda? Dizem os autores que “a definição geral do escalonamento é nominalista: indica como traduzir, em termos de sentenças de observação, em quais dos nomes as doenças aparecem” (p.760). Porém, “os problemas surgem no discurso médico em relação às doenças de causa desconhecida, parcialmente conhecida ou multifatorial”, o que dá a entender que a concepção nominalista é uma

concepção causalista e que, notemos, a noção de doença-geral continuaria a ter sua razão de ser mesmo entre médicos. A confusão ocorreria porque “os debatedores podem estar usando o nome de uma doença com diferentes características definidoras em mente”, por exemplo, “alguns estariam pensando-as como uma síndrome clínica, outros como definidas por uma alteração anatômica mórbida especificada, outras como anormalidades específicas da função, e outras por várias combinações destas”; porém, concluem os autores, “presumivelmente, aqueles que estão interessados em continuar tal discussão, apesar da falta de acordo preliminar sobre a definição de tais características, têm um ponto de vista essencialista e pensam que características derivadas de diferentes campos de estudo identificam uma mesma doença, existindo independentemente de suas manifestações nos pacientes” (p.761). Mas, com isso, ficou decidido previamente que doenças são eventos causais e classificatórios, ou seja, conforme a heurística médica.

Entretanto, seria relevante observar que, “como tais confusões surgem no discurso médico técnico, seria aconselhável reconhecer dois níveis de discurso: o médico-científico, no qual uma abordagem nominalista deve ser obrigatória; e o cotidiano, no qual a definição não precisa ser objetiva e quantificável, e sobre as quais não é tão necessário estar em guarda contra as suposições essencialistas” (p.761). Mas dizer que a concepção médica de doença *deve ser, obrigatoriamente*, nominalista, assim como “não precisamos ficar em guarda” contra o essencialismo leigo, é um juízo de valor, e não uma definição. Segue-se a redefinição de “uma doença” segundo os autores: “no discurso médico, o nome de uma doença se refere à soma dos fenômenos anormais exibidos por um grupo de organismos vivos associados a uma característica comum especificada ou um conjunto de características pelas quais diferem da norma de sua espécie de maneira a colocá-los em desvantagem biológica” (p.761). Adotando esta definição naturalista-funcionalista, muito semelhante à de Boorse, se poderá confirmar que “esse uso não é geralmente adotado no discurso coloquial, isto é, (a) se a causa dos fenômenos anormais é um acontecimento ou um agente físico [...] e (b) se a profissão médica é importante no diagnóstico ou tratamento” (p.762). A definição nominalista requer que as características definidoras estejam dadas de modo claro e distinto, tal que, na prática, isso seria possível restringindo as características definidoras a um campo da medicina, especialidade ou classe de doenças. Contudo, os autores reconhecem que pode acontecer do nome de uma doença dizer respeito a um diagnóstico composto, assim como há doenças que são definidas em mais de uma especialidade, de modo que “a idéia de doenças a partir das causas da

doença, implícito [também] no uso coloquial, deve ser rejeitada como enganosa” (p.763). Ora, nos perguntamos se não seria mais adequado falar em doença-específica e doença-geral, sem identificá-las com a distinção entre doença-nominalista para o médico e doença-essencialista para o leigo, ou, como preferiu Boorse, doença-teórica e doença-prática, pois permanece o problema de que diferentes nomenclaturas nem sempre admitem definição nominalista de uma doença (veja-se as classificações informacionais baseadas em lógica difusa), representando dificuldade para uma definição de doença-teórica que, supostamente, o médico sempre saberia distinguir em relação a definição leiga de doença. Ora, se a concepção leiga se mostra similar à concepção médica quanto ao critério de causalidade, se nem médico nem leigo reduzem tudo a síndromes clínicas, então apenas restou, para uma definição técnica-nominalista de “doença”, os critérios de diagnóstico e tratamento. Mas essa é justamente uma das definições comuns por nós apresentadas, a saber “doença como tratável pela medicina”, além daquela outra que faz a definição de doença depender da determinação estatística de normalidade. Mas quem adere aquela primeira definição precisa, concomitantemente, ou aderir ao normativismo ou acomodar critérios normativistas no interior da definição naturalista-funcional antes pretendida. Assim, temos um bom indício de que o problema não se resolve com a demarcação entre doença-médico e doença-leigo, o que representa uma extensão da distinção de Boorse entre doença-teórica e doença-prática, o que ainda discutiremos.

A conclusão dos autores não nos deixa dúvidas, quando afirmam que “o discurso médico tem sido amplamente conduzido em termos de ‘doenças’”, algo que nem Boorse estaria disposta a aceitar; “mas não há acordo geral sobre a definição de ‘uma doença’, em grande parte por causa da dificuldade de evitar tautologias e por causa da confusão entre os usos coloquial e médico” (p.757). O conceito de “uma doença” é “logicamente complexo” porque pode envolver “(a) uma combinação descritiva e reconhecível de sintomas e sinais; (b) fenômenos associados a um distúrbio específico de estrutura ou função; ou (c) fenômenos devidos a uma causa ou causas”, de onde se segue, mais uma vez, a definição “uma doença é a soma dos fenômenos anormais exibidos por um grupo de organismos vivos, em associação com um grupo comum de característica ou conjunto de características, pelas quais diferem da norma de suas espécies, de modo a colocá-los em uma desvantagem biológica” (p.757). Então, “essa definição - que chamaremos de definição geral - permite a heterogeneidade lógica de ‘doenças’”, concluem os autores, para, em seguida, justificarem sua afirmação, “já que os meios derivados de qualquer um dos vários campos de estudo podem ser especificados para

caracterizar os pacientes nos estudos nos quais a descrição de uma doença individual é baseada” (p.757). Mas o critério de normalidade estatística sempre é suficiente para distinguir doenças nomeadas e síndromes? É preciso notar que esse tipo de definição de doença ou a demarcação entre doença-nominalista e doença-essencialista é, antes de mais nada, dada por nomenclatura, pois o antecedente da definição inferida é o avanço do conhecimento médico. Porém, nem as nomenclaturas são unívocas ou sobredetermináveis, nem os pacientes são simplesmente subclasses de doenças nomeadas, uma vez que há variadas queixas tratáveis pela medicina e que não são classificadas sob o termo “doença”. O mais questionável é, portanto, definir a meta da medicina como principalmente orientada ao tratamento de doenças. É bastante promissor que “tentamos descobrir, a partir das opiniões de ambos, leigos e médicos, em que medida o uso comum corresponde a estes ou a outras visões sobre o significado de ‘uma doença’” (p. 757), porém, isso mostra que os autores identificam doença-geral e doença-leigo, assim como doença-nominalista e doença-específica. Porém, veremos porque a identificação do conceito de doença-geral e doença-leigo implica um sério risco de trivialização da doença, por exemplo, quando uma medicação é usada para aumentar “níveis de obsessão” no paciente com fins de rendimento profissional, onde é o conceito de doença-geral que é usado para trivializar os efeitos da droga. Além disso, também não concordaremos que se possa identificar doença-nominalista e doença-específica (doença específica segundo uma especialidade médica ou específica para uma classificação), pois, (é importante enfatizar) ainda que uma definição específica de doença seja melhor compreendida como definição para uma especialidade médica ou definição para uma nomenclatura específica, essas classificações são variáveis e não podem ser sobredeterminadas para muitas ocorrências de “uma doença”. Nossas conclusões serão apresentadas no próximo Capítulo 3, *A definição de doença e seus limites para a ética médica*, mas antes precisaremos considerar outras três soluções típicas ao problema de definição de doença em seu sentido teórico e/ou prático.

2. A solução genealógica.

Muitos autores endossaram a difícil posição de avaliar os usos dos termos médicos a partir de sua etimologia comparada. Assim, existiriam entidades clínicas mais ou menos comuns: *dor, sofrimento, mal-estar, enfermidade, deformidade, distúrbio, disfunção*, etc. (HEGENBERG, 1998). Esse tipo de filosofia aceita que “uma forma de descrever a

realidade é construir definições, cuja linguagem técnica assim elaborada produz um recuo em relação ao real”, “destinado a permitir o discurso da ciência” (HEGENBERG, 1077, p. 74). Outros autores, contudo, admitiram que a medicina não possa fundar sua linguagem teórica em uma ética ou bioética, fundamentando a biomedicina em linguagens livre de valorações (BOORSE, 1975). Há ainda aqueles que defenderão que, diante desta variedade de significações, seria admissível pretender resolvê-las a partir de uma análise semântica para uma lógica difusa (SADEGH-ZADEH, 1977). Tratar-se-ia de observar que os diversos termos listados acima são conceitos inexatos de caráter pré-científico e que exigem *explicatum* a partir do qual seria possível um *explanandum* a delimitar um novo conceito exato, como sugeriu Hegenberg (1998)? Esse é um modelo de filosofia da ciência, mas nos parece trivial resolver o caso apenas aceitando que doença é um termo geral, pois ainda é preciso responder ao problema levantado por Campbell-Scadding-Roberts, como distinguir doença-geral e doença-específica e como médicos podem admitir certos usos da primeira?

A ambiguidade dos termos nas diversas línguas é notoriamente extensa. Porém, devemos cuidadosamente distinguir análises semânticas e etimológicas. Estas últimas dificilmente resolvem questões de definição, sobretudo nesses casos em que tanto o descritivo quanto o prescritivo estão sendo julgados; entretanto, servem para expor alguns preconceitos importantes: (1) a origem latina do termo “doença” (*dolentia*) permite compreender a sua acepção como dor ou aflição, servindo para a defesa da base hedonista em medicina; (2) ocorre que “moléstia” (*molestu*) é empregado como sinônimo do termo anterior, cujo sentido de enfado, estorvo, pesar, consiste na noção de um “mal hábito”, como no francês *maladie*; (3) o mesmo ocorreria no espanhol *enfermidad*, que exprimia perda de firmeza, de força, termo oriundo de *infirmus*; (4) no português, “disformia”, em oposição à “euforia”, caiu em desuso, assim como mórbido e morbidez, que, nos dicionários de língua inglesa, *morbid*, designam as características de uma doença; (5) enfim, o inglês dispõe de *disease* e *illnes*, que, segundo Hegenberg, significavam, no inglês medieval, a negação (*dis*) de sentir-se bem (*ease*) e a experiência de crueldade e dor (*ille*) (HEGENBERG, 1998, p.87-97). Assim, essas “definições etimológicas” nos ajudam a compreender possíveis fontes de alguns preconceitos ainda hoje presentes, mas é justamente esse preconceitos e ambiguidades que precisamos evitar e não pressupor.

Contudo, o surgimento da moderna clínica representou um ganho, sem dúvida, sobretudo quanto à distinção entre doença, ferimento e moléstia. Há autores que apresentam a divisão entre doença, moléstia e

ferimento devido às suas causas: fisiológica, química e anatômica. Teremos: (i) alguém somente está *ill* (para usar a expressão inglesa) quando possui algum tipo de desconforto ou mal-estar de *causa* anatômica, bioquímica ou fisiológica; (ii) *moléstia* exprimiria doenças sem causas físicas aparentes, conforme sejam epidemiológicas, bioquímicas, sociais, etc; (iii) *enfermidade* designaria as disfunções e estados patológicos que já a medicina antiga era capaz de atribuir às causas orgânicas, como a teoria humoral de Hipócrates; (iv) *ferimento* sempre foi utilizado para as alterações anatômicas e de causa exclusivamente natural, dificilmente atribuído ao humano ou ao divino. Entretanto, apesar desta divisão ser analiticamente possível, veremos que não é imune à importantes críticas, pois é questionável o uso do conceito de “causalidade” nas ciências médicas, esteja sendo entendida como causalidade relativa ao tratamento (ENGELHARDT, 1998, p.274) ou como causalidade natural, também insuficiente para eliminar a responsabilidade daquele que lida com seus efeitos e imputar a causa unicamente à doença (ENGELHARDT, 1998, p.280). Diante dessas ambiguidades, Hegenberg optará por uma solução idêntica a de Engelhardt e Nordenfelt: sugere o termo *disforia* para exprimir o estado que provoca mal-estar sem necessidade de médico, isto é, *disfórica* é a pessoa que sente indisposição e em relação a quem o médico não é capaz de determinar entidade nosológica no sentido de Boorse. Se uma pessoa se sente indisposta e não é definida como doente pelo médico, então é *disfórica*; se a procura pelo médico é significativa, então está doente; caso esta doença admita uma determinação causal anatômica, química ou fisiológica, a doença é caso clínico (REDLICH, 1976) e, então, podemos falar em enfermo. Teremos a construção do seguinte *explanadum*: *disforia*; *doença-geral*; *doença-clínica*; *enfermidade*. Do conceito de *disforia* até o de *enfermidade* transita-se pelo conceito de *doença*, termo geral, necessariamente vago, justamente à espera de ser definido como tratável (*doença* = *enfermidade*) ou não tratável (*doença* = *disforia*). Mas, com esses critérios, o paciente é um *caso*, e funda-se a patologia na fisiologia, anatomia e química, tese que por si só deveria ser demonstrada. Esta proposta é interessante por reunir os diversos conceitos de *doença* discutidos, mas é duvidoso a hierarquia daqueles conceitos em termos causais, expediente que não acrescenta nada às teorias anteriores. Aliás, a própria *disforia*, estado caracterizado por ansiedade, depressão e inquietude, é frequentemente definida como “*doença*” (*transtorno*). Todo esforço de Hegenberg consiste em dissolver as ambiguidades semânticas: (i) *lesão* são as alterações anatômicas e *enfermidade* são as alterações funcionais; (ii) *indisposição* é a experiência pessoal e social motivadora

de demanda; (iii) *disforia* é a ausência de determinação das indisposições segundo o médico; (iv) *doença* é o termo geral para a determinação de alterações, a distinguir as alterações razoáveis (*handicap*) e as alterações anormais ou doenças clínicas (*casos*). Mas, com isso, apenas se prova que há um conceito de doença geral sobre o qual transitamos, partindo da nota característica “indesejável”, “tratável”, etc. Mas esta teoria somente pode significar o seguinte: (a) passa-se de um conceito de doença, caracterizado pela indesejabilidade do paciente, determinada pela escuta e triagem dos sintomas (sinais funcionais), (b) para um conceito de doença-específico em uma especialidade e diagnóstico médico segundo sinais clínicos. Assim, Hegenberg se compromete com uma concepção causalista de doença, cujos efeitos (sinais clínicos) exprimem causas (hipóteses probabilísticas para uma especialidade clínica). Mas tão questionável quanto o conceito de causalidade em medicina (veremos a seguir, na Parte IV, capítulo 2, seção 3. *Crítica ao conceito de causalidade médica*) é limitar a medicina à clínica e limitar a clínica ao diagnóstico especial (em distinção ao diagnóstico diferencial). Enfim, este tipo de solução genealógica, o esforço de demarcar semanticamente o uso dos diversos termos, como espécies do termo geral, possui duas vantagens: demonstra a presença de preconceitos associados à compreensão etimológica dos termos e evita o nominalismo. Contudo, permanece um artifício de vocabulário, ainda que superior aos jogos etimológicos, pois não esclarece porque mesmo o médico especialista recorre algumas vezes a um conceito geral de doença, conforme nos mostraram os nominalistas.

3. A solução rigorista.

Sabemos que são muitas as tentativas de definir doença em termos de doença-geral: desvio da normalidade (BOORSE, 1976); perturbação do processo vital (REIL, 1804); incapacitação por perturbação fisiológica (GROSS, 1976); alteração da estrutura orgânica devido a eventos anormais (RIBBERT, 1918); incapacitação psicofísica do processo pessoal segundo necessidade de auxílio (ROTHSCHUH, 1972); conceito classificatório segundo um método explanatório (ENGELHARDT, 1998); conforme o modelo biomédico que distingue as doenças em classes (congenitas, neoplásicas, inflamatórias, degenerativas e infecciosas) (HEGENBERG, 1998); etc. Alguns entenderam que este problema poderia ser resolvido recorrendo a uma determinação analítica da linguagem médica, como propôs Sadegh-Zadeh. Não se pode confundir esta tese analítica com o modelo explanatório de Engelhardt ou

Nordenfelt, para os quais entender que a medicina se ocupa da doença em geral é um equívoco, quando se deveria antes falar em algo mais amplo, como “problemas clínicos” ou “problema médico”. Certamente é discutível se as diversas proposições sobre a doença-geral podem ser formuladas apenas em termos de “está doente” e “não está doente”; entretanto, considerando o fato de que o termo “doença” já é usado como um termo geral, como mostrou Hegenberg, pareceria trivial substituir um termo geral de uso consagrado por outro dependente de uma filosofia. Talvez seria mais produtivo, na impossibilidade de definir doença-geral, delimitar como usar o termo. Nesse sentido, formulações variadas do tipo “está doente” e “não está doente” corresponderiam às predicções diversas “está doente₁”, “está doente₂”, etc. (SADEGH-ZADEH, 1977). Dito isso, poderíamos agora compreender que cada um destes predicados P_n admite um significado próprio segundo a linguagem em que é definido, tal que $P_1: L_1; P_2: L_2$, etc, se e somente se $L_1 \neq L_2$. Portanto, poder-se-ia afirmar que x “está doente₁” quanto ao escopo L_1 , e “está doente_z” somente em L_z . Agora poderemos aplicar esses critérios linguísticos às diversas acepções comuns, à lista de conceitos a pouco discutidos, ou mesmo às definições filosóficas de doença, e teríamos: segundo Conheim, para todo x , se x está doente, então x está em desvio do padrão de normalidade; segundo Rothsuh, para todo x , se x é uma pessoa, x está doente se necessita de auxílio para sua incapacitação (SADEGH-ZADEH, 1977, p.106-114); segundo Boorse, para todo x , se x é humano, x está doente se seu estado interno orgânico estiver impedido para o funcionamento normal (BOORSE, 1976). Em todos os casos, é o sentido de uma linguagem que é transportado para a definição do termo “doença”. E agora não importa mais se estamos usando a linguagem científica, a linguagem comum, a linguagem de uma terapêutica tradicional, uma linguagem médica local, etc. Afirar que “ x está doente” significa definir a doença segundo uma linguagem prévia e em correspondência ao fundamento empírico relativo ao indivíduo humano a que se refere. E poderíamos tranquilamente sobrepor estas linguagens para determinar não sua univocidade, mas seus valores de verdade ou falsidade aproximados. Com isso também poderemos dizer, como fez Engelhardt, que controvérsias ontológicas entre teorias não fazem sentido, bem como, para outros, seria igualmente sem sentido afirmar que a teoria de um determinado autor é falsa, já que, em ambos os casos, sempre estamos diante de diversas linguagens, assim como verdadeiro e falso são propriedades de proposições, e não de coisas (SADEGH-ZADEH, 1977, p.78). Discordar de um conceito de doença significa partir de outro

conceito de doença, o que é diferente de demonstrar a incoerência de uma definição no interior de uma linguagem.

Richard Hare, “o mais representativo entusiasta da abordagem prescritivista não-naturalista sobre a teoria do raciocínio prático” (AZEVEDO, 2014, p.03), em seu artigo Health, do *Journal of Medical Ethics* (1986), e em conformidade com sua concepção de privacidade apresentada em nos *Essays on Bioethics* (1993), defendeu não ser possível uma definição clara e distinta de saúde e doença, acrescentando que a dificuldade seria devida ao fato desses conceitos serem prescritivos. Sadegh-Zadeh também afirmou que os conceitos de saúde e doença são impossíveis de definir segundo critérios aristotélicos, ou seja, essencialistas, porém compreendeu que as razões seriam outras do que simplesmente aceitar a ambiguidade entre conteúdos naturalistas e prescritivistas naqueles conceitos. Os conceitos em questão não seriam definíveis de forma essencialista porque são conceitos “difusos”, violando os princípios da lógica clássica. Mas, justamente por isso, seria possível fornecer um esquema de definição baseado em lógica *fuzzy* ou uma análise teórica difusa, o que foi proposto, com sucesso reconhecido, por Sadegh-Zadeh. Isso significaria, entre outras coisas, negar o princípio de contradição lógica que demarcaria “doença” e “saúde”. O esquema que apresentamos acima é um resumo da notação apresentada pelo autor com esses propósitos. Ora, a medicina foi um dos primeiros campos em que a teoria dos conjuntos difusos de Sadegh-Zadeh foi aplicada, pois o próprio autor publicou um artigo sobre a aplicação do sistema *fuzzy* às doenças apenas quatro anos após ele mesmo ter publicado seu modelo lógico em 1965. Se seguiu maiores aplicações, como aquela produzida pelo filósofo polonês Ludwik Fleck, em 1926, que criou um modelo de raciocínio difuso sobre como o “pensamento dos médicos” se comporta em relação aos conjuntos de informações coordenados por ferramentas difusas em informática. É também a ele que Engelhardt recorreu quando procurou mostrar que, “como Fleck demonstrou, a medicina é uma promissora arena para a exploração do papel dos valores e objetivos nas reivindicações de conhecimento científico” (ENGELHARDT, 2008, p.235). A tese básica de Sadegh-Zadeh que nos interessa diz que sintomas e doenças são difusos e conjuntos *fuzzy* são viáveis para representar essas classes de entidades, o que foi particularmente bem aceito na teoria médica de tomada de decisão e de diagnóstico informacionais. Agora, para citarmos ao menos as críticas mais frequentes, cujo tema nos interessará mais adiante, reparemos que tal sistema implicou tornar a medicina um conhecimento exclusivamente quantitativo, pressupôs uma forma rígida de filosofia da mente para a relação entre o pensamento do

médico e os processos do computador, não forneceu uma definição de doença-geral na medida em que se limitou a produzir apenas um esquema conceitual para a decisão médica previsível e, enfim, – e esta é a crítica que desenvolveremos – fez do cálculo de decisão médico um subproduto do cálculo de utilidade, o que parece ser a extensão de um “preconceito” comum na heurística médica, como ainda veremos.

Apesar dessas críticas, Sadegh-Zadeh acreditou ser possível formular um conceito de “doença geral” em relação aos correspondentes conceitos de “uma doença” para uma “nosologia”. Isso se deve ao fato, diz o autor partindo dos modelos classificatórios, da medicina utilizar o termo “doença” em dois sentidos: doença em geral (doença^g), proveniente do uso comparado de classes, e doença específica (doença^e), predicados particulares de entidades e sintomas patológicos (gripe, febre, etc.). Um predicado qualquer P_z é doença^g quando P_z é a referência de significação de uma Linguagem_z. Se isso for correto, então não poderemos deixar de notar que as definições filosóficas de doença são definições gerais com essas características. Seja como for, é certo que não existiria coerência em afirmar o que é uma doença senão em termos de doença^g, ou seja, seria incoerente pretender definir a doença em sentido específico (doença^e). Uma doença^e não recebe definição propriamente, mas localização sistemática. Esta incoerência se deve ao fato de que uma definição só é possível no interior de uma linguagem, e perguntar se alguém “está doente” em sentido específico consiste em confundir doença e doente. Inversamente, um doente d é qualquer membro de um conjunto de indivíduos que pertença a uma definição de doença em L , isto é, afirmar que não existe doença, e sim, apenas doentes, seria incoerente, como observou Curtius. Pretender falar do doente como condição *a priori* da doença significa ignorar sua inclusão em objetos *in extenso* e a intenção da definição em questão, *necessária* para a medicina. Portanto, aceita-se que definições de doença-essencialista são problemáticas, mas não que toda concepção “leiga” represente uma linguagem necessariamente equivocada, e a linguagem nominalista seja “obrigatória”, pois a distinção entre doença-geral e doença-específica não se reduz a mera demarcação entre doença para o leigo e doença para o médico.

Sadegh-Zadeh chamou de “filosofia analítica da medicina” o próprio programa filosófico por ele inaugurado, na década de 1970, que, segundo ele, distingue-se da filosofia tradicional da medicina que não compreenderia uma disciplina autêntica. Foi sobretudo seus escritos sobre aplicação da lógica *fuzzy* ao raciocínio clínico e tomada de decisão em medicina que consagrou seu pensamento. Fundou a revista *Metamed* fundada em 1977, atual *Medicina Teórica e Bioética*, bem como

Inteligência Artificial em Medicina, fundada em 1989. Porém, além da filosofia da linguagem médica e da lógica do raciocínio médico, o autor também se ocupou de metafísica da medicina, deontologia e bioética, razão pela qual seu trabalho possui alcance amplo o suficiente para nos interessar aqui, como atesta a referência de Pellegrino ao autor. Defenderá, como observou Engelhardt ao se referir a Fleck, que a natureza da medicina é deontica por ser, primeiramente, carregada de valores quanto as definições de doença. Segundo ele, as nosologias entendem as doenças em termos de "o que não deveria ser", o que faz das doenças entidades deonticas. Por isso, neste ponto, a ferramenta adequada para investigar as doenças e a medicina é a lógica deontica, o que chamou de "*deontologia médica*". Ora, uma vez que a biomedicina é ciência natural, a pesquisa clínica, por sua vez, é ciência prática e ética normativa. Neste sentido, enfim, a distinção entre doença-geral e doença-específica parece acomodar melhor esse duplo caráter (difuso e deontico) deste objeto da medicina.

Aceitaremos esta última observação que tecemos a partir das contribuições do autor. O que questionaremos é a pretensão de que (i) modelos analíticos são suficientes para todas as formas previstas de julgamento médico ou toda definição de doença, (ii) se a definição de "doença" seja sempre *doença^g* sem que se venha a descrever a relevância das denotações sobre *doença^e*, como mostraram os nominalistas, e, enfim, (iii) se, apesar de não ser necessário supor conteúdos prescritivos na definição *fuzzy* de doença-saúde, ainda assim critérios prescritivos são assumidos no momento dos cálculos de decisão. Voltaremos a esses pontos em capítulos apropriados. A crítica de Sadegh-Zadeh acaba por fazer a noção de "doente" definir-se como normalidade estatística, e de "doença" limitar-se a sistema classificatório (informativo, probabilístico, etc.). Fazer depender as definições de doença *doença^g* à uma linguagem tem a seguinte importância: entre as diferentes linguagens que definem "doença", se alguma for mais geral que outra, será, portanto, predicado nosológico mais geral. Por exemplo, quanto ao enunciado "x está gripado", a definição de Engelhardt é mais geral que a de Pellegrino, mas não tanto como a de Gert, pois, no primeiro, tanto o desvio da normalidade quanto a incapacitação psicofisiológica e o indesejável pelo paciente estão presentes; porém, quanto ao enunciado "x está ansioso", a definição de Engelhardt é mais restrita que a de Pellegrino, pois, para o primeiro, a ansiedade sempre é uma entidade normativista, enquanto para o segundo, pode estar inserida nas diversas interpretações dirigidas à meta interna da medicina, a cura. Essas considerações são possíveis devido à diferença entre as definições de *doença^g* e seus correspondentes

enunciados nosológicos: uma *doença^s* é enunciado nosológico coerente quando é menos geral que a definição de *doença^s* em que se baseia. Um conceito nosológico particular é válido se e somente se pertencer a uma definição de *doença^s* em certo momento *t* e conforme um apoio empírico. Isso significa que seria absurdo pretender diagnosticar um indivíduo como doente para uma nosologia que não preveja uma linguagem mais geral que lhe dê sentido ou significação. A definição de uma doença particular só é definição ao ser incluída em uma definição geral, ou seja, somente se uma linguagem possuir sentenças empíricas para o momento *t* referido no paciente seria possível diagnosticá-lo.

Concordaremos com o autor quanto a esse último ponto, porque assim se evita confundir *doença^s* e *doença-universal*. Porém, observamos que toda *doença-específica* também é um conceito de *doença em geral* (conjunto de sinais, fatores de risco, hipóteses, etc.). Foi isso o que os nominalistas procuraram demonstrar. A confusão está entre “doença específica” (doença segundo um diagnóstico e uma especialidade médica, que já representa um conceito geral) e “doença particular” (no sentido de “a doença deste doente”, seus relatos sintomáticos ou seu estado subjetivo). Ora, nesse sentido, toda doença-específica é um tipo de conceito geral e, por isso, alguns autores acreditam que um *conceito geral de doença* pode ser derivado da *generalização dos conceitos específicos de doença*, enquanto outros autores afirmarão que um conceito geral de doença é impossível. É essa confusão que permitiu mostrar acima que, para cada definição geral de doença, há outra que lhe serve de contraponto.

Como vimos, uma doença particular é uma *entidade-nosológica* no sentido de *unidade-doença* porque é relativa a uma linguagem que contém sentenças empíricas, as quais sustentam a nosologia em questão em determinado momento *t*. Mas não faz sentido perguntar se o autismo é uma unidade-doença por si mesmo, isto é, pois sua definição é específica para uma linguagem geral de conjuntos de sinais associados; porém, também é preciso admitir que o infarto é um caso de unidade-doença mais ampla, que pode ser definido em um número de definições de *doença^s* ou L_n maior e mais geral que no caso do autismo. O conceito de autismo é mais vago quando tomado em sentido essencialista, mas o conceito de infarto é mais amplo em sentido nosológico, isto é, compreende maior combinação de sinais que podem estar ou não associados a esta doença ou a uma outra. Logo, devemos concordar com Sadegh-Zadeh que só há sentido em determinar uma doença em um momento específico e segundo um conceito geral de doença, porém é preciso notar que o autismo é uma “unidade” mais restrita que o infarto, porque este último admite sentenças

empíricas mais facilmente que no caso da doença psíquica. E o mesmo valeria para muitas outras formas de enfermidades, lesões e doenças genéticas, tal que o diagnóstico de uma *doença-específica*, como classe de uma *doença-geral* para L_z , terá variáveis extensões mais determinadas ou menos determinadas empiricamente. No mesmo sentido, “infarto” é um conceito mais rigoroso que “autismo”, e as linguagens que incluem o infarto são mais especializadas, também com maior amplitude, que aquelas que preveem o autismo. Isso mostra que a concepção analítica de $doença_n$ é mais uma versão da definição (D^3): “doença se define como o tratável pela medicina”. Além disso, a tese analítica de Sadegh-Zadeh corre o risco de aceitar o critério experimental no interior das técnicas de cura sem a devida justificação, o que, se ocorresse, consistiria em grave erro categorial. Certamente Sadegh-Zadeh não dá esse tipo de passo, mas temos dúvidas se isto não ocorre no interior de certas inferências em modelos de ética médica.

Para falar em uma entidade-nosológica, diz o autor, é necessário a definição de seu predicado, a definição da *doença^g* e sua base empírica. Porém, em casos como autismo, esquizofrenia, obsessão, depressão, mesmo a psiquiatria não é capaz de determinar empiricamente a doença como entidade e os seus sintomas segundo tempos específicos. Com isso, a confusão antes indicada se dilui: em psiquiatria é impossível definir uma doença-geral, seja ela qual for e seja qual for o conjunto de seus sinais ou indícios, como entidade-nosológica ou unidade-diferencial, e sim como forma ou classe provável, mas em cardiologia ou dermatologia será mais intuitivo admitir unidades-nosológicas, o que nos mostra que na primeira especialidade temos a definição *doença^g* = classe, enquanto na outra especialidade podemos ter *doença^g* = unidade-nosológica. As definições de *doença^g* são dependentes não das variáveis nosológicas, mas antes das variadas definições de *doença-específica*. Essa afirmação representará para nós uma premissa que não mais abdicaremos nesta investigação. Assim, o problema não é epistemológico, como pretendeu Engelhardt, nem simplesmente semântico, como quis Sadegh-Zadeh e Hegenberg, sequer nominalista, mas de domínios relativos de linguagens. A posição de Sadegh-Zadeh não é possível sequer para todos os casos de *doença^g* inerentes às classes, por exemplo, alergias crônicas e lesões funcionais de órgãos. Do mesmo modo que Boorse, Sadegh-Zadeh parece restringir sua análise da *doença^g* em termos de normalidade, embora aqui a norma esteja sendo entendida como *possível*. É bastante relevante desconstruir a noção de doença como *coisa* ou evento em favor da construção de seu *objeto*, e Sadegh-Zadeh tem razão em criticar os debates ontológicos em torno da doença, mas não diz uma só palavra sobre a heurística em medicina e as

dificuldades no julgamento médico, nem procura compreender por que os objetos que recaem na variável “doença” são ambíguos, não simplesmente relativos às suas linguagens. Seria possível construir um sistema de informática para classificações de doenças em que as dúvidas do médico e interpretações alternativas de especialistas pudessem ser incluídas? Deixaremos em aberto a pergunta se há um fato de pluralismo de linguagens e valores médicos ou se, antes, uma ambiguidade dos usos da medicina. Também voltaremos ao problema da heurística médica depois (Parte IV, capítulo 2), que foi aberto em nossa discussão sobre o “normativismo das enfermidades”.

4. A solução idealista.

Uma alternativa interessante à proposta analítica foi fornecida pelo modelo idealista de K. Rothsuh, capaz de distinguir a semântica das definições gerais e específicas de doença juntamente com as justificações valorativas que as acompanham. Rothsuh (1977, p.1), evitando tanto a demarcação entre doença-teórica e doença-prática, doença-geral e doença-específica, doença-nominalista e doença-essencialista, chamou *noção de doença* (*Krankheitskonzept*) aquele entendimento que lida com a doença na prática e na cogitação médica diretamente junto ao enfermo, simultânea necessidade de conhecimento e auxílio, decisão e ação. Toda medicina estaria orientada por uma *noção de doença* com estas características. A *noção* destina-se a orientar a prática médica, sem a qual a medicina não surgiria nem assumiria metas. Mas a *noção* desenvolver-se-ia em uma *concepção* de doença (*Krankheitsvorstellung*), a saber, o entendimento do que significa a doença para o próprio ser humano. Assim, a *concepção* destina-se a responder quem está doente. A dificuldade estaria no fato da *concepção* ser dependente de todo contexto social e científico de uma comunidade e época. É a *concepção de doença* que traz consigo o sentido antigo do termo, derivado do latim *aegritude*, aflição, sofrimento, isto é, o médico é aquele que define o quadro clínico do sofrimento subjetivo trazido pelo paciente. Isso significa definir um diagnóstico e prognóstico, determinar a nosologia, baseando-se em uma patologia, o que estaria de acordo com a distinção clínica entre sinal subjetivo (sintoma) e sinal objetivo (clínico, causal). Então passa-se do subjetivo ao objetivo, da expressão e relato de sofrimento (*pathos*) para uma *aegritude* (*nosos*). A *concepção de doença*, conjunto de ideias e conceitos técnico-científicos da medicina, orienta a prática médica, mas não se ocupa em expandir o conhecimento da medicina. A medicina nasce como prática e desenvolve-se como conhecimento técnico que visa ao

êxito, o que inclui classificações sistemáticas e descobertas clínicas, nem por isso a expansão do seu conhecimento. Se a *noção de doença* é uma orientação, a *concepção* é uma representação, a primeira fundada na fisiologia e a segunda na patologia, porém nenhuma orientada para o alargamento sintético-experimental do conhecimento médico. Isso somente ocorre quando, da *concepção de doença* passa-se para o *conceito de doença* (*Krankheitsbegriff*).

Esta dialética compreende outra forma de mostrar os limites da tese analítica anterior. Não se trata apenas da tese historicista que faz um *explanandum* passar para um *explanans*, pois a noção e a concepção de doença não perdem valor dialético quando se chega ao conceito de doença. Rothschuh aceita que a condição para se afirmar que alguém está *doente* necessariamente inclui precisar de auxílio subjetivo e objetivo. Mas o *conceito de doença* é aquele capaz de realizar a síntese entre o subjetivo pressuposto na *noção de doença* e o objetivo presente na *concepção*, o que significa reunir em um conceito aquilo que determina a doença no indivíduo (o sofrimento) e aquilo que determina a doença conforme o médico (a terapêutica), tal que a idéia que faz a ligação entre o subjetivo e o objetivo é a de *necessidade de auxílio*. Portanto, a necessidade de ortopedia é doença no mesmo sentido que a necessidade social e psicológica de extrair uma tatuagem. O que mudará é a síntese conceitual. Rothschuh foi considerado idealista pelos críticos por fazer seu esquema depender de conceitos e representações. Pellegrino-Thomasma procuraram evitar essas categorias idealistas ao situarem o problema não tanto do lado do médico ou do paciente, que se encontra entre subjetividade e objetividade que irá julgar, mas diretamente na relação fiduciária de médico e paciente. Engelhardt também pretendeu resolver o mesmo problema, evitando a distinção entre subjetivo e objetivo mediante a diferença entre os interesses sociais da medicina e os interesses comunitários. Mas ambos os autores concordam com Rothschuh que o lugar para compreender as “definições” de doenças e de medicina está em uma teoria histórica, revisionista em Engelhardt, conservadora em Pellegrino.

CAPÍTULO 3

A definição de doença e seus limites para a ética médica.

1. Da definição geral de “doença”.

Temos a seguinte situação: (A) há diversos conceitos concorrentes para saúde e doença; (B) há diversos modelos de definição para saúde e doença; (C) não há razões suficientes para decidir por uma linguagem padrão sobre saúde e doença, seja de caráter descritivo, prescritivo ou misto; (D) há razões morais para levar em consideração os diversos conceitos de “saúde” e “doença”, sejam eles ambíguos ou difusos, em um método bioético de especificação. Ora, o enunciado (C) exprime uma resposta ao debate epistemológico atual, assunto do próximo capítulo, cuja conclusão deverá permitir demonstrar a afirmação (D). Mas seja qual for o modelo com que compreendamos saúde e doença, o problema filosófico somente surge toda vez que nos perguntamos se é possível definir *um conceito geral de doença*. Isso significa que a atitude filosófica começa por constatar que toda designação de doença já representa um termo geral, pois coisas como “gripe” ou “dermatite” são classes e não indivíduos. Essas classes fazem parte de uma especialidade médica e sua linguagem L_z , bem como de um diagnóstico especial em L_z . Esse diagnóstico para uma especialidade médica (ainda que L_z muitas vezes permita também um diagnóstico diferencial) representa operações de julgamento baseadas em definições especiais de doença. Portanto, a partir dos resultados das três soluções discutidas acima, adotaremos o seguinte vocabulário: chamaremos de doença-específica D^e qualquer conotação de “uma doença” para uma especialidade médica ou classificação formal de doenças, tal que doenças-específicas serão conceitos gerais para tal especificidade, por exemplo, o termo geral “gripe” para “doenças infecciosas”, a não se confundir com doença-particular, digamos “gripe de Fernando”; e chamaremos doença-geral D^g qualquer conotação (definição, noção, etc.) de classe, gênero, etc. que contenha definições específicas de doença, assim como aquela conotação de “a doença”, o que corresponde não tanto as conotações leigas, mas antes às conotações filosóficas, de modo que doença-geral não se confunde com um conceito de doença-universal. Com isso poderemos colocar a questão se poderíamos passar de definições D_e para uma definição D^g e, em seguida, passar de uma ou mais D^g para uma definição universal de doença (D^u). Teremos:

(1) *Qualquer definição de doença D é sempre uma definição geral D^g.* Ocorrências particulares de doenças D_1, D_2, D_3 , etc. podem ser, por exemplo, malária, dengue, febre amarela, etc., mas esses nomes já são termos gerais, uma vez que expressam classes segundo grupos de sinais clínicos (febre, cefaleia, cansaço, sonolência, corrimento nasal, dor de garganta, tosse, dor torácica e abdominal, dor abdominal, diarreia, etc.) ou expressam populações ou grupos de risco;

(2) Uma definição D^g pode ser uma definição específica D_e se e somente se estiver disponível uma linguagem L_z em que D^g esteja ou possa ser definida. Assim, em L_z há variadas ocorrências de doenças específicas D_e (por exemplo, doenças infecciosas), tal que as ocorrências D_1, D_2, D_3 , etc. são diversos casos de D_e para um modelo epistêmico ou explanatório em L_z : “doenças infecciosas transmissíveis por insetos e carrapatos”, em distinção as D_e do tipo “doenças infecciosas respiratórias” (caxumba, difteria, gripe, pneumonia, etc.) ou “doenças infecciosas transmissíveis sexualmente” (HIV, sífilis, hepatite B, etc.). Contudo, a evidência destes dois primeiros expedientes torna-se problemática quando efetuamos mais dois passos:

(3) *Uma definição de D^g poderá conter apenas definições D_e ou conter definições específicas e não-específicas à L_z .* Por exemplo, há doenças cujas causas não são conhecidas ou que são multifatoriais; há doenças “estranhas” ou de realidade duvidosa; e há doenças folclóricas que, entretanto, são tratadas. Se uma ou mais linguagens específicas L_1 e L_2 dispuser de mais de uma definição D_e , então sua compreensão de D^g será ambígua ou difusa; e se mais de uma linguagem médica específica L_1, L_2 , etc. possuírem ocorrências de D_e similares, então teremos mais de uma linguagem para dar conotação à D_e , e é nesse caso que tendemos a falar em uma definição do tipo D^g (por exemplo, em urologia e ginecologia, ou coloproctologia e gastroenterologia), isto é, D^g será dará por abstração.

(4) *Toda definição filosófica de doença é do tipo D^g .* Isso quer dizer que definições filosóficas de doenças ou são D^g ambíguas ou D^g abstratas (*fuzzy*, bayesianas, probabilísticas, classificatórias, etc.). Com isso entendemos os esforços de Engelhardt e Pellegrino, ao aderirem a uma filosofia da medicina preliminar, pois o que fazem as teorias epistemológicas é tentar eliminar definições ambíguas, amplas ou vagas mediante a maior especificação de definições de doenças, derivando metodologicamente algum tipo de definição D^g (naturalismo, funcionalismo, normativismo, estatística, etc.).

Acreditamos que a lista anterior de definições são casos do tipo D^g . Nossa hipótese é que a ética médica não pode abster-se de considerar

critérios sobre doença em suas tomadas de decisão, mas disso não se segue subsumir as conclusões éticas a partir da casuística das doenças. Definições gerais ambíguas são perigosas, assim como definições universais são vazias; porém, se é evidente que definições específicas podem ser tão úteis quanto benéficas para a prática da medicina, e definições gerais por abstração podem muitas vezes serem dotadas de utilidade, mas nem por isso estes valores utilitários esgotam os problemas éticos sem maiores prejuízos. É a relação entre o conceito geral de doença e os critérios de utilidade inerentes aos métodos de julgamento médicos que nos interessarão a seguir, para atingirmos o ponto que nos interessa.

2. A definição geral de doença e a incorporação prescritiva.

A “heurística” em medicina admite os dois sentidos da palavra: investigação científica da doença, seus sinais, fatores e causas; e a investigação diagnóstica progressiva e por aproximação de uma doença, seus sinais e classes. Mas essa separação das investigações é apenas didática, já que em ambos os casos métodos comuns são usados, como modelos probabilísticos e estatísticos. Entretanto, após os anos 1980 alguns médicos consagraram o uso da informática para a heurística ligada ao diagnóstico, inicialmente com esperanças inclusive dedutivistas. Indicamos essa importante variação do problema a pouco, quando tratamos do modelo de Sadegh-Zadeh, autor sobre o qual nos dirigimos a partir da ênfase sobre ele colocada por Pellegrino, como já citamos (2018, p.74).

Grosso modo, por um lado, admite-se a definição (1) “doença é o rótulo de uma constelação de sinais”, por outro lado, corrigindo essa primeira definição, que (2) “doença é o nome de uma classe diagnóstica”, dado a variabilidade dos valores dos sinais, de onde a definição (3) “doença é o conjunto de uma probabilidade de fatos”. Esses enunciados, aqui simplificados, não são definições de “doença”, mas a delimitação dos dados e elementos com que é pensada. Todavia, permitem constatar duas coisas: primeiro, toda definição de doença refere-se a um conjunto e, deste modo, é uma definição geral; segundo, o primeiro tipo é um definição de doença D^g , tal que por “geral” deve-se entender enunciados do tipo “a doença em geral expressa a relação entre uma causa mórbida e um efeito indesejado”, enquanto o segundo tipo de definição é classificatória, exprime uma definição de doença para uma especialidade médica ou diagnóstico específico, isto é, doença específica D_e . Mas essas duas formas de definição podem ser pensadas como tendências de modelos clínicos, por exemplo, a CIF tende ao primeiro tipo e o DSM

tende ao segundo. Por isso, o esforço de muitos autores tem sido formular um sistema em informática capaz de superar a lacuna central daqueles dois modelos, ou seja, incluir o processo patológico e o processo evolutivo das doenças. A informática, portanto, tem a vantagem de ter exposto as limitações dos tipos de diagnósticos mais típicos.

Os sistemas autônomos mais simples partem da doença concebida como combinação booleana de sinais e o médico raciocina de modo dedutivo, segundo uma lógica de categorias. É desta abordagem que surgiu as iniciativas para estabelecer vocabulário padronizados para as áreas antes ambíguas, como o DSM em psiquiatria: define-se cada “transtorno” D_n segundo sinais característicos $S_1, S_2, S_3, \text{etc.}$, sendo S_1 associado a um conjunto S_n necessário para haver uma D_e . O sistema de diagnóstico psiquiátrico é probabilístico, em distinção aos sistemas de caráter determinista, isto é, no lugar de *decidir* por um diagnóstico causal “linear”, classifica o doente em uma probabilidade, um “domínio” patológico. Como esse domínio é classificatório para uma linguagem L_z , chamaremos de “ontologia de domínio” aquela linguagem médica que permite definir um doente como uma classe, mais raramente como uma entidade, para uma linguagem de especialidade médica. A crítica frequente é que um diagnóstico especial classificatório não pode levar em consideração os aspectos individuais da doença, para um diagnóstico diferencial. A réplica diz que sistemas especialistas simples são relevantes em termos lógicos ideais, na forma “se..., então...”, conforme regras de inferência, preferencialmente aplicadas ao *modus ponens* e *modus tollens*. Mas trata-se de raciocínio categórico, como dissemos, onde o diagnóstico parece significar algo próximo a “definir os antecedentes”.

Mas, infelizmente, as doenças raramente aceitam a lógica elementar: a *presença* de glicosúria é sinal específico de diabetes melito ou renal, mas a *ausência* de glicosúria não define que o paciente tenha diabetes; resultados de exames podem ser positivos mesmo para hipóteses falsas e vice-versa, pois os valores da presença e ausência de um sinal específico não são iguais entre si, nem cada qual igual a zero ou um. Por isso, alguns médicos entendem que sistemas difusos são melhores que sistemas bayesianos, por permitirem a interação das informações classificadas com novas informações processuais. Mas, com isso, retornamos para o problema entre escolher um diagnóstico especial e um diagnóstico diferencial, entre incluir a tomada de decisão médica no próprio sistema classificatório e probabilístico ou reservar boa parte da decisão para a interpretação do médico. Esse problema se tornou paralelo a este outro: seriam os sistemas classificatórios fieis aos modelos originais (dos médicos humanos) ou estariam a fornecer informações e decisões

que o médico sozinho não poderia dominar? Sem que precisemos enveredar para uma discussão sobre filosofia da mente (se a lógica dos sistemas é ou não similar a mente do médico), interessa para nossos fins constatar como a definição de doença em geral e doença para um diagnóstico específico está sendo entendida.

Sabemos que o primeiro método matemático em medicina foi o modelo probabilístico bayesiano, popularizado por Laplace, antecipados por Pascal, teorizado por Daniel Bernoulli na forma de regras de maximização da utilidade esperada (BERNOULLI, 1738), mas introduzido na medicina por um artigo de Robert Ladley e Lee Lusted (LADLEY; LUSTED, 1959, p.11). O modelo bayesiano é de uso mais difundido por ser mais simples, por reunir bem os dados da pesquisa clínica e epidemiológica, e estar melhor associado ao diagnóstico especializado, mas inclui explicitamente *critérios normativos de utilidade* para tomadas de decisão, além de depender da subjetividade do médico toda vez que as frequências reais são pouco conhecidas. A máquina possui, antes da consulta, uma probabilidade *a priori* da distribuição das doenças, dos sinais, das populações, etc., e diante de um paciente particular redistribui as informações e hipóteses; porém, para a tomada de decisão, a máquina precisará não apenas da probabilidade e das proporções daquele caso, mas de estimativas de utilidade, calculando a esperança matemática de uma conduta na forma “minimizar o risco de erro”. Quando Engelhardt defende que a definição de doença *D^g* significa que “*g* = classificação explanatória”, infere que a única ética capaz de limitar os pressupostos utilitaristas de decisão, incorporados aos métodos probabilísticos, seria aquela que prioriza a autonomia, evitando o erro categorial que passaria da normatividade matemática (cálculo de utilidades) para as normas morais. Mas o autor somente pôde fazer isso por entender que o *juízo médico* também é dotado de autonomia, o que rejeita tanto o realismo bayesiano quanto o empirismo estatístico. A solução inversa estaria em resgatar uma ontologia de inspiração hipocrática para unificar o valor da medicina e uma possível compreensão geral de saúde e doença. Mas essa proposta é apenas conjectural, ou seja, por não haver nenhum argumento para reunir os dados da medicina atual em uma ontologia, então recua-se na história para alegar sobre a importância dos valores tradicionais. Um dos problemas típicos que os modelos classificatórios enfrentam está no fato de suas aplicações terem levado à porcentagens díspares em países diferentes e com sinais clínicos sem o mesmo valor preditivo. Apesar de haver razoáveis tentativas de definir *D^g* em termos de ontologia de domínio (em distinção a uma ontologia geral ou hipocrática), e apesar do termo “doença” parecer ser

constante entre os idiomas, ainda é frustrada a esperança de passarmos de uma definição de doença geral D^s para uma definição universal de doença D^u . O conceito de doença permanece causal ou probabilístico, senão informacional, mas não formal ou essencial, a despeito de todos os problemas epistêmicos e normativos nos sistemas de definição de doenças.

Para um modelo de lógica difusa, definido como uma generalização da teoria dos conjuntos (ZADEH, 1965, n.8), a doença é entendida como conjunto de sintomas em sentido difuso, isto é, os sintomas são cruzados conforme graus, e os defensores destes modelos do tipo Mycin (que inclui regras de julgamento para sistemas com elementos de incerteza) entendem que este raciocínio por aproximação será mais similar ao processo de interpretação de um médico. Trata-se de uma tese sobre filosofia da mente, e é por causa dessa discussão sobre julgamento médico que nos parece imprescindível a discussão sobre aquele termo importado da filosofia da mente, a saber, os “erros de inferência” no sentido de Ryle. Os críticos, contudo, observam que tais sistemas apenas dispensam inferências de probabilidade por inferências *plausíveis*, ou seja, os critérios de certeza não são probabilísticos, mas dependem da *confiança* do médico e, acrescentemos, os raciocínios lógicos em questão são atenuados por regras de *ponderação*. Ora, isso mostra que resolver problemas de incerteza é a dificuldade central que os sistemas classificatórios especializados encontram, tal que não basta fazer a observação pedagógica de que as implicações aproximativas de sistemas difusos são menos intuitivas que as conjecturas dos médicos, mas, antes, que é a normatividade das decisões que exigem ponderação do médico, paciente e envolvidos. *Ponderação, especificação e confiança* são termos que expressam *mutualidade* e não causalidade. Na lógica difusa, dizer que “o médico fez um *bom* diagnóstico” significa que mediu adequadamente a incerteza dos fatos ou sinais apresentados pelo paciente na forma de “o diagnóstico menos incerto”. Se é verdade que esta lógica exprime a maior aproximação do médico e o leito do paciente, também é evidente que para falarmos em “bom diagnóstico” seria preciso acrescentar, ao lado de “diagnóstico mais certo ou menos incerto”, o critério normativo “diagnóstico mais útil”, pois os valores dos dados (sinais, fatores de risco, etc.) não são “puros fatos”. A força dos sistemas especializados está em sua programação modular, mas se podemos fazer essa constatação é porque previamente sabemos que a modulação é algo “bom”. Modular dados, poder modificar regras ao longo do processo, dar liberdade para os interlocutores com a máquina, pressupõem aquilo que o principalismo chamou de método de ponderação e especificação. O que

estes sistemas nos fazem constatar, tenham ou não o potencial heurístico esperado por seus defensores, é que cada vez mais se torna difícil entender por doença D^g uma entidade, sequer uma classe para uma forma de doença D_e , mas sim processos e interações. Mas não um “estado de coisas”, pois não saberíamos dizer, para todos os casos particulares e definições gerais de doença, de que “coisas” estaríamos falando. Ora, se podemos conceber a doença como um estado móvel, é porque previamente nos guiamos pela noção normativa de que estados patológicos *devem* ser tratados de modo modulado. Certamente a doença D_e de tipo D_1 admite ser entendida segundo um conjunto de sinais clínicos ou fatores de risco, mas também admitirá perfis de doentes (indesejabilidade para o portador, populações, etc.), tipos (conforme exames, etc.) e sua gravidade (valores do impacto do quadro). Com isso, não faria nenhum sentido os médicos criticarem os modelos estatísticos e bayesianos em favor de modelos difusos e interativos se antes não puderem admitir métodos de ponderação e especificação em *juízos* médicos e morais. Por isso, admitiremos que são os conceitos de tomada de decisão e julgamento médico que preservam a ambiguidade da doença nos seus variados sentidos de D^g .

Com isso, logramos melhores condições para uma definição de doença do tipo D^g ou D^u ? De forma alguma. Concepções causais nos levam a crer que $D^g = D_1 + D_2 + D_3$, etc., em que g = classe, forma de generalização de um conjunto de D_e , definido por seus sinais, com o que uma definição do tipo D^u seria uma nova generalização, mas sem valor heurístico. E temos razões de sobra para afastar a metafísica que teria levado alguns a pretenderem uma definição do tipo D^u (conceito essencialista do gênero “doença”). Não podemos concordar que a medicina seja uma metafísica, menos ainda que haja uma parte principal da medicina cujo conteúdo seria uma filosofia prática. Se doença em geral é um conjunto de sinais mais ou menos inconstantes, se um sinal típico de uma doença pode estar presente em outra, e se uma doença se distingue de outra não apenas em função dos seus sinais típicos, mas em função de suas classes, então uma doença em geral representa um modelo classificatório de entidades apenas para um domínio. Foram as críticas a esse raciocínio que dividiram os eticistas: Engelhardt e Pellegrino concordaram com a rejeição do logicismo em medicina, mas enquanto o primeiro partiu do aspecto explanatório dos modelos classificatórios, concluindo a priorização da autonomia contra os valores utilitaristas incluídos nos métodos probabilísticos de decisão, o segundo se decidiu por um modelo fenomenológico baseado na confiança entre médico e paciente. Mas o fato deste debate existir prova antes que os critérios prescritivos incorporados aos modelos bayesianos ou difusos de

juízo e decisão médicas são questionáveis, independentemente dos conceitos de saúde e doença serem ou não prescritivos, como querem os normativistas.

PARTE III

NORMATIVISTAS E NATURALISTAS

CAPÍTULO 1

Vimos anteriormente que a filosofia anglo-saxã consagrou o importante debate entre naturalistas e normativistas, a partir dos problemas abertos por Canguilhem, que chegou a atingir formulações sobre fundamento em bioética em resposta ao Relatório Belmont e os Principles. Demonstramos também como alguns filósofos da tradição francesa não aderiram àquela disputa, mantendo a discussão em outro viés, como a questão sobre as normas orgânicas serem internas ou externas, teleológicas ou não. Enfim, mostramos como essa dupla tradição de problemas foi retomada por Pellegrino e Engelhardt, através das discussões com Foucault e Nordenfelt, ou Canguilhem e Gadamer, entre outros, ou aludida por Beauchamp-Childress em relação a Caplan. Essa seção terá por objetivo explicitar como essa dupla discussão foi importante na construção da casuística e dos modelos de priorização. Para isso, nos aprofundaremos passo a passo na leitura que os bioeticistas fizeram dos filósofos da medicina na tradição anglo-saxônica.

1. Naturalismo e normalidade estatística

Significações científicas associadas à saúde são, em geral, os conceitos de “natural” e “normal”. Uma forma de conceber uma noção naturalista de doença se dá quando podemos nos valer de métricas. São dois os principais sentidos com que se justifica o termo “normalidade”: (i) pelo seu consenso e (ii) pela sua utilidade estatística. Quanto ao primeiro sentido, Feinstein (1983, p.398-397) defendeu a completa anulação do conceito de normalidade, assim como Murphy (1978) demonstrara que a medicina não utiliza em geral a noção de “normalidade” nos manuais de anatomia e fisiologia. Boorse defendera a inteira eliminação de juízos de valores em medicina, pretendendo sua fundamentação positiva. Quanto ao segundo sentido, a normalidade é definida mais comumente segundo medidas gaussianas. A noção fundamental é classificar indivíduos normais como aqueles que admitem características incluídas na curva do gráfico de Gauss referente ao lado que representa a medida negativa de desvio padrão. A medicina utiliza esse tipo de determinação para delimitar “intervalos de normalidade”, médias como conceito objetivo capaz de orientar a ação médica.

Novamente, Feinstein defenderá que dados médicos não se aplicam às médias gaussianas, que a distribuição por padrões não corresponde à normalidade (FEINSTEIN, 1983, p.397), o que possivelmente levou o autor a preferir termos amplos e mais próximos ao uso comum, como “‘derrame’ contra o termo mais preciso ‘arteriosclerose cerebral’ ou ‘encefalopatia’”, reforçando as críticas de Engelhardt contra o modelo bioestatístico (FEINSTEIN, 1974, p.968; *apud* ENGELHARDT, 2008, p.259). Este diálogo de Engelhardt com Feinstein é uma importante fonte para compreender em que sentido o naturalismo biomédico estava sendo compreendido. Antes de tudo, o problema está no fato de que a normalidade estatística pressupõe um padrão ou índice no interior da noção de desvios, o que, por sua vez, supõe a própria noção de doença e sintoma. Com efeito, a curva gaussiana necessita determinar curvas e medidas, mas essas medidas somente são possíveis desde experimentos com pessoas sadias e doentes. Poder-se-ia objetar que uma tese bioestatística pressupõe uma noção a ser medida e somente depois pode definir aquilo que inicialmente tinha apenas valor de hipótese. Mas justamente o problema consiste em que saúde e doença não estão sendo tratados como mera hipótese teórica, mas também como objetivo técnico (para tratamento clínico, saneamento, pesquisas, etc.). Segundo a curva gaussiana, é normal ter filhos entre 20 e 30 anos, porém permanece fisiológica e socialmente normal ter filhos antes ou depois desta faixa etária. A dificuldade nesse exemplo está não só no fato da idade normal possuir diversas causas e fatores, mas também poder variar muito em épocas diferentes. O mesmo se aplica a inúmeras doenças e estados considerados saudáveis e desejáveis. Em suma, as médias em questão correm o risco de serem arbitrárias e instauradoras de preconceitos.

Além disso, as curvas que representam os indivíduos saudáveis podem se sobrepor aos doentes e vice-versa, ou seja, que uma porcentagem de indivíduos participe da curva dos doentes e dos saudáveis simultaneamente. Isso ocorre porque existem certos atributos que podem predicar tanto saudáveis quanto doentes, superpondo as curvas, tornando as médias ambíguas e tornando a demarcação saúde-doença difícil. Nesse caso, fica explícita como a pressuposição das noções de saúde e doença não é neutra nem simplesmente hipotética. Seria grave considerar doentes os indivíduos saudáveis e saudáveis os indivíduos doentes, pois o objetivo da determinação da normalidade é justamente diagnosticar essa diferença. A solução ao problema da superposição das curvas positivas e negativas é falar em falso positivo e falso negativo ou afirmar que um intervalo de erro é admissível. Mas erros de medidas para tratamentos médicos não são meros erros teóricos e técnicos, pois os erros para mais ou para menos

não são equiparáveis entre si. Definir como saudável um indivíduo doente implica sofrimento, risco, dano ou morte; definir como doente o indivíduo saudável implica, na maioria das vezes, a possível redefinição e correção de diagnóstico e, às vezes, pode levar também a um tratamento maléfico, cujas “doenças iatrogênicas” mais facilmente receberão imputação omissas. Por isso, a imputabilidade não recai simplesmente na estatística, mas também e, talvez principalmente, no julgamento médico. Pode ser o caso, cada vez mais, que “dado o exponencial crescimento do conhecimento médico e as naturais limitações da mente humana, nenhum médico será capaz de se manter suficientemente actualizado na sua própria especialidade” (SADEGH-ZADEH, 1983, p.3-10), e não basta responder que a inteligência artificial, assim como a cirurgia robótica e demais tecnologias, não podem substituir o trabalho do médico quanto ao encontro com o paciente e familiares, a empatia com um prognóstico, a transmissão de informações ou a privacidade de outras informações (ANDRADE, 2017, p.55). Nossa tese não diz respeito apenas aos *efeitos* morais da ciência e tecnologia médica, nem estamos simplesmente endossando uma versão do normativismo. Tampouco nossa questão diz respeito apenas a um possível conteúdo prescritivo no conceito geral de doença ou saúde. É preciso recordar que nossa questão pertence à ética propriamente dita: nosso problema não é o do normativista, que quer saber com que direito normas sociais e morais são incluídas de modo velado no interior das teorias biomédicas; antes, perguntamos como fazer um uso justificado de critérios prescritivos incorporados à heurística médica sem, com isso, produzirmos um erro inferencial de fazer destes as premissas daquela justificação.

Poder-se-ia argumentar que a determinação de normalidade se deve não tanto as definições de doença e saúde, mas antes de vida e morte. Engelhardt observou, destacando as consequências éticas ao falarmos em normalidade, que não se pode confundir as questões: em um ponto, o problema é responder como determinar a vida entre o biológico e o pessoal, no outro é responder onde a pessoa está incorporada, se no cérebro ou em outro lugar, e outro problema ainda é quantas determinações falso positivo e falso negativo podem ser toleradas (1998, p.290-291). Engelhardt não poderia aceitar as definições de normalidade baseadas em curvas gaussianas, ou em outros modelos de bioestatísticas, principalmente quanto aos casos de falso positivo e falso negativo na definição de morte clínica, porque aqui estaria incluído o problema moral da *diferença entre vida biológica e pessoa*. O autor também esclarece que no passado os dois conceitos eram mais próximos, pois se pensava o corpo como animado por uma alma racional, a alma era tida tanto como

fonte de agência moral, como das funções animais e vegetais. Em Tomás de Aquino, a alma em seu todo estava em todas as partes do corpo, o que levou posteriormente ao vitalismo. Mas, em 1828, Friedrich Woehle sintetizou a ureia *in vitro*, observa Engelhardt, o que os vitalistas consideravam impossível, por acharem que os componentes orgânicos exigiam vida para a sua síntese. A biologia permitiu compreender como os processos vitais são compreensíveis sem um princípio vital e como podem ser realizados artificialmente. Enquanto o organismo não exige mais uma alma catalizadora, a agência moral ainda exige autoconsciência, pois seu significado contrasta com estruturas mecânicas, químicas e biológicas, mas a vida da mente exige termos psicológicos introspectivos (ENGELHARDT, 1998, p.292). Por isso, o princípio da vida biológica contrasta com o da vida mental e, assim, da pessoa. A biologia permite estudar a interação sistemática do corpo, mas isso não seria suficiente para as experiências vividas pela mente, que exigem habilidades de autoconsciência, consciência, plano de vida e moral. Há entidades que tem vida mental e não são pessoas, diz o autor, e as que tem e são, então dever-se-ia distinguir um corpo humano intacto e com o cérebro destruído e outro com o cérebro funcional, tal que somente o segundo seria compreensível desde os princípios das entidades mentais pessoais, sobretudo a capacidade de fazer promessa e desempenhar reivindicações (ENGELHARDT, 1998, p.292). Então, quanto a definição de morte clínica, o cérebro passa a ser visto como a fonte da vida mental, de modo que o corpo pode ter partes substituídas sem que se perca a pessoa, mas não no caso de um transplante de cérebro e, entretanto, a pessoa é definida segundo a vida mental enquanto capacidade de reivindicar. Este exemplo sobre falsos positivos na definição de morte clínica representaria, no autonomismo de Engelhardt, o caso limite (1998, p.293-294). O autor esclarece que diante a possibilidade de falso negativo pode-se solicitar testes de morte de todo o corpo ou todo o cérebro, não devido à incerteza, mas para evitar o falso positivo. O autor chega a propor uma nova nomenclatura para evitar ambiguidades, no espírito de Feinstein: (i) morte do cérebro ou morte neocortical para a vida mental e a encarnação da pessoa; (ii) testes para determinação da morte para processos que aderem a um conceito particular, (iii) e definição da morte para se referir aos conceitos e testes em geral (1998, p.296-297). No fim do século XIX – conclui o autor – já estava disponível as definições de morte de todo o cérebro, mas ainda não dos centros superiores, de modo que as dificuldades eram operacionais e não conceituais, isto é, um teste que não comportasse uma quantidade significativa de falsos positivos. E deste argumento que Engelhardt extrairá sua crítica e solução ao debate

ontológico entre mecanicistas e vitalistas, forte na medicina do século XVIII.

Mas as críticas conhecidas contra a noção de normalidade natural são muitas e mais amplas do que as apresentadas por Engelhardt, e algumas não inferem aquele tipo de conceito de pessoa a partir de dados biomédicos. Podemos citar aquelas que de algum modo tocam em nossa questão.

(1) Em primeiro lugar, alguns defenderam que *somente a patologia poderia definir o que é doença*. Por exemplo, em epidemias é muito difícil determinar normalidade, já que são relativas à etnia, condições fisiológicas, sociedade, ambiente, etc., e os diagnósticos falsos positivos e falsos negativos não podem ser separados e isolados quando se considera justamente os predicados necessários para definir um indivíduo. Toda dificuldade deve-se ao fato de que a noção de normalidade inclui diversas normas. A mesma dificuldade que encontramos entre D^g e D_e agora se reproduz entre normalidade e as diversas normas. Devido a isto, Murphy e Abbey defenderam que um conjunto de exames e testes acerca de diversas normas pode aumentar as condições de definir um indivíduo como normal estatisticamente (MURPHY; ABBEY, 1967). Se um indivíduo é normal segundo um exame, então sua porcentagem de normalidade é maior. Portanto, não se falaria na distinção saúde-doença, mas em um *contínuo* de saúde e doença, das condições gerais de vida até o risco de morte. A noção de normalidade por *continuum* passa do patológico ao biológico. Veremos ainda como Beauchamp-Childress incorporam este modelo de julgamento sobre um *continuum* no escopo de todos os quatro princípios éticos, mas segundo uma versão capaz de responder questões morais sem assumir compromissos epistêmicos com uma noção funcionalista ou estatística de normalidade. Acreditamos que é essa maneira que os autores encontraram de usar o critério *continuum* que lhes permitiu incluir elementos heurísticos da medicina nos julgamentos éticos, sem, entretanto, fazê-lo de modo inferencial.

(2) Além disso, *o que mais costuma levar à defesa da noção de normalidade médica é sua utilidade terapêutica*. Justamente por isso misturam-se na medicina elementos métricos e não métricos. Existem interpretações clínicas baseadas em exames não numeráveis, porém não em termos de curvas gaussianas nem propriamente estatísticos. Por exemplo, o infarto é analisado segundo a presença de enzimas e medidas do fluxo sanguíneo, mas em nenhum destes dois casos trata-se de curvas métricas de contínuos ou contíguos sadios e patológicos. Os índices numéricos e métricos não são necessariamente curvas de equiparação,

pois a interpretação clínica dirige-se nestes casos mais ao indivíduo em suas condições próprias que ao conjunto dos indivíduos. O exame e as medidas estão ali como meio de interpretação, e não como determinantes objetivos.

(3) Certamente a normalidade, quando empregada para definir a saúde, possui emprego consensual, tal que altura, peso, pressão sanguínea, ciclo respiratório, somente são chamados normais em sentido estatístico. Contudo, por isso mesmo, não só doentes, mas também atletas e indivíduos submetidos a certos ambientes são excluídos das normas e, não obstante a distinção, nem sempre são definidos como doentes propriamente ditos. É por isso que se costuma definir intervalos de tolerância ou critérios de variação normal. Contudo, a amplitude dos intervalos também é definida segundo índices estatísticos.

(4) A noção de normalidade funda-se em grupos, mas dirige-se a indivíduos e, por isso, o mais frequente é chamar “normal” ao indivíduo “comum”. Sair da média passa a designar ser incomum, caso em que a normalidade se torna normativa, e o naturalismo se tornaria um normativismo velado, diz Engelhardt. Não é difícil entender que definir normal como comum implica nivelação social. Muitas condições não saudáveis são típicas e comuns, sejam certas doenças ou sintomas, sejam condições de desconforto ou sofrimento não sintomáticas: certas ocorrências de inflamações, alergias, cáries dentárias, equilíbrio térmico, são vistas como comuns em alguns contextos, embora sejam tratáveis em muitos casos.

(5) Enfim, a noção de normalidade sempre depende de duas orientações: (i) continuum que vai das condições de vida ao risco de morte; (ii) e pensar doença e anormalidade segundo a ocorrência da dor, sofrimento e desconforto. O problema consiste em que muitas doenças não implicam risco de morte e que a morte nem sempre é um mal para o paciente. A eutanásia, a pena de morte, o direito ao suicídio, etc., exemplificam o segundo aspecto; o esporte, os ritos, o uso de drogas, exemplificam os casos em que a saúde e as boas condições de vida são motivo e condição de usufruto do corpo não necessariamente saudável, comum ou normal. Quanto ao segundo ponto, comete-se o equívoco crasso de supor que o sofrimento é um mal por si mesmo e o prazer é um bem em todos os casos (o que chamamos “prejuízo hedonista”, assunto o qual ainda discutiremos).

2. Naturalismo e normalidade funcional: o naturalismo conservador.

Ninguém poderia menosprezar a revolução produzida pelo naturalismo de Boorse (1975, p.49-68), para o qual “normal” define-se como uma determinação de padrões de formas de vida orgânica. Boorse pretendeu refutar todo normativismo afirmando que a definição valorativa da saúde impediria chamar “doença” certos fenômenos patológicos em plantas e animais, o que invalidaria a expressão “saúde animal” e a existência da medicina veterinária. Seria mais apropriado definir saúde e doença em termos estritamente descritivos segundo a biologia evolutiva. Para tanto, adotou o termo “doença” como um gênero, incluindo “enfermidade” e outras categorias, distinguiu os sentidos de doença-teórica e doença-prática, e fundamentou essas teses ao definir a norma orgânica mediante a identidade entre saúde e normalidade: “A questão é que enfermidade é uma mera subclasse da doença, isto é, aquelas doenças que têm certas características normativas refletidas nas instituições da prática médica”, em seguida reunindo, em um único enunciado, a categoria de “gravidade”, “incapacidade” e “indesejabilidade”: “Uma enfermidade deve ser, primeiro, uma doença razoavelmente séria com efeitos incapacitantes que a fazem indesejável”, com o que pôde concluir que a enfermidade é um termo com carga normativista, em distinção ao conceito naturalista de doença: “Onde não se fazem julgamentos normativos apropriados ou não se ativam as instituições sociais, nenhum volume de doença nos conduzirá ao termo enfermo” (BOORSE, 1965, p.166). Teremos: que doença é apenas conceito teórico, não valorativo, enfermidade é sua subclasse prática, saúde significa “saúde teórica” (oposto de doença) ou “saúde prática” (oposto de enfermidade), em todo caso, *ausência de doença*. Esta tese, aos olhos de Engelhardt, não consegue evitar juízos de valor e, o que seria pior, se levada a sério invalidaria, em ética, a prioridade do princípio de autonomia.

Diferente dessa crítica normativista, Canguilhem apresentou argumentos para se sustentar um normativismo capaz de acomodar critérios e descrições naturalistas: “A relatividade do normal não deve de nenhuma maneira ser para o médico um estímulo a anular a confusão na distinção do normal e do patológico”, a partir do que o autor conclui em seguida: “Considerado em seu todo, um organismo é ‘outro’ na doença e não o mesmo em dimensões reduzidas”. (CANGUILHEM, 1985, p.165). Isso significa que a saúde do organismo é uma espécie de norma inerente a teleologia desse organismo, a incluir causas físicas e causas sociais para a formação dessa adaptação normativa, tese que exemplifica como critérios normativista e naturalistas não precisam necessariamente ser

excludentes. Ou, como mostramos acima, se o enunciado “saúde é ausência de doença” deve ser entendido apenas como uma tese lógica, então poderia ser admitido por naturalistas ou normativistas. Porém, o que faz Boorse é retirar conclusões particulares desse postulado (AZEVEDO, 2014, p.1), sobre as quais queremos enfatizar aquela que diz respeito à ética: “O conceito teórico de doença [...] se aplica indiferentemente a organismos de todas as espécies, e tal conceito deve ser analisado em termos biológicos mais do que em termos éticos” (BOORSE, 1965, p.161). Boorse rejeita em uma única sentença tanto o normativismo quanto as “consequências éticas”. Admitiremos muitas das reservar contra o normativismo (AZEVEDO, 2014, p.4), mas não a segunda inferência, e defenderemos que mesmo um naturalista precisa estar disposto a reconhecer elementos prescritivos, quando não normativos, ao menos em algumas operações de julgamento e decisão médica heurísticas (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.62), o que procuraremos mostrar em nosso capítulo 2. *Heurística médica e erro inferencial* (Parte IV).

Havíamos concluído no capítulo anterior que o conceito de doença D_e é o único conteúdo plausível para a definição de doença D^s . Vimos agora como Boorse inverte essa afirmação, igualando os conceitos de doença-geral e doença-teórica, demarcados em relação à doença-prática como doença-específica, o que ele chamou de “enfermidade” (gravidade, incapacidade e indesejabilidade). Concordamos com Boorse que esses são os três principais critérios de julgamentos sobre doenças, mas não a demarcação anterior. Posteriormente apresentamos uma outra proposta de interpretação desses critérios, a partir da heurística médica e não a partir da demancação saúde x doença presente em Boorse. O autor entendeu que ausência de doença significa normalidade funcional, sendo a determinação biológica desta normalidade o conceito teórico positivo de saúde: “A *saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte*” (p.162). É possível reunir a noção de normalidade estatística e de funcionamento biológico, já que, neste último, também se pode falar em normalidade. Neste sentido, quando saúde é ausência de doença, doença é entendida como mau funcionamento das capacidades internas e em exclusão dos ferimentos e lesões. Porém, a questão que deveríamos considerar exige enfatizar a otimização epistêmica ou os valores utilitários da medicina teórica, ou antes as questões sobre julgamentos e prescrições médicas. Qual lugar haveria na teoria boorseana para as deformidades ou as síndromes que levam os pacientes a buscarem os médicos?

A primeira dificuldade estaria no termo *illness*, discutido por Boorse. O daltônico não é considerado comumente um doente (*ill*), mas

as fontes científicas assim o classificam. Logo, *illness* distingue-se de *disease*: *ill* é o indivíduo portador de moléstias mais ou menos sérias, que implica incapacitação ou mau funcionamento, mas nem toda doença torna um indivíduo *ill*. Essa é a distinção feita por Boorse (2006), que também encontramos em Reznek (1987), Hesslow (1984), Fabrega (1979), entre outros. Assim, *illness* são as doenças em termos de incapacitações, compreendendo *casos particulares*, em distinção as *doenças universais* (doenças-teóricas para uma espécie biológica). A objeção consistiria em afirmar que certos sintomas e condições não-saudáveis, como a febre e a deficiência respiratória, não são doenças pelo fato de estarem presentes em diversos quadros clínicos. Porém, esta objeção não teria razão de ser, pois descuida quanto ao fato de pensar a doença apenas como coisa ou entidade. Poder-se-ia então objetar que Boorse confunde doença e disposição de ficar doente. Dizemos não ser saudável o hábito de fumar, porém, nem por isto, poder-se-ia afirmar que tal hábito é doença, mas sim certos efeitos. Nesse mesmo sentido, costuma-se confundir a doença com o estado físico que pode levar a adoecer. Admitindo a clássica distinção entre potência e ato e mantendo uma ontologia essencialista, Boorse permanece aqui no campo da metafísica da doença-coisa que, inicialmente, procurou combater. Certamente, a presença do apêndice vermiforme é não saudável, mas não inerentemente, como seria o caso da apendicite propriamente dita. A confusão entre saúde instrumental e inerente à teoria é a mesma que entre a *causa* da doença e a sua *presença*. Trata-se da confusão entre categorias epistêmicas e ontológicas. No limite, dada a possibilidade da morte a todo organismo vivo, todo ser saudável seria também doente, já que todo ser vivo estaria morrendo pelo simples fato de estar vivo. Por isso, Engelhardt entendeu que a tese de Boorse não passava de uma teleologia disfarçada, similar as doutrinas medievais do desígnio natural (ENGELHARDT, 1998, p.243). Ora, Boorse reconheceu que uma saúde ideal é um conceito que somente pode ser defendido retoricamente, impossível de descrição, pois “trata-se da tendência de condensar um único termo com noção de valor neutro, liberdade de doença, e a mais controversa de todas as prescrições, a receita para um ser humano ideal” (BOORSE, 1977, p.542-573). Com efeito, “não só não há qualquer meta fixa de perfeita saúde para se alcançar, mas também não há uma única direção para se avançar” (BOORSE, 1977, p.573). Então, os critérios de funcionamento esperados para uma espécie somente são definíveis estatisticamente e segundo desenhos funcionais uniformes relativos a grupos de uma espécie, idade e sexo. Entre todos os subcampos da biologia que estudam as diversas metas funcionais das espécies, apenas a fisiologia possuiria relevância

para o problema da saúde, pois somente aí é possível formular classes de referências e o desenho ou plano da espécie. Porém, o argumento de Engelhardt está em que o critério funcionalista significa caracterizar as funções segundo populações, e não indivíduos, onde a estatística em questão permite formar tipos ideais. A resposta de Boorse está em dizer que doenças em termos de enfermidades, condições latentes e quadros assintomáticos, são todas determináveis desde a normalidade estatística, que estaria a assegurar o conhecimento de uma *prontidão funcional*. Mas Engelhardt replica que esse modelo não seria capaz de evitar o normativismo porque o naturalismo funcionalista aceita a teleologia em biologia, que existem funções de contribuição para a sobrevivência e reprodução. Engelhardt acusa Boorse de sustentar, em semelhança a Tomás de Aquino, um desígnio natural (ENGELHARDT, 1998, p.244). Mas Boorse, em 1987, procurou responder seus primeiros críticos, em *Concepts of Health*, retomando sua tese ao sugerir substituir o termo “saúde” por “normal”, e “doença” por “patológico” (expediente que já Canguilhem havia utilizado para marcar a distinção de valores em fisiologia e valores em medicina clínica). Tratava-se do passo decisivo para negar toda concepção valorativa: “A condição de uma dada parte ou processo em um organismo é patológica quando a capacidade dessa parte ou processo para executar uma ou mais de suas funções biológicas espécie-típicas cai abaixo de uma faixa central de distribuição estatística”, o que, notemos bem, somente será válido “para aquela capacidade em partes ou processos correspondentes nos membros de uma classe de referência apropriada da espécie” (BOORSE, 1987, p.172). Devido às críticas recebidas, Boorse passou a sustentar uma concepção de saúde não mais em sentido bioevolutivo, defendendo uma tese mais restrita, segundo a qual a saúde admitiria níveis: “normal-teórico”, “normal-diagnóstico” e “normal-terapêutico”. Com uma posição semelhante aquela que vimos em Rothschild, Boorse passou a defender o chamado “naturalismo de níveis”, isto é, um naturalismo capaz de acomodar elementos normativistas quanto ao nível prático, embora não no próprio nível teórico ou fundamental como querem os normativistas propriamente ditos. Em 1997, ainda defenderá que “a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva, a ser extraída dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor”, seguida de um compromisso filosófico: “Designa-se esta posição geral como naturalismo, em oposição ao normativismo, a visão de que juízos de saúde são ou incluem julgamentos de valor”, com a ressalva de que tanto a doença quanto as enfermidades podem ser pensadas isentas de toda valoração. Mas novas críticas foram dirigidas a Boorse, que tornaram o

problema ético mais enfático: (1) criticou-se a definição negativa de saúde: tanto saúde quanto doença seriam incomensuráveis e, portanto, se não há razões para “negativizar” a doença, o mesmo valeria para a saúde – Ladd recorda que já os gregos possuíam uma divindade para a saúde diversa daquela para a doença, isto é, ambas positivas (LADD, 1983, p.209); (2) além disso, observou Engelhardt, em *Ideology and Etiology* (1976, p.256-268), que não se pode decidir em biologia evolutiva a diferença entre o mais saudável e doentio para uma espécie: existem espécies atípicas que são hoje melhor adaptadas que espécies comuns; ou ainda, os organismos se adaptam aos seus ambientes não por estarem em situação de mau funcionamento, mas por encontrarem maiores condições de longevidade e fertilidade (WAKEFIELD, 1992, p.373-388); (3) também não se pode pretender definir uma noção de doença geral excluindo os fenômenos mentais, pois mesmo a Medicina e Segurança do Trabalho (TBS) inclui estes casos (WULF, 1986, p.108), tal que o conceito de doença não poderia ser tão restrito ou limitado à biologia, pelo fato de muitas doenças importantes serem tipicamente humanas, muito embora se tenha pretendido defender que o ser humano é definível como organismo biológico e independe de concepções valorativas, e que a saúde mental também pode ser determinada no interior do desenho da espécie em questão; (4) mas não se poderia definir critérios do conceito de doença apenas a partir da TBS, já que esta admite conceitos vagos e arbitrários (HARE, 1986, p.174-181).

Entretanto, Boorse notara corretamente que tais termos são ambíguos já semanticamente, o que justamente se procurou eliminar através do par “normal” e “patológico”: se “saúde” é um termo que não pode ser definido segundo critérios naturalistas; e se não é possível uma definição de *doença-geral* sem ambiguidades; então, seria preciso substituir estes termos anfibiológicos pelos termos de definição naturalista (normal e patológico). Em todo caso, ainda é possível argumentar contra o funcionalismo, que a medicina do trabalho inclui intenções valorativas ao decidir quais objetos seriam discriminados. Não ao acaso foi observado que Boorse chamou de “doença” ao “desvio” funcional em seus primeiros escritos, e, posteriormente, corrigiu para “deficiência” (FULFORD, 1994, p.305-20), sendo o primeiro descritivo e, o segundo, valorativo. Deve-se admitir “‘normativo’ e ‘descritivo’ como contrários, [...] que nenhum valor pode ser descritivamente definido” (BOORSE, 1997, p.45), mas permanece questionável se a medicina é capaz de descrever o processo patológico nos termos pretendidos sem aderir à valores. A tese de Boorse consiste justamente em pretender oferecer *autonomia científica à medicina*, pensando seu sentido em termos de

sobrevivência da espécie (ENGELHARDT, 1984, p. 326; BROWN, 1985, p. 311-328), mas isso, na melhor das hipóteses, somente valeria para a medicina como teoria pura e, como argumentou Engelhardt, corre o risco de dotar a medicina de falsa autoridade moral para decisões sobre vida e morte, tratamento obrigatório e tratamento opcional (para usarmos alguns conceitos da lógica deontica que Sadegh-Sadeh aplicara à ética médica, recorrentes também em Beauchamp-Childress, como veremos). O funcionalismo somente faz sentido se separarmos os problemas médicos dos problemas clínicos e epidemiológicos, bem como a distinção entre doença teórica e prática. A doença da qual o médico se ocupa não é a doença do patologista, distinção que Boorse procura resolver com a demarcação entre doença e enfermidade. Com isso, supostamente a medicina se sustentaria positivamente como teoria, mas não autonomamente como clínica. A proposta de Engelhardt é retirar daí um argumento a favor de um normativismo construtivista: (5) o próprio conceito de sobrevivência das espécies seria um normativismo velado (ENGELHARDT, 1998, p.253), o que explicaria porque diversas escolhas valorativas terem sido exercidas na história moderna da medicina, como as considerações patológicas feitas sobre a masturbação no século XIX (ENGELHARDT, 1976, p. 256-268). (6) Enfim, o conceito funcionalista de doença seria excessivamente amplo (WHITBECK, 1978; BROWN, 1985; REZNEK, 1987), mesmo porque não se pode simplesmente supor que a medicina opere com o conceito de saúde como sua finalidade, quando, justamente, a clínica se define como intervenção, portanto, sobre a doença na forma de demanda. Entrementes, Boorse parece confundir prescritividade e normatividade em geral.

Uma réplica estaria em considerar que o ponto forte da tese de Boorse é seu descritivismo e não tanto seus pressupostos “normativos”. Contudo, (1) o conceito de saúde teórica é abstrato e absoluto, mas essa tese é contrária ao naturalismo. O que deveria caracterizar o naturalismo é justamente o primado experimental e não teórico, no caso uma medicina baseada em evidências, para a qual a clínica é o lugar biomédico de demonstração experimental, e não para a formulação teórica (AZEVEDO, 2014, p.3), como pretendeu Sackett em seu *Evidence-based medicine* (1997). Isto não significa que a clínica não possa assumir orientações teóricas, tanto biológicas quanto patológicas, apenas que a doença e a saúde nelas definidas não são exteriores às atividades do clínico. O que se espera do naturalismo é que seja aquela posição que justamente não parte de primados teóricos, e sim empíricos, se não descritivos, ao menos probabilísticos. Tudo se passa como se o naturalismo de Boorse pretendesse oferecer autonomia e fundamentação à medicina, o que

empiricamente parece não ser possível sem incluir normatizações. (2) Entretanto, pode-se afirmar que o naturalismo sempre pensa a doença e a saúde em termos *fisiológicos, químicos, biológicos* ou *anatômicos*, porque, em todos esses casos, é possível falar de doença em termos causais. Mas esse fato necessariamente levaria o naturalista a distinguir *doença, enfermidade e lesão* em termos causais complexos, o que Boorse simplesmente ignora. (3) Pode-se seguir Boorse em sua crítica ao idealismo, mas não aceitar, sem mais, seus pressupostos realistas. Idealismo e realismo (a) descuidam a semântica diversificada dos modelos médicos, conforme Byron Good (1994), (b) e ignoram a interdisciplinaridade presente na saúde coletiva e saúde pública e, além disso, que uma concepção de doença-teórica pode não ser capaz de evitar ou pode até mesmo levar a confirmar “mecanismos de biopoder” (HELLMANN; VERDI, 2014).

Entendemos que Boorse não simplesmente introduz conteúdos normativistas em sua teoria, mas entende por doença-teórica uma concepção de doença-universal, segundo o seguinte argumento: existem diferenças hierárquicas na teleologia biológica das partes do organismo: as células dirigem-se para a construção de componentes, estes para níveis superiores (pêlos, músculos, ossos), que servem de matéria para exercer diversas funções (locomoção, respiração), que levam à fabricação de meios vitais (teias, ninhos), que auxiliam em outras atividades orientadas (reprodução, adaptação); os níveis mais elementares possuem objetivos mais específicos, os níveis superiores dirigem-se para objetivos diversificados; as espécies apresentam uma média de constância no conjunto de sua funcionalidade, salvo no nível evolutivo, constância essa que serve de referência à clínica; sendo assim, a função normal que a terapêutica atende também deveria orientar-se hierarquicamente; portanto, a medicina dirige-se para as funções fisiológicas, pois não é possível diagnosticar um paciente que não seja suficientemente semelhante aos membros de sua espécie, tal que essa semelhança funcional Boorse chama “projeto de espécie”. Boorse reconhece haver características polimorfas, mas não aceita que vários equilíbrios entre estas características maximizem a aptidão, com o que o autor conclui que o homossexualismo é uma doença, pois a ausência de uma tipicidade mais ampla impede uma visão secular da homossexualidade, embora não fique claro como adotaria a escala Kinsey. Quanto mais se aceita que os fenômenos biológicos possam ser colocados numa linha contínua, mais difícil é defender uma tipicidade sem normatividade (ENGELHARDT, 1998, p.249). Aliás, diga-se de passagem, parece ser exatamente essa ponderação de critérios mistos que Beauchamp-Childress pretendem ao

adotar apenas modelos moveis sobre contínuos, ajustando categorias deonticas e consequencialistas. Boorse reconhece que existem diferenças funcionais de sexo, idade, raça, pois grupos étnicos diversos, jovens e adultos, homens e mulheres, não apenas apresentam diferenças fisiológicas significativas como também necessitam de cuidados específicos. Por isso, aceita, junto com a ciência fisiológica, a necessidade de generalização de subclasses da espécie, e a clínica passa a mover-se no interior destas subclasses, sobretudo idade e sexo. Posteriormente veremos como Beauchamp-Childress reservam, a partir das duas últimas edições dos *Principles*, uma seção para criticar justamente os limites destes dois critérios de idade e sexo para decisões médicas (Pate VI, capítulo 1). A saúde, como objetivo terapêutico, determina-se nos limites de uma subclasse da espécie, sendo a doença os impedimentos do projeto da espécie. Entretanto, tudo isso significa fazer da medicina uma técnica duplamente dependente ou submissa à fisiologia e à moral do sofrimento. Reconhece-se que a medicina nada pode fazer sobre a evolução biológica no plano da espécie, mas ignora-se que, fisiologicamente, existe condicionamento reflexo, plasticidade do circuito nervoso, desenvolvimento funcional, transferência funcional de hábitos motores (como o aprendizado de um lado do corpo transferir-se ao outro) e que o hábito orgânico não é redutível às funções e à matéria dos órgãos. Cada parte do organismo mantém-se dentro de níveis médios de funcionamento, porém deve-se admitir que um funcionamento superior ao intervalo normal de uma população deva ser considerado saúde, caso favoreça o plano de uma função. Boorse parece estar afirmando que doença e saúde são objetos teóricos de uma “ciência normal”, referentes aos interesses da pesquisa. Portanto, os intervalos de normalidade estariam sendo delimitados, escolhidos e separados, arbitrariamente, segundo interesses normativos.

A teoria de Boorse possui o enorme mérito de constatar que sinais (vômitos, febre, etc.), lesões e doenças determinadas são igualmente perturbadores da atividade funcional normal, levando ao mal-estar e queixa dos pacientes. Apresenta também a vantagem de não reduzir doença ao mal-estar e sofrimento, como no câncer e na diabete, que implicam funcionamento atípico sem acarretar sofrimento em todos os momentos. E, acima de tudo, seus esforços naturalistas deixam claro como o conceito de doença pode não ser trivializado. Mas Boorse não é capaz de fundamentar a passagem do biológico ao fisiológico senão através de adendos à sua teoria. Com efeito, existem deformidades orgânicas que são comuns e pertencem ao plano de espécie em sentido estrutural, como deformidades do nariz, ouvidos, etc.; também existem

disfunções universais, como a cárie dentária, alergias, etc., “normais” e, nem por isso, presentes em um plano. O autor resolve essas dificuldades acrescentando que as deformidades estruturais podem ser *ajustadas* à teoria sem maiores dificuldades e que as disfunções poderiam ser ignoradas a favor do valor das classificações teóricas. Fenômenos estruturais como o envelhecimento, gravidez, menstruação, puberdade, que, frequentemente, pedem tratamento e acarretam disfunção, ficam inclassificados e não justificados, à mercê do bom senso do terapeuta. Mas isso não é uma simples demanção entre medicina teórica e medicina prática, mas representa uma passagem inferencial.

3. A teoria valorativa: o normativismo conservador.

Alguns autores defenderam que a medicina e as teorias sobre doença-saúde são definidas, em última instância, por normas sociais, por condições biopolíticas ou, para posições mais moderadas, por razões híbridas (Whitbeck) ou históricas (Engelhardt). Por essa razão, Hegenberg entendeu que o enunciado “a saúde é um valor” poderia configurar entre as definições de doença D^g (HEGENBERG, 1998)². Nesse sentido, a saúde é uma necessidade humana dependente de um conjunto de condições referentes ao desenvolvimento individual e coletivo do humano (LAURELL, 1997, p.86). Assim, ainda que “ser um valor” ou “ser um fator social” não represente uma definição de saúde ou doença em termos de D^g ou D_e , para certos autores consistirá no fator fundamental que orienta a prática da medicina. Entretanto, a afirmação “a saúde somente é definível como um valor” implica em uma das críticas acima discutidas. Conceber a saúde em termos socioeconômicos significa defini-la como superestrutura, o que leva ao risco de reproduzir injustiças sociais devido à falta de especificidade ou amplitude do conceito (CAPONI, 1997, p.302). Além disso, a definição também é vaga, o que poderia abrir espaço para desresponsabilizar setores políticos ou para a

² Este “conceito amplo” de saúde corresponde aquele formulado em 1986, na *VIII Conferência Nacional de Saúde* (VIII CNS), em Brasília: “Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda” (...), “principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986: 4). Esta definição deve ser correspondida ao texto da *Constituição* de 1988 quando diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988: 37).

omissão da comunidade médica. Definir a saúde em termos de valor ou direito esvazia inteiramente seu sentido biológico e estatístico, ou esvazia a relação fiduciário médico-paciente como fundamento da própria medicina. Afirmar que a saúde é responsabilidade de todos os setores retira ou trivializa as especificações das políticas de saúde (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Caso o conceito de “saúde como valor” seja especificado em termos de recursos para a capacidade de adaptação ao meio, podemos entender que as condições de adaptação de um doente aumentam quando são fornecidos os instrumentos necessários, pois a “capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades está diretamente vinculada a valores não só biológicos, mas também sociais” (CAPONI, 1997, p305). Contudo, mais uma vez, essa resposta não chega a discutir a noção de “valor” em seu sentido estrito, ou seja, enquanto inerentes aos modelos heurísticos da própria medicina. O ponto é que, apesar da relevância deste tipo de crítica social, para uma ética normativa ainda seria preciso explicitar como tais condições ocorrem no interior da heurística médica. Os defensores do modelo axiológico, ou seja, do normativismo social, sejam os que defendem um conjunto de valores intrínsecos à medicina (normativismo conservador), sejam aqueles que entendem que a medicina se orienta por um conjunto de valores sociais (teorias biopolíticas), entendem que, ao se ocupar com as doenças ou orientar-se à saúde, a medicina não faz outra coisa senão atender à exigências de valorações (WHITBECK, 1976, p.210-22). O normal passa a significar o contexto social em que cada pessoa se insere, de forma que suas habilidades, capacidades e hábitos se determinam segundo estes contextos. Por isso, certos autores (MARGOLIS, 1976; WHITBECK, 1978) admitem que os critérios para definir doença e saúde não podem ser comuns entre humanos e animais, ponto em que também se inclui o normativismo revisionista (ENGELHARDT, 1998). Engelhardt chega a afirmar que, da tese da enfermidade como entidade normativa se segue que animais e plantas dependem de interpretações humanas sobre seus propósitos, cujos exemplos paradigmáticos de doenças dependerá dos animais de estimação, pois, em sentido clínico, não se poderia considerar animais ferozes e plantas como doentes, a não ser por analogia, o que não consideraria seu sofrimento (1998, p.253). Nos animais, a doença se define como anormalidade estatística e prejuízo à espécie ou ao espécime, pois, do contrário, se recairia em antropomorfismo.

Outras críticas poderiam ser levantadas contra as teorias baseadas em valores. Certamente doença pode significar *processo*, mas não necessariamente social: alguém pode desejar dar saltos ornamentais e,

entretanto, não possuir capacidade funcional ou anatomica para isso, mal-estar e incapacitação que não implicarão doença; noutros casos, diversamente, é uma incapacitação que impossibilita exercer uma ação; portanto, doença pode designar uma incapacidade tanto em relação às funções orgânicas quanto às ações que as pessoas desejam realizar, isto é, a noção de valor não se confunde com a de normal, pois certas incapacitações são normais e, entretanto, indesejadas pelo impedimento que provocam, como no caso do envelhecimento. Porém, de um ponto de vista naturalista, pareceria exagero conceber o envelhecimento como doença, embora seja o mesmo naturalista que não tem dificuldades de definir o homossexualismo como doença. Mas se admitimos um modelo estritamente valorativo, o conceito de “doença” se inflaciona: aplica-se às características semelhantes entre diversos indivíduos ou características específicas que diferenciem um entre eles. A desvantagem é levar à exageros que “patologizam” comportamentos e funções, embora o normativista responderia que critérios de normalidade inerentes aos sistemas de classificação de doenças inventam patologias desnecessárias, criando epidemias fictícias, como o diagnóstico de “psicose de progressão lenta” de Andrei Sneznevsky, na antiga União Soviética. A réplica estaria em dizer que isso faz parte do progresso de uma ciência, mas a relativização da doença como puro processo levaria ao total afastamento da noção de “natural” em relação à de “normal”: (i) doença é um processo anormal, mas uma micose pode ser tomada como embelezadora em certa sociedade, tal que, apesar de anormal em sentido naturalista, é perfeitamente normal em sentido social, caso em que não seria considerada nem D_e nem D^g ; (ii) no caso dos comportamentos sociais e étnicos que implicam aspectos psicológicos e psiquiátricos, as dificuldades se multiplicam; (iii) além disso, um mesmo elemento pode ser normal e anormal em grupos diferentes de uma mesma sociedade, como a arteriosclerose é comum em idosos e anormal em jovens; (iv) é quase impossível definições sociais ou biopolíticas para as doenças causadas por lesões e ferimentos, e o mesmo vale para as formas de incapacidades do tipo deformidades estruturais ou disfunções, o que se acentua pelo fato de ambas não serem necessariamente observáveis e nem sempre serem descobertas pelo exame, em todo caso são seus efeitos que sempre implicam incapacitação, cujo caso paradigmático, conforme Whitbeck, é o fato de diversas deformações e doenças provocarem esterilidade, efeito de incapacitação que têm lugar após doenças ou lesões indistintamente, o que se deve ao fato da esterilidade ser antes um sintoma, similar à perda temporária da visão ou da memória; (v) quanto ao exemplo específico da esterilidade, mais uma vez é preciso notar sua

relativização social, pois, para certos grupos, é normal desejar a esterilidade através de cirurgia, mas isso também mostra que doenças, sintomas, incapacidades, etc. não são necessariamente processos indesejáveis, mas relativos; (vi) é preciso lembrar, em oposição ao argumento da incapacitação, que muitas doenças não manifestam necessariamente seus efeitos e sintomas, ao menos inicialmente: os casos de doenças que surgem antes do período de sintomas chamam-se *estádio subclínico*, e chamam-se *estádio latente* os casos em que o período assintomático surge após o período sintomático; porém, os casos subclínicos deveriam ser considerados relativos às pessoas não doentes, já que não implicam desejo contrário ao impedimento de nenhum processo conhecido pela pessoa, sobretudo se a “doença” for subclínica por períodos longos ou quando não deixa sequelas após seu desenvolvimento e término; (vii) também é notório que os processos assintomáticos são chamados “doença” por analogia aos processos sintomáticos, mas isso somente seria um problema no caso de se pretender definir doença em termos estritamente axiológicos. Em suma, a lição que devemos depreender das críticas de Whitbeck não é tanto, como quis a autora, que devemos admitir uma teoria híbrida sobre o que são as doenças e a própria medicina, mas que há razões de ambos os lados que impediriam uma fundação normativista da bioética.

PARTE IV

CONSERVADORES E REVISIONISTAS

CAPÍTULO 1

Naturalistas e Normativistas: revisionistas ou conservadores?

1. Reformulação do problema.

Estamos em condições de apresentar uma crítica ao debate acima conforme nossas considerações anteriores sobre os conceitos gerais e específicos de doença. A razão da disputa entre normativistas e naturalistas não se deve simplesmente ao fato de doença e saúde serem termos tanto científicos quanto comuns, mas principalmente porque as ciências biomédicas não compartilham um conceito de *D^s* para uma análise lógica ou semântica, mas diferentes conceitos podem ser necessários para diferentes fins médicos (SCHWARTZ, 2007). Há um momento em que as questões sobre as metas da medicina e as questões sobre concepções de saúde-doença se tocam, o que precisamos abordar. Assim, seria correto dizer que o conceito de doença é frequentemente vago e, outras vezes, dispensável para certas atividades médicas (HESSLOW, 1993), mas nem por isso concluiríamos a demarcação de Boorse, entre doença-teórica e doença-prática. Antes, seria mais produtivo destacar que na história da medicina moderna sempre se disputou entre um conceito extensional de “doença”, como conjunto de sinais e sintomas segundo hipóteses, aplicada à fisiologia por Sydenham, no século XVII, ou por Kraepelin, ao diagnóstico em psiquiatria (KRAEPELIN, 1990, p.173-175), para diagnóstico diferencial, e uma definição segundo o processo de lesão de órgãos e tecidos (SNOW, 1965, p.155), corroborando diagnósticos específicos segundo imputação de causalidade. Na medicina atual, contudo, alguns entendem que ambos os modelos foram incorporados à concepção de doença segundo graus de risco (GREEN, 2007), onde o processo destrutivo pode ser medido mesmo na ausência de sintomas evidentes, se antes se pode definir populações. Assim, é na heurística médica que as metas da medicina e as concepções de doença-saúde se encontram. Teremos: 1. doença como conjunto de sinais; 2. doença segundo a causalidade relativa a órgãos e funções; 3. doença conforme a probabilidade de risco. Mas, observemos que, não obstante a relevância das três abordagens, elas não representam “definições”, mas modulações, modalidades para agrupar critérios que

permitam a *possibilidade de* manusear o termo “doença”. Por isso, continuaria válida afirmações como as de Reznek, para o qual “problemas clínicos” (para recordarmos mais uma vez a expressão de Engelhardt) são indexados “enumerativamente sem referência ao conceito de doença - em termos de intervenções farmacológicas e cirúrgicas” (REZNEK, 1987, p.163). Essa é uma afirmação muito importante, pois exprime que a medicina pode formular suas metas, incluindo a cura, sem necessitar compor o objeto “doença” como o objetivo dessa meta, contanto que a ênfase recaia sobre os critérios de tratamento e decisão de tratamento de modo operativo. Isso é possível graças à heurística médica: uma coisa é afirmar que a doença se define em termos biológicos, outra é entender que a definição de uma doença somente é possível mediante uma explicação causal: podemos admitir uma definição causal de certa doença sem, contudo, descrevê-la em termos biológicos, por exemplo, em um diagnóstico causal baseado na história clínica do paciente e não na “história natural” da doença; podemos também admitir um diagnóstico nem causal nem biológico, mas sustentado em relações classificatórias de sinais clínicos, o que não se faz apenas em psiquiatria, mas para uma variedade de doenças em função das características anatômicas e fisiológicas dos sinais clínicos.

Deve estar claro, portanto, que toda a dificuldade discutida acima deve-se à mera divisão entre postulados normativistas e naturalistas sem maiores qualificações. Por exemplo, ainda que se deva dizer que o envelhecimento é normal e natural, poderemos considerar igualmente normal que idosos e jovens são diferentes, assim como poderemos delimitar doenças-específicas para cada grupo. Então, envelhecimento é normal, mas certas doenças são típicas da classe dos idosos. E não estaríamos ainda convencidos que se trata de deflacionar o conceito de doenças aos seus tipos populacionais, já que a síndrome de Hutchinson-Gilford é uma doença rara que acelera o processo de envelhecimento em cerca de sete vezes, com expectativa média de vida de 14 anos para meninas e 16 anos para meninos, ou seja, é definida como doença por aceitarmos como padrão biológico o envelhecimento em faixa etária bem posterior, mas não porque o processo biológico desses indivíduos não corresponda ao considerado “normal”, ainda que “acelerado”. O que pretendemos mostrar é que não há outros meios para definir doença-geral senão mediante critérios naturalistas (bioestatístico, probabilístico, informacional, etc.), sem que os conceitos de doença sejam sempre a forma velada de expressar nossas demandas normativas, mas isso é também uma boa razão para constatar que tais normas fazem parte do próprio raciocínio heurístico da ciência médica, o que não se reduz aos

padrões sociais. Concedemos ao naturalista que o conceito de doença necessita incluir alguma história causal, mas reconhecemos que certas normas estão incorporadas na própria noção de “causalidade médica”, e não simplesmente na prescritividade do conceito de “doença”, na teleologia da saúde ou nas condições sociais. Isso ficará mais claro se apresentarmos, ainda que brevemente, as diferenças entre normativistas e naturalistas de uma maneira qualificada, o que não tem sido feito pela maioria dos críticos. Uma vez feito isso e eliminado alguns preconceitos, poderemos retornar ao problema da heurística médica no próximo capítulo.

2. Qualificando normativistas e naturalistas.

Começaremos por revisar o que hoje se compreende por “naturalismo” em filosofia da medicina, para então verificar se as críticas de Engelhardt e Pellegrino se sustentam. Naturalistas são aqueles que tendem a admitir que a propriedade “mau funcionamento biológico” é necessária para o conceito de doença. Mas nem todo naturalista está disposto a aceitar isso como condição suficiente. Agora, se levarmos a sério esta dupla caracterização do naturalismo, então teremos que distinguir entre o naturalista que admite duas etapas para a definição de doença e o naturalista que se limita a primeira etapa (MURPHY, 2006, p.2). Com isso, o que define um autor como normativista ou naturalista poderá ser alterado, quando não invertido ou duvidoso, como no caso de Canguilhem. Uma naturalista pode raciocinar em duas etapas: a definição de doença sempre se dá conforme fatores biológicos funcionais, mas, em seguida, inclui-se julgamentos normativos de que o mau funcionamento representa sofrimento, inaptidão ou indesejabilidade para pessoas ou sociedades. Com isso, a ordem de prioridade lógica é “funcionalidade → indesejabilidade”, mesmo quando a ordem cronológica dos fatos sintomáticos, queixas ou normas sociais vem apresentada de modo inverso. O contrário consistiria em afirmar, como fizeram Spitzer e Endicott (1978, p.18), que a categoria de “doença” é uma “chamada à ação”, obrigações de remediação (PAPINEAU, 1994), um conceito propriamente prescritivo (HARE, 1986). Marco Azevedo procurou explicitar que o naturalismo não pode ser simplificado, nem sequer a formulação clássica de Boorse (AZEVEDO, 2014, p.4), porque considerações normativas servem para informar julgamentos sobre doenças quanto à prioridade prática, ainda que não fisiológica. Se fazemos frequentemente associação entre o sofrimento da pessoa e o mau funcionamento do organismo, é porque supomos a prioridade lógica desse

sobre a prioridade moral do sofrimento, ou porque esperamos ajudar pessoas que dizem sofrer, sem terem a percepção ou conhecimento de seu possível mau funcionamento. E se ainda assim recusássemos o naturalismo, ao menos poderíamos admitir que é verdade que a ordem perceptiva das etapas é mista (SZASZ, 1987).

Não foi por acaso, como dissemos antes, que Boorse abandona seu primeiro naturalismo estrito para, após as críticas, assumir um naturalismo de níveis. Diferentemente, um objetivista é aquele que acredita que para todos os casos se pode encontrar fatores orgânicos para definir doenças, ainda que com graus de evidencia diversos. Seus opositores são os construtivistas, como Engelhardt, que enfatizam que os esforços por delimitação dos fatos acabam por confirmar que conflitos de valores participam das definições, que enfim se darão por acordo sobre quais sistemas de valores aceitar. Talvez tenha sido em resposta a objetivistas como Kitcher, que defendeu que a teoria médica é “fundamentada em fatos”, que levou Engelhardt a intitular sua obra de “fundamentos da bioética”, ou melhor, outros fundamentos. Uma solução alternativa é a de Pellegrino-Thomasma, que pretende equilibrar os valores biomédicos ou as metas da medicina em relação aos limites do próprio sistema de valores do paciente. Ora, costuma-se simplesmente entender que naturalistas são objetivistas, pois fundamentam a medicina em juízos (descrições) de fatos, e somente depois especificam o bom ou ruim mediante normas, enquanto normativistas seriam os construtivistas, por defenderem que as normas são construídas para tornar possível a triagem dos fatos. Mas acreditamos que as diferenças não terminam nesse ponto. Vimos que Engelhardt acusou o naturalismo de ser um normativismo velado, na medida em que ambos aceitam que o organismo tende para uma ordem que corresponde aquilo que o indivíduo chama de benefício, com a diferença de que a teleologia de autores como Canguilhem tem a vantagem de incluir uma noção não dominante de adaptação e homeostase, ou seja, que o organismo encontra na norma um produto que toma para si mesmo, aos moldes da fisiologia orgânica de Kurt Goldstein, enquanto em Boorse o “desígnio da natureza” já está dado pelas leis da biologia. Inversamente, Engelhardt é um normativista que aceita muitas das categorias biomédicas, mas nega que processos biológicos normais ou patológicos possam ser definidos sem valores humanos anteriores, ou seja, que não seria possível fornecer o conjunto de funções normais da espécie humana. Portanto, enquanto naturalistas situam os valores normativos apenas no final do processo de julgamento médico, normativistas entendem que as normas estão presentes no próprio conceito de “doença” e, assim, no início do processo. Mas nós diríamos

que o problema não termina na demarcação entre *juízo de valor* e *definição de doença*, pois os médicos também tratam de danos e riscos biológica ou fisiologicamente não determináveis, sejam deformidades físicas ou interesses estéticos, psicológicos, trabalhistas, etc. Portanto, afirmar que “essa condição não é normal e merece ser tratada” é primeiramente um juízo de valor, e apenas depois pode enquadrar-se nos eventos de causas físicas, psíquicas ou sociais. Assim, além dos julgamentos e definições biomédicas, a dificuldade também incide sobre o que significa um tratamento e se medicina limita-se a realizar tratamentos. Diríamos que o problema possui duas faces: por um lado, não se pode confundir julgamentos de imputabilidade causal (física, psíquica ou social) e julgamentos sobre recomendações de tratamentos; por outro lado, ambas as coisas compreendem um centro comum, são *juízos* (e não raciocínios lógicos, dedutivos ou indutivos), pois ainda que a metodologia da bioestatística possa operar logicamente, julgamentos de imputabilidade e recomendações estão presentes *no início e no fim do processo*. É verdade que esses julgamentos podem muitas vezes vir predefinidos em regras de probabilidade (cálculo de utilidade e cálculo de expectativa), mas isso antes prova o ponto que o refuta.

Se o naturalista objetivista é aquele que define a saúde por negação do mau funcionamento, então concluirá que a saúde é a ausência de doença, no sentido já esclarecido. Mas há outro tipo de naturalista, aquele que define a saúde como conceito clínico-epidemiológico, isto é, que “a saúde não é um conceito socialmente construído pelos patologistas, mas certamente é altamente influenciado pelos médicos [...]”, pois, entretanto, “porque a medicina está relacionada com patologia (como uma ciência que contribui para fundamentar o conhecimento médico) [...] não significa que a saúde é um conceito teórico que os médicos resgataram diretamente da patologia”, ou seja, “como mencionado acima, a verdade da questão funciona na direção inversa.” (AZEVEDO, 2014, p.8). A discussão relevante não está, desse modo, em postular uma tese semântica ou lógica do significado de doença e saúde, pois “Boorse simplesmente estipula que a saúde é habilidade funcional normal” (AZEVEDO, 2014, p.5); inversamente, acrescentaremos, são nos meios heurísticos da medicina, como os instrumentos probabilísticos, que se deve questionar se tais postulados devem ou não ser limitados quanto a suas prescrições, tenham ou não prioridade normativa ou factual, demarcação que se dilui quando atacamos o problema quanto aos métodos de julgamento de decisão médicos, como veremos no próximo capítulo. Com efeito, é efetivamente possível na medicina atual diagnosticar certo caso como anormal e prescrever tratamentos, mesmo que o paciente não sofra

nenhum desconforto com aquela anormalidade e nunca chegasse a dela suspeitar, não fosse a tecnologia de diagnóstico médico. Reznek (1987) parece ter observado algo semelhante quando afirmou que o termo “doença” inclui eventos que não são pensados no interior das escalas de “anormalidade” previstas, tal que teremos que decidir para certos eventos se o médico terá o direito de tratar. Pois, notemos, do diagnóstico certo de uma doença não se segue, como se pudéssemos inferir uma certeza ética da certeza técnica, a *obrigatoriedade* do tratamento.

Enquanto o normativista afirma que o que conta como “mau funcionamento” precisará de um consenso dos profissionais, o naturalista responde que a tese construtivista é apenas uma descrição da psicologia da pesquisa, mas não atinge seu valor de verdade. Mas esse círculo do ônus da prova mostra que o debate ainda está mal qualificado. Não basta identifica-los como objetivistas e construtivistas, mas é preciso distinguir entre posições conservadoras e revisionistas, isto é, aqueles que defendem restringir o conceito de doença à pesquisa científica e aqueles que aceitam a revisão dos conceitos segundo a significação dos resultados. Nesse caso, (i) um leigo pode ter uma posição conservadora e um médico uma posição revisionista, ou vice-versa; (ii) do mesmo modo, um naturalista e um normativista podem discordar entre adotar o revisionismo ou conservadorismo. Com isso, os compromissos deixaram de ser apenas entre fisiologistas e ontologistas da enfermidade, como quis Engelhardt. Um revisionista afirmaria que os conceitos de saúde e doença são necessários como ponto de partida para a discussão epistemológica ou bioética, mas não suficientes, assim como um paciente pode muito bem apresentar uma expectativa conservadora em relação ao tratamento. Com isso, a discussão anterior muda de aspecto: um médico revisionista pode acomodar mais facilmente até as demandas conservadoras de um paciente; mas um naturalista conservador observaria que mesmo quando instituições sociais afirmam que alguém não é um doente, a pesquisa científica poderá constatar um mau funcionamento biológico. O que mudou nessa nova forma de apresentar a disputa? A diferença está no fato de que não estamos aqui discutindo sobre a semântica e a lógica de “doença”, nem nos posicionando apenas sobre prioridade epistêmica de normas ou fatos; ao contrário, esse novo problema inclui tanto fatos quanto normas e, entretanto, questiona qual posição é mais provável quanto a otimização e coerência de uma abordagem. Trata-se de eliminar a confusão prevista por Hume, entre fatos e valores, que levou naturalistas e normativistas a longas discussões. O problema não é mais qual o estatuto ontológico ou epistemológico da “doença”, mas “o que fazer” com as posições revisionistas ou conservadoras. O problema inicial, seja

na vertente semântica ou epistêmica, permaneceu intacto, mas a questão ética ficou ressaltada, sobre “o que fazer com isso?” e se estamos autorizados a tirar inferências morais daquelas posições. Portanto, nossa questão indaga sobre o direito que temos de adotar posição revisionista ou conservadora diante dos dados da heurística médica, se faremos dele premissas para tomadas de decisão ou se os tomaremos como mais um dos elementos da matéria da decisão?

Lange (2007), por exemplo, defendeu tanto que relatos sobre doença são indispensáveis para a correta interpretação do conjunto de sintomas dos pacientes, quanto para o papel explicativo oriundo das ciências naturais. Lange permanece sendo um naturalista, porém revisionista, e a definição de doença que lhe serve de orientação foi modificada, pois faz grande diferença pensar doença em geral como “conjunto de sinais” (definidos de modo probabilístico ou estatístico, pela clínica ou pela epidemiologia) e “formas de incapacidade” (definidos pela patologia e fisiologia ou pela biologia). A vantagem do naturalismo de Lange é situar o caráter normativo da doença não em sua definição, mas na heurística médica. Portanto, temos que distinguir as definições de doença em geral e os instrumentos de investigação de doença: a afirmação “a doença é uma forma de incapacidade” é uma definição, mas a afirmação “a doença é a probabilidade de risco de morte ou morbidade” não permite saber se chegamos finalmente a uma definição de doença ou se estabelecemos apenas o critério para vir localizar e usar conceitos de doenças em específico, sem fornecer uma definição em geral. Podemos até defender que definições gerais são impossíveis, o que não podemos fazer é tratar o critério geral para definir especificidades como uma definição geral. Enunciados do tipo “a doença é a probabilidade de risco de morte ou morbidade” não chega a fornecer uma definição geral, parecendo ser antes a defesa de que definições de doença em geral não são possíveis, mas sim a definição específica em termos de probabilidade de “ficar doente”. É preciso sempre distinguir “a doença” (definição geral), “uma doença” (definição específica) e “doenças” (classificações).

Construtivistas costumam ser entendidos como revisionistas, mas nem todo normativista é revisionista-construtivista, ou seja, nem sempre se trata de defender que os conceitos de saúde-doença levam a medicalizar aqueles que escapam às normas. Do mesmo modo, um naturalista poderá ser ou não revisionista. Assim, um normativista conservador afirmaria que nossas instituições procuram causas patológicas na obesidade motivados por estigmas sociais, um naturalista revisionista diria que é possível definir fatos entre obesidade e pressão arterial, embora alguém possa reunir a isso razões sociais para tratar a

obesidade, normatividade que não produz prejuízo à descrição dos fatos. O problema do normativismo conservador é partir da hipótese que a investigação biológica pretende confirmar basicamente nossas concepções comuns de doença e saúde, o que um revisionista não precisaria endossar. Além disso, demonstramos acima que admitir que os conceitos gerais de doença e saúde incluam concepções tanto comuns quanto científicas não interfere no fato dos métodos de cálculo de utilidades e expectativas, para decisões sobre diagnóstico e tratamentos, incluírem normas prescritivas.

Em suma, conforme ainda discutiremos, parece que seria mais adequado admitir a possibilidade de sermos naturalistas para certos tipos de doenças, normativistas para outras, ou ainda termos concepções híbridas para muitos casos, contando que adotássemos o revisionismo. Queremos dizer que, por exemplo, quando Thomas Szasz (1961; 1973) argumenta que doenças são apenas eventos definidos objetivamente, e que doenças mentais, portanto, não existem por não serem efeitos de lesões em tecidos, negando a realidade das doenças psiquiátricas, trata-se de um revisionismo incluso à prioridade da tese naturalista, o que pode ser inclusive razão de elogio para um normativista que, ao criticar, do ponto de vista ético e em favor do autonomismo, que “somente em circunstâncias bastante particulares a medicina tem-se concentrado no aumento da liberdade dos indivíduos em tomar suas decisões”, reconhece que “uma exceção pode se representada por certas formas de psicanálise, que dão destaque ao aumento da capacidade de decidir livremente e/ou com responsabilidade. Vide, por exemplo, Thomas Szasz, *The ethics of psychoanalysis*” (ENGELHARDT, 1998, p.379). Não deve surpreender que um normativista como Engelhardt elogie tão enfaticamente um naturalista como Szasz, porque, afinal, ambos são revisionistas. Mais difícil teria sido Boorse, em suas primeiras publicações, naturalista conservador naquele momento, aceitar o naturalismo de Szasz. Ou ainda, que se deve “apoiar o modelo de Szasz-Hollender de ‘orientação cooperação’ na relação clínica” (SZASZ; HOLLENDER, 1956, p.585, *apud* PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p. 164), mesmo se tratando de um modelo de priorização da beneficência, com características normativistas e conservadoras como Pellegrino. Essas duas citações nos comprovam o quanto os normativistas em filosofia da medicina, quando necessitam oferecer fundamentações em bioética, conservadoras ou liberais, tornam-se amistosos com naturalistas revisionistas. Isso se explica, assim entendemos, porque Szasz é um autor naturalista para doenças físicas e construtivista para doenças mentais, ainda que seja simplesmente classificado como naturalista revisionista. Para darmos crédito aos argumentos normativistas, não precisamos nos limitar a colher

casos de “doenças falsas *a posteriori*”, como a cliterodectomia para curar o desejo sexual feminino no século XIX (REZNEK, 1987, p.5), pois um naturalista pode estar disposto a reconhecer esses problemas. Também não se trata de aderir a uma teoria híbrida que reconheça conteúdos naturais e normativos em toda e cada doença. Não há problema nenhum em admitir que certas doenças são compreendidas de um modo e outras de outro, e se isso impede definições essencialistas ou não resolve dicotomias platônicas (HEGENBERG, 1998, p.39) é porque as definições gerais de doença-saúde não tem qualquer necessidade de se comportarem desse modo, como mostramos em nossa análise semântica.

Teorias do valor biopolítico ou filosofias normativistas sobre doença não precisam simplesmente afirmar que “ser desviante da norma” é razão suficiente para definir alguém como doente, primeiro porque o critério “ser desviante da norma” em sentido bioestatístico é diferente do mesmo critério em sentido social, segundo porque há muitas formas de desviar da norma que não são tidas por doença. Condutas desviantes da norma podem ser consideradas patológicas certamente, mas na maioria das vezes são consideradas *imorais*. E se é verdade que é duvidoso “o fato de que uma tentativa de suicídio deva ser um fator que leve a um diagnóstico de psicose ou a uma internação obrigatória” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009, p.218), isso mostra que as dificuldades não se encontram no conteúdo prescritivo das doença psiquiátricas, mas na pressa com que se decide calcular expectativas de danos e previsões de minimização desses danos (2002, p.311). O problema não está simplesmente em se apressarem a diagnosticar o desviante como louco, mas como “possível causador de danos”, tanto porque o “potencial de dano” ou a “probabilidade de causar danos” para si e para os outros é um recurso normativista mal aplicado aos padrões indutivistas de consequências, quanto porque, seja qual for esses padrões, o cálculo utilitário padronizado não chegou a responder tudo o que um médico tem o direito de fazer. Essa crítica ao construtivismo forma boa parte de nossa questão: do mesmo modo como um comportamento desviante não leva necessariamente a imputar normas médicas, mas morais, também deve-se admitir que, da imputabilidade médica sobre desvios de normalidade, não se segue decisões de normas morais sobre o que fazer com o paciente, seja no campo clínico ou jurídico. Também não basta dizer que a doença inclui a noção de “um mal” a ser “tratado pelo médico” (COOPER, 2002, p.272-74), pois além de ser difícil definir quando alguém está mal em sentido médico ou não-médico, a questão é “o que fazer” com o conhecimento dado, com o diagnóstico atingido pelas hipóteses, pelas probabilidades apresentadas, etc. Repare-se bem que, sustentar que

doença é expressão de sofrimento, com causa biológica e demanda social de tratamento, é uma tese circular, pois estabelece de início aquilo que se torna o fim do tratamento, formando um prejuízo hedonista. Em suma, se o normativista dá prioridade ao *juízo de valor* como forma conceitual, por exemplo, quando afirma que, para diagnosticar como uma doença a homossexualidade, antes seria preciso o juízo de valor que a desqualifica (REZNEK, 1987, p.212); e se o naturalista revisionista afirma que este é um erro corrigível *a posteriori*, pois nem toda doença necessita receber determinações de causas biológicas, ainda que esta propriedade faça parte da definição-teórica de doença; então, não precisamos aderir a uma tese híbrida, que o conceito de doença-geral é tanto normativo quanto biológico, se repararmos, pois, antes de mais nada, que os critérios utilitaristas incluídos nos cálculos de probabilidade e nas classificações informacionais de doenças são capazes, de forma difusa ou, com restrições, de forma bayesiana, de incorporar alguns critérios prescritivos para dotar a medicina da capacidade de definir, diagnosticar e tratar doenças no sentido construtivista e naturalista. A medicina já superou tais problemas de disjunção, e a relação que precisa ser compreendida não é tanto entre norma e natureza, tampouco apenas entre descrição e prescrição. O problema é o que fazer com os elementos descritivos e prescritivos disponíveis em sua forma heurística. Somente assim poderemos evitar erros inferenciais de transmitir categorias de filosofia da medicina ou da biomedicina para a bioética. Passaremos, portanto, a descrever esse tipo de erro de inferência em ética médica.

CAPÍTULO 2

Heurística médica e erro inferencial

1. Transição do problema das definições para os de método.

Existem muitas hipóteses sobre o que significa uma “teoria” em ciência. Em medicina, a dificuldade parece ainda maior, embora muitos alegariam que a metodologia de investigação em medicina é relativamente consensual, basicamente realizada mediante probabilidade e causalção. Pode ser verdade que o método em medicina seja muito mais consensual do que, por exemplo, os métodos em ética filosófica; entretanto, acreditamos que alguns preconceitos morais são inerentes a esses dois critérios metodológicos, o que somente uma crítica filosófica é capaz de explicitar. Começemos por observar esse fato simples: nem toda causa tem o mesmo poder explicativo. Para afirmar se a morte de alguém foi devida a essa ou aquela hipótese, digamos, embolia pulmonar ou parada cardíaca, será preciso eliminar dados associados, mas que a embolia pulmonar se confirme como hipótese exigirá novas hipóteses para responder o que causou a embolia. Diante disso, alguns responderiam que, apesar de não se poder explicitar o que é teoria causal em medicina, este critério permanece relevante para a prática médica. Porém, as respostas sobre o segundo tipo de hipóteses não serão as mesmas se quem as formula for, digamos, o médico clínico que conhece o caso ou um médico legista. E as coisas ficarão diferentes quando quisermos passar das hipóteses explicativas para a formulação de terapêuticas de prevenção à doença (WHITBECK, 1977). É claro que iremos preferir explicações reducionistas e objetivistas, mas é grande o número de doenças em que não sabemos exatamente onde incidir a terapêutica, se nas “causas primárias” ou “secundárias”. Teremos, portanto, que executar um julgamento ou uma decisão médica, cuja forma dependerá da relação entre a *imputabilidade* das hipóteses e as provas de *causalidade*. Não por acaso costuma-se defender que em medicina as explicações são necessariamente múltiplas (CAMPANER, 2012). Muito do debate entre naturalistas e construtivistas diz respeito a decisão acerca do antecedente da doença, se causas ou valores. Mas um debate sobre antecedente de um objeto requer também decidir se o antecedente é cronológico, lógico ou causal. Um diagnóstico decidido pela história clínica do paciente é cronológico e não causal, não que as causas da doença estejam sendo ignoradas ou sejam triviais, mas porque o conhecimento dessas causas, mesmo necessário, não corresponde a razão

suficiente para decidir pelo diagnóstico ou o curso de ação. Culver e Gert (1982) defenderam que, mesmo que os antecedentes sejam uma “causa sustentadora não distinta”, este é um critério sem compromisso biológico. Tal definição de causalidade deve-se ao fato de os autores sustentarem-na na própria definição de doença (1982, p.72), a presença de uma causa de sofrimento ou risco, não distinta de seu portador, e capaz de produzir males, isto é, como eles dizem, perda de liberdade, oportunidade ou prazer. Mas já mostramos que essa definição é muito ampla e como foi criticada por Engelhardt quando esse se apropriou das considerações de Nordenfelt: brasileiros que sofrem violência devido a cor de pele negra são certamente menos livres, possuem menos oportunidade e gozam de menor prazer, mas nem por isso a causa desse conjunto de critérios é uma doença, mas sim o racismo, e ainda que no período escravista isso levaria a “propensão de fugir”, não poderíamos falar em “drapetomania”. É preciso reparar, portanto, que a relevância de insistirmos na heurística médica deve-se ao fato de que não podemos trivializar o diagnóstico das doenças, tanto quanto não podemos trivializar que a maior parte dos desvios de normalidade são atribuições morais. A dificuldade está em tornar mais restrito o sentido de “males” ou de “causas”, o que mostra a necessidade de distinguir entre o terreno da causalidade e o terreno da definição de saúde-doença.

Boorse distinguiu doença e enfermidade também em função de sua teoria da causalidade, julgamento sobre funções típicas da espécie e julgamento sobre indesejabilidade (1976, p.62-63), distinção feita em termos de “distância abaixo da média da população” para o conjunto relevante de seres humanos (1977, p.559), o que levou Wakefield (1992) a admitir o mesmo “desenho da espécie” em psiquiatria. Mas já vimos todas as críticas a essas “normalidades típicas”: há diferenças típicas de níveis de normalidade que não afetam o diagnóstico de doenças (SCHWARTZ, 2007) e há tratamentos considerados legítimos que servem justamente para alterar o padrão de funcionalidade, como prescrição de contraceptivos ou o tratamento medicamentoso prolongado de doenças crônicas (COOPER, 2002, p.265). Agora, se um revisionista acomoda esses problemas afirmando a relevância de vincular o funcionamento orgânico e a análise etiológica, então passamos a diagnosticar aptidões e não mais doenças em sentido estrito (METHOT, 2011), ou passamos a chamar de “enfermidade” todo sofrimento tratável pela medicina cuja meta não é a tipicidade (BOORSE, 2016, p.21).

Foi Schaffner (1993) que demonstrou que os problemas de causalidade em medicina são heurísticos. Seguiremos essa sugestão, mas com uma modificação: problemas de causalidade de doenças devem ser

pensados mediante análise da heurística médica. Mudamos o acento: não se trata da mera heurística, mas da relevância da heurística. Foi de Schaffner que Engelhardt retirou sua concepção da metodologia da medicina como explanatória das doenças, momento em que cita aquele autor e observa que “a descrição da realidade está sempre infectada com expectativas avaliativas e explanatórias” (ENGELHARDT, 2008, p.259-260), tal que “a medicina, como a lei, tem a tendência de sublinhar aquelas causas que podem ser eliminadas, evitadas ou manipuladas de modo útil”, sobre o que o autor acrescenta em nota: “Para uma exploração das noções de causalidade e causa em medicina, vide Kenneth F. Schaffner, ‘*Causation and responsibility*’ [...] e H. T. Engelhardt, ‘*Relevant causes: their designation in medicine and law*’, em D. F. Spicker [...], 1981.” (ENGELHARDT, 2008, p.281). Este artigo de Engelhardt por ele mesmo citado é um diálogo com Schaffner, onde aquele inicia seu texto citando este: “Schaffner deu um tratamento importante e útil do significado da causalidade e até que ponto ela é melhor compreendida através de uma visão indutiva da causalidade da relevância estatística”, importância que se deveria ao fato de que “Schaffner reconheceu a dependência de interesses práticos no conceito de causa de Hart e Honoré”, sobre o que Engelhardt esclarece na continuidade: “As causas são condições anormais que são contrariadas por condições, que são o estado de coisas esperado ou adequado” (ENGELHARDT, 1981, p.123, *apud* SPICKER, 1981). A ênfase de Engelhardt deve-se ao fato deste pretender deduzir, da crítica ao método indutivo em medicina, uma concepção não apenas explanatória do método em medicina, mas uma posição normativista sobre os fundamentos da mesma. Por isso, em *Fundamentos da Bioética*, essa discussão com Schaffner é citada no capítulo “*Considerar um problema como médico, e não como legal, religioso ou educacional*”, o que se faz possível apenas mediante uma teoria da causação, embora, como vimos acima, sem que isso impeça a analogia entre a medicina e a lei. Schaffner é um filósofo da ciência interessado em demonstrar as relações entre medicina e biologia, mediante uma abordagem semântica da ciência, distinguindo critérios de explicação e avaliação, e na seção IV de seu artigo (acima citado), trata das “*Theories, explanations, and error in the biomedical sciences*”, para discutir as generalizações em teoria do erro em medicina, momento em que nos diz que “O fato das sequências causais apresentadas no diagnóstico clínico, no prognóstico e na terapia se basearem em generalizações incompletas ressalta a importante questão do erro na medicina”, observando que “em seu artigo, *Para uma teoria da falibilidade médica*, Samuel Gorovitz e Alastair MacIntyre argumentam que o erro médico é ‘inerente à natureza da prática médica

[...]”, e logo em seguida observa: “A inerente e sutil variabilidade estatística à qual aludi é, acredito, pelo menos uma fonte significativa de tal dano” (SCHAFFNER *apud* SPICKER, 1981, p.113-115). Schaffner entendeu que uma crítica à heurística médica permitiria afastar argumentos teleológicos do tipo evolucionista e reduzir as explicações causais à critérios mecanicistas (SCHAFFNER, 1993, p.390), mas argumentaremos que as mesmas boas razões para o primeiro passo são insuficientes para confirmar um reducionismo. Isso nos levará das discussões sobre causalidade para as de probabilidade, ainda no interior dos métodos heurísticos. Um órgão descrito em um livro didático apresentará importantes distinções ao mesmo órgão real, mas isso não elimina a autoridade preditiva e explicativa do primeiro, embora torne difícil decidir entre “um tratamento conservador ou tratamento cirúrgico” (MURPHY, 2006; 1997, p.612; *apud* ENGELHARDT, 1998, p.412). Assim, se a heurística médica estaria partindo de sistemas ideais, cujos padrões permitiriam a aproximação aos casos reais mediante o afastamento ao ideal, como mostrou Schaffner, então, por mais consensual que sejam os métodos, conterão importante espaços de incertezas e expectativas. Concordamos com Engelhardt sobre a ênfase dada à *incerteza* médica, mas queremos nos dedicar mais às *expectativas*, isto é, se é verdade que “a medicina, como a lei, tem a tendência de sublinhar aquelas causas que podem ser eliminadas, evitadas ou manipuladas de modo útil” (ENGELHARDT, 2008, p.281), então os métodos probabilísticos e bioestatísticos já contém critérios de utilidade, para medir não apenas efeitos ou consequências, mas expectativas, que o eticista não poderá deixar de considerar toda vez que, a partir de princípios teóricos, queira realizar especificações. Pois, se a questão não é decidida no campo das especificações, então corre-se o risco de inferir das expectativas bioestatísticas diretamente a norma moral. O exemplo de Engelhardt, sobre a escolha do tratamento mais *beneficente*, deve nos servir de impulso para questionarmos se erros de inferência desse tipo não são frequentes tanto na medicina quando nos próprios modelos bioéticos. Entendemos que o que levou Engelhardt a priorizar o princípio de permissão sobre o de beneficência foi o fato de ter constatado que o método heurístico em medicina (bioestatística e causalidade) já incluir critérios de decisão utilitaristas, os quais *deveriam* ser limitados, para evitar abusos ou o paternalismo médico, o que somente a priorização da autonomia seria capaz de produzir. Contudo, perguntamos se não seria mais proveitoso questionar a própria razão de ser daqueles critérios utilitaristas na heurística médica. Assim, argumentaremos que há condições patológicas em que se possa fornecer explicações causais

lineares, mas há muitas outras em que as diversas condições estão distribuídas em um *continuum*, e embora critérios prescritivos possam estar presentes no primeiro método, é sobretudo no segundo que o *continuum* é relevante para o julgamento e tomada de decisão (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2009, p.47, 531; 2002, p. p. 52, 519). Não se trata, portanto, de sermos simplesmente normativistas sobre doenças, como quis Engelhardt, mas revisionistas sobre o método: por um lado, as classes de referências para chegar à hipóteses heurísticas possuem valor causal explicativo para quantidades, desde taxas até suas variações; por outro lado, um mesmo órgão, cujo funcionamento apresenta-se dentro do padrão esperado, também deverá estar adaptado a contextos variados, as vezes adversos, formando respostas fisiológicas no interior de situações de estatísticas incomuns (KINGMA, 2010; CANGUILHEM, 1991). É por isso que um órgão pode ser diagnosticado como doente mesmo apresentando “padrões normais”. Afinal, o conceito de “resposta normal” também não serve de critério para diagnósticos? A resposta do sistema digestivo ao veneno não estaria dentro da normalidade, apesar dos sinais clínicos permitirem falar em doença? Isso deve bastar para mostrarmos como os problemas apresentados pelo normativismo podem ser deslocados das questões filosóficas sobre doenças para os métodos heurísticos em medicina, não para abandonarmos o primeiro problema, mas para o recolocarmos desde o segundo.

Portanto, para demonstrarmos o lugar de erros inferenciais na passagem da heurística médica para as questões bioéticas, nossa discussão deve agora migrar para essas categorias: *julgamento*, *decisão* e *incerteza* médica. Esses deverão ser analisados desde os três critérios normativos de Boorse para a definição de doença: *gravidade*, *incapacidade* e *indesejabilidade*. E, enfim, estes dois conjuntos de critérios poderão ser explicitados quanto ao modo como reagem sobre os modelos de *classificação*, *probabilidade* e *causalidade* em heurística médica. Sabemos que a chamada Medicina Baseada em Evidências surgiu nos anos 1990 como reação aos métodos de julgamento médico, levando à importantes considerações em bioestatística e responsabilidade bioética (SCHOR; KARTEN, 1979, *apud* PELLEGRINO, 2018, p.170). Acontece que o grau de certeza irá diminuir toda vez que o conceito estrito de evidência não poder ser aplicado, assim como não podemos falar em evidências quando se trata de decidir sobre curso de tratamento mais benéficas ou menos. Isso ocorre devido ao conhecido problema da diferença entre população-alvo e população de teste, muitas vezes corrigidos com outros métodos usados na medicina baseada em evidências, a saber, pesquisa com animais e pesquisas observacionais.

Mas o que nos interessa notar é que um dos critérios que participa do *juízo* médico é o diagnóstico, assunto pouco considerado na literatura filosófica (STANLEY; CAMPOS, 2013). O problema filosófico imediato sobre esse assunto diz respeito a incerteza: como diagnosticar com confiabilidade, uma vez que esse procedimento inclui questões variadas, ou seja, lógica, epistemológica, ontológicas e psicológicas? Narrativas do paciente, testes e exames servirão de matéria de interpretação e juízo médicos. Some-se a isso o fato de que nem sempre a distinção entre sinais clínicos e sintomas subjetivos é evidente. Em geral, acredita-se que o método usado em diagnóstico é comum aos métodos científicos, ou seja, formula-se hipóteses, mapeia-se seus padrões mediante estatísticas ou probabilidades, realiza-se testes das hipóteses e, na impossibilidade de chegar a uma conclusão com índice alto de certeza, pode-se prosseguir com um método experimental. Como a variedade de padrões inclui sinais que podem se confundir (doenças diferentes admitem diversos sinais comuns), alguns autores defenderam que o diagnóstico é um processo duplo, tanto deontológico quanto experimental, cujo resultado é prático e social, não teórico. Contudo, na medicina mais recente, diagnósticos baseados em modelos de informática tornaram-se muito bem aceitos e usuais, como a aplicação da “lógica difusa”, como vimos.

Muito bem, as questões pertinentes sobre juízo médico partem hoje do fato de que a medicina baseada em evidências classifica os métodos de controle, observacionais e animais, assim como, para muitos contextos, os sistemas de diagnóstico informatizados, mais sistemáticos e evidentes que a opinião de especialistas. A questão sobre os julgamentos médicos, errados ou incertos, podem incluir tanto o diagnóstico quanto a escolha terapêutica, como descreveu Engelhardt. Porém, para qualquer método bem-sucedido para a escolha de tratamento, poder-se-ia dizer que nenhum tratamento é plenamente benéfico. A réplica estaria em dizer que um tratamento não precisa ser plenamente benéfico, mas bastará ser *eficaz* ou ter *maior probabilidade* de benefícios que malefícios. Essa é sem dúvida uma “boa” resposta, e não faltariam entusiastas que pretendessem generalizá-la, mas o aspecto que deve ser observado é que ela justamente é “boa” porque foi elaborada mediante uma decisão normativa, a saber, ela justifica o juízo médico sobre tratamento mediante um *eficácia* e “probabilidade de produzir mais benefício que malefício”. Se não estamos falando apenas em benevolência, mas em beneficência, nem de não-malevolência, mas de não-maleficência, é porque a ênfase recai sobre as expectativas de “eficiência” das escolhas e decisões sobre “bom” e “ruim”. Trata-se de

um cálculo utilitarista inerente à heurística médica e não simplesmente executado “ao final”, nos “momentos de escolha moral”. E não podemos ter nada contra esse tipo de cálculo. Mas coisa bem diferente seria agora pretender inferir desse método de julgamento que a ética médica, as justificações e decisões das condutas em medicina, devam todas estar baseadas em cálculos de utilidade. Esse erro inferencial já tem um nome, chama-se “paternalismo médico”. E se, por exemplo, como dissemos anteriormente, Pellegrino-Thomasma não afastam completamente o paternalismo médico, então neles deveremos poder localizar esse erro de inferência. A relação médico-paciente e a relação de duplo-papel de médico-pesquisador impõem que se leve em conta, além do cálculo de custos e benefícios, também o interesse dos pacientes e o respeito por eles. Do contrário, o “diretor” do procedimento sempre será o “diretor do hospital”, o “programa informacional diretor” ou o “médico diretor” considerado “responsável (autoridade) do caso”, mas nunca o paciente. Claro que um utilitarista convicto poderia responder que um bom cálculo de utilidades deve levar em conta os pesos para todos os envolvidos, de modo a incluir o paciente. Também não podemos objetar a esse critério. Contudo, mais uma vez podemos estar falando de um paciente convicto em não aceitar a opinião dos médicos ou de terceiros, ou um paciente incapaz de compreender as informações, seja por ignorância, doença mental ou estado de coma. Limitar-se aos critérios utilitaristas incorporados na heurística médica nem sequer representaria executar escolhas ética utilitaristas, pois a “utilidade” inerente aos modelos probabilísticos e de causalidade, descritas por Schaffner, tem antes sentido econômico (otimização e eficiência) que ético (felicidade e bem-estar). Mas todos sabemos que padrões econômicos e padrões éticos de utilidade não necessariamente coincidem. Um ponto não utilitarista evidente, no campo do julgamento médico, está em que o paciente sempre ou quase sempre merece ser informado, se não de todo, ao menos em grande parte. Mas o outro aspecto que torna o paciente participante direto do julgamento médico está no fato de que, seja para modelos de pesquisa de controle, seja para modelos observacionais e clínicos, o paciente precisa antes consentir em fazer o procedimento ou participar da pesquisa. É preciso considerar tanto o fato de um paciente poder estar pouco ou muito motivado para colaborar com o médico, quanto o médico estar mais ou menos motivado em escolher uma forma de tratamento em função de sua predileção por uma empresa farmacológica, entre outras coisas. E esse não é um impedimento para a ética, mas é o seu próprio conteúdo, pois estamos falando de um mundo em que as pessoas têm raciocínio imperfeito, motivações variadas, condições vulneráveis, custosas ou

lucrativas. Para concluirmos essa apresentação com uma circularidade proposital, é essa última situação que serve de razão para muitos autores assumirem sem reservas o modelo de medicina baseada em evidências e, diante disso, novamente diremos que isso é ótimo, mas “ótimo” é um conceito econômico-utilitarista, necessário, mas insuficiente.

Um dos critérios elementares para o julgamento médico é o grau de evidência que um diagnóstico e tratamento admitem segundo pesquisas sistemáticas e não opinião do médico. Para um segundo critério poderíamos admitir a eficiência do tratamento, justificando a indicação ou recomendação médica. Enfim, um terceiro critério, não menos importante, é admitir como meta da medicina produzir o bem-estar do paciente, seja na forma de alívio dos sintomas (princípio de não-maleficência) ou de restauração da saúde (princípio de beneficência). Essas três razões pelas quais o julgamento médico leva aos cursos de ação (diagnóstico, tratamento e metas) podem produzir, quando não ponderadas por outros recursos além das expectativas de benefício previstos pelas evidências, a um prejuízo hedonista, que não se dá simplesmente pela priorização moral do bem-estar ou de algum tipo de princípio da compaixão, mas por tratar o bem-estar como uma das premissas desde onde se infere as decisões morais. É certo que a situação médica não é formada por pessoas de raciocínio infalível, mas a ética filosófica pode ao menos localizar onde se encontra esse tipo de erro inferencial. Por isso mesmo “concordamos com Sadegh-Zadeh que a saúde pode se tornar um valor relativo nas decisões efetivas que o paciente toma” (PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.74), palavra que agora fazemos nossas com nova orientação. Em seu capítulo chamado “*Análise de Decisão*”, Pellegrino-Thomasma citam Tversky e Kahneman, que haviam demonstrado a existência da “falácia da conjunção” nos métodos probabilísticos (TVERSKY; KAHNEMAN, 1981, p.453-458; *apud* PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.168), fenômeno muito próximo do que chamamos “erro categorial”: é comum especialistas errarem na interpretação da estatística devido a confiança produzida pela formação doutra, razão pela qual Pellegrino substitui a confiança das decisões dos especialistas pela relação de confiança entre médico-paciente. Mesmo pessoas treinadas em lógica costumam cometer a falácia da conjunção, por exemplo, por interpretar os casos conforme seus próprios preconceitos. Mas não vemos porque a confiança entre médico-paciente seria condição suficiente para eliminar tais preconceitos, ainda que, sem dúvida, seja instrumentalmente necessária. Entendemos que, assim como a falácia de conjunção descrita por Tversky e Kahneman ou a Regra de Goldberg são resultados de preconceitos (história, valores,

ambiente, etc.), erros categoriais são cometidos em decisões morais médicas também devido aos preconceitos oriundos tanto da prática corporativa quanto de dados teóricos tomados como canônicos, muitas vezes apesar e em detrimento dos interesses razoáveis dos pacientes. Disso não se segue que os julgamentos médicos devam sempre ser em grupo ou por consenso, o que muitas vezes é tão inexorável quanto inválido, mas ao menos a relação fiduciária de médico-paciente sempre pode ser levada em consideração, como argumentaram Pellegrino-Thomasma, desde que também critérios para a relação de duplo-papel entre médico-pesquisador e paciente-sujeito de pesquisa, como mostraram Beauchamp-Childress.

2. Crítica ao método probabilístico.

Passaremos a demonstrar a existência de erros inferenciais inerentes aos principais modelos que pretendem basear a teoria da tomada de decisão e do julgamento médico em categorias estritamente biomédicas. Começaremos pelas inferências típicas do raciocínio médico probabilístico, quando esse é tomado como uma forma de raciocínio dedutivo, para depois mostrarmos que erros similares podem ocorrer em modelos de ética médica.

Canguilhem observou que a medicina se adequa mais a uma filosofia de inspiração hegeliana do que cartesiana, ou seja, que o vocabulário médico contemporâneo se compõe mais de expressões oriundas da informática do que da mecânica. As primeiras investidas na informatização de diagnósticos datam de 1950, partindo de reconstruções de métodos matemáticos bayesianos de dois séculos precedentes, como os programas de computadores do doutor Jack Myers. Observamos que isso cedo representou importante avanço para modelos probabilísticos, mas justamente inspirou novos modelos mistos. Este tema nos interessará porque nele poderemos analisar dois campos importantes para a ética médica: (i) em que medida modelos probabilísticos, semânticos, etc. são pertinentes para decisões éticas; (ii) e de que modo os modelos informacionais de diagnóstico, paralelamente aos modelos classificatórios e explanatórios de doenças, contribuem para os julgamentos e decisões morais. Do ponto de vista das disciplinas médicas, duas seriam as questões centrais: (a) quais as razões dos erros diagnósticos, por omissão ou por interpretação?; (b) a incerteza na decisão e julgamentos médicos se devem antes aos possíveis erros diagnósticos ou a outros elementos, como terapêutica, prognóstico, etc.? Entendemos que, qualquer que seja a resposta a primeira pergunta, não

permitirá fazer inferências para a segunda, ainda que, obviamente, seus conteúdos tenham valor contributivo. A capacidade de memória de um computador pode prestar o serviço de informar sobre aquilo que o médico sozinho não dispõe, bem como evita os limites da pedagogia tradicional que ainda poderia prender o médico a uma escola. Mas é preciso distinguir o lógico e o cronológico: no passado, os médicos experientes ensinavam que não bastava consultar a própria memória ou os tratados para deduzir uma doença a partir do conjunto de sinais; agora, o *teorema de Bayes* permite realizar o raciocínio indutivo mediante *regras de inferência*. Mas essa mudança no paradigma médico não resistiu inteiramente àquela antiga analogia, que comparava o procedimento investigativo de diagnóstico e o método de investigação criminológica. O médico se coloca diante do paciente como o administrador frente a uma mesa com diversos envelopes contendo variadas fichas: há diversas hipóteses diagnósticas H_n , para as quais se deve definir a *probabilidade* P , a partir dos diversos sinais clínicos S , com *probabilidade a priori* de pertencer à H_1, H_2 , etc., de modo que diagnosticar significa determinar a credibilidade da probabilidade que faz S/H pertencer à H_1 , isto é, $H_1: P(S/H_1)$.

O que importa observar é que esse tipo de raciocínio probabilístico somente é possível se pressupuser antes uma noção de “doença geral” D^g na forma de um objeto ou entidade, seja para uma ontologia semântica ou uma classificação difusa, para uma linguagem de especialização médica L_z . É exatamente isso o que exprimem sentenças comuns do tipo “Pedro pegou a doença tal” ou “Pedro tem grandes chances de ter pego a doença tal”. Dizemos comumente que doença é aquilo que se “pega” ou algo “dá” tal doença: “estando na chuva, Pedro *pegará* um resfriado”, “a água suja *dá* micose”. O emprego de “pegar” e “dar” significa tanto a relação de causa e efeito quanto a relação de implicação “se..., então...”. Falamos em “contrair matrimônio” e “contrair doença”, “pegar doenças” e “pegar cadeia”, para exprimir simultaneamente tanto relações de causalidade quanto de consequências das ações. Essa é uma importante ambiguidade que merece ser discutida. Ao desfazermos analiticamente a ambiguidade dos termos comuns não podemos inferir que a noção de causalidade é a única diretriz em decisões médicas, sequer que é uma noção evidente. A análise dos termos eliminará a ambiguidade dos termos comuns “pegar” ou “dar” distinguindo *causalidade* e *imputabilidade*, por exemplo, “apesar da causa do câncer ter sido o fumo, a culpa foi do fumante” ou “se a causa da doença foi o próprio medicamento, então a culpa foi do médico”. Mas esse não é o raciocínio que se espera de um médico, mas sim *juízo* capazes de enunciar a *imputabilidade de uma causalidade*. Dizer que “Pedro pegou a doença tal” exprime

probabilidade, mas essa, por sua vez, não exprime mera causação, mas a relação de “solidariedade” entre a causa da doença e as condições endógenas e exógenas para um organismo particular. Isso quer dizer que o raciocínio probabilístico não é capaz de evitar completamente pressupostos normativos, não simplesmente por causa de valores sociais, mas porque não dispomos de outras categorias para falarmos em responsabilidade médica, expectativa do tratamento, gravidade das consequências, etc. Pois são três os critérios do raciocínio: probabilidade, causalidade e fatores de risco. Seja a relação médico-paciente pensada como contratual (Engelhardt) ou fiduciária (Pellegrino), sempre será preciso admitir a cláusula *rebus sic stantibus*, “estando assim as coisas”, “enquanto as coisas permanecerem como estão”, para insistir nas metáforas jurídicas (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.88). Em medicina, o raciocínio costuma ocorrer na forma de uma *probabilidade revisada*, que mede a relação de proporção entre a probabilidade inicial e a probabilidade que os diversos fatores oferecem. No caso de não haver elementos suficientes para sustentar H_1 , passa-se ao exame da probabilidade de uma H_2 , para revisar os dados e formular uma terapêutica ou novas ações expectantes, por exemplo, se compensa fazer ou não uma radiografia. O ponto que nos interessa é que o médico não pode se limitar a um *cálculo de probabilidade* das causas, mas deve incluir um *cálculo de expectativa*: tanto a *probabilidade* quanto a *gravidade* participam da teoria da decisão. Boorse já havia nos ensinado que os três critérios que aderem ao conceito de doença são gravidade, incapacidade e indesejabilidade. Mas não parece ser aceitável afirmar que a patologia pode por si mesma definir o significado de doença como se a medicina já não estivesse ali para fornecer significações para a patologia. Também já tivemos a oportunidade de observar a recorrência desses critérios em todos os bioeticistas. Mais tarde mostraremos como Beauchamp-Childress enfatizaram os critérios de “gravidade” e “probabilidade” (expectativa) em um sentido moral. Seja como for, aqui está o *fato da normatividade* ao lado dos postulados de normalidade: ao medir a gravidade de um problema, o cálculo decisório lançará à mão critérios normativos do tipo “custo e benefício”, “utilidade e futilidade do tratamento”, “gravidade e expectativa de cura”, etc., e não simplesmente maior ou menor incerteza probabilística. E isso pode ser aceito por naturalistas e normativistas seja qual for o conceito de doença-teórica que porventura assumam. O raciocínio, mais que hipotético (em sentido clássico), é dubitativo. Por vezes, é entendido como dedutivo (possui uma forma válida): por hipótese, o paciente x terá somente uma entre as doenças H_1 , H_2 , H_3 , ou nenhuma delas, tal que o sintoma S_1 nele

observado nunca se apresenta em H_3 , *razão suficiente para* afirmar que ele não é portador da doença incluída nesta hipótese – tal que esse último passo é um *modus tollens*. Mas deduções desse tipo somente seriam o caso na prática médica se todas as hipóteses pudessem ser testadas exaustivamente. O problema está em que um sintoma S_1 pode ser observado em mais de uma doença ou classes de doenças D_e : a *ausência* da febre exclui a hipótese de febre tifoide, mas a presença de febre não confirma esta mesma hipótese e não exclui todas as outras. Portanto, não é a doença que implica o sinal, mas o sinal que implica a doença (o raciocínio não é causal linear). Mas, se os sinais que *nunca estão ausentes* são raros em medicina (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.67), então o julgamento e a decisão médica não são dados por *modus ponens ou modus tollens*.

Médicos mais otimistas parecem raciocinar do seguinte modo: (P.1) a relação entre doenças e sinais é definível por quantificadores (*todos, alguns, nenhum, isto é, um caso de D_e recai sobre o sinal S_1*); (P.2) a proporção dos casos em que D_e está para o sinal S_1 pode ser calculada; (C) então, o método probabilístico permite deduções entre sentenças quantificadas. Entretanto, mesmo que a primeira premissa fosse verdadeira, é falsa a inferência que leva da segunda premissa para a conclusão. Primeiro, porque não ocorre de todas as probabilidades serem iguais a zero ou um: não se pode inferir de “a doença D sempre causa o sinal S” que “a probabilidade de S, dada a doença D, é igual a 1”, pois a relação entre um sinal e uma doença costuma ser interpretada por aproximação (“S é sinal da doença D se a probabilidade for superior a 0,7 ou aproximadamente igual a 0,5”). Segundo, há um elemento normativo que foi incluído na conclusão e que não estava presente nas premissas: medir a probabilidade de “S ser sinal de D” significa que a aproximação aos valores aceitáveis se refere tanto à gravidade da doença quanto aos métodos terapêuticos e paliativos disponíveis (ENGELHARDT, 1998, p.277). Portanto, o raciocínio acima é um erro inferencial no qual se passa de categorias estritamente matemáticas para categorias normativas (morais). Trata-se de um vício provavelmente oriundo da tradição teleológica: ao se falar em normalidade (mesmo probabilística) tende-se a incluir juízos de normatividade (por exemplo, ser normal para as condições atuais da espécie, da sociedade, etc.) e, em seguida, inferir juízos normativos de cunho moral. Esse tipo de raciocínio ficou consagrado com o pensamento tomista, o que Engelhardt chamou de

“desígnio da natureza”³. E tudo se passa como se estivéssemos justificados moralmente a cometer esse erro inferencial porque é “para o bem do paciente” entendido de modo hedonista: se a saúde é um bem, curar-se da doença é bom. Mas esse não é o problema que estamos atacando no momento: com efeito, mesmo que ficasse provado uma normalidade em sentido naturalista, como defende Boorse, ou ainda que não houvesse dúvidas que todas as doenças são prescrições ou conceitos sintéticos de valores sociopolíticos, ainda assim seria erro categorial inferir normas morais sobre decisão e julgamento médicos a partir da probabilística ou estatística, seja normatividade biológica ou funcional, sociopolítica ou construtivista. Qualquer que seja o “desígnio natural” que se possa incluir em P.2, a conclusão permaneceria falsa.

Nossa crítica partiu da constatação de que o raciocínio médico deve incluir elementos de incerteza. Mas poder-se-ia objetar que o modelo bayesiano inclui raciocínios formais sobre situações de incerteza. Então, a dificuldade estaria em como medir a probabilidade entre os tipos de sinais: sinais funcionais (sintomas relatados pelo paciente), sinais físicos ou objetivos (observados no exame clínico) e sinais complementares (obtidos por exames de imagem, sangue, etc.). A área que estuda os sinais é a semiologia, e a significação médica destes sinais é chamada “normal” e “patológico”; o conjunto de doenças possíveis é dado como uma classe que contém um conjunto de sinais, onde D_e é uma doença específica para uma linguagem de especialidade médica L_z . Aqueles que enfatizam o fato desta L_z admitir correções relativas aos valores de uma época tendem a defender uma metodologia construtivista e um conteúdo normativista em medicina, como é o caso de Engelhardt. Mas, novamente, as dificuldades de decisão terapêutica e diagnóstico não se devem apenas aos valores culturais e históricos: o médico necessita definir critérios para a medição probabilística: por exemplo, costuma ser um bom critério a *frequência relativa* de doenças em dada população (por exemplo, a comunidade de moradores nas proximidades do rio, na Baixada Maranhense, em casas de barro e palhoça, sem água encanada e nem esgoto, que se mantêm da produção e venda de farinha de mandioca e da criação de animais, tem grande risco de contrair esquistossomose). Em muitos casos esse tipo de relação é tão bem-sucedida que os próprios pacientes previamente escolhem a especialidade médica em função de perfis gerais conhecidos.

³Segundo o autor, as seguintes cinco versões são todas casos de *modelo baseado em valor*: (i) desígnio divino (ENGELHARDT, 1998, p.243), (ii) desígnio biológico (p.247), (iii) valores culturais (p.253), (iv) males sem causa distinta (p.256), (v) instrumentalismo (p.256).

Contudo, mais uma vez estamos diante de um aparente raciocínio dedutivo: digamos que um paciente procura o médico temendo um câncer; diremos que o paciente tem ou não tem câncer; ambas as hipóteses não são possíveis – raciocínio disjuntivo; a situação inicial é incerta para o médico, que representará esta incerteza conforme uma *probabilidade a priori*: considera, digamos, a frequência relativa da doença em relação ao sexo e idade do paciente; feita a triagem, executado exames complementares, se for o caso de eliminar dúvidas, o médico conclui que não há probabilidade do paciente ter câncer. Nesse caso, o que o paciente poderá fazer? Poderá se satisfazer com o diagnóstico; mas é possível que procure outra especialidade médica para continuar a investigação de sua afecção; mas, como a probabilidade de não se confirmar a primeira hipótese não é igual a zero, algumas vezes o paciente procura uma segunda opinião. Os cálculos probabilísticos e os sistemas informatizados não são capazes de sempre eliminar conjecturas em diagnóstico, e isso se agrava quando o assunto é prognóstico e escolha de cursos terapêuticos. O que ocorre é que um sinal é mais específico para uma doença se for alta a probabilidade dele ocorrer em uma pessoa com essa doença; um sinal pouco específico é aquele que se encontra em muitos quadros diferentes; e a “arte do diagnóstico” consiste em procurar os sinais sensíveis da doença para confirmar hipóteses, isto é, confirmar a suspeita de uma doença mediante um sinal específico. Contudo, às vezes não é evidente porque certas doenças ocorrem em certos portadores e noutros não; às vezes, o paciente fica alarmado com um sintoma, cuja flutuação funcional é considerada normal; e às vezes as condições regionais de exame e coleta alteram certos níveis do resultado, o que, em algumas ocasiões, pode se corrigir mudando de laboratório.

Destacamos, contudo, que algumas vezes o diagnóstico se dará através do próprio tratamento: se certo antibiótico A eliminou um sinal específico de uma doença hipotética B após seis semanas, então confirma-se a hipótese inicial (o procedimento deixou de ser dedutivo e passou a ser empírico), procedimento que não *prova* de forma alguma a hipótese, pois antibióticos são ativos para muitas doenças. A pergunta é se o médico se guia efetivamente pela razão probabilística ou se uma razão conjectural permanece sendo, se não orientadora, ao menos instrumental? Vimos acima que os sinais podem ser específicos, funcionais ou complementares. No último exemplo, a incerteza do paciente – a despeito da hipótese ter sido afastada pelo médico ou exames auxiliares terem sido por ele pedidos para confirmar a suspeita – levará ao exame de material coletado, mas esteja o paciente empiricamente medicado neste intervalo de tempo ou esteja ele apenas em estado de expectativa, o fato é que a

decisão médica não omite o sofrimento do paciente. Digamos que o exame de coleta de sangue dê negativo: a probabilidade da hipótese desmorona, ainda que, do ponto de vista dedutivo, não se tenha provado que $\neg H_1$. É evidente que essa é uma situação frequentemente positiva e desejável, mas estamos enfatizando apenas que, em certos contextos, do resultado de um raciocínio probabilístico surge a questão de conteúdo moral “o que fazer?”, pois o resultado do raciocínio médico não é suficiente para eliminar este tipo de pergunta. Nem sempre o problema ético desaparece com o exame, jamais se pode dizer *a priori* que desaparecerá, seja o resultado positivo ou negativo. Da relação entre o sinal especial ou complementar e a doença específica não se pode inferir a resposta da pergunta “o que fazer?”. O raciocínio probabilístico permite apenas responder à questão do domínio ontológico da especialidade em L_z , isto é, responde à pergunta “o que há?”, mas disso não podemos inferir o que fazer com o que há.

Temos a seguinte pretensão lógica, seja lá qual for a concepção filosófica de D^g (seja a de Boorse, Rothschild, Sadegh-Zadeh, etc.): a situação inicial é sempre conjectural por comportar a arbitrariedade de probabilidades *a priori* (o paciente é um “problema de medicina”); dados vão sendo examinados e hipóteses eliminadas; então, da subjetividade da conjectura passa-separa a objetividade dos sinais. Defenderemos, contudo, que o raciocínio prático terá outra forma, a saber: (P.1) as experiências conhecidas não são exaustivas, de forma que a probabilidade *a priori* nunca é livre de arbitrariedades; (P.2) as probabilidades finais nunca podem ser iguais a *zero* ou *um* como as iniciais em um sistema bayesiano (e, em parte, em qualquer outro); (C) então, a aceitação de uma hipótese deriva de uma *decisão* que não se confunde com o cálculo de probabilidade. Essa é uma inferência correta, diferentemente da anterior. E os matemáticos não ignoram isso: chama-se “regras bayesianas de decisão” ou “critério bernoulliano” a regra que exige escolher a hipótese com maior esperança (*expectation*). Trata-se em considerar negligenciável ou não o risco ligado ao erro. O médico deve poder decidir entre os danos de uma consequência devida à hipótese verdadeira ou à hipótese falsa. Por exemplo, o médico pode pensar “como há ainda bastante tempo sem riscos eminentes, não é grave se enganar no momento”, isto é, a hipótese de maior esperança equivale a menor probabilidade da doença. Ressalte-se que o que pesa na chamada “decisão médica” é o temor do erro, de onde se costuma aderir a esta decisão *a priori* “é mais grave rejeitar uma hipótese verdadeira”. Mas, ainda que se possa matematicamente falar em “probabilidade *a priori*” (de um conjunto de sinais e fatores de risco recaírem em uma hipótese H de

doença D_e), é absurdo falarmos em “decisão *a priori*”: uma decisão que estivesse dada *a priori* não escolheria nada, ao contrário, tudo já estaria determinado por uma autoridade de algum tipo e nada estaria dado para ser decidido. Decisões nunca são *a priori* ou incondicionais: no lugar disso, o que temos são normas (juízo e princípios morais) para tomadas de decisão, sejam entendidos em níveis de hierarquias de normas, casuística, ou como diretrizes *prima facie*. Novamente, pretender passar da probabilidade *a priori* para uma decisão *a priori*, além de irresponsável, é um erro inferencial (categorial). Portanto, aquela máxima de decisão antecipada é tão somente o aparecimento da normatividade que já estava presente em todo o processo, em alguns casos mais e, em outros, menos. A inferência que faz passar da probabilidade para a decisão é por si mesma uma irresponsabilidade moral, pois muitas vezes omitir uma hipótese verdadeira para um paciente implicará desrespeito ou mesmo sofrimento, assim como frequentemente prescrever tratamento a partir de hipótese falsa ou incerta pode levar a maiores danos. Trata-se de um *prejuízo hedonista* evidente no ato de tornar apriorística as formas de decisão, libertando o médico e os demais envolvidos do processo decisório muitas vezes plausível.

Façamos uma pausa: essa análise nos permite reconhecer um conteúdo moral na atividade médica que corresponde ao adotado pelo principialismo bioético. Ainda que aquele tipo de inferência categorial seja evitável, não parece evitável que o médico e o paciente transite de um conceito de D^s1 para um outro conceito D^s2 : por exemplo, um paciente procura o médico em função do perfil que o especialista lhe parece ter; porém, apesar da especialidade ser conforme a demanda, a gravidade da doença impede que se a compreenda na forma “doença como o tratável pela medicina”, ou seja, para o paciente as informações médicas não alcançam suas expectativas razoáveis; mas, pode ser o caso de ser desejável certo curso de ação, diante dos custos, riscos e danos, tal que transitamos para uma acepção de D^s na forma “doença é o indesejável pelo paciente”. Não mais seguimos os caminhos previstos pelas teorias de Boorse ou Rothsuh. Então, levar em consideração novas hipóteses pode significar tanto a decisão por tratamentos alternativos quanto hipóteses desejáveis para o paciente, isto é, decidir significa especificar e ponderar, conforme o vocabulário adotado por Beauchamp-Childress. Que uma angina de criança seja, na maior parte das vezes, tratada como angina estreptocócica, deve-se ao fato de ser mais grave, ainda que não mais provável. A decisão afastou-se do critério de probabilidade e dirigiu-se para a *desejabilidade*, não simplesmente por priorização da autonomia, pois estamos falando de uma criança, tampouco porque pressupusemos

uma ontologia do bem orgânico deste paciente, mas antes porque a ênfase recaiu na *ponderação* entre a probabilidade e a gravidade. E este critério pode ser decidido tanto por valores utilitaristas (é desejável tal tratamento por produzir maiores benefícios que malefícios) quanto deontologistas (tal tratamento é o mais desejável para o paciente). E, para incluirmos a ambos, bastará incluir também, ao lado das categorias “probabilidade” e “gavidade”, aquelas de cunho deonticos, “obrigatório” e “opcional”. Ora, é exatamente isso que fazem Beauchamp-Childress: na seção “especificando e ponderando as regras de privacidade para políticas públicas”, distingue-se a “abrangência da varredura” (universal e seletiva) e a “forma de autorização” (voluntária e obrigatória), e na seção sobre “justificação das regras de confidencialidade”, falam em “probabilidade de concretização” (alta e baixa) e “magnitude do dano” (grande e pequena) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.447, 461).

Defenderemos que diversas concepções de D^g são levadas em consideração no processo de decisão e, portanto, o único método ético plausível é o modelo principialista de especificação e ponderação. Com efeito, é preciso considerar critérios de probabilidade (se este diagnóstico for mais certo), desejabilidade (se este recurso for do interesse do paciente), tratamento (se há tratamento aceitável para esse caso), etc. Se não existe nenhum tratamento para a doença A, então poderá ser preciso decidir se é melhor ou pior omitir o diagnóstico em todo ou em parte. O médico que até então operava unicamente com classes e generalidades de D_e , agora encontra-se diante de uma pessoa particular e não pode dispor de nenhuma inferência que passe da casuística para a relação com o paciente, seja para prescrever medicação ou cirurgia, para indicar tratamento ou não, revelar ou não diagnóstico, etc. Se é prematuro ou não indicar um tratamento, se é aconselhável ou não omitir informações, etc., são decisões que demandam variáveis que não foram previamente calculadas e, portanto, requer ponderação de normas morais segundo as especificações do caso já compreendido. É isso o que se chama ética médica principialista, em forte distinção à casuística e aos modelos de priorização de um princípio: não havendo conceito suficiente de D^g que esteja antecipadamente garantido em sentido normativo ou naturalista, então é somente *a posteriori*, mediante o julgamento médico e a justificação moral, que se pode decidir, mediante especificação e ponderação.

A maneira mais simples de apreciarmos a dificuldade aqui discutida está nos valores de *utilidade*. A matriz de probabilidade prevê valores de utilidade para a decisão, mas não existe padrão para utilidade ética como existem para probabilidades, tanto porque utilidades refletem

interesses dos pacientes quanto porque variam nos próprios termos (esperança de vida, relação dano/custo/risco/benefício, vantagens-desvantagens, etc.). Para nos limitarmos ao termo acima citado, medidas de utilidade sobre a *gravidade* do diagnóstico dado ou previsto requer decidir entre a qualidade e a quantidade de sobrevida: decidimos segundo padrões sociais, comunitários, pessoais ou populacionais? O cálculo de utilidade afirma que devemos adotar a conduta que maximiza as consequências. Mas as consequências são os valores prováveis previstos ou são os resultados tanto previstos quanto preferíveis pelo paciente? A matriz de utilidades utiliza o termo “maximizar benéficos” segundo os prejuízos previstos, mas decisões propriamente morais podem incluir na não-maleficência também os riscos menos prováveis, porque aqui está em questão mais a ansiedade do paciente que os números dos prováveis. Poderíamos, então, inverter a prioridade dos valores: no lugar de partir da maximização dos benefícios, enfatizaríamos antes as perdas ou a máxima que exigiria minimizar as perdas, isto é, “antes de tudo evitar danos”. Por que deveríamos priorizar a beneficência antes da não-maleficência? Por que não o inverso? Ou porque não priorizar as preferências do paciente? É arbitrário incluir em uma matriz de probabilidades apenas valores de padrão de beneficência (eficiência para produzir um fim esperado). Não há critério *a priori* para afirmar se é mais útil minimizar as perdas previsíveis, maximizar os benefícios plausíveis ou as decisões dos envolvidos. Se o resultado do exame for negativo, será preciso escolher entre ambas as alternativas. A decisão pode levar para: tratar, examinar, informar, etc. ou não tratar, não examinar, não informar, etc. No raciocínio exclusivamente “técnico” considera-se o cálculo de probabilidades para especificar o caso, depois efetua-se o cálculo de perdas e ganhos e, enfim, define-se custos e vantagens: mas nesse processo o conteúdo biomédico transitou para o bioético, assim como transitou os conceitos de saúde, doença, qualidade de vida, esperança de melhora, etc. A apreciação de utilidades e as escolhas podem variar tanto entre médicos quanto entre pacientes, a não ser para os casos em que as partes aceitem orientar-se por protocolos previamente assentidos ou para casos em que há conformidade entre consentimento e compreensão das consequências razoáveis ou aceitáveis.

Para autores mais otimistas sobre as pretensões lógicas do raciocínio médico, talvez poderíamos imaginar uma análise da progressão diagnóstica na qual as condições de decisão fossem distribuídas entre *pontos de decisão necessários* \square e *pontos possíveis de decisão* \diamond , como parece propor Fagot-Largeault (2013, p.83), isto é, cada informação possível sobre sinais clínicos S_n , capazes de modificar a probabilidade da

hipótese H_1 , viria acompanhada de uma apreciação de utilidade concernente as consequências previstas. Mas o que seria este raciocínio senão a decisão moral de que as normas previamente definidas são *prima facie* e não *a priori*? Esta tese não faz outra coisa senão afirmar que não se pode priorizar *decisões* normais, sequer desde a casuística conhecida entre médicos. Defender um *raciocínio modal* em decisão médica não é outra coisa que aceitar a modulação de princípios *prima facie*, a não ser que voltássemos ao vitalismo. Mas é preciso fazer uma advertência: a “modulação” prevista pelo principialismo de Beauchamp-Childress, isto é, a ponderação de regras morais e especificações de casos médicos desde princípios *prima facie*, não corresponde apenas aos princípios utilitaristas deflacionados, mas deve modular também princípios deontológicos de autonomia e justiça. Portanto, não podem estar previstas *a priori* nos modelos probabilísticos. Ainda que o médico progrida dos sinais subjetivos para os objetivos, mediante cálculos de probabilidade, disso não se segue o direito de afastar-se da subjetividade moral do paciente (capacidade de escolha, preferências, desejabilidade, etc.). Os elementos subjetivos a serem considerados não são apenas as utilidades, mas também o mínimo digno em distribuição justa de recursos e a capacidade de escolha do paciente, mesmo se parcial.

3. Crítica ao conceito de causalidade médica.

Além dos métodos de diagnóstico e definição de doença, outro lugar importante para destacarmos possíveis problemas de inferência é a noção médica de *causalidade*. Em torno dela se reunirão problemas diversos, como “gravidade do efeito”, “decisão e julgamento médico” e, novamente, “ligação causal” entre sinal-doença. Engelhardt enfatizou muito a relação entre causalidade e tomada de decisão médica (1998, p.284), porque costuma ser colocada em uma linha contínua de causalidade, fisiológica e patológica, desde tuberculose à cirurgia plástica (p.253), ou porque as classificações e a causalidade são decididas pela utilidade do tratamento, assim como “doença” é definida como “tratável” (p.278). O autor defendeu, além disso, mediante uma analogia entre as causas da morte da planta e do paciente (ambos incluem fatores naturais, mas o jardineiro, assim como o médico, pode ser responsabilizado), que a noção de causalidade natural não é suficiente para eliminar a responsabilidade daquele que lida com seus efeitos (p.280), ou conforme a analogia entre o diagnóstico e o crime (ambos são modelos de rotulagem para definir algum tipo de papel social), que problemas médicos são diferentes dos demais, não devido a noção de causalidade, mas devido as

incumbências sociais da medicina (p.274). Mas preferimos expor isso de outra forma: a relação médica entre causalidade e imputabilidade da doença precisa ela mesma ser discutida.

De nossa parte, sintetizaríamos o problema da causalidade médica nesses termos: (P.1) uma vez que a descrição de um caso ou a definição de uma doença já se faz mediante termos gerais (*gripe, malária, etc.*); (P.2) e uma vez que critérios de probabilidade e epidemiologia não se fazem em ordem cronologia estrita; (C) então, a abordagem de generalização e a abordagem de individualização de casos não são inteiramente separáveis. Se este argumento estiver correto, como pretendemos mostrar a baixo, então se seguirá os seguintes corolários: (i) a abordagem que prioriza uma norma de decisão sem levar em consideração especificações individuais comete erro inferencial; (ii) a abordagem casuística que prioriza generalizações a partir de casos particulares anteriores também comete erro inferencial; (iii) ambas abordagens confundem probabilidade, causalidade e gravidade; (iv) tais erros inferenciais somente são evitáveis mediante a abordagem que distingue especificação médica e individualização moral.

A concepção clássica de causalidade expressa-se como “um efeito não pode preceder sua causa”, critério puro (BÉGAUD, 1978, n.33) que alguns filósofos chamaram de regra *a priori*. Em certos contextos é possível eliminar hipóteses médicas mediante critérios cronológicos que validam hipóteses excludentes (TROUT, 1982, n.124), mas isto não significa que a cronologia estabelece a probabilidade da hipótese, mas apenas que funciona “em seu favor” (KRAMER, 1979, p.67), o que se deve ao fato, como veremos a seguir, do critério de causalidade não ser “puro” em medicina. A causa não leva simplesmente ao efeito, mas certos fatores iniciais são tratados como causas para efeitos que devem se tornar possíveis ao longo do processo que inclui intenções e interesses de modo “sistêmico”. Ou seja, o efeito não é um *resultante*, mas *produto*. A causa é pensada como um fator que tem o poder de induzir o efeito, tal que a própria ligação causal é resultado de uma produção. Essa relação é provavelmente mais bem expressa no conceito de “fator de risco”. No lugar da sucessão de eventos, o que se investiga é a intervenção metódica. Poderíamos aceitar relativamente as teorias da causalidade de Kant e Hume, quando afirmam que “causalidade” não exprimem fenômeno observável, mas hábitos ou estruturas do entendimento, desde que isso signifique, para nossos propósitos, que importa menos prever o efeito a partir da causa, mas reproduzir os fatores de dano e risco. Com isso, notemos, o problema filosófico se desdobra: até que ponto a imputação de uma causa para um efeito indesejado em medicina exprime dados

observados e elementos inferidos? Essa questão não coincide inteiramente com o problema filosófico clássico porque, em medicina, ela corresponde a esta outra: pode-se imputar uma causa em relação a um caso individual ou a noção de “causa da doença” é sempre geral ou classificadora, tal como é o próprio conceito de “doença”? Podemos supor que o conceito médico de “causa” é uma generalização que acompanha a definição de doença D^g e que, apesar deste procedimento ser bastante plausível do ponto de vista epistêmico, não pode servir de base para inferências em modelos de ética médica.

O conhecimento do fator A para o efeito B, digamos, indivíduo com “febre, dor de cabeça, náusea, que subsiste mediante os recursos de um rio”, determina o risco de febre tifoide, porém (i) se é verdade que a ausência de febre elimina a probabilidade de febre tifoide, a presença de febre não determina a presença de febre tifoide, e (ii) a mesma condição de subsistência associada a sintomas semelhantes também podem ser fator de risco de outra “doença”, por exemplo, gastroenterite. Assim, seria estranho entender em sentido denotativo que “os fatores A são *causa* da condição B”. O raciocínio não é estritamente causal assim como a definição da entidade “febre tifoide” não é ontológica em sentido essencialista, a doença é definida na forma D^g segundo critérios causais não puramente cronológicos e, enfim, “a condição B” é por si mesma uma “condição” e não um efeito. Não se pode dizer “João pegou febre tifoide *porque* mora à beira do rio”. Podemos falar em “uma causa”, “fator causal”, mas não em “a causa”, “causa eficiente”. A medicina lograria pouco conhecimento se insistisse na conhecida máxima de Bichat “sigamos o encadeamento de fenômenos”, pois entre a *história* e a *causalidade* do caso muitos outros critérios poderão entrar em jogo, como utilidade, gravidade, probabilidade, estatística, desejabilidade, risco, condições, etc.

O que concluímos com essas críticas? Que em medicina, ainda que em certos contextos haja conhecimento das causas e se possa definir relativamente doenças D_e , importa não tanto *definir* a causa, mas *julgar* a causa (atribuir imputabilidade). E que a impossibilidade de definição essencialista de “doença” não seja desculpa para julgarmos irresponsavelmente a doença. Assim como Kant já havia esclarecido que a crítica da faculdade de julgar não se reduz às categorias do entendimento, aqui distinguimos a categoria de causalidade, usada pelo método estatístico e probabilístico, e o julgamento médico sobre causas, a incluir tomadas de decisão. Se os métodos probabilísticos não são dedutivos em sentido clássico, e se em medicina a probabilidade sempre inclui uma sorte de arbitrariedade e indução, então o cuidado ético que

sempre é preciso levar em conta dirá respeito à presença de inferências a partir dos elementos judicativos incluídos em tais métodos. Claro que julgamento e juízo de valores não são necessariamente a mesma coisa, mas esses valores podem ser tanto os descritos por naturalistas quanto os reconhecidos por normativistas. Em medicina não se trata simplesmente de predição, sequer que explicação, mas de julgamento. O problema não está apenas na distinção entre raciocínio dedutivo e indutivo, mas nas categorias do julgamento, como perícia, prudência, presunção, expectativa, desempenho, decisão, etc. Os termos “normalidade”, “capacidade”, “gravidade”, “persistência” e “metas médicas” não são usadas apenas como “categorias do entendimento” de causas prováveis e classificações de doenças e tratamentos, mas são, antes de mais nada, “categorias do julgamento”. Não basta levar em conta valores sociais para uma concepção construtivista de medicina, como pretendeu Engelhardt, mas é preciso ater-se às revisões requeridas, pois as relações entre doenças e sinais são tanto de causa e efeito quanto de ato e consequência. A heurística médica, com seus modelos probabilistas das causas patológicas e seus modelos classificatórios de sinais e riscos, não faz outra coisa senão inserir critérios de efeitos e de consequências. Tudo se passa como se Engelhardt e Pellegrino descuidassem com uma antiga lição filosófica: “causa”, “razão” e “fundamento” são termos sinônimos, mas também ambíguos, e não podemos confundir as relações de causa-efeito, antecedente-consequente e motivo-finalidade. Acomodar critérios de consequências utilitárias em modelos de causalidade é plausível, com as devidas ressalvas, mas daí passar para as consequências de nossas avaliações é erro crasso.

Um dos problemas clássicos em julgamentos de causalidade é ainda recorrente em medicina: julga-se segundo índices observáveis, estatísticos ou normativos? É certo que julgamentos são feitos por métodos de aproximação, tentativa e erro, mas é questionável se o julgamento que imputa causa a um evento determinou-se por eliminação dedutiva de hipóteses, evidências perceptivas ou normas prévias. Feinstein defendia, em *Clinical Biostatistics*, que “o mecanismo da tomada de decisão [*decision-making*] [...] depende de caprichos do juízo clínico por parte de um conjunto não padronizado de médicos” (1974, p.231), o que se reforça sobretudo quanto a avaliação arbitrária dos efeitos nocivos de medicamentos (KARCH; LASAGNA, 1975, p. 265), pois está longe de ser regra os médicos concordarem sobre a responsabilidade desses efeitos medicamentosos (SPRIET-POURRA, 1981, n.36), no sentido de que os julgamentos de especialistas são subjetivos e não passíveis de reprodução (KRAMER, 1979, p.67). A RDC 04/2009, da

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil), prescreve registros de medicamentos segundo categorias como “codificar”, “avaliar a gravidade”, “a causalidade e a previsibilidade das suspeitas das reações adversas recebidas”, de modo que questões de determinação de causalidade em processos de Farmacovigilância são semelhantes aos que estamos discutindo em medicina (BRASIL, 2010). O problema parece ser, portanto, normativo: o mesmo especialista que avalia as causas é também o que fornece as amostras a serem avaliadas (PÉRE, 1984, n.39). Mas esse normativismo não se resume às demandas e estruturas sociais, mas compreende o método de julgamento. O mesmo valeria para os métodos de diagnóstico, sempre aproximativos ou vagos (SHORTLIFFE; BECHANAN, 1975, n.23). É evidente que não se pode rejeitar como objetivo do método científico em medicina “diminuir a porção de subjetividade” (DANGOUMAU, 1981, n.36), mas permanece importante ressaltar que tanto o conceito médico de “causa” quanto o de “doença” são de definição judicativa. A regra antiga, oriunda da academia de Platão, que uma definição deve começar pela essência expressa nos termos dos enunciados, dificilmente se aplicaria aqui: muitos dos diagnósticos, sinais de doenças, resultados de laboratório e efeitos adversos de medicamentos somente são definíveis no interior de uma etiologia demarcada, mas sem consenso perfeito (KARCH, 1976, n.19). Reforça-se que “isso também está de acordo com o leque de tópicos propostos por Sadegh-Zadeh e Lindahl, como o domínio da filosofia da medicina que foi o foco da revista *Metamedicine*, mais tarde renomeada como *Theoretical Medicine*” (PELLEGRINO, 2008, p.27), conforme também a referência de Engelhardt já mencionada à *Health, Disease, and causal explanations in medicine* (NORDENFELT; LINDAHL, 1984, *apud* ENGENHARDT, 1998, p.256). Outra crítica comum estaria em observar que o julgamento de imputabilidade causal em medicina é consensualmente considerado indutivo, mas sem que se consiga definir o que se entende por “indução” (PÉRE, 1984, n.39), ainda que se deva muitas vezes distinguir o sucesso do método indutivo em epidemiologia e a falta de rigor sobre a responsabilidade dos efeitos medicamentosos (ROYALL, 1973, n.31). Portanto, podemos resumir as críticas apresentadas deste modo: se não estamos diante de indução por enumeração do laço extensivo de causa-efeito, nem limitando-nos ao método estatístico, então o método indutivo em medicina incluirá critério judicativos (avaliativos), frequentemente utilitarista (otimização), mas inferir desses critérios o julgamento sobre o status da doença, do paciente ou do tratamento tende a conduzir a um julgamento *ad hoc*. Poder-se-ia dizer, no melhor dos casos, que se trata de decisões algorítmicas, capazes

de proceder mais rapidamente que o método estatístico (DANGOUMAU, 1981, n.36). Mas muitas vezes é o próprio conceito de “doença” que precisa ser inferido desde efeitos múltiplos, por exemplo, tanto etiológicos quanto medicamentosos: no lugar de falarmos em causalidade, seria mais adequado falar em “probabilidade da causalidade”, ou melhor, probabilidade do efeito ser resultante da causa, da parcela de incerteza do diagnóstico ou da probabilidade do efeito indesejado do medicamento. Nesse sentido, dizer que as definições e decisões médicas são *ad hoc* significa que operam com uma redundância, a noção de “causa provável”. Muitas vezes não fica claro se a causa do efeito indesejado deve-se ao tratamento, medicamento ou doença (NARANJO, 1981, n.30): a “probabilidade da causa” permanece indefinida, se indutiva, observável ou subjetiva (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.94). Então, a imputabilidade causal recaíra no julgamento médico.

Alguns médicos entendem que a probabilidade causal é objetiva quando há “solidez da ligação” (KARCH; LASAGNA, 1975) ou quando é definido o “grau da responsabilidade do medicamento na ocorrência do efeito” (LAGIER, 1983, n.38). Trata-se de concepções *realistas* sobre causalidade: a relação entre eventos é pensada em termos de “ligação”, analisável pela noção de “risco” (SCHWARTZ, 2007). Diversamente, a probabilidade causal é subjetiva quando a ligação causal somente é definível em graus (TROUT, 1981, n.124), por testes randomizados, estudos de corte, mediante grupo controle com forte confiança ou baixa confiança, etc. Portanto, essa concepção “subjetiva” é também uma concepção epistêmica, mas disso não se poderia inferir que os valores éticos presentes nos métodos de pesquisa são secundários para os julgamentos e decisões, conforme Beauchamp-Childress⁴. Assim, dizer

⁴ Beauchamp-Childress fornecem sobre isso importantes reflexões. Estudos clínicos controlados se justificam mais facilmente quando há dúvidas sobre eficácia ou benefício de tratamentos disponíveis: (i) na pesquisa por estudo controlado um grupo recebe terapia experimental e o grupo controle recebe terapia usual, não recebe nenhum tratamento ou recebe placebo; (ii) o método de estudo controlado pode ser: aleatório, observacional ou retrospectivo; (iii) o método aleatório pode ser cego (a pessoa não sabe em que grupo está), duplo-cego (nem participante nem pesquisador sabem) ou aberto (todos sabem a que grupo pertencem), de modo que muitos entendem que o modelo duplo-cego é tanto mais eficiente quanto mais ético, já que é adequado que o pesquisador também não esteja em condições de interferir. Os autores fornecem duas grandes críticas ao estudo aleatório. Nem sempre o estudo aleatório é efetivamente válido, de modo que (i) o médico deve poder modificar o curso do tratamento se

que “acredito que os dois aspectos (objetivo e subjetivo) existem e não se confundem, mas que é muitas vezes difícil dissociá-los, como é difícil dissociar sensibilidade/especificidade de sinais clínicos e/ou biológicos da sensibilidade do sistema” (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.96) significa conceber os “valores normais” como probabilísticos, isto é, que os valores de um exame são medidas aproximadas, e que a normatividade é presumida.

Mas o que é presumido na imputabilidade causal dos efeitos e sintomas observados? Trata-se dos valores de utilidade: reúne-se uma imputabilidade causal inicial no diagnóstico clínico e uma imputabilidade final epistemológica na forma de regras de utilidade. É a isso o que se chama “casuística” (em sentido epistêmico) em termos de método causal-decisório em medicina, insuficiente para inferir um modelo ético casuístico, por ainda carecer das ponderações que somente o julgamento e as justificações poderiam realizar. O cálculo de utilidade é presumido no procedimento de definição das causas e das doenças porque as imputações de causalidade são *expectations*, isto é, formadas pela reunião da probabilidade e da utilidade (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.98). Isso pode ser constatado de outra maneira: o vocabulário decisório é de dois tipos, a saber, (i) um vocabulário penal (causa, imputação e risco) e (ii) um vocabulário por categorias de julgamento (probabilidade e gravidade). Deveríamos esperar que a relação causa-efeito não contivesse nenhum outro valor além daqueles definidos na probabilidade; entretanto, quando falamos em “gravidade”, o que se leva em conta é a expectativa da utilidade (dados e benefícios) dos efeitos, cujo raciocínio inverte a ordem causal. A casuística em medicina não é simplesmente o processo

solicitado pelo paciente e em consideração ao fato dos pacientes serem particularmente diferentes entre si, (ii) e agir pelos melhores interesses do paciente sempre deve vir na frente dos objetivos sociais. O estudo aleatório se justifica desde que possíveis mudanças nas crenças médicas sejam comunicadas ao paciente e não omitidas em nome da objetividade científica. Todo problema até aqui expressa a tensão entre teoria utilitarista e deontológica ou, até certo ponto, o caráter experimental e normativo da medicina, o que implica os problemas mencionados sobre o estudo aleatório, e o que, portanto, exige a especificação das seguintes regras sem as quais não se justificaria o estudo: (i) equilíbrio clínico verdadeiro; (ii) o estudo é alternativa promissora de terapêutica; (iii) nenhum médico estar em conflito de interesses; (iv) amplo consentimento informado; (v) não usar placebos caso haja evidências de tratamento adequado; (vi) comitê de monitoramento de dados; (vii) resguardados os direitos do médico de recomendar a exclusão de pacientes e o direito do paciente de se retirar a qualquer momento (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.481; 2009, p.318).

de aprendizagem com os casos passados, mas compreende por si só o juízo de valor sobre a imputabilidade final do processo de julgamento e decisão sobre doenças, medicamentos e intervenções. Aqui se desfaz a analogia com a casuística jurídica. O processo de interpretação das causas seria normal e naturalístico apenas se a utilidade dos erros médicos fosse igual a zero e a utilidade do resultado dos cálculos de probabilidade fosse sempre igual a um. Mas, se fosse assim, os cursos de ação decididos não mereceriam ser chamados de “medicina”, que envolve sempre atos de responsabilidade sobre o que se escolhe, mas seriam alguma espécie de engenharia, e toda ética se reduziria a julgamentos de perícia. Mas se por “casuística” devemos entender a correlação de casos individuais na forma de diagnósticos e decisões terapêuticas típicas, não podemos deixar de constatar que, da reunião entre diagnóstico e imputação de causalidade, sempre se obtém, em graus diversos, uma resultante *ad hoc*. Mas isso é adequado, na melhor das hipóteses, nos raciocínios epistêmicos, no sentido de ao menos não ter consequências práticas diretas. Por isso, quando o eticista tenta converter a casuística epistêmica em um modelo moral, comete grave erro de inferência.

Não há qualquer problema em afirmar que um agente patógeno, um erro cirúrgico ou um medicamento são suspeitos em relação a um efeito, procedimento bayesiano para conjecturar as hipóteses mutuamente excludentes e distribuir probabilidade, a ser ou não confirmada mediante os sinais. Porém, “essa exigência de completude das hipóteses nunca é mencionada como tal nos textos sobre a imputação” (2013, p.99), razão pela qual não se pode eliminar as presunções e expectativas das generalizações casuísticas, por melhor que essas sejam para um certo caso. São dois os momentos do problema: (1.2) o modelo bayesiano calcula hipóteses segundo padrões de probabilidade, (1.2) mas esse modelo só se aplica à imputabilidade das causas na forma de cálculo de esperança matemática; (2.1) porém, dada a causa, agora é preciso passar para um processo de decisão sobre utilidades das consequências, assumidas como valores por serem passíveis de cálculo risco-benefício; (2.2) mas a decisão médica deve também levar em consideração critérios deontológicos e não apenas utilitaristas, como custos de alocação, escassez na distribuição justa de recursos, interesse do paciente autônomo, escolhas circunstanciais de pacientes parcialmente autônomos, etc. Temos: em (1), o modelo bayesiano mais simples consiste em partir de hipóteses disjuntivas de doenças cujos sinais sensíveis, se ausentes, descartam a hipótese, ou, se presentes, confirmam-na, em termos de aumentar ou diminuir a probabilidade. Diferente é a lógica de imputação de causas, que procura privilegiar sinais específicos

no lugar de prosseguir por eliminação (LAGIER; VINCENS; CASTOT, 1986). Portanto, a passagem de (1.1) para (1.2) é uma inferência que inclui certa arbitrariedade. Além disso, em (2), critérios de utilidade podem ser incluídos em cálculos de probabilidade final, mas, novamente, é arbitrário entender que toda decisão médica possa estar baseada unicamente nesses valores numéricos de utilidade econômica e negligenciar outros critérios não utilitários, de modo que a passagem de (2.1) para (2.2) compreende um verdadeiro *prejuízo hedonista* para o paciente, isto é, que ao imputar uma causa aos efeitos indesejados também imputa-se ao paciente a obrigação de aceitar a indicação médica como “o bem mais provável”.

É plausível e certamente satisfatório quando o médico pode definir um quadro como típico, assim como é tentador em medicina pensar-se as doenças como espécies naturais, que vivem, evoluem e morrem, em uma unidade típica e de origem comum. Essa é uma posição naturalista sobre doença e realista sobre causalidade médica, paradoxalmente de inspiração kantiana, quando este constatara a necessidade de superação da medicina física de sua época em função da variolização e vacinação (CANGUILHEM, 2012, p. 424). Com efeito, a OMS declarou a erradicação da varíola em 1980, a primeira doença controlada pelo sucesso científico. A pesquisa causal das doenças infecciosas passou a servir de modelo, mas seus critérios causais foram sendo progressivamente flexibilizados para outras doenças, sobretudo não infecciosas, cujo extremo são as doenças crônicas, diante das quais ainda é difícil para alguns médicos evitar o raciocínio teleológico. Isto não ocorre por descaso científico, ao contrário, “a intuição teleológica possibilita o distanciamento [...], ela contradiz menos do que completa a ingrata minúcia do trabalho ligado à detecção dos fatores de risco tênues”, tal que, “se é verdade, como assinalou, entre outros, Canguilhem, que há uma normatividade inerente ao organismo, e ao organismo doente, não é ilegítimo compreender a doença como um fenômeno de adaptação e procurar aí uma estratégia”, e ainda que seja verdade que “o modelo probabilista do desenvolvimento da doença (‘uma causa é um fator de risco’) é facilmente integrado a um modelo de decisão [...] em que o ser vivo maximiza uma esperança”, ainda assim se deve dizer que “mais delicado é o esforço médico para restaurar uma norma deficiente” (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.132), como se houvesse por traz da natureza viva uma “norma eficiente”, quando antes foi postulada arbitrariamente como norma probabilista e utilitária. Pois “o interessante desse ponto de vista teleológico é relativizar a importância dos fatores causais, mas permanecendo fiel às causas eficazes”, o que é igualmente

problemático, isto é, “ao maximizar-se as esperanças da vida, escolhem-se os riscos” (p.133), quando se deveria pensar em maximizar também as expectativas ou preferências do próprio paciente. Se, por um lado, admite-se que a teleologia vitalista está superada, assim como seria difícil imaginar uma teleologia como regra das deteriorações materiais e químicas de muitas funções, como o tecido vascular e respiratório, por outro lado, não faltaram autores no século XX para conceber uma teleologia das formas para explicar diversas patologias, incluindo o desenvolvimento de células cancerígenas, com o risco, mais uma vez, de inventar modos de necessidade. Da não imputabilidade de uma causa recorre-se frequentemente a uma multiplicidade de fatores, o que, em muitos casos, é plausível mesmo como valor descritivo, mas embora o nome de uma doença costume expressar uma entidade atômica ou sistemática D_e , em distinção à descrição da afecção, não se pode esquecer que, ao final, sempre estaremos diante não tanto do *raciocínio por causalidade*, mas de um *juízo de imputabilidade da causalidade*.

4. Refutando a casuística.

“A arte da medicina é conjectural [e] é próprio da conjectura ser verdadeira com mais frequência do que não o ser, mas, às vezes, errar”, afirmou Aulo Cornélio Celsus (1876, *De Medicina*, II, 6). Esta posição epistêmica corrobora o *corpus* hipocrático quanto a exigência do médico ser assertivo na arte da adivinhação (HIPÓCRATES, 1840, *Prognóstico*, 25). Isto significava que o *juízo e a decisão médica* incluíam grande parcela de intuição, isto é, conjecturas baseadas no aprendizado e na experiência; mas também conteúdos oriundos do conhecimento científico e dos tratados médicos, pois, por exemplo, “regimes líquidos são adequados para todos os casos de febre, sobretudo nos jovens” (HIPÓCRATES, 1840, *Aforismos*, 16). Mas entre os antigos já havia surgido um debate epistemológico semelhante ao que será reproduzido entre modernos, ou seja, entre Platão e Aristóteles haveria uma distância semelhante àquela que reencontraremos entre Descartes e Hegel, quanto à determinação das doenças segundo critérios técnicos ou matemáticos (CANGUILHEM, 2012, p.380). Mas o que nos interessa sobre isso não é tanto a tese, mas a solução que Sexto Empírico consagrou: o diagnóstico é análogo ao processo judicial, pois casos banais pedem uma única testemunha (sintoma) e casos complexos, diversas (conjunto de sintomas), de maneira a ir corrigindo os testemunhos (*Contra os lógicos*, I, 182). Essa analogia ou metáfora jurídica é ainda hoje usual (ENGELHARDT, 2008, p.423, 280).

Acontece que afirmar “o método de diagnóstico é análogo ao método jurídico” consiste em reconhecer que há uma lógica em medicina, ou seja, argumentos de probabilidade, cuja dificuldade é incluir dados tanto teóricos quanto práticos, a se resolverem mediante contrato. Somente no final da Idade Média, com autores como Lessius, passa-se de uma conjectura qualitativa da probabilidade para uma teoria quantitativa que estimava numericamente ganhos e perdas esperados, tese importada do sistema jurídico que previa seguros para o transporte marítimo de mercadorias (HACKING, 1975, p.89). Somente na modernidade, antes mesmo de Claude Bernard (1813-1878), formulou-se cálculos de probabilidades de hipóteses (Laplace, em 1774; e Bayes, em 1763) e métodos de decisão para situações de incerteza (Waldegrave, em 1712, ou Berboulli, em 1738). As esperanças matemáticas, que ainda incomodavam muitos médicos vitalistas, se reforçaram com o método de Claude Bernard, que pretendia superar as generalizações empíricas. Neste ponto, é o “diagnóstico” de Bernard sobre o experimentalismo médico de sua época que nos interessa: a medicina é um desafio contra a natureza, conjecturas e hipóteses sobre casos particulares à luz de casos precedentes, produzindo informações para atos futuros. Ora, se esse fato representava para o médico uma forma epistêmica a ser superada, no campo das teorias de decisão e julgamento médicos isso é o que se chama “casuística”. Mas uma “epistemologia casuística” não é uma “ética casuística”, e a razão está no modo como se compreende as disciplinas médicas da decisão e do julgamento. Por isso Jonsen precisou falar em “nova casuística”. Essa é uma confusão que precisa ser desfeita, o que somente é possível demonstrando o erro inferencial quando se passa das categorias de uma “probabilística casuística” (processo de decisão clínica e julgamento médicos segundo método de probabilidade) e uma “ética casuística” (modelo indutivista e particularista em ética, por analogia ao método jurídico). No primeiro caso, temos uma questão biomédica, atualmente bem desenvolvida e capaz de eliminar raciocínios por analogia ou conjecturas; no segundo caso, encontraremos os problemas éticos, aqui pensados por analogia, cujas categorias não correspondem nem podem ser inferidas do primeiro campo. Claude Bernard pressentia a superação dos antigos métodos conjecturais baseados em generalizações, mas temia que a medicina abandonasse o estudo das regularidades empíricas em nome de investigações intelectualistas, fazendo da medicina uma filosofia. Mas esse temor foi superado através dos atuais métodos probabilísticos, estatísticos e informacionais, favorecendo um ponto de vista mais hegeliano que cartesiano. Porém, quando os eticistas casuístas insistem em tornar os métodos de decisão

moral numa disciplina de decisão de dados incertos e julgamentos especializados em medicina, são eles que fazem da medicina a sua própria filosofia. Que a ética possa admitir um método filosófico nada tem a ver com uma filosofia da medicina e, menos ainda, com uma “medicina filosófica”.

PARTE V

OS MODELOS CLÁSSICOS DE PRIORIZAÇÃO

CAPÍTULO 1

O modelo normativista-construtivista de Engelhardt.

Discutimos até aqui os usos dos termos “saúde”, “doença”, seus correlatos e problemas. Concluimos que as características do julgamento e decisão médica não autorizam inferências que passem dos modelos epistêmicos ou ontológicos para os modelos éticos. O que foi dito já é razoável para compreender os erros inferenciais na passagem da casuística como método epistêmico para um modelo ético casuísta. Precisamos agora, contudo, descrever como os modelos de priorização da autonomia ou da beneficência incorporam ou não problemas do mesmo tipo. Nosso ponto de partida será o capítulo 5, “*A linguagem da medicalização*”, de *Fundamentos da bioética*, lugar onde Engelhardt discute o sentido da medicina na sociedade contemporânea e a epistemologia que se poderia extrair desse estudo. O Capítulo 5 divide-se em quatro grandes partes sobre os sentidos de medicina e doença: (a) modelo baseado em valor, (b) modelo descritivo, (c) modelo explanatório e (d) modelo social. É porque Engelhardt defende o terceiro caso e não o quarto que merece ser chamado de normativista construtivista, o que o leva a discordar do normativismo conservador de Foucault e Pellegrino. Podemos formular um sumário do capítulo deste modo: (1) o *modelo baseado em valor* possuiria 5 versões: (i) desígnio divino (1998, p.243), (ii) desígnio biológico (1998, p.247), (iii) valores culturais (1998, p.253), (iv) males sem causa distinta (1998, p.256), (v) instrumentalismo (1998, p.256). As críticas de Engelhardt a cada uma destas versões levará a rejeitar as opções (i), (ii), (iv) e (v), mas reconhecerá contribuições importantes de (iii) e (vi), item sobre o qual se formula o primeiro argumento do autor e, em parte de (vi), referido a seguir. (2) O *modelo baseado em descrição* é enunciado apenas em função de sua (vi) linguagem descritiva (1998, p.259), também criticado e rejeitado. (3) O *modelo baseado na linguagem explanatória* possui duas versões: (vii) da ciência aplicada (1998, p.272) e (viii) da doença interna, lesão e microbiologia, em Bichat e Broussais (1998, p.268), o que Engelhardt retira de Foucault, a partir de onde o autor deriva uma dialética entre *explanans e explanadus* (1998, p.271), embora aceitando parte da versão (vii), o que discutimos anteriormente. (4) O *modelo social* – defendido

por autores como Foucault, diz Engelhardt – costuma ser apresentado mediante quatro argumentos: (ix) a medicina como formadora da sociedade, (x) a sociedade médica, (xi) as sociedades médicas e não-médicas e (xii) a democratização da realidade (1998, p.285), todos eles criticados e reconsiderados pelo autor, mas à luz dos resultados sobre o modelo explanatório sobre medicina, extraído de Nordenfelt e Lindahl. Em suma, a análise e crítica destes 12 modelos e versões permitirá a Engelhardt formular três argumentos, baseados nos itens (iii), (v) e (vii), para rejeitar conjuntamente os modelos baseados em *valor* e em *descrição* (o que nós chamamos de normativismo e naturalismo conservadores), e defender uma versão do modelo explanatório de doenças em conformidades com considerações sobre o papel social da medicina (acomodando o modelo baseado no valor na forma de construtivismo). Passemos agora a discussão dos argumentos do autor.

1. Os fundamentos epistemológicos da medicina segundo Engelhardt.

Passaremos a discutir como Engelhardt sustenta seu normativismo revisionista e construtivista, assim como suas críticas aos demais modelos, para posteriormente avaliarmos suas consequências para a ética médica. A análise dos modelos filosóficos sobre o significado de “medicina” e “doença” é preparada pelo autor por uma espécie de diagnóstico histórico e social:

(1) A medicina molda a realidade conforme diagnostica a forma e o grau dos problemas humanos, mediante categorias patológicas (doença, enfermidade, deformidade, incapacidade, desfiguração) e modos causais (fisiológico, anatômico, psicológico), tal que dor, sofrimento, forma humana e fisiologia são vistos como “problemas clínicos” e, então, também vistos como circunstâncias desviantes e com certo valor social, já que a medicina é um fenômeno tanto intelectual quanto social (1998, p.231). Os indivíduos de outras culturas ou os predecessores da nossa própria não viam o mundo tal como nós, interpretando os fenômenos fisiológicos e psicológicos segundo categorias etiológicas de uma visão científica de mundo, além do sentido social que reunia coisas como dor de dente, apendicite, moléstias cardíacas e esquizofrenia. Portanto, vemos o mundo desde expectativas sociais e científicas, e os fatos médicos não são verdades eternas, mas resultados históricos. Todo conhecimento é histórico e socialmente condicionado e isso é “particularmente marcante na medicina” (1998, p.233).

(2) O próximo passo do autor será formular uma teoria da ciência em geral para justificar essa primeira afirmação sobre a medicina.

Vejamos: não se pode falar de conhecimento médico não distorcido como se houvesse total posse da informação, mas “procura-se uma realidade compartilhável entre estranhos morais”, o que seria possível perseguindo um ideal de conhecimento científico experimental e intersubjetivo (1998, p.234), pois, em geral, não podemos conhecer a realidade para além de nossas interpretações e mesmo a *coisa em si* é produto do pensamento, de onde se segue que a busca do conhecimento não é a do puramente outro, mas a do avanço do conhecimento, não a aproximação à coisa em si, mas explicação cada vez mais completa enquanto tarefa da cultura, pois as categorias do conhecimento são históricas, e as revoluções científicas, as diferenças culturais, são mudanças de categorias, como diria Hegel.

(3) Por razões semelhantes admite-se outra conclusão: a medicina é um promissor lugar para explorar o papel dos valores na ciência, pois na medicina misturam-se as preocupações de *conhecer verdadeiramente e intervir eficientemente*. Esse argumento é interessante, notemos, pelo fato de evitar a dupla predicação comumente atribuída à medicina como “medicina é arte e ciência”; entretanto, não elimina aquela característica do julgamento médico por nós discutida, a saber, que seu raciocínio é *ad hoc*. O exemplo que Engelhardt nos fornece é o da “doença da masturbação”, que no passado acompanhava constatações empíricas, anatomia, autópsias, diagnóstico e tratamento cirúrgico, ou ainda o exemplo de um caso de histeria com catelepsia que também mostra como foram as expectativas culturais que deram forma à estrutura da descoberta (1998, p.236). Outro exemplo significativo para o argumento do autor é o atual diagnóstico de homossexualidade: o DSM-I a define como personalidade psicopática, o DSM-II como desordem de personalidade, o DSM-III como disfunção egodistomica, o DSM-III-R como disfunção social em termos de desordem sexual não-especificada, caracterizada pela aflição sobre sua orientação sexual, o DSM-IV mantém a tese do DSM-III-R ao afirmar que será uma desordem mental se o indivíduo apresenta persistentemente preocupação com sua orientação sexual (1998, p.237). Essas alterações no diagnóstico da homossexualidade deve-se as mudanças sobre a ideia de sexualidade e perversão, diz Engelhardt. O autor continua esclarecendo que controvérsias semelhantes ocorrem sobre a síndrome pré-menstrual e outras desordens psiquiátricas, revelando mais uma vez como valores e expectativas sociais dão forma às classificações particulares de doenças, devido a (i) psicologia da descoberta e (ii) a moral e metafísica em diferentes comunidades. As dificuldades em se responder o que é doença não se limitam à psiquiatria e sexualidade, como a doença da *clorose* descrita no século XIX ou o exemplo clássico de considerar a febre uma doença no século XVIII,

como em Sauvages (cuja *Nosologia Methodica Sistens Morborum Classes* classificou as doenças em quatro classes, sendo a febre a primeira) ou Cullen (que, em *Nosologia*, definiu quatro tipos de doenças, sendo a primeira designada *pyrexia*, subdividida em cinco, sendo a primeira “as febres”). Todos estes exemplos mostram discrepâncias históricas das classificações de doenças em relação ao passado, a ponto de muitas vezes não podermos determinar em suas nosologias qual doença estaria sendo descrita. Entrementes, notemos que esse argumento é anacrônico: do fato de que um conhecimento possuir uma história passada não se segue que sua verdade é exclusivamente histórica nem que esteja determinado a futuramente sofrer equívocos de formas similares, uma vez que todo conhecimento empírico necessariamente admitirá um passado e um desenvolvimento. Assim, o que a historicidade da ciência nos ensina é que a verdade conhecida não é uma exclusividade do método de investigação e que, por mais bem sucedido que seja um método, não pode ser pensado *a priori* como imune às crises, mas disso não se segue necessariamente – como Engelhardt parece deduzir – um construtivismo de todos os níveis da ciência. A história de uma ciência não é suficiente para concluir o construtivismo. Por isso, argumentamos antes que podemos elencar exemplos de dificuldades nos diagnósticos atuais, não tanto para mostrar que a medicina é socialmente relativa e historicamente construída, mas, devido aos julgamentos *ad hoc* inevitáveis em alguns componentes teóricos, por isso mesmo revisáveis: (i) TDAH (*Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade*) em crianças, (ii) lipofuscinose ceróide neuronal, (iii) dificuldades de aprendizagem, (iv) acidemia metilmalônica, etc. O problema na tese de Engelhardt, comum a maioria dos normativistas, sobretudo aqueles mais radicais como Foucault, está em ater-se quase que exclusivamente aos exemplos retirados da psiquiatria ou, quando muito, de doenças crônicas. Mas o autor observa que o problema não é de teoria médica, mas prático, pois o simples fato de produzir uma classificação médica gera expectativa social. Por exemplo, a modificação da expectativa dos pais em relação à determinação médica de riscos no parto e exigências de intervenção cirúrgicas, desde perineotomia à cesariana, o que altera o direito dos pais e o significado do parto. Analogamente, a patologia revela limites da interpretação do organismo, mas não apenas devido aos limites científicos, mas antes por manter em aberto importantes complexidades biológicas. É certo que da expectativa social podemos deduzir que a prática médica pode ser formada segundo demandas, mas disso não se segue que não hajam dificuldades biológicas, anatômicas e fisiológicas inerentes aos casos patológicos e aos componentes etiológicos. Ainda que

Engelhardt procure fornecer outros exemplos para além da psiquiatria, a concepção de patologia desta permanece lhe servindo de modelo, quando seria mais apropriado constatar que a medicina não pressupõe para si um único modelo em patologia.

(4) O autor continua, entretantes, introduzindo um segundo passo ao seu argumento: ver a vida de modo medicinal não produz questões apenas de medicina científica, mas de políticas públicas e ética, *conforme o que e como classificamos doenças* (1998, p.241). Por exemplo, o diagnóstico de câncer através de um exame de Papanicolau exige não ser liberal demais na contagem das células, para não levar a operações desnecessárias, nem conservador demais para não gerar tratamento tardio, isto é, o diagnóstico já inclui uma avaliação de riscos e não apenas de normalidade biológica, como sugeriu Lee B. Lusted, em *Introduction to medical decision making* (1983) (*apud* ENGELHARDT, 1998, p.241). Este último argumento nos parece muito mais frutífero que o primeiro, por tornar mais claro que *risco* é um conceito amplo, expressa obrigações morais de eliminar e evitar consequências maléficas e serve de índices de normalidade instrumental. Explica o autor que o ato de chamar algo de “problema médico” cria dificuldades no destino das pessoas, como admitir algum nível de tratamento em estágios particulares de câncer, de modo que a diferença entre estágios do câncer pode depender do prognóstico otimista ou não, da técnica de tratamento disponível, se cirúrgica ou radiológica, etc. Isto significa – acrescentemos – que o “risco” é uma categoria tanto naturalista quanto teleológica, pertence tanto aos efeitos da doença quanto aos métodos de tratamento. Isso deve bastar como exposição do construtivismo do autor. A partir disso, para avaliarmos se o modelo de priorização da autonomia não inclui algum erro inferencial, passaremos a discutir seu segundo grande pressuposto, que a medicina se formula mediante linguagem explanatória.

2. As quatro linguagens da medicalização em Engelhardt (1998, p.242).

2.1. O problema da linguagem médica.

Como vimos, Sadeh-Zadeh defendeu que, para diversos conceitos de doença D_n e diversas linguagens médica L_n , pode-se aplicar a um estado-de-coisas x um predicado $p = D_1$ para L_1 (SADEGH-ZADEH, 1977). Ora, se isso for correto e, uma vez que a medicina é teórica e não apenas prática, então poderíamos nos perguntar quais e quantas linguagens L forneceriam uma síntese das diversas linguagens médicas particulares e comunitárias. É precisamente isso que Engelhardt procura fazer em

seguida, ao afirmar que há quatro linguagens médicas como dimensões conceituais para considerar problemas clínicos, cada qual com sua própria gramática e regras, formando quatro conjuntos de restrições sintáticas e semânticas: (L₁) suposições avaliadoras; (L₂) descrições; (L₃) visões explanatórias; (L₄) e expectativas sociais, tal que aceitar uma dessas explicações depende do quanto compartilhamos certas suposições (1998, p.242). Mas Engelhardt não faz isso para demonstrar que é possível um conceito difuso de saúde-doença, mas, pressupondo o fracasso apenas das explicações naturalistas, limita-se a expor sua variedade.

2.2. Risco, dor e ansiedade como pressupostos da medicina.

O autor parte de uma breve digressão sobre a dor e o sofrimento, já que estes sempre estão incluídos nas considerações normativas em medicina: as classificações da dor levam em conta algum conceito de vida boa e, implicitamente, de não-maleficência, pois a dor, a partir do século XX, não aparece mais nas classificações como tipo de doença, mas como sintoma, diferente das classificações antigas, como a de Carl von Linné ou de Sauvages. O valor da dor e de outros fenômenos clínicos dependerá da linguagem em que se compreende a doença. A classificação sobre dores deve-se à classificação da realidade da doença e somente será levada a sério se tiver causa anatômica ou patológica, isto é, o valor de verdade destas causas sob as queixas. Portanto, diremos que Engelhardt defende a tese da *etiologia prioritária*, a saber, que a definição de dor sempre depende necessariamente da definição de doença. Mas essa tese é por si só um juízo de valor: primeiro, porque o número de casos de dores determináveis segundo lesões do tecido nervoso são em menor número que as chamadas dores psicogênicas, mesmo em casos cirúrgicos; segundo, porque a tese da etiologia prioritária tem por consequência ética rejeitar qualquer sentido prioritário ou *prima facie* ao princípio de não-maleficência (e, por extensão, o de beneficência), de forma que a filosofia da medicina de Engelhardt parece ser escrita para corroborar sua concepção prévia de ética. Certamente existe uma história do conceito de dor, que começa sendo entendida como afeto e, então, chegou a ser determinada somaticamente. Mas se existem dificuldades na definição de dor, não é simplesmente porque nossos juízos de valor participam da investigação, mas também porque os fatores fisiológicos e anatômicos “respondem” às fontes emocionais, culturais e demais associações, de sorte que não podemos encobrir que essas são dificuldades reais para a investigação científica.

2.3. As concepções de doença segundo Engelhardt.

Engelhardt chamará de “linguagens médicas” aquilo que, acima, chamamos de modelos epistêmicos naturalistas e normativistas, sem chegar a tratar propriamente da estrutura dessas linguagens, como vimos em Sadeh-Zadeh e Roths Schuh. Entretanto, os argumentos do autor permanecem muito relevantes para uma análise bioética.

i) *A linguagem avaliativa.* Ver algo como doença, enfermidade, deformidade, deficiência, é entendê-lo como falha em relação a algo esperado: falha em alcançar um nível esperado de liberdade em relação à dor e a ansiedade, uma realização humana esperada ou o esperado para a duração da vida. Estes gêneros caracterizam o sofrimento e o problema a ser resolvido. Assim, a perspectiva avaliadora em medicina significa entender a *doença como tratável ou expectativa de uma comunidade*. Esta perspectiva admite variações, cuja questão é se se trata de valores sociais ou de valores naturais. A primeira versão consiste na “*busca por valores na natureza*” (1998, p.244). Observa o autor que até recentemente admitia-se valores biológicos intrínsecos, por exemplo, ao se falar em perversão sexual. O problema é como provar que tais atos não são naturais e como descobrir as normas para as quais tais atos são desvios. Pode-se definir a norma por estatística, sobre o que observa Engelhardt, neste caso, que o problema é como isso definiria uma norma biológica e como serviria de base moral. A resposta tradicional foi o finalismo teológico, reunindo o Deus cristão e a linguagem aristotélica de essências e causa final, levando Tomás a defender que a masturbação é um crime mais grave que o estupro por ser uma violação contra a natureza e não contra o homem, como a fornicação e o adultério (1998, p.245). Isso levou a hipótese de que seria possível conhecer objetivamente as doenças recorrendo aos desígnios da natureza, segundo as funções dos órgãos, com o que se reuniu uma moralidade e uma metafísica para formar uma explicação normativa da natureza. Entretanto, a explicação neodarwinista é diferente: o daltonismo é uma desvantagem em muitos ambientes, mas pode ser vantajoso em ambientes onde camuflagem é uma vantagem. O criacionista responderia que o daltonismo ainda é um defeito, ainda que vantajoso circunstancialmente, assim como o homossexualismo. Porém, se nos afastarmos de uma moral particular – diz Engelhardt – não poderemos assumir o argumento do desígnio, a suposição do ambiente ideal, nem o estabelecimento normal em si mesmo. Também não poderemos assumir uma normalidade em si mesma, sequer por estatística: assim como do fato da maioria mentir não se segue que mentir seja correto, do fato de muitos fenômenos serem comuns não se segue serem

saudáveis ou não patológicos, como a cárie dentária, a arteriosclerose em idosos. Distintamente, é da possibilidade de tratamento que se costuma enquadrar os fenômenos em categorias de doença-enfermidade, conclui o autor. A *Resposta₁* do autor a esse primeiro modelo está no reconhecimento de um modelo baseado no *valor do tratamento*, enunciado pelo autor nestes termos: “a anormalidade é reconhecida como tal dentro de um contexto particular de expectativas” (1998, p.246) – tese que o autor tornará uma de suas premissas fundamentais, ainda que não sua conclusão: dizer que a anormalidade depende de um contexto particular significa que a medicina se enquadra em uma visão moral da expectativa de comunidades particulares, e que em contexto secular não se poderá defender certas definições de normal (natural) e anormal (não natural).

Uma segunda versão, mais forte, o autor encontrará na obra de Boorse, isto é, na *tese da saúde como adaptação*. Já adiantamos muito desse debate, e aqui procuraremos apenas localizar as questões inferenciais das quais temos nos ocupado. Em Boorse, a doença é definida desde os níveis ou funções típicas da espécie determinadas em sua evolução, distinguindo doença como conceito valorativo e enfermidade como não valorativo, identificando “saúde como adaptação” e “doença como atipicidade da espécie” (1998, p.247), através de níveis que vão do teórico ao prático: *doença* = (a) estado suficiente de incapacidade; (b) motivo para tratamento; (c) válido para comportamento criticável. Engelhardt resume a filosofia da medicina de Boorse segundo definições fundamentais: (i) *referência* é a classe de organismos com funcionamento uniforme segundo grupos etários e sexo; (ii) *função normal* define-se segundo a contribuição estatisticamente típica; (iii) *enfermidade* é a redução de habilidades funcionais ou limitação; (iv) *saúde* é a ausência de doença (1998, p.248). Para essa segunda linguagem o autor também fornece uma *Resposta₂* (1998, p.248-253). O primeiro problema em Boorse está no ato deste destacar a aptidão reprodutiva individual deixando de lado as demais aptidões, supondo que o mais importante na evolução seria a reprodução individual e não maximizar as chances de espalhar seus genes. Deste modo, Boorse tende a admitir um único desígnio biológico e não uma série de desígnios, a adaptação das espécies desde várias características contrastantes, o que significa que ele platonicamente defende um modo típico de alcançar excelência na espécie humana. Por exemplo, se a anemia surgiu na mulher para proteger a gestante da malária, então será um produto bem-sucedido da reprodução. Boorse reconhece haver características polimorfas, mas não aceita que vários equilíbrios entre estas características maximizem a

aptidão. Segue-se que Boorse conclui que o homossexualismo é uma doença. Por isso, devemos concordar com Engelhardt que, quanto mais se aceita que os fenômenos biológicos possam ser colocados numa linha contínua, mais difícil é defender uma tipicidade sem normatividade (1998, p.249).

Uma terceira versão descrita por Engelhardt dependerá dos “julgamentos de moléstias e de valor” (1998, p.253). A questão implícita até aqui é a seguinte: como identificar o normal e o anormal? Diz o autor que medicina é ciência secular, não podendo definir saúde e doença nem pelos desígnios de Deus nem desde estatística ou não tipicidade da espécie. É relevante para a zoologia determinar funções características de uma espécie e seus processos evolutivos, de modo que o conceito de moléstia daí decorrente pode no máximo ser de interesse fora da prática médica clínica. A medicina é sempre aplicada à realização dos objetivos individuais e da sociedade. Mas, dessa tese da enfermidade como entidade normativa se segue que animais e plantas dependem de interpretações humanas sobre seus propósitos, ou seja, dependerão dos animais de estimação, pois, em sentido clínico, não se poderia considerar animais ferozes e plantas como doentes, a não ser por analogia, o que não consideraria seu sofrimento. Estes argumentos levam a defesa da *tese da medicina baseada em valores culturais*: patologia é um sofrimento como desvalor e um problema médico deve-se ao fracasso de uma condição *desejada*, o que depende de uma família de valores e de problemas a resolver. Estes problemas são dispostos em uma linha contínua de causalidade, fisiológica e patológica, desde tuberculose à cirurgia plástica. As noções de função e forma humana são fortemente dependentes de valores culturais; entretanto, tratar dor no peito acompanhada de irradiação no braço esquerdo, esgotamento e sensação de morte iminente seria menosprezar o infarto do miocárdio em certa cultura; mas, considerar o daltonismo ou a capacidade de enrolar a língua uma moléstia são concepções mais dependentes da cultura. Seja como for, Engelhardt entende que na perspectiva valorativo-cultural não é tanto o conceito de *enfermidade* que serve de modelo, como pretendeu Boorse, sequer o de *doença*, como ocorre em Tomás de Aquino, mas o de *moléstia*, isto é, que os problema médicos aparecem em termos de moléstia conforme se relaciona objetivos, ambientes e valores culturais. Assim, dizer que “o tratamento de enfermidades é uma realização da sociedade” não significa enfatizar o relativismo das demandas sociais, mas, inversamente, esclarece Engelhardt, localizar o caráter da medicina primeiro no tratamento e somente depois no diagnóstico e prognóstico (1998, p.255). Ora, é precisamente isso o que dá sentido ao debate ético

sobre o direito de escolher ou recusar tratamento, e por isso Engelhardt necessita comprometer-se com o conceito de “ser tratável para uma sociedade” como necessário. Mas, poderíamos agora observar para além dos exemplos do autor, que definir a menopausa como enfermidade é mais controverso que o infarto do miocárdio nas diferentes culturas, por ser mais fácil recusar tratamento para menopausa e não apenas porque uma cultura pode se recusar a considerar algo como enfermidade.

A quarta versão define a doença segundo as causas dos males. A solução seria reconhecer que o termo “enfermidade” é ambíguo, devendo ser substituído, por exemplo, por “problemas clínicos” (1998, p.256). Clouser-Culver-Gert definiram doença como uma condição ou risco de um mal, como morte, incapacidade, dor, perda de liberdade, etc., na ausência de uma causa distinta de sustentação. Essa tese seria equivocada – diz Engelhardt – porque a medicina trata diversas doenças com distintas causas de sustentação, como a infertilidade e seu tratamento por inseminação artificial, cuja causa é a baixa contagem de espermatozoides. Por isso, seria necessário um termo mais geral (como “problemas clínicos”), o que indicaria melhor como uma condição aparece como merecedora de tratamento, iluminando as longas disputas sobre a natureza das doenças (1998, p.256).

Enfim, a quinta versão sob a perspectiva da definição valorativa de enfermidade pode ser chamada de *instrumentalismo* (1998, p.256): enfermidades não são entidades que persistem, mas o conjunto de descobertas reunidas em função da sua utilidade para prognósticos e tratamentos. A linha entre descobertas fisiológicas ou psicológicas e as patológicas devem-se aos valores numa circunstância e não a uma distinção fora disso. A visão instrumentalista da enfermidade tem a vantagem de evitar as questões ontológicas, tal que determinar que o problema x precisa de terapia y pode também incluir custos, resultados e sobrevivência. Diga-se de passagem, este será um dos argumentos centrais de Engelhardt, somado ao modo como anteriormente acomodou alguns critérios de valorações culturais. Por isso, ele continua dizendo que “problemas clínicos” significam não haver explicação neutra puramente descritiva, mas as enfermidades nos aparecem como problemas a resolver, mesmo que porventura possa trazer vantagens, por exemplo, uma enfermidade que permita aposentadoria antecipada, mas uma enfermidade se define por ser depreciada. Pode-se distinguir, como fez Boorse, entre doença e enfermidade, circunstâncias anatômicas, fisiológicas e psicológicas, que levarão ao sofrimento ou que são típicas na espécie, mas isto não elimina o fato de que enfermidade tem sentido contextual e que podemos dizer de um indivíduo que este tem um

“problema clínico” e, ainda assim, não estar doente. Engelhardt estaria entendendo que *dizer que alguém está doente é fazer juízo de valor negativo* (1998, p.257). Algumas vezes o nome da enfermidade reflete a depreciação, como “esquizofrenia”, exemplos que mostram que por “doença” se deve entender “a coisa a ser evitada, curada, tratada”. Entretanto, notamos que o exemplo da esquizofrenia usado por Engelhardt é tendencioso, por dirigir-se à generalização, uma vez que os dicionários etimológicos de termos médicos mostram que é a minoria dos nomes de enfermidades que são depreciativos (REY, 2003).

ii) *A linguagem descritiva*. Mas as enfermidades não aparecem apenas segundo valores, continua Engelhardt, mas também desde descrições, levando à padronização de conceitos, como as classificações e nomenclaturas em patologia (1998, p.259). Contudo, uma mesma nomenclatura pode usar descrições anatômicas, fisiológicas ou clínicas conforme o contexto, como por exemplo, na moléstia de Wilson. A descrição está sempre afetada pela linguagem avaliativa e explanatória, de modo que a psicologia da descoberta em medicina, as expectativas e a interpretação são mais presentes que nas demais ciências, principalmente o impacto das interpretações diagnósticas (WULFF, 1981, p.30-41, *apud* ENGLHARDT, 2008, p.260), pois interpretar uma dispneia como problema médico é interpretá-la como objeto de intervenção. A padronização das descrições em conceitos ou nomenclaturas dá às descrições um sentido explanatório, de modo que um médico poderá ver um dado sintoma como sendo desta ou daquela doença. Porém, como já ficou explicitado, o problema da heurística médica não se situa simplesmente na demarcação entre descritivo e explanatório.

iii) *A linguagem explanatória*. Passaremos agora a descrever como o autor defende a importância da linguagem explanatória em medicina, bem como sua notória prioridade nos setores de classificação de doenças, momento importante também para compreendermos as críticas do autor à Foucault e para estabelecer outros de seus pressupostos. Entende-se por pesquisa explanatória, em geral, o método centrado no levantamento bibliográfico e estudos de caso, dirigido para estabelecer hipóteses, o que implica na maior proximidade entre pesquisador (médico) e pesquisado (paciente), em distinção ao método descritivo e explicativo. Engelhardt afirma contundentemente que a linguagem da medicina depende de procedimentos explanatórios, em função de umnexo patológico não solucionável pelo indivíduo que sofre (1998, p.261-264). O modelo explanatório traz unidade a este conjunto de eventos: um exemplo claro é a história da Aids, cujo conhecimento progressivo foi alterando as formas de explicação, não apenas devido aos valores morais e sociais a ela

atribuídos, mas também valores epistemológicos. Eventos como febre, dor, erupções cutâneas, transpiração, são explicados conforme leis que dão sentido de regularidade e coerência. O problema clássico está na relação entre os dados clínicos e os da patologia, sendo que as descobertas de um contribuem com a significação do outro e vice-versa. É o desenvolvimento da correlação clínico-patológico e patológico-clínico que permite o avanço dos modelos explanatórios médicos. Mas a medicina não faz isso apenas por teoria, mas para realizar tratamentos e prognósticos. Se é verdade que a ciência tem uma forte preocupação com explicações e previsões, na medicina isto teria um caráter não epistemológico: não se prevê para saber melhor, mas enquadrando explicações em vista da manipulação da realidade de dores, ansiedades e deformidades. Os objetivos da explicação orientam as ciências aplicadas como a medicina, moldando a explicação em favor dos objetivos não-epistêmicos. As descobertas médicas ocorrem principalmente em etiologia e patologia (o que significa que Engelhardt exclui da ética médica as contribuições específicas da epidemiologia e da medicina preventiva, assim como faz seu raciocínio depender mais do prognóstico do que do diagnóstico). O autor esclarece que não podemos encontrar em cada época ou local as mesmas concepções médicas de certa enfermidade, pois a descrição dos eventos e o modelo explanatório possuem relação dialética, tal que os eventos diversos podem ser vistos como uma mesma enfermidade ou eventos comuns serem tomados em enfermidades diferentes, por exemplo, ao distinguir tifo e febre tifoide ou ao distinguir febre e enfermidade. Engelhardt ainda exemplifica, citando Thomas Sydenham (*apud* ENGELHARDT, 2008, p.264), que descrevera os sintomas da sífilis e da gonorreia como sendo uma mesma doença, diferente do que fazemos hoje. Isto ocorre porque se tornou mais precisa a descrição etiológica, o que valeria também, diz o autor, para nossos modelos explanatórios atuais que classificam os tipos de câncer. Engenhardt exemplifica que F. Bacon e Sydenham forneceram um modelo botânico de classificação de doenças influente por todo século XVIII, a ponto de botânicos famosos, como Linnaeus, publicarem classificações de doenças (1998, p.264). Assim, na classificação de Sauvages, dores e febres eram classes de enfermidades, tal como gravidez era classificada junto as “deformidades” ou como “fluxo” caso incluísse “descargas de sangue” e “diarreja”. O que ocorre – explica Engelharddt – é que a classificação era clínica e não etiológica ou anatômica (1998, p.266).

Mas, observemos, o motivo de Sauvages era o mesmo da DMS III a IV, ser neutro, já que a medicina da época vivia grande conflito de

perspectivas por não possuir conhecimento etiológico. O esforço estava em abandonar todas as hipóteses filosóficas. Com isso, os autores ignoraram que essa própria tese já era rica em suposições valorativas. Entretanto, isso ainda ocorre hoje em setores de difícil explicação, como é o caso notório da psiquiatria. A introdução do DSM III afirma que a maior parte das etiologias são desconhecidas e, por isso, se assume uma perspectiva “aleatória”, dada a curta relação entre etiologia e patologia. Mas Engelhardt não deixa de observar que a medicina do século XIX se modificou devido ao sucesso da anatomia e fisiologia para fundamentar a etiologia e patologia. Segundo o próprio Engelhardt, este seria o cerne da mudança na história da medicina para Foucault (1998, p.268), quando a visão voltou-se para dentro do organismo, com Bichat e Broussais, isto é, tal que a enfermidade deixou de ser aquilo que é conhecido pelo clínico ou o paciente, e passou a ser definida em termos de lesão ou, conforme R. Virchow, a doença no século XIX seria a alteração quantitativa das células. Com isso, se modificou toda a linguagem das enfermidades, distinguiu-se claramente enfermidade e sintoma, e se exigiu uma radical mudança das nosologias clínicas. De fato, conforme mostra o comentário de Bichat à tuberculose, muitos dos seus sintomas eram antes tomados como enfermidade essencial devido aos métodos clínicos práticos e a ausência de exames post-mortem. A consequência foi desacreditar na ontologia da palavra do clínico e sua fenomenologia, mesmo quando incluía alguma anatomia e etiologia. A mudança no modelo explanatório permitiu unificar o que era disperso nas antigas nosologias e as descobertas da medicina não podiam ser interpretadas pela anatomia e fisiologia, mas pelo constante progresso da terapêutica. Ocorre que no século XIX os dois domínios da descrição médica – da clínica e da microbiologia – se correlacionaram, além da descrição dos novos fisiologias e anatomistas. Descobertas clínicas e de laboratório podiam falsear suposições teóricas na medida em que uma podiam levar à correção da outra. Isto representou uma interação dialética entre *explanans* e *explanandum*. Contudo, essa “dose de dialética”, que o autor alude aqui, é bastante diferente daquela por ele mencionada sobre o caráter explanatório e instrumental da medicina, pois agora é o modelo de pesquisa científica que se tornou mais robusto, que eliminou o caráter técnico e conjectural da medicina. Além disso, tanto Broussais quanto Foucault – observa Engelhardt – deixaram de apreciar o sentido total destas mudanças, entenderam que o mundo do sintoma fora lançado novamente, mas deixaram de perceber que tais mudanças levavam consigo uma ideologia que desconsiderava o significado da queixa dos pacientes, pois não eram mais tomados de boa-fé, senão quando se referia

a alguma lesão ou disfunção. Isso ocorre porque as ciências de laboratório haviam formado uma nova ontologia da enfermidade, prévia à clínica, ou seja, em relação aos modelos explanatórios (1998, p.271). A medicina sempre permanece centrada no sofrimento do paciente – reconhece Engelhardt – mas a mudança no modelo explanatório levou à *infeliz* mudança na “ideologia dos sintomas”.

Engelhardt acusa Foucault de defender uma ideologia dos sintomas, uma “infeliz ideologia” (1998, p.268). Contudo, apesar de que a teoria daquele não o autoriza a afirmar nenhuma moral essencial à medicina – a não ser o direito de certos médicos ou grupos de médicos pertencentes a uma comunidade particular terem sua orientação respeitada –, o autor ainda assim supõe como bem essencial a ausência de sofrimento junto ao direito de aceitar e pedir ou não por tratamento. Tanto que, na continuidade, explicita que as nosologias clínicas anteriores davam peso aos problemas do paciente e, por isso, a dor era uma das dez classes de moléstias na nosologia de Sauvages; ou, dando destaque aos sintomas, ao considerar enfermidades e ao legitimar as queixas, uma forma particular de tratamento e um papel social particular. O que não fica respondido é porque para Engelhardt “o erro estava em deixar também e se concentrar nos objetivos da medicina” que, “assim como na ciência aplicada, a medicina permanece centrada em tratar o sofrimento humano”, o que “forma a realidade social no sentido da realização de metas terapêuticas” (1998, p.272), ou seja, que são estas preocupações inerentes à medicina que reúnem as realizações avaliadoras, descritivas e explanatórias, em uma linguagem formadora da realidade social. Ainda que fosse verdade que Foucault não foi atento a mudança dialética da linguagem médica, permaneceria duvidoso se Engelhardt responde ao problema levantado por Foucault, a saber, que a medicina, justamente por ser formadora da realidade social, faz isso de forma interessada e não sem consequências sociais significativas. Essa é a disputa entre o normativista conservador e revisionista. Mas precisaremos primeiro entender o que Engelhardt entende por “linguagem formadora da realidade social”, o que será abordado em seguida.

iv) *Linguagem formadora da realidade social* (1998, p.272-273). Engelhardt costuma construir seus argumentos mediante uma lista não padronizada de termos médicos do tipo “dor, sofrimento e ansiedade” (1998, p.262), “risco, sofrimento e dano” (1998, p.161), “dor, sofrimento, forma humana” (1998, p.231), “dor e incapacidade” (1998, p.251), “doença, deformidade, incapacidade” (1998, p.231), “doença, enfermidade, deformidade, deficiência” (1998, p.242), etc., sem chegar a questionar os usos e relações entre estes termos, sugerindo – ao criticar

Boorse – que doença e enfermidade são termos intercambiáveis, mas sem se preocupar se faz diferença para a medicina a sua relação com a enfermidade, a deformidade ou a deficiência. Concordamos que a medicina não poderia partir de uma ontologia desses setores, pois eles são muitas vezes valorativos, outras vezes descritivos, quando não aleatórios ou conjecturais; contudo, defendemos que, uma vez que a medicina esteja constituída, esclarecer como estes termos são tratados pelos médicos e pesquisadores da saúde auxilia na compreensão do ofício da medicina em geral.

Agora a hipótese do autor é que as linguagens *i*, *ii*, *iii* foram reunidas no século XX na nova linguagem médica do tipo *iv*. Os médicos e profissionais da saúde descrevem os problemas como medicinais e sociais; caracterizar um paciente como doente não é apenas definir um *problema médico*, mas colocá-lo em papéis sociais, com o que se estabelece um *imperativo terapêutico*; o indivíduo totalmente doente é desresponsabilizado socialmente; o indivíduo pode perder direitos ou aliviar-se de prerrogativas, como nos diagnósticos de insanidade; etc. Engelhardt inverteu o argumento de Foucault. Tal como um policial quando aborda um criminoso, o médico não apenas descreve a doença, mas modifica a realidade social; além disso, o diagnóstico não elimina a realidade física da doença, mas associa eventos fisiológicos e psicológicos a um conjunto de reações e expectativas sociais. O conjunto de expectativas difere conforme mude o diagnóstico, podendo haver respostas típicas ou estereotipadas em certas enfermidades e conforme certos grupos sociais (seguradoras, empregadores, amigos, familiares, etc.). O diagnóstico é um modelo de rotulagem social assim como o processo de prender um criminoso. Entretanto, responderíamos que ninguém confunde hoje culpa moral e imputabilidade causal patogena: é pelo fato da medicina ocupar-se dos eventos por causação que a culpa por estar doente é retirada na maioria das vezes. Assim, poderíamos devolver o ônus da prova: o fato de noções morais como “culpa”, “sacrifício” (dietas alimentares, sexuais, profissionais, etc.), etc. não pertencerem mais a linguagem médica pode ser interpretado como indício de sua não vinculação aos valores culturais correntes ou qualquer outra espécie de moralização dos danos e riscos. Além disso, dizer que o diagnóstico tem um efeito social sobre o paciente análogo a um processo sobre um criminoso não significa concordar com Foucault, abandonando a tese inicial de que a linguagem médica deve reunir valorações e descrições? Onde termina a analogia entre o doente e o criminoso ou entre o médico e o policial? Não sofrem essas analogias do mesmo problema daquela

analogia antes discutida, entre diagnose e criminologia ou entre casuística médica e jurisprudência jurídica?

3. Crítica à inferência autonomista fundamentada na hipótese explanatória.

A concepção de medicina apresentada acima se segue de uma concepção construtivista que define o método da medicina como explanatório, e uma concepção revisionista de doença e saúde que estabelece como condição de possibilidade da medicina o interesse das pessoas. Disso se infere que é o interesse das pessoas que serve de fundamento da prática médica. Desse fundamento se conclui a priorização da autonomia ou permissividade dos indivíduos e a delimitação da beneficência médica em relação a essa priorização. Mas esse raciocínio comete um equívoco: se é correto afirmar que a medicina incorpora critérios normativos em seu método, disso não se segue que os próprios conceitos de saúde e doença sejam redutíveis aos critérios construtivistas como suas fontes; segue-se, no máximo, que o método adere a critérios normativos, mas não toda a definição do objeto (doença-saúde). Ora, se a heurística médica incorpora elementos normativos principalmente utilitaristas, como mostramos no capítulo anterior, então podemos inferir que o princípio de autonomia é necessário para limitar o poder paternalista dessa tendência normativa, mas nem por isso poderemos rejeitar a igual prioridade daquelas normas utilitárias sobre benefícios e danos possíveis ou esperados pelos métodos de julgamento e decisão biomédicos. Teremos, antes, que aceitar que ambos os lados são igualmente relevantes, e fazer da ética o método de ponderação e especificação entre aquelas duas fontes.

Por um lado, o autor reúne as teses da “medicina como linguagem explanatória” e “medicina como formadora da realidade social”, por outro lado, poderíamos dizer a partir das nossas considerações precedentes, reúne as concepções de “doença como sofrimento” e “doença como tratável pela medicina”. A pesquisa nunca é neutra devido aos diversos incentivos e motivações dos cientistas, sejam financeiros ou não, o que se procura resolver mediante padrões mais ou menos formais e discussões públicas e testemunhos legais, comissões de avaliação de terapias, o que revela que as decisões são por votação, levando em conta não apenas a realidade física, mas também a utilidade social (1998, p.275). Desse modo, a medicina é descrita como normativa de ponta a ponta, não sendo preciso provar como ela chega a incorporar padrões de julgamento, já que de saída foi descrita como formulada segundo objetivos morais

(eliminação de sofrimento e demandas sociais). Engelhardt estaria defendendo que a utilidade social é predominante em medicina, mas conclui que isso não interfere na “realização das metas terapêuticas” se as “mudanças infelizes na ideologia dos sintomas” forem *corrigidas* por uma ética autonomista capaz de respeitar tanto os interesses do indivíduo enfermo, quanto eliminar “o erro de deixar de concentrar-se nos objetivos e propósitos da medicina, [que] permanece concentrada em tratar do sofrimento humano” (1998, p.272). Ora, do fato de que seja necessário “corrigir” ou “limitar” os propósitos utilitaristas incorporados na heurística médica não se segue priorizar os motivos dessa correção, mas apenas que tanto os melhores interesses definidos pela generalização e valores teóricos e os interesses particulares relativos aos valores do paciente devam ser considerados. Podemos aceitar que a classificação das etapas do câncer, que permite ao médico determinar apropriadamente o tratamento e os resultados de várias instituições de pesquisa e administração, conforme diz *American joint committee on cancer, Manual for Staging of Cancer* (1998), não dão em todos os aspectos os mesmos resultados nas diversas comissões de pesquisa, pois “em alguns casos mudanças arbitrárias foram feitas para obter consistências” (1998, p.277), isto é, que a classificação do câncer não é como a das estrelas, a escolha do modelo é feita devido a uma “escolha das intervenções terapêuticas”, por exemplo, o número de etapas usado para classificar o carcinoma é dependente do cálculo custo-benefício e interpretações de prudência diretamente relativas aos métodos de tratamento. Portanto, aceitamos que são mais que meros raciocínios científicos, mas orientam-se ao equilíbrio benefício-prejuízo na organização das escolhas terapêuticas, pois a divisão do câncer em etapas significa que é apropriada uma avaliação das opções terapêuticas, não havendo linhas naturais únicas que correspondam à classificação (1998, p.277). Porém, seria também preciso observar que os métodos de imputação dos fatores causais do câncer distinguem causas naturais (genéticas), culturais (adquiridos) e ocasionais (sorte), sendo que é impossível equacionar fatores imponderáveis (em geral os genéticos), assim como se considera evitáveis os cânceres melhor delimitados pelo segundo tipo de fatores causais. Portanto, não se trata simplesmente de dizer que a doença depende de expectativas normativas, mas seria preciso incluir que o *diagnóstico* de uma doença, mais que sua *definição*, pode implicar um “fator de confusão” (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.123). Engelhardt deixou de considerar que a *definição de doença* se tornou em grande parte paralela ao método de *diagnóstico de doenças*, assim como a imputação de *causalidade* das doenças acompanha os métodos *classificatórios*. Portanto, (i) se é verdade

que o médico *define a doença* desde expectativas sociais, também teremos que admitir que (ii) estas expectativas muitas vezes já estão apresentadas matematicamente nos cálculos de probabilidade, mas não por razões estritamente sociais, e (iii), além das expectativas, o *diagnóstico da doença*, mais que sua definição, depende de fatores complexos e não simplesmente de uma linguagem padrão. Além disso, ainda que admitamos que a classificação sobre as etapas do câncer seja estritamente instrumental ou construtivista, essa tese não pode ser generalizada, pois é grande a diferença entre as questões de definição de doenças e causas infecciosas, crônicas, iatrogênicas, etc.

Engelhardt esclarece, em primeiro lugar, que além de classificação de doenças e sintomas ou de decisões clínicas e terapêuticas, a medicina também deve lidar com decisões erradas (1998, p.276). Estabelecer um diagnóstico exige considerar as possíveis conseqüências na vida do paciente e os possíveis erros, por exemplo, um custo elevado a um paciente que trata cirurgicamente um câncer diagnosticado com base em dados ambíguos ou a elevação dos custos para a aquisição de novos dados de diagnóstico. Assim, envolve custos financeiros e de morbidez, como os efeitos da biópsia do fígado, cateterismo cardíaco e outros métodos invasivos. É preciso justificar custos antes do procedimento. Em segundo lugar, o autor esclarece adequadamente que dados factuais não são suficientes para decidir se remoção de amígdalas são desnecessárias, pois os problemas não são epistemológicos, mas envolvem decisões morais. Parte dos custos depende de instituições financiadoras, seguradoras, Estado e terceiros, portanto, é preciso mecanismos imparciais e democráticos (1998, p.278). Muitas questões bioéticas lidam com este problema: determinação de morte em relação à estatística de falso-negativo e falso-positivo, definição de feto viável, etc. Nas discussões científicas, a distinção fato e valor costuma ser importante. Em medicina, diz o autor, isso se torna explícito quanto ao uso do conceito de causa: o conceito de “causa” na medicina designa as condições necessárias, suficientes ou contributivas para um efeito, mas não se quer apenas fornecer a explicação mais coerente, mas também *selecionar as mais úteis*, os fatores mais facilmente manipuláveis, muitas vezes em relação à sociedade e instituições particulares, tal que a *orientação é caracterizar circunstancias indesejáveis*. Portanto, conclui o autor, a medicina define-se como valorativa, explanatória e social, o que se verificaria na análise de sua noção de causalidade, ou seja, que as ciências de base da medicina, as classificações e a causalidade são decididas pela utilidade do tratamento, assim como “doença” é definida como “tratável” (p.280). Existem diversas concepções essenciais sobre o que significa sofrer e o

que seria o indesejável, de maneira que supor um significado para estes termos inerentes à definição das metas da medicina não seria compatível com a moralidade secular. Contudo, responderíamos que é trivial afirmar que um padrão de desejabilidade não é secular e varia entre pessoas e grupos, pois estamos falando de desejo e não de necessidade. Seria paradoxal o conceito de um “desejo necessário” ou “desejabilidade regular”. Mas a medicina lida com ambos os problemas. Tanto que, justamente porque o desejável varia conforme cada paciente e sua própria hierarquia de valores, Pellegrino-Thomasma puderam defender que o bem do paciente é prioritário em medicina.

CAPÍTULO 2

A Filosofia da Medicina no modelo de Pellegrino-Thomasma

Nossa crítica ao modelo de Engelhardt partiu do debate entre normativistas e naturalistas. Para isso, propomos uma distinção mais nítida, verificando o conservadorismo de um e o construtivismo de outro. De modo similar, Pellegrino-Thomasma defenderão uma epistemologia da medicina normativista conservadora. Contudo, este título não é capaz de fisgar o peixe, pois o mais importante no modelo bioético desses últimos se perderia com essa nomeação. O problema agora está em outro lugar: as metas da medicina. Aqui, a definição de medicina não começa pela construção epistêmica, mas pelos fins práticos buscados. Portanto, neste capítulo abordaremos nossa questão sob um novo ângulo: não tanto o debate entre naturalismo e normativismo em medicina, orientado pela pergunta sobre a natureza das doenças, mas antes a pergunta se as normas que orientam a medicina para a busca da cura são internas ou externas à história ou à comunidade médica? Estaremos interessados em esclarecer, desse modo, se o modelo bioético de Pellegrino-Thomasma compreende um internalismo ou externalismo das normas morais medicinais e como sua posição se justifica (BEAUCHAMP, 2001; BOORSE, 2016; BRODY, 1995; PELLEGRINO, 2001; VEATCH, 2001).

Os autores entendem que a medicina não é uma ciência nem uma arte, mas uma prática, que dá origem aos axiomas éticos, correspondentes ao bem da medicina (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.05). Esta definição geral parece pretender, como em Engelhardt, evitar uma definição de múltipla predicação da medicina (ciência, arte, etc.), e recusa a divisão de Boorse entre “doença teórica” e “doença prática”. Mas é preciso notar que, agora, todo o contexto da argumentação foi modificado, bastando reparar em suas três premissas: (1) natureza fiduciária da relação médico-paciente; (2) caráter beneficiário das metas da medicina; (3) caráter existencial do “fato da doença”. Veremos como a primeira exprime um normativismo por prioridade da medicina prática, ou seja, o *internalismo* em moralidade médica, a segunda forma uma posição *teleológica*, enquanto a terceira implica uma *ontologia* da medicina. Mas acreditamos não ser difícil demonstrar que este modelo envolve um erro semelhante ao tipo descrito na “falácia naturalista”.

1. Modelos de “cuidado da saúde”.

Começamos pelo debate central que se instalou entre os bioeticistas clássicos em torno da profissão da medicina. Uma concepção de medicina que priorize sua caracterização prática costuma basear-se em uma teoria das virtudes do médico (PELLEGRINO, 2001) ou em uma teoria da história da medicina (MILLER; BRODY, 1995, *apud* BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.116). No primeiro caso, trata-se de reunir dois elementos: uma descrição do que venha a ser a *prática* da medicina e uma descrição dos *objetivos* da medicina. Responde-se, sem maiores dificuldades, que a medicina é prática porque é comunitária, enquanto suas metas devem se reduzir a um único, a cura (*healing*). Veremos ainda porque ambas as afirmações são difíceis de serem sustentadas. Seja como for, da reunião entre comunidade médica e cura como objetivo se abre uma primeira conclusão moral: a necessidade de virtudes próprias do médico. E com destaque na qualidade de ser própria dessas virtudes, isto é, necessariamente interna às normas e a comunidade médica. Acontece que, quando falamos em “virtude internas à comunidade médica” estamos nos referindo aos modelos de negociação do médico com seus pacientes e clientes. Por isso, para prescrever uma doutrina das virtudes como parte indispensável de sua ética médica, reconhece-se precisar antes definir o significado de cuidado da saúde e que, conforme o estudo de Childress e Siegler (1984), deduzir as virtudes da análise dos “modelos de cuidados da saúde” existentes (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.232): “Os modelos empresarial, contratual, pactual e o preventivo”. A partir disso se poderia “explorar como os diferentes modelos podem levar a diferentes concepções sobre os princípios morais envolvidos nos cuidados da saúde, e quais virtudes podemos esperar que o bom paciente, ou o bom médico exibam” (2018, p.120). Mas a análise dos modelos modernos disponíveis descobre que nenhum efetivamente recobre as premissas anteriores, que ligaram o objetivo da cura e a necessidade de virtudes internas da comunidade médica. Disso se depreende a segunda conclusão: se não teríamos como verificar que o objetivo da medicina corresponde a obrigação de curar seus pacientes, mediante o conhecimento adquirido pelo médico, a não ser a partir do fato de que a prática médica já faz isso a muito tempo, e se nenhum dos modelos atuais da prática médica garante efetivamente a aplicação desse objetivo, então somente poderemos definir o modelo próprio ou interno à moralidade médica através de um “quinto modelo”, reeditado a partir do modelo clássico. Os autores acreditam que se trata

do modelo beneficente. Mas esse raciocínio é, para dizer o mínimo, uma *petitio principii*.

Podemos resumir os modelos históricos de gestão da comunidade médica, conforme os autores, do seguinte modo (2018, p.120-124):

<i>Modelos</i>	<i>Cuidado</i>	<i>Relação</i>	<i>Obrigação</i>	<i>Definição de saúde</i>
Empresarial	Mercadoria	Comprador e vendedor	Habilidade	A saúde é um produto a ser comprado ou vendido segundo a eficácia
Contratual	Serviço	Contratantes iguais	Serviço especificado	A saúde é ingrediente da autonomia, podendo ser usada pelo portador segundo custos e benefícios
Pactual	Obrigação	Confiança sagrada	Compromisso com a vida	A saúde é propriedade da vida, implicando os produtos da confiança.
Preventivo	Estilo de vida	Opção unilateral	Não se aplica	Saúde é propriedade do indivíduo, a implicar sua responsabilidade social
Beneficente	Bem negociado	Fiduciário	Agir para o bem do paciente	Saúde é um bem negociável, a implicar a confiança do vulnerável

Reconhecendo que “cada um desses modelos tem pontos fortes e fracos” (2018, p.124), vincula-se a busca da cura das doenças, a pressupor uma noção de saúde, do seguinte modo: (P1) “acima de tudo, a partir do momento que o paciente teve que procurar ajuda do médico (...), ele é vulnerável”; (P2) o *fato da doença* implica “um estado de humanidade fragilizada [que] impede o consentimento totalmente livre, informado e decidido, [pois] perturba a integração pessoal normalmente usufruída”; (P3) “a vulnerabilidade e dependência [de todo doente] criam obrigações que o médico virtuoso assume voluntariamente”; (C) então, “a saúde é um bem negociável, não absoluto ou primordial, mas alterável conforme os valores do paciente” (2018, p.124-125). São nestes termos que os autores definem sua tese da prioridade prática da medicina, assumindo uma posição normativista quanto a propriedade de vulnerabilidade do corpo para o fato da doença, e uma posição teleológica quanto ao objetivo

da medicina ser intrínseco àquela normatividade. Mas como se chegou a essas conclusões? Por *reductio ad absurdum*: ficou demonstrado que nenhum daqueles modelos corresponde à teleologia interna da prática médica. Mas a pergunta é se realmente aqueles modelos incluem “absurdos”? O raciocínio dos autores reuniu o conceito aristotélico de “bom” (aquilo que uma *práxis* e *thechné* devem buscar) e o conceito platônico de *saúde* (aquilo que a medicina deve buscar como bem do corpo), para concluir que as virtudes e fins da medicina são definíveis em si mesmos (PELLEGRINO, 2008. p. 63). Estes fins internos à medicina serão distinguidos dos fins externos, que o médico pode exercer como profissão, como aborto, autopsias, avaliações psiquiátricas forenses, circuncisão, etc. (BEAUCHAMP, 2001, p.26). Pellegrino estaria, desse modo, formulando um argumento para rejeitar que os ofícios sancionados ao longo da tradição possam pertencer autenticamente à medicina (PELLEGRINO, 1993, p.269), que somente se definiria segundo um único fim, a cura (PELLEGRINO; THOMASMA, 1996, p.8). Contudo, argumentaremos que a distinção entre “fins externos” e “fins internos” é uma variação normativista da distinção de Boorse entre “doença teórica” e “doença prática”, agora com ênfase na demarcação entre as práticas sancionadas socialmente e a prática que corresponderia a teleologia interna da medicina. E que, por isso mesmo, Boorse teria toda razão em afirmar a insustentabilidade da hipótese de Pellegrino (BOORSE, 2016, p.8). Pellegrino aceita que mesmo o modelo de beneficência não é inteiramente interno à medicina, por incluir a atual necessidade de acomodar demandas de autonomia; contudo, insiste que seria o único modelo que se ajusta ao internalismo da medicina (PELLEGRINO, 1993, p.1160). Trata-se, para nós, de testar a hipótese que faz passar da prioridade prática da medicina (internalismo de normas médicas) para a priorização da beneficência (norma moral interna à profissão). Quanto a isso, também argumentaremos, de acordo com Beauchamp, que a beneficência é também um expediente externo à medicina (2001, p.603), no sentido das exigências éticas sempre serem externas à qualquer fundamentação em categorias não morais, no caso de Pellegrino, ontológicas. O argumento central de Pellegrino é que não existe qualquer razão para impedir um médico de realizar uma ação a não ser por beneficência, e somente por isso se poderia aceitar como ofício médico o controle da reprodução e a eutanásia, esses os dois exemplos que Beauchamp dirige contra Pellegrino (BEAUCHAMP, 2001, p.619). Pellegrino definiu que a cura é a única finalidade essencialmente interna à medicina, mas ações como controle da reprodução e eutanásia não se determinam como cura. Acrescente-se a isso o argumento de um

construtivista como Engelhardt: aquilo que se entende por “cura” pode variar entre culturas e épocas. Curiosamente, Pellegrino afirma concordar com Sadegh-Sadeh, que “o conceito de saúde é relativo” (PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.74), ou seja, não definível por critérios essencialistas, porém formula um argumento essencialista para definir “cura”. Mas seria possível aplicar a um conceito relativo de “doença-saúde” aquele conceito essencialista de “cura”? Para resolver essa dificuldade, a estratégia será distinguir os fins internos e externos da medicina. Mas poderíamos assumir essas palavras: “não acredito ser possível precisar nesse modelo, ou em qualquer modelo, onde a medicina termina e onde as atividades não médicas começam” (BEAUCHAMP, 2001, p. 603). Seria mesmo possível inferir, do conceito essencial de cura e segundo uma noção relativa de doença, os limites da atividade médica? Seria mesmo pertinente definir como não-médica ou não intrinsecamente-beneficente a ação de aliviar a dor mediante cuidado paliativo ou evitar danos desnecessários por meio da suspensão de tratamento?

Deveríamos concordar com aqueles que afirmam que a medicina nunca é uma prática neutra, mas possui normas próprias de onde extraem suas virtudes e deveres (BRODY; MILLER, 1998, p.384)? Ou seria mais adequado aceitar um internalismo prático, porém não essencialista, isto é, a casuística de Jonsen? Recordemos que o capítulo sobre método em ética presente nos *Principles* repassa diversas vezes as vantagens e desvantagens da tese de Brody-Miller e Jonsen-Toulmin, em função das divergências entre os próprios internalistas da moral médica (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2008, p.39). Seja como for, poderia-se aceitar que os médicos *devem* aderir à certas normas internas à medicina (BEAUCHAMP, 2001, p.605), desde que com isso se exija ponderar prescrições biomédicas e normas propriamente morais. Inversamente, supor uma moralidade interna à medicina pode significar a restrição dos fins e das escolhas morais, quando não uma orientação contrária à moral, uma vez que, diz Beauchamp no mesmo lugar, moralidades profissionais não são suficientes para lidar com a amplitude dos problemas que podem atingir essa profissão, o que, na melhor das hipóteses, poderia levar a distinguirmos as recomendações dogmáticas e as normas apropriadas em medicina (BRODY; MILLER, 1998, p.392). Entendemos que esses argumentos poderiam ser assim resumidos: não havendo linha de demarcação clara sobre quais normas são internas ou externas à medicina, então uma doutrina médica não é suficiente para lidar com a demanda moral em medicina. A dificuldade se deve ao fato do conceito de cura adotado não ser compatível com o conceito de doença que, atualmente, deve incluir uma série de prerrogativas que a tradição hipocrática não

poderia ter antecipado, além do simples fato de ser questionável a leitura que Pellegrino faz do hipocratismos (VEATCH, 2012, p.4). Disso não se segue, insistimos, que a medicina se explica pela reconstrução de suas normas a cada época, como poderiam pretender “internalistas evolucionários” (BRODY; MILLER, 1998, *apud* BOORSE, 2016, p.8), pois também é razoável aceitar que a heurística médica formula para si normas para “decidirmos o que um bom resultado poderia ser” (JONSEN; SIEGLER, 2010, p.17), contanto que, como já dissemos, se distinga a casuística heurística e a casuística moral. Ou seja, a medicina constrói para si tanto seus padrões operativos ou explanatórios quanto seu consenso moral (ENGELHARDT; WILDES, 1994. p.135-41), mas também é verdade que os fins de beneficência da medicina são frequentemente constantes nas diferentes culturas (BEAUCHAMP, 2001, p.619). Teremos oportunidade, ao final, de questionar como o principialismo ajusta o internalismo e externalismo sobre moral médica, respondendo à Pellegrino e os demais autores do debate, para então verificarmos se aqui as falácias referidas acima são de fato evitadas.

2. Definição avaliativa de saúde.

Mas é preciso considerar todo o argumento dos autores para não transformarmos as críticas antecipadas em injustiças teóricas. Isso significa que além dos “modelos de negociação da saúde”, a ética da beneficência priorizada também exige uma análise dos modelos sobre valores médicos, o que podemos encontrar no capítulo *Saúde e Normas Éticas* (2018, p.73). A conclusão neste momento será que a beneficência é um modelo moral mais adequado à medicina por estar baseado na relação prática de confiança entre médico-paciente (e não em regras dedutivas) e em valores internos (e não direitos extrínsecos). Por isso, os autores dedicam o *Capítulo 5* para demonstrar a veracidade de sua premissa maior, que *a saúde é um valor interno*: “é errôneo afirmar que todos os aspectos das decisões clínicas são negociáveis ou relativos, [pois] alguns bens são mais importantes que outros e não podem ser violados sem destruir o próprio propósito da medicina”, tal que, (i) a cura é um bem interno (próprio), outros bens que a transcendem podem ser mais significativos, mas “o que é inegociável é o que é normativo na relação entre médico e paciente”, (ii) e “a saúde pode ser tanto um valor não negociável como negociável” (2018, p.73-74).

Portanto, há valores internos à medicina, que para os autores são quatro: saúde, cura, decisão e ato. Dentre estes, cura é o fim próprio. Em oposição ao normativismo de Engelhardt, “ser um profissional da saúde

acarreta uma diferença moral” (2018, p.74), pois isso significa duas coisas: “a saúde poder ser interpretada de várias formas” e “a saúde é o funcionamento biológico eficiente [se] uma interpretação for como o bem biológico de um organismo”. Deste modo, conforme *Philosophy of Medicine* (PELLEGRINO, 2008), a saúde pode ser considerada como um valor interno da medicina se seu *status* normativo for identificado como uma necessidade biológica, expresso na sentença popular “é bom para a saúde”, mas, conforme Sadegh-zadeh, em *Normative Systems and Medical Metaethics*, citado pelos autores neste momento, saúde pode se tornar um valor relativo nas decisões efetivas que o paciente toma e ser recusada mesmo contra uma indicação médica de orientação holística: “A saúde é o objetivo da *decisão de cura* e do *ato da medicina*”, pois “a norma ‘é bom para a saúde’ governa os três requerimentos fenomenológicos de uma autêntica negociação médica” (“o fato da doença, o ato da Medicina e o ato da profissão”) (2018, p.74). O valor interno da saúde está no fato de ser o bem que tanto o médico quanto o paciente procuram, isto é, interno à relação médico-paciente enquanto fim sem o qual não haveria nem a relação nem o motivo para iniciar tal relação, e valorada porque “funciona de forma prescritiva em uma decisão médica” sem que, com isso, seja “um valor prescritivo absoluto”. Enquanto Engelhardt define a negociação da saúde em termos de consentimento ou permissividade, Pellegrino o baseia na “confiança”, mas neste caso o autor está disposto a pagar o preço conservador entre os normativistas, não quanto à definição de saúde-doença, o que seria impossível, mas quando à cura como finalidade demarcatória da definição de medicina.

Assim, “a saúde é valor primário”, “um valor prescritivo na negociação médica dentro desse contexto fenomenológico cuidadosamente desenhado [do fato da doença e do ato médico]” (2018, p.75). Mas essa definição poderia suscitar uma objeção sanitarista e uma objeção axiológica: primeiro, não se poderia dizer que setores como a medicina preventiva e os “esforços de agentes de saúde pública” não tomam a “saúde como guia primário”, pois este campo é precisamente orientado ou pela “saúde como um bem social imposto” (como induzir portadores da AIDS a aceitarem preceitos de cuidado social a fim de proteger terceiros) e “saúde como bem social opcional” (nos casos de ausência de legislação); segundo, ainda que seja verdade que a saúde possa ser um valor não absoluto por si mesmo, “porque ela é um meio para um fim” e porque “ela pode mudar de posição em um *ranking* de valores relativos” (2018, p.74-75), permanecerá sendo primária para “uma posição definitiva ser tomada sobre a sua importância para o

paciente dentro dessa relação”. Veremos mais tarde porque um dos pontos fortes da réplica de Beauchamp está na saúde pública. Ora, é devido a essa dificuldade que os autores postulam uma ontologia da medicina. Os autores consideram que saúde pode ser entendida como valor em diversas indexações: (1) bem social; (2) necessidade *intrínseca*; (3) estado de coisas *extrinsecamente valorizado*; (4) critério para julgamentos comparativos ou declarações de fato; (5) conceito científico; (6) e *moldado* pela valorização e desvalorização social (2018, p.78). Porém, também se pretende uma ordenação forte entre estas instâncias, pois se “a saúde é um valor que não pode ser limitado a estados de coisas no corpo”, cujo “resultado seria uma axiologia truncada e deficiente em meio às ricas possibilidades que uma visão mais ampla de saúde como um valor poderia permitir”, então se dividirá tais valores em dois grandes setores – *valores sociais* e *valores individuais* (2018, p.75-78).

Mas um terceiro valor é definido como “a dimensão mais importante da saúde como um valor para os indivíduos [que] ocorre na relação de cura”, pois “é o paciente que procura o médico para restaurar a saúde” e sua concepção de saúde “também melhora ou é modificada pela concepção do médico”, pois “tanto médico quanto paciente colocam um valor ou desvalor em escolhas de diagnóstico, procedimentos terapêuticos ou de cura”, já que “podem haver interpretações conflitantes sobre a saúde como um valor individual”; em suma, a dificuldade de médico e paciente definirem em relação “o que a saúde é” preenche a negociação de um “componente moral alto”, uma vez que se “promete buscar o *bem* do paciente” (2018, p.78). “Conclui-se, portanto, que a saúde é um valor que não pode ser limitado a estados de coisas no corpo” (2018, p.78), isto é, que a saúde é um valor com dois sentidos não hierarquizáveis entre si (social e individual), embora somente o segundo admita valores absolutos (saúde orgânica), relativo a um valor fixo da medicina (a cura), estes sim hierarquizáveis.

A pretensão dos autores seria a seguinte: “Se alguém argumentar que saúde e/ou cura, como bens dentro da relação médico-paciente, tem força não negociável ou normativa dentro dessa relação, então é necessário que pessoas dentro de uma relação estão vinculadas por obrigações éticas específicas”, não obrigatórias para relações de outros contextos, de modo que “o argumento é o de que os médicos, e mesmo os pacientes, tem de fato deveres específicos dentro da relação de cura”, o que se expressa na máxima “ser um profissional da saúde faz uma diferença ética” (2018, p.74). Temos: (P.1) *saúde e cura são bens normativos não-negociáveis da relação médico-paciente*; (P.2) *médico e paciente tem deveres específicos internos a essa relação*; (C) *então, para*

médico e paciente há uma diferença moral específica em distinção aos outros fins morais possíveis em uma sociedade. Segue-se que “todas as decisões devem ser mutuamente discutidas e concordadas”, mas no caso de doença que incapacita ao acordo, o médico deve “presumir que o paciente deseja ser tratado até que a evidência contrária apareça”. Mas o que justificaria a obrigatoriedade desta presunção? Trata-se da aceitação de uma norma: “Os pacientes que classificam outros bens acima da saúde são certamente livres para fazê-lo, mas, nesse caso, as pressuposições normais da relação médico-paciente são modificadas” (2018, p.85). Mas quais seriam estas “pressuposições normais”?

O modelo de beneficência priorizada não é uma defesa do utilitarismo ou do consequencialismo, mas de uma ética de virtudes fundada em uma axiologia. Entretanto, os autores correm o risco de reeditar em medicina o mesmo problema inerente a toda ética de virtudes: ser tradicionalista. É questionável responder se é possível hierarquizar os valores das pesquisas, diagnósticos e tratamentos de doenças epidêmicas, genéticas, crônicas ou iatrogênicas; ou, inversamente, se nanismo e daltonismo, gripe e herpes, asma e anemia, Aids e câncer poderiam ser hierarquizados; ou, enfim, se cirurgia com fins puramente estéticos ou para a correção de deformidades por acidente gozam de valor mínimo ou valor igual a todos os outros tipos de tratamento e indicação médica. Portanto, concluiremos que a dificuldade deste modelo bioético deverá recair sobre sua concepção de *raciocínio médico*. Discutiremos isso a seguir.

A dificuldade do argumento está nesta suposição: “nosso argumento é baseado em nossa crença de que a vida humana tem um significado além do que os indivíduos ou a sociedade possam colocar sobre ela”, em termos de “argumentamos que a saúde e a vida são bens do corpo, e que temos a responsabilidade de protegê-los em nós mesmos e nos outros”. Está claro que “preservar a vida não é o fim último da medicina, em vez disso, o fim é a cura”, que “deve envolver os valores do próprio paciente”, mas permanece duvidoso se podemos fazer a seguinte dedução: (P.1) se “nem todos os desejos do paciente são baseados em seus valores”; (P.2) e se “reconhecemos também os limites da capacidade do médico de se comprometer com o paciente”; (C) então, temos “a obrigação moral de constante diálogo para desenvolver um plano de tratamento” (2018, p. 241) – como se a categoria clínica de “indicação médica” pudesse e devesse orientar a relação médico-paciente, ou seja, como se a fonte da confiança entre médico-paciente fosse a *phrosenis* do médico para atingir a finalidade intrínseca da cura.

3. Aristotelismo ou platonismo?

Tivemos a oportunidade de discutir as dificuldades nas concepções aristotélica e hipocrática de medicina em nossa primeira parte, bem como os limites das teses de Descartes, Kant e Hegel em relação à medicina moderna. Antecipamos naquela ocasião que Pellegrino-Thomasma reeditam o conceito aristotélico de totalidade orgânica, o que, conforme Canguilhem, significaria ignorar a linguagem não apenas mecânica, mas sobretudo informacional da medicina atual, interpretação que inclui os autores em uma orientação teleológica. Agora, enfim, mostramos, logo na primeira seção deste capítulo, como Pellegrino formula um conceito de bem, saúde e cura de difícil apreensão, ainda mais para as “inferências” pretendidas, que ele chama de “não dedutivas”. Reuniremos agora esses dois momentos em uma crítica relativa ao raciocínio clínico ou julgamento médico, que Pellegrino pretende construir desde a noção aristotélica de *phronesis*.

Apesar de que “agir para o bem do paciente é o princípio mais antigo e universalmente aceito na ética médica”, não há concordância social, filosófica e teológica sobre o que constitui o bem e uma vida boa, nem como atuar em decisão clínica. Portanto, seria necessário “analisar os componentes do bem do paciente e estabelecer um procedimento para lidar com as diferenças de uma maneira moralmente defensável” (2018, p.130): (1) cada componente pode ser relacionado com as noções de bem da *Ética* de Aristóteles; (2) o conceito de bem do paciente é composto conforme ao menos quatro sentidos; (3) estes sentidos são relacionados, mas distintos entre si; (4) é obrigatório aos profissionais da saúde respeitar cada um destes sentidos; (5) existe hierarquia entre eles determinante para a resolução de conflitos. Neste ponto, os autores partem de uma interpretação da teoria aristotélica do bem, que nos parece uma “interpretação dominante” (KENNY, 1995, p.6) e não inclusivista (KRAUT, 1989, p.3), pois admite-se que há uma “variedade de objetivos consistentes com o tipo de vida que se quer viver”, mas se “rejeita qualquer definição simples para um termo composto como esses”, entendido como o “bem *simpliciter*” de Aristóteles, o bem último que sempre orienta as decisões médicas, mesmo quando apenas na forma de último recurso. Aceita-se também uma interpretação realista para a qual “a excelência do corpo é a saúde” [Aristóteles, *Retórica*, 5, 1361b.3] (ROOS, 1995), embora se reconheça que a saúde se particulariza segundo a pessoa e o corpo (PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.131-134). Para uma interpretação como essa, existiria um “bem último”, embora “aceita que é obrigado promover os quatro componentes do bem do

paciente”: o bem último; o bem biomédico; o bem próprio do paciente; o bem da pessoa (PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.135).

A teoria do bem último e do bem interno à medicina serve para responder que existem ao menos um bem que não pode ser negociado em sentido não fiduciário. A relação médico-paciente é uma negociação, mas seu fundamento é a confiança, em distinção ao contrato, cujo bem é o serviço, a opção de vida como bem pessoal, as obrigações pactuais a que se pode aderir, etc. Daí o argumento: “em qualquer escolha moral particular algum conceito final do Bem”, “*thélos* da vida humana”, algum “bem como último recurso”, “aquele para a qual nos voltamos para a justificação final de nossos atos se todas as razões secundárias ou intermediárias falharem”, “sustenta os outros componentes do bem do paciente”, sendo este o conceito mais sutil, menos explícito e o menos negociável, dependente da “distinção entre o bem como percebido pelos participantes das decisões clínicas e a natureza ontológica do bem” que, “em última instância, molda todos os outros componentes”, de onde se concluiu que “o conceito que temos do bem último seja o padrão de referência para todas as decisões, incluindo as decisões clínicas” (2018, p.135). Mais especificamente: “o bem biomédico é o bem instrumental que o paciente procura no médico”, “um bem interno para a medicina [enquanto] reivindicação de tipo especial de atividade humana”, chamado de “o medicamento indicado”, e representa o que a medicina pode produzir tecnicamente mediante intervenções (cura, prevenção, prolongamento da vida, etc.) (2018, p.138). Mas como responder que o bem em termos de “o medicamento indicado” não venha a se tornar o motivo da ação paternalista do médico? Se a beneficência é interna à medicina, então o que impedirá o abuso médico na aplicação e busca dos benefícios também deverá ser interno. Mas que norma seria capaz de internamente dar e tirar ao mesmo tempo a beneficência? Será preciso impedir a “extensão injustificada de uma avaliação médica além de seus limites legítimos” (2018, p.138-9). Mas o que representaria essa resposta senão alguma concepção do raciocínio ou julgamento clínico? Que exigência é esta em que o médico limita a si mesmo senão a virtude da *phronesis*? Ora, isso não pode significar outra coisa senão uma teoria do julgamento e decisão clínicos (*phronesis*), ou melhor, da distinção entre o bem *ético* e o bem *técnico* em medicina.

4. Aristotelismo, tomismo ou hipocratismo?

A questão é como entender o processo de raciocínio médico, que inclui desde o diagnóstico até a compreensão do paciente. Esta questão

inclui outra: como conceber as metas da medicina? Alguns autores responderam que o processo e os fins são construídos como arte, baseados na experiência do médico; outros disseram que o raciocínio médico se orienta ou deve buscar se orientar pelo raciocínio científico; e, enfim, houve quem tenha admitido que o raciocínio e os fins médicos são ciência e arte. Assim, aquelas duas perguntas são a fonte do debate entre conservadores e revisionistas, sejam naturalistas ou normativistas, pois o problema é duplo: se dissermos que a medicina começa como arte, experiência ou construção das demandas de indivíduos e sociedades, então a dificuldade estará em responder quando a arte termina e começa a ciência; se dissermos que é o interesse científico que torna as abordagens sobre doenças algo que passamos a chamar de medicina, a dificuldade estará em responder se aquilo que os médicos praticam para fora do escopo científico ainda seria “medicina”. Porém, se analisarmos este mesmo problema a partir das categorias de uma ética de virtudes aristotélica, então poderemos dizer que a medicina se compõe não de duas, mas de três partes: a arte ou experiência do médico (*techné*), a ciência do médico (*episteme*), e o raciocínio prático-teórico dos julgamentos e decisões médicas (*phronesis*). Teremos, assim, um esquema mais amplo. Ora, Pellegrino estaria reclamando que a filosofia da medicina e a bioética tenderam a ignorar o raciocínio médico em favor dos outros dois elementos. Sobre isso estamos em total acordo com Pellegrino, tanto que toda esta investigação tem se sustentado apenas sob a premissa de que a ética médica necessita ter maior cuidado sobre as normas presentes no raciocínio médico, mais que na definição filosófica de doença ou de medicina. Entretanto, temos sérias dúvidas se o que a medicina hoje pratica, e talvez nunca praticou, foi um método de raciocínio na forma de *phronesis*. O que caracteriza a *phronesis* em medicina é o paradigma de racionalidade médica para solucionar questões epistêmicas e ontológicas internas ao encontro clínico, inerentes à relação médico-paciente, o conhecido problema de como aplicar conhecimentos gerais às necessidades de um paciente particular. Porém, nesses termos as coisas estão mal colocadas: será que o problema é “como aplicar” A sobre B? Desse ponto de vista, todo problema moral parecerá ser uma questão de “aplicação”, isto é, o alcance e os limites da *techné*. Então, tudo agora se concentrará em como a *phronesis* (o raciocínio médico) pode e deve aplicar e limitar a *techné* (a arte, a experiência e as tecnológicas medicinais). Mas o que foi feito da *episteme*? Onde foi parar a prova suficiente contra ou a favor do naturalismo? A beleza da obra de Pellegrino está em ter iluminado o problema nos termos da tradição clássica; entretanto, a utilidade de sua obra está em ter chamado atenção

para o problema do raciocínio médico, as razões do diagnóstico, os julgamentos certos e incertos do médico, o que a filosofia havia esquecido. Pellegrino mostrou que seria possível voltar a pensar a ligação entre o epistemológico, ontológico e teleológico, e não foi por acaso que se encorajou, ainda que timidamente, a se referir à Camguilhem, e pôr os pés para fora da tradição que consagrou a bioética. A teleologia da medicina está no raciocínio médico, no seu encorajamento e na sua prudência, é certo. Mas seria isso suficiente para impedir os abusos do médico ou, sejamos otimistas, impedir que o médico dotado de *phronesis* ainda assim não cometa as injustiças do paternalismo ao se guiar pelo “bem” interno ao raciocínio médico que, como demonstramos, tem forte tendência utilitarista e, mais que beneficente, tende a se guiar ou por critérios de otimização ou, em outros casos, pela máxima *primum non nocere*? Poderíamos confiar na hipótese de que, ao interpretar a medicina desde a ética das virtudes, “o que vai surgir é a visão de que as indicações médicas, se bem compreendidas, formam a única base válida para julgamentos acerca da qualidade de vida” (2018, p.157)? Insistimos que não resta dúvida que Pellegrino foi o primeiro bioeticista a pensar, no campo da ética médica, aquilo que Hans Jonas pretendeu em bioética global com seu “princípio responsabilidade”, isto é, a natureza e os fins da clínica, formulando um modelo de “medicina responsiva”. Contudo, o resultado de nossas análises anteriores mostrou que não é possível separar o raciocínio médico prudencial e a heurística médica, bem como também não é possível eliminar da medicina atual teses ontológicas, desde que entendidas no plural, ontologias de domínios.

Os fundamentos da medicina como *phronesis* também implicam a construção de uma comunidade médica, o que dificulta evitar o corporativismo em medicina. Ao que parece, o conceito de *phronesis* sustentando por Pellegrino-Thomasma é muito próximo do conceito de *techné* do hipocratismos clássico, expediente sem o qual os autores teriam grande dificuldade de resolver certos problemas da atualidade. Por exemplo, Lenihan J (1984) defendeu, em *Descartes versus Hippocrates*, retomando as considerações precedentes de Camguilhem que citamos em nossa primeira parte, que o medicamento é pensado como *techné*, o mesmo valendo para o raciocínio médico, como afirmou E. Cassell (1984), citado por Beauchamp-Childress, que publicou também trabalhos dedicado à responsabilidade médica, incluindo casos debatidos também por Beauchamp, em *Rights and Responsibilities in Modern Medicine* (CASSELL, 1981, *apud* BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2002, p.314), ou mesmo Gadamer (1993), cuja releitura de Pellegrino já discutimos. Sobre isso poderíamos lembrar a posição contrária de Feinstein (1967), que

defendeu que a medicina se compõe por *techné* e *episteme*, em uma obra sobre o mesmo assunto aqui em discussão, *Clinical Judgment*, citado por Engelhardt quando este observou que a teoria médica da doença pode forçar induzir o médico à decisões forçadas (*apud* ENGELHARDT, 1998, p.259). Mas somente Pellegrino costuma ser citado como defensor da *phronesis* como base do julgamento médico, por ter defendido esta tese muitíssimas vezes (1979a, 1979b, 1979c, 1979d, 1981, 1993): “Obviamente, se a teoria da virtude tem um lugar em uma filosofia moral abrangente da medicina, seu pivô deve ser a virtude da prudência ou *phronesis*” (1993, p. 90). Mas, com isso, inverteu a lógica de Boorse, tornando a doença-prática a fonte normativa da medicina, e negando que muito do que em medicina é fortemente técnico ou teórico, não pertenceria ao seu domínio interno, embora com a vantagem de não aderir a uma demarcação com doença-teórica, que ficou diluída no primeiro conceito. Dado que a medicina foi definida exclusivamente por seus fins práticos, ela mesma é concebida como *tertium quid*: “O objetivo da medicina é principalmente o alívio da disfunção corporal percebida, cuja explicação é não científica” (1981, p.76). Então, não podemos ter dúvidas que a sabedoria prática é distinta tanto da arte quanto da ciência (1981, p.149), tal que a unidade da medicina se deve a relação (“negociação”) médico-paciente (1981, p. 64-65), então fundada na *phronesis* (1981, p. 59; 1993, p.8, 84). Repete-se então a tese aristotélica: a *phronesis* faz a mediania entre as virtudes morais e intelectuais do médico (1981, p. xiii, 84, 87), isto é, a *phronesis* deverá reunir-se também com a *techné* e a *episteme* (1981, p. 148), o que deve corresponder à própria definição de medicina. Porém, o autor não fornece nenhuma definição de *phronesis*, nem diz como ocorreria a unidade com a *techné* e a *episteme*, observou Widdershoven-Heerding (1987, p.182). A situação se agrava pelo fato de Pellegrino tratar o tema desde uma acepção também tomista, ignorando aspectos modernos (1993, p.12): “discernimento moral”, “capacidade de discernimento”, aquilo que “molda as virtudes”, é virtude intelectual baseada na razão, compreensão do fim a ser buscado. Seja como for, ela permanece sendo a ligação entre *techné* e *episteme*. Sem fornecer razões, também Pellegrino-Thomasma às vezes usam prudência no lugar de *phronesis*, provavelmente por não distinguirem os usos de Aristóteles e Tomás. Por consequência, afirmam que uma pessoa é virtuosa tanto por suas ações virtuosas quanto por suas qualidades (1993, p.166). Não sabemos ao certo, portanto, se um bom médico se mede primeiro por suas ações, por suas qualidades ou por ambos, nem sabemos se o bom médico é o mesmo que o médico prudente e, caso seja isso, se é prudente por dominar a *techné*, a *episteme* ou ambas (1993, p. 87). O que está claro é

que a medicina se define como prática e como relação fiduciária. Mas a isso se deve acrescentar que os autores aceitam, a partir de MacIntyre, que a virtude se forma pelos valores comunitários (1993, p.31), mas isso deve significar, curiosamente, que a medicina está fundada em uma moral comunitária. Se pensarmos a virtude a partir de certa leitura de Aristóteles, então dizer que a medicina se funda nos valores da comunidade médica deve significar que a virtude se origina do ensino e da experiência. Mas dizer que a “prudência fornece esta possibilidade [da reta razão], uma vez que combina razão com disposição” (1993, p.90) não basta para concluir que a razão comunitária do médico (*episteme*) estará em equilíbrio justo com sua razão particular (*techné*). Ao que parece, o argumento serve apenas para defender que um médico virtuoso é aquele que não reduz a medicina ao trabalho ou profissão, nem reduz a relação com o paciente à negociação. Mas nem Aristóteles nem Tomás estavam dispostos a simplificar a *phronesis* nesse ponto. Pellegrino também deve estar pretendendo mais que uma crítica à economia da medicina. Já sabemos que “o fim último é a saúde dos indivíduos e da sociedade, [...] próximo a uma boa ação de cura para um paciente específico” (1993, p.86). Toda a argumentação parece levar a concluir que as virtudes da prática médica são essenciais para atingir o fim interno à medicina, mas é inconsistente pretender falar em “bom médico” sem admitir muitas outras virtudes e traços de caráter externos à medicina, e permanece insuficiente dizer que “uma pessoa que é um médico prudente não pode evitar ser uma boa pessoa em pelo menos um setor da vida” (1993, p.91). Mas se é assim, estamos falando de virtudes profissionais e, com isso, voltamos a fazer da medicina uma profissão, um “ofício duto” como diz Engelhardt, recolocando nossa questão: se a medicina baseia-se nas virtudes da profissão médica mais que nas virtudes pessoais do médico, se a comunidade dos médicos está sendo pensada como independente das demais comunidades que formam a sociedade, como garantir que virtudes profissionais não sejam vícios para pacientes e outras comunidades? Mas se for assim, como afirmar que “a prudência é [...] tanto uma virtude intelectual quanto moral da medicina, como nos encontros morais em geral” (1993, p.87)? Em Aristóteles, a *phronesis* é a virtude da gestão na família e no Estado (E. Nic.1140b:10-12), e não por acaso o argumento de Pellegrino-Thomas parte dos tipos de gestão e negociação em medicina. Mas, em Aristóteles, os termos estão bem definidos: o fim da *phronesis* é a ação em si mesma (E. Nic. 1140b5-7) e uma ação que tem outro fim que não se dirija a ela mesma chama-se *techné* (1140b6-7); e sendo, enquanto *techné*, um tipo de *episteme*, não serve para explicar a *phronesis* (1094a6-8), sendo a medicina o exemplo usado por Aristóteles

justamente para diferenciar *techné* e *phronesis* (1140a27-9). Mas a medicina tem um fim diferente de si mesma, já havia dito Platão e, com ele, Aristóteles, o que faz da medicina uma *techné*. Mas em Pellegrino-Thomasma isso vem modificado, ora invertido e ora unificado. Contudo, alguém poderia responder que toda essa discussão é trivial, porque Pellegrino não teria qualquer obrigação de adotar os termos aristotélicos em um sentido tão exegético. Aceitaremos essa resposta, e então diremos que provavelmente se trata do sentido usado pela tradição hipocrática, já que estamos falando de medicina.

A dificuldade terá agora se deslocado: sendo a *phronesis* algo aprendido pela escola comunitária dos médicos, então a *phronesis* é uma *episteme*. O problema é saber se a *phronesis*, como raciocínio prático do médico, inclui discernimento moral ou discernimento sobre questões médicas, técnicas ou epistêmicas. O que sabemos com certeza é que ela consiste na gestão da relação médico-paciente e, com isso, pode ser pensada como sabedoria para aplicar uma regra geral em uma situação particular (E. Nic. 1141b:14-20, 1142^a:23-30, 1144a:7-9). Mas o que seria o “geral”? A *episteme*, a técnica médica ou ambos? Foi dito que a *phronesis* tem a capacidade de reunir ambos. Mas se assim chegamos a interpretação correta, segue-se que, se a reunião dos três ocorre no interior da comunidade médica, então a *phronesis* é a normatividade da medicina. Está aí a tradição hipocrática? Os autores de fato afirmaram que a virtude clássica da *phronesis* pode ser aplicada no mundo moderno da medicina em função dos valores da comunidade, isto é, “a medicina é uma comunidade moral e sempre será, e aqueles que a praticam são de facto membros de uma comunidade moral, unidos por conhecimento e percepções éticas” (1993, p.32). Segundo os autores, a comunidade médica conheceu três formas no passado, o hipocrático, o cristão e a aristocracia, tal que somente o primeiro não era um modelo de privilégios ou de pacto. O que daria notoriedade à comunidade hipocrática é o fato de que estava organizada por um *juramento*. Esta é uma boa interpretação, já que responde que, através do juramento, o médico assume o *télos* da medicina, e é isso o que exigirá dele a *phronesis*, virtude interna à medicina, porque quem jura, jura para uma comunidade. Mas aqui poderemos facilmente introduzir a crítica de H.K. Beecher (1966), um dos autores mais citados ao longo dos *Principles*: não temos garantia que a pedagogia médica não produza equívocos morais. Por exemplo, Beauchamp-Childress observam, sempre citando Beecher, que a virtude fundamental para o relacionamento é a amizade e esta se enfraquece quando a ação dirigida ao amigo é realizada apenas por obrigação, o que, em bioética deverá significar a relevância da confiança e motivação para

gerar respeito (BEECHER, 1996, *apud* BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.83), mas que o respeito à pessoa não se satisfaz em casos de coação em nome do paternalismo médico (2002, p.192), pois a tese de que o discernimento seria melhor que as regras deontológicas como garantia contra malefícios médicos não basta sem uma “posição mais ponderada” (2002, p.503). Mas, segundo Beauchamp-Childress, Beecher estaria sustentando que ações médicas não se justificam por seus fins, pois “é ético ou não desde seu início” (2002, p.554). Portanto, a inferência que passa do juramento médico para os fins médicos não é necessária e, portanto, algo ficaria faltando para garantir que Pellegrino-Thomasma pudessem concluir, daquela fundamentação da medicina, a priorização da beneficência. Não por acaso Jonsen afirmou “prefiro que um bastardo competente faça minha cirurgia, do que humanista desajeitado” (JONSEN, 1990, p.26), ou seja, que em medicina a virtude técnica é mais determinante que a virtude moral. Mas já mostramos, anteriormente, que para não aderirmos à casuística basta a correta crítica ao raciocínio médico (heurística), aqui não entendido em termos de *phronesis*. Não há qualquer necessidade de que seguir “as regras da reta razão” signifique em medicina seguir valores morais. Parece impossível falarmos em “médico virtuoso” sem com isso queremos dizer “um médico que conhece toda a técnica e ciência recente” (*episteme e techné*). Pode ser verdade – não estamos seguros disso – que as pessoas tendem a ver o médico e o enfermeiro dotados de maior sensibilidade, benevolência e demais virtudes que os profissionais de outras áreas (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993, p.172), mas essa observação permanecerá trivial enquanto não definirmos até que ponto podemos exigir tais virtudes de um profissional e até que ponto isso é supererrogatório, já que muitas vezes não exigimos isso nem dos familiares do paciente. Isso sem mencionar as dificuldades que a compaixão ou a simpatia poderiam gerar em um médico, razão pela qual os códigos nas áreas da saúde proíbem atender familiares para certas especialidades. Se assim for, então o critério comunitário da *phronesis* atrapalhará o critério da reta razão. Agora podemos repetir uma crítica que fizemos à Pellegrino anteriormente: que toda ética de virtudes corre o risco de se tornar tradicionalista e, no caso da ética de virtudes médicas, antiquada. A não ser que corrigíssemos isso com outras teorias da virtude, como a que o princípalismo incluiu junto ao seu sistema de regras. A outra alternativa estaria em dizer que, em medicina, a única *phronesis* é a própria *techné* (ROOCHNIK, 1996). Ou, ao menos, que a *episteme* e a *techné* sempre vem integrada à *phronesis* (LENK; MOSER, 1973). Assim, se queremos abraçar o projeto de Pellegrino, de fundar a medicina com atividade prática, nada melhor que

defini-la como uma *techné*, já que a *phronesis* é uma virtude intelectual. Os hipocráticos já haviam ensinado que a *techné* do médico está na habilidade para fazer anamnese, diagnóstico, prognóstico e tratamento. Porém, notemos que, se for verdade que a medicina é primariamente prática e exerce-se essencialmente como *techné*, então deverá ter um produto. Mas que produto seria esse? A saúde? Mas nada mais estranho para a medicina atual do que afirmar que ela produz a saúde e se ocupa estritamente da saúde: primeiro porque seria mais adequado falarmos em “as saúdes”, segundo porque os resultados dificilmente poderiam ser reduzidos à restauração de uma “saúde natural”, terceiro porque não poderemos decidir sempre se a saúde como *produto* do tratamento medicamentoso é algo químico, biológico, mecânico, artificial, etc. Os conceitos clássicos desabam no mundo moderno. Mas claro está que a definição hipocrática de *techné* parece caber à Pellegrino, a medicina como atividade prática destinada à curar (PELLEGRINO, 1979a, p.47), do mesmo modo como para os hipocráticos (JONES, 1995, p. 299–301). Porém, o que isso teria de diferente da casuística, já que estamos pensando a medicina como comunitária, orientada pelo discernimento técnico, onde o fim da medicina e o fim do profissional foram igualados? Todos os críticos são unânimes em classificar a teoria do status moral da medicina presente em Pellegrino junto com as de Jonsen-Toulmin, Brody-Miller e outros “internalistas” (BOORSE, 2016; BRODY, 1995; BEAUCHAMP, 2001; VEATCH, 2001). Acontece que os fins da medicina para os hipocráticos não eram apenas restabelecer a saúde do corpo ao perseguir a cura em geral, mas também atender aos interesses particulares de um indivíduo (JONES, 1995, p.31–35), por exemplo, que “os hipocráticos já praticavam a contracepção não dirigida para a saúde no sentido contemporâneo” (BOORSE, 2016, p.1). Evidentemente, no período clássico e medieval a medicina não podia estar baseada na comunidade profissional metodicamente organizada, menos ainda na pesquisa de uma comunidade científica. Enfim, tudo indica que a filosofia da medicina de Pellegrino serve de boa crítica à responsabilidade dos julgamentos médicos, às gestões atuais em medicina e ao que ele chamou de imperativo tecnológico. Entretanto, não há como inferir dessas descrições da normatividade da sociedade de pacientes e das comunidades de médicos uma prescrição que priorize a beneficência.

5. Internalismo ou externalismo?

Mas nossa crítica não se limita à história da medicina. Queremos atingir melhor o alvo, isto é, mostrar onde se localiza o erro inferencial na

própria pretensão dos autores em formular uma ética médica. Como adiantamos, isto não será localizado no normativismo dos autores, mas no internalismo. O que é internalismo e externalismo? Inicialmente tratava-se de uma disputa em filosofia da ciência. Externalistas defenderam que os avanços científicos são resultantes de recursos econômicos, tecnológicos, sociais etc., ou seja, externos à comunidade científica. Seria fácil de ver que o Estado aloca recursos para pesquisa, o parlamento apresenta projetos de lei, empresas farmacêuticas seguem diretrizes a partir dessas fontes, etc. Para uma versão mais moderada, poderíamos dizer que há interação: avanços tecnológicos impulsionam descobertas científicas e descobertas científicas promovem a tecnologia, formando uma história comum. Internalistas, por sua vez, colocarão o acento nas revoluções e evoluções científicas: a revolução copernicana colocou o Sol no centro do universo contra o geocentrismo da sociedade e da igreja. Assim, percebemos que este debate é similar a disputa entre construtivistas e naturalistas sobre doença: que a biologia tenha levado à bacteriologia e esta impulsionado a descoberta da penicilina fala a favor de um lado, mas que a psiquiatria tenha criado o diagnóstico de “transtorno de estresse pós-traumático” foi uma forma de responder as necessidades geradas pela Guerra do Vietnã. Então, o que seriam o internalismo e externalismo como modelos sobre o status da moralidade médica?

O internalismo moral (em filosofia da ética profissional) defende que a ética médica deve ser derivada inteiramente do status, das metas e/ou da prática médica (PELLEGRINO, 2001; KASS, 2001). Os médicos não precisam de valores morais estranhos a sua profissão, menos ainda de recursos dedutivos de metaéticas, filosóficas ou teológicas. O médico obtém a orientação ética de que precisa de dentro da própria medicina. Essa tese gerou a reação externalista, para a qual não existe moralidade interna da medicina (VEATCH; MILLER, 2001), mas os julgamentos bioéticos devem ser todos julgados e justificados por normas externas à medicina. Apesar de Engelhardt não formular para si uma solução que se enquadrasse claramente nesse debate, é evidente que seu construtivismo leva a um externalismo moral. Contudo, enquanto o modelo de Engelhardt apenas se esclareceu em debate com o naturalismo de Boorse, no caso de Pellegrino o problema está situado nesse outro lugar, que levou, por um lado, ao debate com Veatch e, por outro lado, a ser enquadrado junto ao internalismo dos casuísticas (BOORSE, 2016). A saída, não simplesmente intermediária ou moderada, mas que foi capaz de analisar e afastar os dois embates (normativismo-naturalismo; internalismo-externalismo), estará unicamente na proposta principialista,

muito embora, como veremos, isso é desenvolvido nos *Principles*, e depois concentrando em artigos de Beauchamp, enquanto Childress, quando se pronunciou sobre isso, limitou-se a apresentar o problema ao discutir a saúde pública, não menos importante. Seja como for, somente agora toda nossa discussão anterior confluiu para uma única problemática, que merece ser bem definida.

Nossa pergunta é a mesma de Beauchamp: como os bioeticistas teriam chegado a posição tão opostas, por um lado, sobre a natureza das doenças, por outro lado, sobre a natureza da medicina? (BEAUCHAMP, 2001, P.601). No contexto dos *Principles*, este problema é atacado explicitamente no capítulo sobre o método filosófico em ética médica, em resposta ao internalismo de Jonsen, momento em que Beauchamp-Childress citam diversas vezes a proposta moderada, também internalista, porém dialética, de Miller e Brody (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2002, p.39, 116, 119, 121, 173, 174). Para esse modelo dialético, a moralidade médica possuiria um conteúdo interno em constante diálogo com normas externas, construindo-se historicamente as normas internas da medicina na forma de julgamentos de equilíbrio, negando que o internalismo em medicina venha a funcionar de modo autônomo ou corporativista. Alguns interpretes entenderam que esta abordagem estaria supondo que a posição principialista também seria externalista, tal como a de Veatch e Engelhardt. Mas o referido capítulo dos *Principles*, assim como futuros textos tanto de Beauchamp quanto de Childress, deixarão bem claro que o principialismo não é simplesmente uma posição intermediária entre internalistas e externalistas, pois não fundamenta os princípios morais nem dentro nem fora da medicina, mas em uma teoria da “moralidade comum” (BEAUCHAMP, 2001). Quem compreendeu essa resposta foi Gert, e é por isso que somente no debate entre Gert e Beauchamp-Childress compreendemos que existe propostas que podem ser colocadas fora do debate que Pellegrino assumiu para si mesmo, seguido de Engelhardt e Boorse.

Ora, nossa análise precedente permite afirmar que o modelo de Pellegrino-Thomasma não é simplesmente internalista, mas também essencialista. Isso se deve ao modo como ficou reunido o aristotelismo e o platonismo numa visão hipocrática. O essencialismo se define em função da moralidade médica ser derivada das metas da medicina (PELLEGRINO-THOMASMA, 1988; KASS, 1985). A premissa maior é esta: a medicina tem como condição de possibilidade o fato de existir como prática. Assim, preceitos morais são objetivos médicos derivados da condição-prática da medicina. Esta tese é conservadora, na medida em que difere do internalismo de Brody ou de Jonsen, que são historicistas:

o primeiro para a história da ciência médica, o que se chamou de “internalismo evolucionário” (Boorse, 2016), o segundo para a história dos casos, o que poderemos chamar de internalismo casuísta ou jurisprudencial. Para o essencialismo, contudo, a devida descrição do status moral da medicina, desde sua condição prática, é suficiente para provar que a medicina é uma prática útil e igualmente úteis são suas metas. Ora, o que seria útil essencialmente em medicina? A cura. Assim, se a medicina é essencialmente uma prática útil devido a cura como sua meta primária, então ela é também essencialmente beneficente. Portanto, da condição prática da medicina seguem-se as obrigações práticas dos médicos: se os médicos são curadores, então eles tem a obrigação de curar pacientes infectados por uma virose, e se um médico não deseja arcar com esse ofício, ou é mau caráter ou não sabe o que é medicina; além disso, o médico não poderá racionar seus serviços, nem consentir com isso, de onde se segue que deve dirigir-se ao tratamento do paciente individual, bem como deve estar livre de ser mandado pela autoridade institucional de qualquer natureza; médicos estão proibidos de realizar aborto, já que não condiz com a meta da cura; do mesmo modo, quando um médico realiza cirurgias estéticas, ele está fazendo tudo, menos medicina, apesar de ser livre para fazê-lo. Dito nestes termos, fica evidente porque Pellegrino necessitou descrever os tipos de gestão em medicina, para demonstrar que somente uma corresponderia a um fim estritamente ético, ou seja, que da *obrigatoriedade da cura* como *gestão por juramento* segue-se a priorização das obrigações de beneficência. Nesse contexto, também pareceria fácil responder à objeção que assinala que nem sempre está ao alcance do médico fazer o bem indicado: nesses casos, vale o princípio “não causar dano”, a obrigação médica tradicional, já incorporada nas obrigações de beneficência. Seja como for, visualizamos aí dois problemas: deduzir, do fato de que a medicina é a profissão de curar, que o médico *deve* curar, não é o mesmo que deduzir, do *ser*, um *dever ser*? E deste equívoco não se seguiria que o problema não está entre o que é interno e o que é externo à medicina, mas no fato de que mesmo normas internas à mesma comunidade médica podem entrar em conflito? Se estivermos corretos, então o modelo dos autores estaria fundado em um erro inferencial e, além disso, levaria à contradição prática. Vejamos isso mais calmamente.

O belo modelo de Pellegrino-Thomasma possui um critério normativo interno: a confiança entre médico-paciente é a condição básica da medicina-prática. Se o paciente não confia no médico, também não fornece as informações necessárias para se atingir a cura. Contudo, o problema é que a confiabilidade não se deixa tratar sempre como o

fundamento da moralidade médica, mas muitas vezes parece figurar como uma regra ao lado de outras, como a fidelidade, lealdade e privacidade. Tudo se passa como se Pellegrino partisse dessa pergunta: quais as *condições essenciais* para haver a prática da medicina? Resposta: a virtude da confiança entre médico-paciente, e a virtude da prudência no médico e sua comunidade. Ora, é verdade que na ausência de confiança os pacientes não revelam as informações necessárias, mas também é verdade que o paciente perde a confiança no médico quando este não respeita seus interesses particulares. Se, por confiança, o médico viola algum direito do paciente, como a privacidade, a própria confiança desaba. E isso é assim não apenas no interior da medicina, mas em muitos outros contextos profissionais e não profissionais. Do mesmo modo como alguém poderia defender que a lei só é justa se for antes moral, isto é, que a lei é interna à moral como sua condição prática, do mesmo modo Pellegrino parece estar defendendo que há uma moralidade interna da medicina que estaria em vigor antes das demandas externas que a sociedade depois dirige aos médicos. E, além disso, essa moral prévia que funda a prática médica possuiria localização histórica, o hipocratismo, ou seja, a prática do juramento de uma comunidade de especialistas. Essa é realmente uma ótima teoria para fundamentar a responsabilidade médica. Mas este modelo reúne obrigações normativas internas à comunidade, mas nunca internas à história da medicina. A moral médica foi localizada na sua profissão e não em sua história de pesquisas (Brody-Miller) ou de casos (Josef-Toulmin). Por isso é essencialista, pois faz do hipocratismo uma história universal. Isso é muito diferente do internalismo evolucionário de Brody, onde a moral é interna à história da medicina, que existe em dialética com fatores externos. Aqui, fatores sociais, tecnológicos, econômicos, etc. vão sendo incorporados à moralidade médica. Esta doutrina está de acordo com a solução de Rothschild quanto a definição dialética de doença (noção-concepção-conceito), que discutimos inicialmente. Mas seja qual for a variante do modelo internalista, parece difícil aceitar que uma moral restrita à comunidade médica pudesse resolver questões como confidencialidade de registros genéticos ou sigilo de informações médicas em empresas, etc. Como observou Beauchamp, tanto o internalismo quanto o externalismo acabam por acomodar critérios estranhos as suas propostas (BEAUCHAMP, 2001, p.602), pois o profissionalismo do médico parece ter que incluir não simplesmente normas externas (VEATCH, 2001), mas antes ponderações sobre as normas internas e externas ao contexto medicinal que se instalou. Miller e Brody argumentaram que o internalismo não pode, por si mesmo, acomodar aquela norma que se tornou amplamente

reconhecida no contexto médico, o consentimento informado. Beauchamp observa, por sua vez, que isso não é a internalização de uma norma antes externa, mas a ponderação de normas diversas. Recordemos que a doutrina do consentimento informado não nasceu no interior da medicina, mas foi o resultado de fortes campanhas jurídicas de direito liberal (KATZ, 1984). Portanto, toda problemática esteve mal colocada até aqui: não se trata de perguntar se o consentimento informado foi uma norma que surgiu no interior ou do exterior da medicina, mas sim que, tenha sido clamado primeiramente por médicos, pacientes, juristas ou pela opinião pública, tratava-se de um “assim *deve* ser” e não de um “assim *é*”. O dever de confidencialidade, o dever ou a proibição de matar ativamente, e o dever de aliviar sofrimento, são, antes de mais nada, deveres. Que psiquiatras tenham ou não o dever de avisar terceiros sobre possíveis riscos decorrentes do estado de um paciente, ou tenham ou não o dever de proteger a vulnerabilidade do doente mental contra represálias do Estado ou da sociedade, não é uma questão sobre valores internos ou externos à medicina ou à sociedade, mas simplesmente indagações sobre o que é devido ou indevido fazer. Como poderíamos decidir pela aceitação ou proibição da eutanásia a partir de uma moral interna ou externa? Certamente um profissional poderia dizer “sou médico, logo não mato”, mas outro poderia recomendar “sou médico, logo amparo o suicídio, alivio sofrimentos”, etc. Esse pequeno diálogo demonstra o fato notório que o debate entre internalistas e externalistas serve para ocultar: existem conflitos entre normas igualmente internas à medicina ou uma mesma comunidade de médicos. Não foi apenas Hoffmann, o médico mecanicista, que convidou seu maior inimigo acadêmico, Sthal, o vitalista, para trabalharem junto no mesmo hospital em Halle, também as diversas obrigações internas à medicina deverão se comunicar. Por um lado, a norma que obriga guardar a confidencialidade, por outro lado, a norma que manda respeitar a autodeterminação, mas nem sempre tais normas médicas estarão livres de conflitos, menos ainda se resolverão mediante uma hierarquia. Inversamente, é o internalismo e o externalismo médicos que querem impor normas fixas. Mas isso significa enfatizar normas como se fossem deveres instrumentais, isto é, como se normas morais fossem também as normas que tornam a medicina possível? Contudo, exatamente por isso o internalismo e externalismo esvaziam a norma de seu valor moral, ou seja, seu valor problemático, e correm o risco de torná-la um protocolo, semelhante ao que representa o rito e a etiqueta em outras relações interpessoais. Não se pode duvidar que a abordagem centrada na prática médica serve como excelente base para uma sociologia da medicina, assim como a abordagem baseada em

evidências é possivelmente o melhor meio para eliminar da pesquisa científica aquelas incertezas produzidas pela experiência de médicos particulares. Não obstante, aqui e ali não se chegou a tocar na ética.

Podemos resumir esta crítica em uma máxima: a relevância de um conjunto de normas não está apenas em permitirem realizar uma prática, sequer em solucionar os problemas dessa prática, mas em permitir, na maioria das vezes, decidir entre valores concorrentes ou balancear pesos diversos desses valores. Do contrário, estaremos inferindo normas morais da normatividade da prática médica. Do que serviria fundar a medicina em valores necessários para depois recusar todos os demais valores contingentes na história? Do que serve uma norma necessária que não faz outra coisa senão definir que tudo o mais é contingente, menos ela própria? Falar em moral no sentido de profissionalismo é fazer uma descrição sociológica. Como tal, é válida e útil. Mas definir para si uma ética para governar a própria conduta é como tentar repetir os próprios movimentos em frente ao espelho. Não há dúvidas que são válidas as éticas profissionais e os códigos de ética das profissões, mas estes códigos fazem parte daquilo que pode ser previsto, antecipado, tratado como conduta normal daquele setor. Mas a ética ou começa depois disso ou deve poder se estender para além do normativo. A palavra “norma” em sentido moral, dizíamos no início, não se confunde com normalidade nem normatividade em medicina. Por isso, nem a definição de doença ou saúde, nem a definição de medicina podem colaborar na construção das normas morais. Se a ética médica pode se limitar aos seus valores internos, então o médico deve poder se isolar moralmente em sua comunidade. E sempre correrão o risco de se tornarem reacionários. É isso o que se segue das premissas apresentadas por Pellegrino. Afinal, uma norma moral deve poder responder ao menos duas perguntas: “o que fazer?” e “por que fazer isso?”. Talvez as normas protocolares possam responder a primeira pergunta na maioria das vezes para as situações “normais”, mas qualquer um poderá a cada vez perguntar novamente “por que fazer isso e não aquilo?”. Não basta dizer o que se deve fazer, é preciso justificar. Agora, afastando essas considerações analíticas, o problema do internalismo é isolar-se da sociedade em que se encontra, assim como o externalismo tem maiores dificuldade de respeitar valores comunitários. Médicos afastados do mundo social tenderão a decisões unilaterais. Ou talvez seria mais correto dizer que esses médicos, temendo as más consequências sobre seus pacientes, tenderão a se refugiar nos critérios estritamente utilitaristas ou de otimização previsto nos seus modelos probabilísticos e heurísticos, para não se sentirem culpados

eventualmente. Mas, em ambos os casos, o prejuízo é grande, e esse prejuízo é fortemente hedonista.

Os deveres reconhecidos no interior da comunidade médica possuem a forma de acordos. Mas isso era tudo o que Pellegrino queria evitar. E, como se não bastasse, ignora-se que tais acordos sempre estarão sujeitos às correções históricas, como previram externalistas como Engelhardt e Veatch. Que toda a comunidade médica esteja de acordo que tais e tais obrigações são os deveres do médico, não prova que tais normas sejam devidas. Algum médico ou paciente poderia facilmente perguntar “sei que todos estão de acordo quanto a isso, mas isso é certo?”. Isso quer dizer que códigos de conduta não são auto-justificáveis, e pretender isso é cometer a “falácia naturalista”. Normas morais não podem ser justificadas nem desde uma instância interna nem deste uma instância externa, mas normas morais se justificam umas pelas outras. Por isso, são morais e não “normais”. E que elas tenham o poder de normativizar as condutas é algo que serve para provar o ponto, isto é, que se aceitou certas justificações. Mas, nem por isso, assim se fecha o ponto. A não ser para aqueles que ignoram o erro inferencial que acabamos de descrever.

PARTE VI MEDINDO O ALCANCE DO PRINCIPALISMO

CAPÍTULO 1

1. O método na ética principialista.

Pellegrino é um internalista essencialista, Engelhardt e Veatch são externalistas mais radicais, Brody e Miller são internalistas moderados em relação a posição forte de Josen e Toulmin. Boorse resume muito bem o problema: “Alguns dizem que certos atos dos médicos, embora não imorais em si mesmos, violam a natureza da medicina”, o que significaria dizer “que uma moralidade interna da medicina restringe os médicos independentemente da moralidade geral”, tal que “essa ética interna é geralmente baseada em uma lista de metas”, na medida em que “acredita-se poder definir medicina como uma profissão”, por exemplo, entendendo que alguns atos médicos representam “participação em tortura ou em execuções, mesmo que a pena de morte ou a tortura sejam justificadas pela moralidade geral” (BOORSE, 2016, p.1). O interessante na descrição que Boorse faz do internalismo moral está em ter expressado o externalismo que o contrapõe em termos de “mesmo havendo uma moralidade geral”. O autor acrescenta logo em seguida que existem ao menos duas dificuldades com o internalismo: “Uma é a ambiguidade dos conceitos-chave de médico e medicinal, e a obscuridade de suas relações entre si e com a saúde; a segunda é a indeterminação da tradição médica ocidental” (2016, p.1). Esses foram os mesmos caminhos através dos quais criticamos Pellegrino, porém nossas conclusões não são as mesmas de Boorse. O autor defenderá que o problema do internalismo está em ignorar que, considerando o modo como “a tradição médica ocidental começou, os médicos desde o início fizeram outras coisas além de lutar contra doenças e promover a saúde”, cujos exemplos centrais são “a contracepção e anestesia obstétrica vitoriana” (2016, p.1, p.2). Assim, Boorse concluirá que “a medicina não tem uma conexão essencial com a doença ou saúde [e], nesse caso, não há objetivos médicos distintivos, apenas meios médicos distintivos”, o que explica a permissividade, ainda que não a obrigatoriedade de, “alternativamente, os médicos, enquanto médicos, poderem praticar adequadamente algo além da medicina”, de onde se segue que, se “nunca houve uma era de ouro clássica da medicina, então [...] não se oferece boas razões para proibir muitas atividades controversas dos médicos, incluindo eutanásia e melhoria humana”

(2016, p.2). Ora, Boorse está contrapondo valores internos da medicina à “moralidade geral” entendida como externa, ou seja, defendendo um naturalismo de níveis: que, apesar da medicina nunca ter tido razões para limitar-se à saúde e à doença, a teorização destas necessita restringir-se ao método naturalista, enquanto a prática médica deve atender também à moralidade externa. Inversamente, ficou dito anteriormente que esse tipo de proposta não elimina erros de inferência categorial por presumir, se não um normativismo velado no primeiro nível, ao menos critérios normativos na heurística médica que compõe esse primeiro nível. Então, nossa pergunta passa a ser como seria possível evitar o tríplice enquadramento naturalista-normativista (epistêmicos), revisionista-conservador (historicistas), internalista-externalista (fontes da moralidade).

Boorse continua sua crítica dizendo que “a teoria de Pellegrino se aplica apenas à medicina clínica, não aos outros setores, tais como medicina preventiva ou social ou ciência médica (PELLEGRINO, 2001, 564; *apud* BOORSE, 2016 p.8). Mas “uma teoria diferente da moralidade médica interna é a visão evolucionária de Miller e Brody [...] que rejeitam a ideia de uma essência eterna fixa da medicina”, isto é, “os objetivos da medicina não são atemporais e imutáveis, por necessidade eles evoluem juntamente com a história e cultura humana”, tal que “é insuficiente simplesmente argumentar que a prática proposta alteraria os objetivos tradicionais da medicina. (2001, p.585; *apud* BOORSE, 2016, p.9). Boorse chega a acusar Pellegrino de “acreditar que a saúde significa o eterno retorno do mesmo” (2001, p.568; *apud* BOORSE, 2016, p.9), quando antes “parece incerto como o alívio da dor, que é apenas o bloqueio de uma sensação, é um caso desse tipo, e da mesma forma para o sofrimento em geral” (2016, p.9). Após isso, Boorse observa que “o ponto de vista de Beauchamp é de que a moral médica interna é específica da comunidade, embora a justificação última repouse sobre uma moralidade universal comum” (2016, p.9). Boorse estaria se referindo a “teoria da moralidade comum”, alvo das discussões de Gert, que, sem dúvida, representou para o principialismo uma resposta a esse debate, sem, contudo, compreender um externalismo. Assim, “enquanto Miller e Brody [...] argumentam que sua teoria é apenas internalista em um sentido muito fraco, Beauchamp observa que as principais mudanças na perspectiva moral no último quarto de século em medicina vieram principalmente de grupos externos e padrões externos”, cujos exemplos citados são “as novas diretrizes para o consentimento informado, cuidado paliativo e proteções para sujeitos humanos de pesquisa” (BEAUCHAMP, 2001, p.606; *apud* BOORSE, p.10). Concordamos que

esses três lugares são centrais para a construção da ética principialista, e que o principialismo contribuiu para o reconhecimento de padrões de fontes externas. Porém, nem por isso se poderia entender que o principialismo é um externalismo moral. Externalista moral é Boorse, quando afirma “vou agora oferecer uma lista mais abrangente de metas médicas, abraçando tudo das listas anteriores e mais além [...], misturando alguns dos escritores anteriores”, de maneira que, para tanto, “continuaremos a ignorar a pesquisa experimental, a saúde pública, a medicina forense, e assim por diante, embora [...] tais atividades feitas por médicos também poderiam ser consideradas parte da medicina” (BOORSE, 2016, p.26). Não há nenhuma semelhança entre esta abordagem externalista e o principialismo, porque nesse último não se admite como método nenhum recurso à “misturas”. Tanto que Boorse conclui, logo em seguida, que “adicionando dois novos objetivos cognitivos ao exemplo de Miller e Brody, separo a lista de objetivos em duas partes: benefício aos pacientes e conhecimento científico” (BOORSE, 2016, p.27). Trata-se de uma filosofia da demarcação, que estabelece a separação entre doença-teórica e doença-prática, sem nenhuma semelhança com o principialismo. Portanto, a pretensão de Boorse continua sendo garantir o naturalismo de níveis, porque o “conhecimento científico” em medicina experimental não entra nas regras de especificação de normas éticas, mas como demarcação em relação ao “benefício aos pacientes”, sem distinguir outros critérios como respeito à autonomia ou distribuição justa. No modelo principialista, tais critérios epistêmicos de demarcação são dispensáveis para uma ética médica. Em Boorse, ao ter sido dividido os campos do “conhecimento científico” e do “benefício”, em correspondência recíproca à demarcação entre doença-teórica e doença-prática, as questões sobre justiça distributiva, saúde pública e pesquisa com seres humanos, ficaram colocadas de lado.

Poderíamos reforçar esse argumento observando que Childress afirma que o debate recente, sobre métodos filosóficos ou não filosóficos em ética médica, levou ao surgimento do rótulo depreciativo “principialismo”, quando questões sobre saúde pública justificariam melhor o método (CHILDRESS, 1994, p.181-201). Mais recentemente, Beauchamp defendeu que “a distinção entre pesquisa clínica e prática clínica orienta como dividimos a medicina e a ciência biomédica”, divisão originalmente apresentada pelo Relatório Belmont para garantir a análise da pesquisa e da prática médicas, suas fronteiras, atividades e intervenções, embora as “conclusões da Comissão sobre as fronteiras são mais complicadas”, por exemplo, prejudicando a formulação de normas para supervisão de experimentos (BEAUCHAMP; SAGHAI, 2012, p.45-

56). Essa crítica de Beauchamp pode ser entendida como uma defesa dos critérios de justiça previstos no princípalismo que, ao contrário de Boorse, não estão apenas ao lado das normas de beneficência. Isso se repete no trabalho conjunto de Beauchamp, Kass e Faden sobre a integração da pesquisa e prática médicas, onde discutem, entre outras coisas, o princípio de autonomia para randomizar pacientes no campo da aprendizagem da medicina, formulando justificativas em termos de sistema de saúde justo para assegurar a qualidade dos serviços de saúde (BEAUCHAMP; KASS; FADEN, 2011, p.3). Ou ainda, esclarece “a importância da ética filosófica para a epidemiologia” (BEAUCHAMP; COUGHLIN; DOUGLAS, 2009, p.55-74; COUGHLIN; BEAUCHAMP, 1992, p. 343–347). Portanto, a pergunta “o que justifica conclusões em ética médica? A fonte é externa ou interna à medicina?” é enfrentada em relação aos “três tipos influentes de resposta que apareceram na literatura recente: interna, externa e mista”, tal que “há mérito em cada perspectiva, mas cada uma ultrapassa seus argumentos de apoio e deixa de apreciar o que é legítimo nas teses de seus concorrentes” (BEAUCHAMP, 2001, p. 601-619), artigo mal compreendido por Boorse. Essa resposta pode ser estendida àqueles que “acreditam hoje que o pluralismo secular criou um mundo chamado pós-moderno, no qual devemos abandonar nossas crenças robustas do passado na universalidade dos preceitos morais” (ENGELHARDT; WILDES, 1994; WILDES, 1993; ENGELHARDT, 1986), isto é, externalistas da moral baseados no construtivismo normativista. A conclusão que Beauchamp apresenta aqui demonstra nosso ponto contra a leitura de Boorse, “que um corpo de preceitos éticos gerais constitui a moralidade onde quer que seja encontrada, [um] sistema universal e compartilhado de crenças de moralidade no sentido estrito”, e se isso permite afirmar, em seguida, que “nessa perspectiva, não existe diferença nos preceitos morais básicos entre a moralidade japonesa e a ocidental”, embora existam aí diferenças quanto a “moralidade em sentido amplo”, é porque não se trata mais da fonte da moralidade médica comunitária (interna ou externa), mas do método e do rigor das normas éticas (BEAUCHAMP, 1997, p. 25-47). Isso fica reforçado no fato dos códigos de ética não poderem oferecer padrões suficientes, análogos ao raciocínio jurídico, sendo necessário, muitas vezes, uma teoria para desenvolver conceitos morais e dar justificações, pois “a teoria moral não é uma panacéia para nossas preocupações morais contemporâneas” (BEAUCHAMP, 1991, p.5-8).

Se admitirmos que “Beauchamp e Childress são incoerentes ao incorporar a idéia de uma moralidade comum, considerada a moralidade eterna, imutável etc., e defender ainda assim o uso do método do

equilíbrio reflexivo”, então nossa análise sobre como eles incorporaram critérios biomédicos no método de ponderação e especificação deverá privilegiar mais o equilíbrio reflexivo que a teoria da moralidade comum ou, para uma segunda alternativa, fornecer uma nova formulação da teoria da moralidade comum, mediante equilíbrio reflexivo, para incorporar aquilo que na moral comum é bem aceito, mas relativamente. Mas isso é algo por se fazer, já que os autores reconhecem a ambigüidade do método de equilíbrio reflexivo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009, p. 387). Apesar de “John Arras (2007, p. 55) sustentar que a atratividade do ERA [equilíbrio reflexivo amplo] deve-se a seu ar inconclusivo e isto se explica por ser muito abrangente (englobar todas as crenças de todos os tipos) e indeterminado (não há uma indicação clara de como chegar a coerência completa de crenças contrárias)” (*apud* DALL’AGNOL, 2011, p.151), sua crítica ao internalismo da moralidade médica e seu reconhecimento do método principialista como solução para a disputa entre internalistas e externalistas (ARRAS, 2001, pp. 643-662) traz algumas alusões ao que propomos. Quanto a crítica de Arras, que o método do equilíbrio reflexivo em bioética é inconclusivo e indeterminado, aceitaríamos aquela resposta que esclarece que ser inconclusivo e indeterminado são os propósitos, se não as virtudes, do método (DALL’AGNOL, 2011, p.156), mas acrescentaríamos que a defesa de Arras, que a ética médica não é nem interna nem externa (ARRAS, 2001), acaba por favorecer a aceitação do método de equilíbrio reflexivo do modelo principialista. Recusar tanto o internalismo quanto o externalismo é uma forma de “proibir” que casuístas, de um lado, ou teóricos da hierarquização de princípios, de outro, não façam cada qual o uso que bem entendem dos princípios bioéticos. Por isso, Arras acaba por elogiar a teoria da moralidade comum, com as ressalvas necessárias, inclusive afirmando que seria preferível a formulação principialista que a de Gert (ARRAS, 2009).

Conclusão: enquanto o intuicionismo permite aos principialistas evitar os impasses entre naturalistas e normativistas, embora não sem um custo considerável, a teoria da moralidade comum permite evitar as dificuldades entre internalistas e externalistas da moral. Nossa investigação não tem como objetivo tentar resolver as dificuldades das teorias morais sobre intuicionismo e moral comum, mas mostrar como o principialismo evita os problemas de inferência que apontamos nas demais abordagens. Sobre isso, podemos dizer que a razão para se ter adotado esses dois expedientes metodológicos, apesar dos problemas apontados pelos críticos, está no fato daquela tríplice taxonomia não ter logrado mais que anfibiologias ou, na melhor das hipóteses, antinomias. Não por acaso Brody acreditou poder revolver os problemas entre

internalistas e externalistas mediante uma dialética, assim como Rothschild acreditou que a dialética poderia solucionar as disputas entre naturalistas e normativistas sobre definições de deonça. Enfim, esses são bons motivos para passarmos a testar nossas hipóteses sobre o vocabulário biomédico usado nos *Principles*. Faremos isso em três tempos: (i) começaremos por esclarecer o ponto central do principialismo, o conceito de duplo-papel; (ii) depois aplicaremos os resultados sobre nomenclaturas atuais sobre doença-saúde, para afastar definitivamente mesmo as soluções moderadas daqueles dialéticos; (iii) e, em fim, analisaremos os critérios empregados pelo principialismo para lidar com vocabulários biomédicos.

2. Medicina como duplo-papel e duplo-relacionamento.

Se existe alguma noção implícita de “medicina” nos *Principles*, essa se encontra na forma como os autores definem o “método de ética”. O capítulo em que discutem as especificações dos princípios em termos de regras centrais na relação médico-paciente não sofreu alteração, ao longo das edições, quanto ao seu lugar ou função no interior do sistema. Contudo, se considerarmos este tema ao lado da seção sobre *os métodos de ética*, no qual se reúne virtudes, obrigações e ideais morais em um único modelo contínuo de valores, então poderemos deduzir como a relação médico-paciente é considerada elementar para uma concepção de medicina, desde que venha ao lado do duplo-papel do médico-pesquisador. Assim, compreenderemos também porque os autores não adotaram o caminho de Pellegrino-Thomasma, que discutiram a relação médico-paciente junto ao capítulo sobre virtudes. A tese geral é a seguinte: (i) a especificação dos princípios admite dois campos: (a) virtudes e caráter e (b) princípios e regras; (ii) tais especificações se dão mediante quatro regras: (a) veracidade, (b) privacidade, (c) confidencialidade, (d) fidelidade; (iii) as relações a serem especificadas por estas regras são de dois tipos: (i) médico-paciente e (ii) pesquisador-sujeito de pesquisa. Essa classificação por si mesma já contém a crítica à Pellegrino-Thomasma (que fazem da relação fiduciária de médico-paciente um fundamento ontológico) *ao situar a medicina tanto na relação médico-paciente quanto na relação pesquisador-pesquisado*, tanto na relação de duplo-papel quanto na relação fiduciária. Deve haver, portanto, conflitos morais tanto internos (em clínica, em pesquisa e entre ambos) quanto externos (entre médicos, pacientes, familiares e terceiros), sem que os fundamentos da moral possam ser localizados em nenhuma dessas fontes isoladas.

Por exemplo, a veracidade (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2002, p.425-438, 2009, p.288-295) é defendida como um tipo de obrigação *prima facie* que não se restringe aos casos de consentimento informado porque, nesses últimos, se fazem necessárias maiores considerações sobre a “capacidade” ou “incapacidade” física e mental do paciente. Com efeito, o problema epistêmico começa quando um diagnóstico médico define algum grau de *incapacidade na autonomia*, seja por causa de doenças mentais ou físicas, e a solução dos autores a esse problema permite averiguar a seguinte distinção: trata-se de respeitar a capacidade de escolha segundo uma avaliação da capacidade especificada em termos de compreensão e comunicação. Em Pellegrino-Thomasma, a capacidade é identificada com a própria autonomia e não com uma de suas especificações, mediante o par de conceitos “vulnerabilidade” e “integridade”. Engelhardt, por sua vez, simplesmente define o problema em termos de “capacidade mental” mediante uma fenomenologia da continuidade da consciência. Além disso, a medicina inclui um duplo-papel na definição de seu ofício, o que é reconhecido em suas especificações às regras de privacidade: essa é um direito (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.440), não apenas direito de não ser acessível, mas também direito de decisão autônoma, cujas regras devem ser especificadas e ponderadas para políticas públicas, tal que estas regras ainda poderão deixar espaço para intromissão justificada por meio de ponderação, caso em que a abrangência da varredura pode ser (i) universal ou (ii) seletiva, e a forma de autorização pode ser (iii) voluntária ou (iv) obrigatória (2009, p.299). Ora, isso significa que as regras de privacidade tanto podem ser identificadas com a beneficência quanto com a autonomia e as políticas públicas. A varredura obrigatória seletiva de imigrantes, que costuma ser justificada em termos de saúde pública e despesas públicas, apesar de não ser intrinsecamente injusta, pode representar o problema da higienização política que os críticos apontaram contra Pasteur, pois existe diferença entre evitar custos adicionais de saúde e proibir imigrantes cuja doença ou grupo de risco é menos custosa ou arriscada que outros casos igualmente dispendiosos admitidos. Um exemplo particularmente importante fornecido pelos autores, também largamente discutido por Foucault, são os tratamentos obrigatórios para tuberculose na década de 1980: apesar de terem sido feitas estimativas da erradicação da tuberculose, deve-se dar prioridade às políticas de colaboração voluntária para o controle de epidemias, mas em casos de riscos significativos de contaminação em locais de trabalho, prisões ou similares, medidas obrigatórias ou, às vezes, coercitivas, serão justificáveis no caso de portadores ativos para proteger terceiros, como

quarentena, isolamento e tratamento obrigatório para impedir que a doença se desenvolva à níveis de resistência múltipla às drogas, solução que não é paternalista, pois não se trata de forçar benefícios ao paciente, mas de proteger outros durante um período seguro. O principalismo parece deflacionar aquela máxima que diz “em certo sentido, a ‘medicina social’ não existe, porque toda a medicina já é social” (FOUCAULT, 2010, p.172). Deste modo, a questão aqui é a obrigatoriedade universal ou seletiva da vigilância em saúde pública como fim (Foucault), onde se distingue “cura” e “não-contágio”. Os críticos do “tratamento obrigatório vigiado”, esclarecem os autores (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.452, 2009, p.300-301), defendem que este é inapropriado quando a maioria adere voluntariamente ao tratamento, mas os riscos de contaminação justificam políticas de intromissão, “em alguns casos a detenção forçada”, desde que o direito à privacidade tenha levado antes à priorizar estímulos e incentivos, como cupons de alimentação e transporte para assegurar a vigilância obrigatória para proteger adequadamente a saúde pública. Portanto, a solução dos autores ao problema de Foucault (tratamento obrigatório vigiado ou vigilância justificada em saúde pública concebidos segundo uma concepção social, valorativa, de medicina) se dá por meio da regra de ponderação e em favor do respeito à autonomia, especificado no direito à privacidade, limitando a força do Estado e das instituições, mas conforme os riscos reais a outros e a eficiência do tratamento para a cura, isto é, dar atenção principalmente às condições que causam a doença e dar prioridade às políticas que enfatizam a liberdade de escolha, bem como priorizar medidas menos restritivas e coercitivas quando possível: primeiro tratamento vigiado, em seguida tratamento vigiado obrigatório e, por fim, políticas de detenção. Esta é uma solução que não precisou embrenhar-se em questões sobre normativismo ou externalismo.

Isso pode ser reforçado quanto às regras de confidencialidade expostas pelos autores (2002, p.453-466; 2009, p.302-310), que ocorrem quando uma pessoa revela informação à outra pessoa física ou jurídica, seja por meio de palavras ou por exames médicos, e a pessoa que recebe a informação promete não divulgá-la sem autorização: “A informação I é confidencial se e somente se A revela I a B, e B promete não revelar I a nenhum terceiro C sem o consentimento de A” (2002, p.456). Um exemplo importante de uso da confidencialidade é o uso de informações em arquivos de medicina ocupacional em empresas, situação ambígua porque os cadastros ocupacionais se tornam cada vez mais amplos, e ainda que a forma de registro aparente proteção, a amplitude também aumenta os riscos de vasar informações. Este exemplo mostra que o

problema da medicina enquanto instituição social é admitir responsabilidades múltiplas. Disto se segue que poderá haver infrações justificadas das regras de confidencialidade (2002, p.460, 2009, p.307): conforme existam consequências à terceiros, será *permissível* ou *obrigatório* romper a confidencialidade. Essa *diferença modal entre obrigatório e permissível* forma grande parte de nosso argumento, previsto em nossa segunda parte, quando, a propósito das definições de doença, os métodos probabilísticos, estatísticos e históricos, e a imputabilidade das causas das doenças, defendemos que os critérios utilitaristas não eram suficientes para responder as críticas sobre as teorias de decisão e julgamento médicos. Os autores principialistas comprometeram-se com uma solução para esse problema: adotar o modelo de *continuum* de valores, porém não de maneira a pressupor padrões de expectativa e previsão de utilidades probabilísticas para algum modelo matemático (por exemplo, regras bayesianas de decisão) ou informacional (por exemplo, regras de Mycin para fatores de incerteza), mas para distribuir valores positivos e negativos de decisibilidade através de duas categorias, *probabilidade* e *magnitude*, quando *obrigatória ou voluntária*, isto é, valores tanto do ponto de vista médico quanto na perspectiva dos interesses do paciente: *pesar* (I) a probabilidade de concretização do dano (alta ou baixa) e (II) a magnitude do dano (grande ou pequena), em quatro possibilidades: [1] *alta probabilidade-grande magnitude*, [2] *alta probabilidade-pequena magnitude*, [3] *baixa probabilidade-grande magnitude*, [4] *baixa probabilidade-pequena magnitude* (2002, p.461, 2009, p.307) e, quando for o caso, se [a] *universal* ou [b] *seletiva*, e se [c] *voluntária* ou [d] *obrigatória* (2002, p.447). Essa distribuição para a relação entre as categorias deonticas *obrigatório e não obrigatório* respeita o corolário “os níveis de padrões morais – padrões comuns e padrões excepcionais – devem ser distinguidos analiticamente”. Por exemplo, o conceito de virtude se distribui entre o obrigatório e o supererrogatório em um *continuum* (2009, p.47, 2002, p.519); a regra de duplo-efeito será modulada em *obrigações forte e fraca* até a *supererrogação menor e maior* (2009, p.49, 2002, p.522); regras de privacidade devem ser especificadas e ponderadas para políticas públicas, tal que abrangência da varredura pode ser (i) universal ou (ii) seletiva, e a forma de autorização pode ser (iii) voluntária ou (iv) obrigatória, permitindo os seguintes casos: [1] abrangência *universal-voluntária*, [2] *universal-obrigatória*, [3] *seletiva-voluntária*, [4] *seletiva-obrigatória* (2009, p.299).

Essas distribuições de valores em um *continuum* não são utilizadas pelos autores apenas no escopo das regras de especificação, mas também

no interior dos próprios princípios, porém, nesse caso, na forma de graus de prioridade *prima facie* (nem incondicionais nem absolutos) para decisões, pois, se (i) a coerência é uma das condições necessárias para a justificação moral, sem que seja a única nem suficiente, (ii) então a justificação moral deve ser pensada em *graus*, (iii) segundo a condição de *similaridade* aos princípios, impedindo que um princípio se transforme em outro e, inversamente, sem impedir rever julgamentos iniciais que poderiam conter erros categoriais (2002, p.42-43, 2009, p.386), já que é inerente a toda norma geral algum grau de indeterminação (2009, p.28). Por exemplo, o “respeito à autonomia” significa respeito às limitações da capacidade segundo (a) intencionalidade, (ii) entendimento e (iii) sem influências controladoras da ação, tal que (2.3.1) a condição *i* varia em graus e as condições *ii* e *iii* variam em maior ou menor complexidade, e a autonomia admite graus ao longo de um *continuum* desde a presença total até a ausência completa (crianças e idosos exibem graus muito variados de entendimento e independência neste *continuum*); a autonomia deve ser especificada em graus de capacidade (i) de escolha, (ii) de receber informações e (iii) de aceitar ou recusar influências externas (autoridades, comunidades, instituições, tratamentos, incentivos, etc.); há diferentes graus de cooperação: (i) cooperação formal – participação consentida e *ativa* em ações moralmente erradas; (ii) cooperação material – participação não consentida *por envolvimento* em ações moralmente erradas (2002, p.43); a abrangência do direito de assistência à saúde distribui-se em níveis: (nível 1) cobertura obrigatória para necessidades básicas e por catástrofes e (nível 2) seguro privado opcional para outros serviços desejados pelo indivíduo (*continuum* entre necessidades e desejos); as formas de decisão de alocação: distribuição da incumbência social, alocação de assistência social, alocação de assistência profissional, alocação de recursos escassos (2009, p.267, 2002, p.394); níveis de racionamento: (i) exclusão por falta de recurso (conforme as condições econômicas), (ii) por políticas sociais (não poder adquirir mais que o limite estabelecido por uma cota), (iii) por políticas públicas (cotas) (2009, p.272, 2002, p.397); a seleção de potenciais receptores de tratamento, quando necessária: característica do cliente, progresso da ciência, perspectiva de sucesso (2009, p.275, 2002, p.421); etc. Os exemplos se multiplicam nos *Principles*, em função das *regras de ponderação* previstas pelo método: (1) ter razões melhores (para agir conforme uma norma); (2) ter expectativa realista (do objetivo a ser alcançado pela infração); (3) ser insubstituível (por nenhuma outra alternativa preferível); (4) ser a menor infração possível; (5) minimizar os efeitos do ato (os da infração); (6) tratar as partes afetadas imparcialmente

(2002, p.52)⁵. Deve estar claro, enfim, que o método de ponderação de normas terá que balancear justamente normas morais, internas ou externas à medicina, em função dos quatro conjuntos de princípios, de onde se segue aquela distribuição de valores entre probabilidade e magnitude, implicando “tipos de regras” (2009, p.23-24, 2002, p.56-57).

Entendemos que a dificuldade se deve ao fato da probabilidade do conhecimento médico, em prognóstico, diagnóstico e em escolhas de tratamentos alternativos, admitir incertezas e valores não-clínicos, tal que probabilidade e estatística não podem servir sempre de critério para a decisão moral (às vezes nem mesmo quando estão bem definidos), já que não podem medir de modo absoluto as consequências clínicas e sociais. Contra as ontologias da medicina de Gadamer ou Pellegrino, ou o naturalismo de níveis de Boorse, esta posição não supõe que um conhecimento médico bem delimitado sobre benefícios justifique toda decisão moral, mas, respondendo ao problema de Canguilhem, apesar da probabilidade incluir normas inerentes ao conhecimento médico, a moralidade não pode depender deste de modo central. As maiores dificuldades para justificar romper confidencia estão nos casos fronteiraços [2] e [3] (*alta probabilidade-pequena magnitude; baixa probabilidade-grande magnitude*) pois a falta de confiança já está presente nas *incertezas do diagnóstico e prognóstico*, dotando a avaliação de probabilidades de resultados duvidosos ou abertos, casos que envolvem juízos difíceis sobre a probabilidade e magnitude do dano e avaliações incertas sobre riscos e benefícios. Por isso, Beauchamp-Childress não podem concordar com Engelhardt, pelo fato da medicina envolver muitos juízos probabilísticos (conforme Boorse), sem que isso elimine os juízos de valor (Pellegrino-Thomasma), juízos políticos e sociais (Foucault), juízos normativos (Canguilhem) ou critérios biológicos (Boorse), mas de forma que esse fato exige maior cuidado nas decisões morais, isto é, um método de especificação. Exemplo típico desta dificuldade é o risco dos pacientes de transmitirem HIV aos cônjuges ou terceiros: (a) muitas vezes será defensável o rompimento da confidencialidade, uma vez que, observamos, a necessidade médica e a necessidade social se tencionam, tal que a moralidade exigirá do médico ocupar-se destas tensões tanto fisiológicas quanto culturais ao lidar com demandas tanto clínicas quanto sociais; (b) mas o médico não terá obrigação de revelar informação de HIV para todo o histórico do paciente,

⁵A última condição foi incluída pelos autores apenas na 6a edição dos *Principles* e possui uma função externa de limitação, pois imparcialidade não é uma característica da “infração”, mas das “partes afetadas” (2009 p.23).

mas o agente de saúde frequentemente terá obrigação de rastrear possíveis terceiros. Ou seja, o médico não está obrigado a fazer isso ou aquilo simplesmente porque a normatividade interna à medicina ou seu código moral assim exige, mas antes porque o médico, como qualquer outra pessoa ou profissional, receberão de todos os lados exigências de decisão e pedidos de justificação moral. A medicina não é atingida pela moralidade de maneira especial, pois especiais são seus meios, não seus fins morais, ainda que seus resultados sejam efetivamente especializados. Isso mostra que Beauchamp-Childress tratam o problema da revelação de HIV como respeito às regras sociais ponderadas com regras sanitárias e de vigilância, afirmando que “é preciso que os agentes públicos considerem cuidadosamente que regra social de confidencialidade salvaria vidas” (2002, p.465, 2009, p. 308). Este é um importante critério para responder à Foucault que, em certos contextos, a vigilância em saúde pode ser moralmente legítima.

O duplo-papel de médico e pesquisador é outra forma de divisão da lealdade profissional, conforme os autores (2002, p.479-494, 2009, p.317-323), e que, por si mesmo, não se reduz necessariamente aos conflitos com interesses institucionais e financeiros. A estrutura do problema é assim descrita: duplo-papel do médico (clínico-pesquisador) e dupla-obrigação para com os doentes (beneficiar o paciente particular atual ou desconhecidos futuros) (2002, p.479, 2009, p.317). Os códigos de ética oficialmente colocam os interesses do paciente à frente dos interesses da ciência (pesquisa), mas ainda que isto seja plausível em casos de pesquisa bem formalizadas, é questionável se isto é sempre possível. A resposta foi mencionada acima, segundo regras de especificação e ponderação: necessidade de ações para proteger os pacientes do desrespeito, haver busca do conhecimento, probabilidade razoável de sucesso da pesquisa, equilíbrio favorável entre riscos e prováveis benefícios, seleção justa de indivíduos segundo sua real necessidade, consentimento dos participantes, etc. Portanto, a solução está em distinguir pesquisa e terapêutica apenas metodologicamente, como duplo-ofício da medicina, na maioria das vezes hierarquizável, embora nem sempre ou não necessariamente. O argumento parece se efetuar desse modo: (P.1) a distinção entre pesquisa terapêutica e pesquisa não-terapêutica pode levar a falsa suposição de que não se trata de pesquisa ou apenas de pesquisa; (P.2) a pesquisa terapêutica exclui as terapias de rotina, terapia experimental e terapia inovadora, (P.3) os pacientes doentes são fortemente dependentes de seus médicos; (C) portanto, não se pode aceitar que o termo “terapêutico” leve à intervenção

injustificada e as condições da pesquisa justificada devam ser satisfeita (2002, p.481, 2009, p.318).

CAPÍTULO 2

Testando o principialismo nas nomenclaturas biomédicas.

1. As classificações de doenças são neutras?

Dissemos que o principialismo permite evitar não apenas os problemas apresentados por internalistas e externalistas, mas também por propostas moderadas: por um lado, o internalismo dialético de Brody e o naturalismo de níveis de Boorse, por outro lado, as teorias de definição de doença de Sadeg-Zadeh e Roths Schuh. Agora, entretanto, mediante as hipóteses acima descritas sobre o método principialista, iremos testar seu alcance sobre importantes nomenclaturas médicas hoje disponíveis. Essas representam formas particulares de ontologia, no sentido de ontologias de domínios, sistemas de informações e de objetos no interior de uma linguagem capaz de indexar objetos mediante aquelas informações (FARIAS; PINHO, 2016; SILVA, 2010; AZEVEDO, 2016). Aqui, ontologia regional é o mesmo que *domínio de linguagem*, frequentemente na forma de um *sistema de notificação de doenças* (CARDOSO, 2013). Nesse sentido, atualmente muitos hospitais e centros de pesquisa médica possuem classificações e nomenclaturas (ontologias) de grande valor instrumental, fato central que os filósofos costumam negligenciar, aspecto em que seguimos as críticas de Fagot-Largeault (2013, p.194). As contribuições de Pellegrino, apesar de a contragosto do autor, nos levam a crer que essa instrumentalidade merece ser analisada. Com efeito, “houve, por volta dos anos de 1970, uma intensa atividade de pesquisa sobre ‘lógica’ do raciocínio médico e sobre a possibilidade de construir sistemas especialistas”, pois, como havia sido verificado, “o diagnóstico médico oferecia à pesquisa em inteligência artificial um objeto de estudo do mais alto interesse”, sem que deixemos de constatar, quando rivalizamos os métodos informacionais com os métodos probabilísticos, estatísticos e históricos de causalidade, que “começou-se a duvidar da pertinência do modelo digital para representar processos mentais, e a contribuição (maior) da informática ao processo diagnóstico se deslocou para os exames de imagem” (FAGOT-LARGEAULT, 2013, p.188-9). A razão discutimos nos capítulos precedentes: considerando que “a primeira impressão é a de que o diagnóstico informatizado achata as entidades nosológicas, a doença é reduzida ao conjunto dos sintomas”, tal que “a grande lacuna é, então, a de que o sistema informático só capta um momento fugaz da forma mórbida” (2013, p.192), de modo que essa “grande lacuna” é, sobretudo, composta por questões morais. Não

queremos, portanto, reduzir os métodos epistêmicos da medicina aos modelos de domínio, nem vice-versa, mas mostrar que estes modelos são, na atualidade, a expressão mais frequente das classificações de doenças relacionadas aos modelos probabilísticos e causais da medicina para formação de hipóteses em decisão e julgamento médicos. Isso quer dizer que não podemos distinguir sempre, com clareza e distinção, o que é *apriori* nos juízos, e o que é *a posteriori*. Por exemplo, poderíamos partir do *Sistema Unificado de Terminologia Médica* (UMLS) e propor uma análise ontológica de diversos campos médicos e teríamos resultados do tipo: (1) febre – é sintoma – hipertemia; (2) febre – é sintoma – inflamação; (3) febre – é sintoma – virose, etc. Mas permaneceria problemático mostrar em que sentido febre é sintoma de mais de um predicado e em que sentido é efeito ou reação homeostática em cada caso. Conjunções e disjunções, deduções e hipóteses, são aqui insuficientes. Porém, cada vez mais médicos e profissionais da saúde se informam, se orientam e às vezes tomam *decisões morais*, além das decisões clínicas, baseados nestas ontologias. E foi isso o que Engelhardt enfatizou sem, contudo, constatar a presença de uma ontologia de domínio. Ora, queremos saber como o método principialista poderia se comportar diante uma análise dos critérios morais aí presentes.

Como um sistema classificatório de indexação de categorias biomédicas poderia confirmar conteúdos normativos? Vejamos. Se admitirmos a relação lógica “fumar – causa – câncer”, seria ainda preciso perguntar se fumar causa câncer sempre, quais causas são ou não imputáveis para considerar as consequências da doença e das intervenções terapêuticas, se fumar é justificável como um direito, em que contextos e para quais indivíduos fumar é justificável independentemente dos efeitos, etc. É correto entender que “fumar causa câncer” tem sentido semântico e pode ser formalizado, mas a ambiguidade está tanto do lado do conhecimento quanto das técnicas médicas. Poderíamos, em muitos casos, estabelecer uma semântica para “órgãos do corpo”, mas isso é mais difícil para “funções do organismo”, tornando indeterminado em que sentido um transtorno de personalidade é doença no mesmo sentido que enfarto, bem como em que sentido a demanda por cirurgia plástica e uma epidemia de dengue são doenças em acepção comum. Deveríamos ou aceitar semânticas diversas para as práticas médicas ou excluir certas disciplinas da medicina e restringir essa mais ou menos à clínica. Mas já vimos que a clínica hoje não esgota nem a prática nem a teoria médica. Podemos dizer “coração [é] órgão do corpo”, mas também podemos dizer “coração de José [é] ocorrência [de um coração]”. O coração individual ou a entidade “um coração” não se confunde com “ocorrência de

coração”, e restaria perguntar se o médico lida com “o coração”, “os corações” ou “um coração”. Afinal, como indexar em um sistema explanatório e classificatório as informações e os sinais vitais de José? Para aqueles que responderiam que, com isso, negligencia-se o respeito ao doente individual, a replica está em que todo diagnóstico médico se orienta por conceitos gerais de doença, dificilmente individuais, e a tréplica estaria em reconhecer as generalizações dos métodos explanatórios da medicina e as ponderações com os demais critérios, incluindo, sobretudo, os éticos. Assim, temos boas razões internas, externas e mistas, para confiar nesse ou naquele critério médico ou não-médico de decisão.

Do ponto de vista lógico, isto se resolveria utilizando-se quantificadores e distinguindo conceitos de primeira ordem, segunda ordem, etc. Teríamos algo como, se x = “doença do coração” e P = “ocorrência em José”, então “ $\exists(x) \rightarrow (Px)$ ” (existe uma propriedade ou índice “doença do coração” que é “ocorrência em José”), e embora isto funcione em muitos casos de doenças, permanece a dificuldade de não valer para outra variedade de casos, nem para toda demanda de pacientes e, principalmente, não permite decidir justificadamente quando um paciente é uma *ocorrência de caso* médico. Não se pode confundir o que pertenceria à uma lógica estrita de uma ciência médica e o que pertence às justificações médicas, sejam elas clínicas ou não. Pois, no momento em que incluímos, no estudo das doenças, expressões como “ x é um sinal típico da doença y ”, nos deparamos com a dificuldade de saber o sentido do termo “típico” (bioestatística, funcional, normativo, etc.). Já vimos os problemas a que isso leva. Poderíamos pretender formalizar um tratamento médico tal que “cirurgia planejada - doença x - procedimento y ”, mas o valor, a finalidade e os resultados do procedimento permaneceriam indeterminados, bem como é indeterminado se a cirurgia planejada foi efetivamente realizada segundo os planos e protocolos. Teríamos, portanto, razões para abraçar um modelo moral misto, como um internalismo dialético (Brody) ou um externalismo de níveis (Boorse)? O que deve ser questionado é se o “tratamento medicamente indicado” determina os “melhores interesses do paciente” ou se são os “interesses e preferências do paciente” que determinam os limites da “indicação médica”. Se falarmos em “cirurgia *sem* perdas para a qualidade de vida”, não saberíamos ao certo o que este “sem perdas” significa, mesmo porque a qualidade de vida não é um termo exclusivo das ciências médicas e dos seus sistemas classificatórios. Este tipo de expressão é indispensável ao médico muitas vezes, o que não representa problema por si mesmo, mas permaneceria sempre necessário uma

segunda linguagem que justificasse moral, jurídica e socialmente as escolhas e planejamentos referidos. Entendemos que é essa linguagem que o princípalismo procurou formular.

Mas alguém poderia propor como solução formular um pluralismo de ontologias regionais ou de domínio, cada uma relativa a uma área da medicina, com formalismo particular e semântica própria. Se seguiria um internalismo relativo aos casos e setores, isto é, a casuística. A princípio não há nada que nos impeça de assumir um relativismo ontológico de diversas regiões de entes. Lograríamos com isso relacionar o léxico e a semântica, a começar por mostrar que um termo pode admitir mais de um significado e uma significação pode admitir mais de um termo. Do mesmo modo como se chegaria, desta forma, a melhor situar as relações entre “febre” e “doença”, “reação”, “sintoma”, etc., poderíamos imaginar que “doença” possa referir-se à “hepatite”, “câncer”, ... ou “caso”, “caso clínico”, “tratável”, (...), ou ainda “doença clínica”, “doença contagiosa”, “doença interna”, etc. Assim, teceríamos relações entre entidades particulares, entidades procedimentais, conceitos gerais e universais ou mesmo sinonímias e relações semânticas entre termos. Porém, a crítica estaria em considerar que, apesar do ganho formal produzido pelas relações entre o léxico e a semântica particulares, não estaríamos mais lidando apenas com dados e informações provenientes da pesquisa empírica (febre, hepatite, câncer,...), mas acomodando também expressões abstratas (doença, saúde, ...), procedimentais (tratamento, caso clínico, ...) e morais (escolha entre tratamentos, direto de recusar tratamento, ter capacidade de compreender o diagnóstico, etc.), sem referência empírica explícitas. Dizer que “hepatite” é uma subclasse de doença, na forma “é um”, é diferente de dizer “x é menos tratável” e “x é melhor tratável através de”, ou “x admite tratamento mais restrito” e “x admite tratamento paliativo”, porque nesses casos estamos falando de relações e não de entidades, bem como corremos o risco de tornar “doença” uma variável lógica e não um estado de coisas. Todo problema teria, assim, se tornado uma questão de linguagem e eliminado sua ambiguidade mediante um compromisso ontológico relativo, transferindo a ambiguidade para o campo da interpretação clínica. Todas as entidades de uma ciência, a incluir a biomedicina, são descritíveis segundo classes e subclasses e não simplesmente por referência direta, sempre baseadas em erro e propensas à revisão. Deste modo, ficaria mais fácil relacionar enunciados do tipo “febre – sintoma – patologia” com “Hospital Universitário – tratamento, emergência, cirurgia, exame,... – população alvo” e ainda com “média de contágio – medidas públicas – população 1”. E bastaria que o profissional compreendesse tais significações de

forma não realista para eliminar as dificuldades do formalismo explanatório, ou seja, não tornar os domínios ontológicos da medicina em premissas desde as quais se poderia inferir decisões morais, pois uma ontologia de domínio está comprometida unicamente em relacionar coerentemente uma semântica que já pressupõe um conhecimento prévio e não pode pretender, a partir destas relações formais, derivar verdades sobre o estado particular de pacientes e envolvidos. O conhecimento médico não é restrito à entidades, nem à relações e classes de entidades, pois trata também eventos, inclui erros e revisões, mas, principalmente, muitas vezes se guia por afirmações incertas, imprecisas ou ambíguas, seja para definir uma doença, um tratamento ou um fator de risco, isto é, sempre e a cada vez lida com as categorias de “incerteza médica” e “risco do tratamento”. Então, um modelo de ética médica que aceite o modelo explanatório da técnica médica deverá ser uma ética da correção das incertezas que toda explanação deste tipo incluirá. Pareceria bastante ousado pretender incluir, em uma ontologia regional formalizada semanticamente, as “consequências possíveis de sangramentos” levando em consideração as variáveis da lesão, do tratamento, da assistência disponível, das permissões legais e das escolhas morais e jurídicas a serem tomadas em emergências. Para isso, classes ontológicas necessárias seriam do tipo “obrigações do Estado”, “prestação de socorro” ou “competências do médico”, para relacionar “aptidão para ruptura de um aneurisma” com “tais e tais competências clínicas” e “consequências previstas”. Isto seria positivo, caso fosse possível, para definir *conduta padrão* ou *protocolos médicos*, bem como para responsabilizar o médico e as instituições. Porém, implicaria o risco de desresponsabilizar o médico e as instituições ao fornecer razões para justificar o paternalismo em termos aparentemente científicos. E, com isso, se poderia induzir os profissionais de saúde a limitarem seus atendimentos ao ordenamento protocolar, eliminando todas as “virtudes médicas” profissionais ou comunitárias (Pellegrino), a permissividade dos pacientes (Engelhardt), a ponderação das consequências e dos interesses dos envolvidos (Beauchamp-Childrns), etc.

Casuístas e hermeneutas defenderam a relevância de entender a medicina em termos de processo interpretativo (JUNGES, 2006) para incluir, nos domínios ontológicos, também a semântica dos casos particulares. Mas uma coisa é falar de indivíduos definidos, como afirmar em biologia que “todas as moléculas de tipo x podem se relacionar com as moléculas de tipo y”, sentença sobre um indivíduo que pode ser universalizada, tal como muitas das sentenças da anatomia, fisiologia, etc.; outra coisa é falar do indivíduo da espécie humana ou de pessoas,

que rejeitam classificações e relações lógicas determinadas, que assumem para si mesmos um modo de vida particular, e cujas estruturas anatômicas e fisiológicas podem admitir relações funcionais mais específicas. Foi por isso que Engelhardt enfatizou o respeito à permissividade.

Na prática médica, é muitas vezes comum e justificável tratar o paciente individual como uma “ocorrência de” ou “um caso de”, relacionando o indivíduo com uma classe, contrariando a máxima de Gadamer “*o paciente é uma pessoa e não um ‘caso’*” (2006, p.106). Afirmar que a relação fiduciária de médico-paciente, instaurada no encontro entre a demanda vulnerável do primeiro e a promessa doutra do segundo, é prioritária tanto em relação ao caso quanto à pessoa, consiste na réplica ontologista. Não há, à primeira vista, nenhuma arbitrariedade em entender um paciente como “uma ocorrência de”, “um caso de” ou “um caso clínico”, pois é esta a ontologia regional de boa parte da biomedicina. Contudo, um indivíduo humano ou pessoa não procura o médico com o interesse de ser classificado: o desejo de tratamento não é pedido de classificação médica, mas pedido de cuidado. Classes não existem no tempo e no espaço, mas são relações, mas a relação médico-paciente não é uma relação entre classes. A afirmação “casos de dengue no Brasil atingem 48% em 2016” refere-se à “indivíduos humanos”, à relação “casos de”, à classe “doença x”, ou à ambos? A resposta não é evidente nem a favor do casuísta nem do ontologista, sequer dos internalistas ou externalistas moderados. Temos “humano – caso de – dengue”, de modo que ambas as classes possuem cardinalidade e se relacionam segundo uma prevalência epidemiológica (“48% em 2016”), mas esta prevalência não é característica da doença e sim da população. O indivíduo passou a ser tratado como número de ocorrências ou casos, o que significa considerá-lo como entidade individual no interior de uma semântica e não como pessoa senciente ou autônoma. Certamente isso ampliou as possibilidades de beneficência aos indivíduos, mas também colocou novos problemas, como o balanço entre respeito ao indivíduo, custos públicos e benefícios sociais. Desse modo, por um lado, o conhecimento prévio na forma de probabilidade não é uma interpretação da relação do paciente com a medicina, mas uma relação ainda formal; por outro lado, isso não representaria uma perda para a técnica médica não fosse o fato dessa incluir a relação médico-paciente, seu mundo social, suas escolhas e os interesses da própria comunidade dos médicos.

A dificuldade poderia ser colocada dessa forma: (1) ou admitimos que a medicina é uma área híbrida (ciência e técnica, múltiplos domínios, mais de uma orientação epistêmica, etc.) e determinamos sua atuação e pesquisa em termos interno/externo moderados; (2) ou nos

comprometemos com alguma abordagem moral internalista e exigimos da área da saúde uma reforma de suas normas. Nossa resposta consiste em mostrar que a medicina sempre já formula para si um vocabulário utilitarista explícito para manejar decisões e julgamentos, e formula expectativas sobre consequências, porém sua insuficiência induz os médicos a aceitarem e buscarem novos critérios coadjuvantes, como os códigos deontológicos ou as instâncias jurídicas. Tudo se passa como se o médico preferisse seguir protocolos de expectativas de consequências, para não arcar com a culpa sobre consequências nem ignorar a técnica e a ciência probabilística em que se baseia; porém, toda vez que falham o acordo ou a decisão prorocolares, procura-se refúgio nos meios jurídicos, sobretudo para pacientes privados, ou nos conselhos de ética institucionais, mais frequentes nas instituições públicas ou nos casos de maior discordância. *Mas isso não representa uma moral interna em medicina, nem a incorporação moderada de normativas externas para recursos internos à medicina.* Ao contrário, significa que *devemos* atender diversas exigências. Pois a heurística médica inclui taxas de otimização utilitárias tanto por razões morais quanto técnicas, o mesmo valendo para as normas de pesquisa, que protegem os participantes ao mesmo tempo que otimizam os resultados científicos. A seguir, procuraremos demonstrar a presença disso nas terminologias mais frequentes nos domínios ontológicos de classificação e doenças.

2. As classificações médicas confirmariam o internalismo ou externalismo?

As nomenclaturas médicas disponíveis sobre doença confirmariam uma teoria internalista, externalista ou moderada em ética médica? Vimos que seria possível ordenar relações semânticas do tipo “coração é um órgão” e “ventrículo cardíaco é parte do coração” ou “braço é um órgão” e “antebraço é parte normal de braço”, tal que poderíamos mediante a análise da linguagem compreender relações de classes, subclasses e indivíduos. Entretanto, não bastaria fazer um inquérito de toda terminologia médica publicada para se chegar a um consenso sobre os conceitos como saúde, doença, enfermidade, tratamento, etc., menos ainda para responder à pergunta (moral) “o que fazer?” em relação a estas instâncias. Não parece possível encontrar o equivalente de categorias morais nas categorias inerentes à biomedicina. Isso permitiria tão somente verificar se certas inferências e interpretações são corretas ou consistentes em dado sistema de linguagem, mas as categorias que expressam conteúdos morais permaneceriam em aberto. Exemplo de categorias deste

tipo são os conceitos de “incapacidade” e “deficiência” em relação à autonomia do paciente.

Os críticos diriam que as terminologias padronizadas falam em entidades do tipo “enfermidade, incapacidade, deficiência, queixa, moléstia, distúrbio, transtorno”, etc., mas tais categorias no escopo terminológico são, muitas vezes, escorregadias. Por exemplo, “deficiência” costuma ser compreendida como conjunto de incapacidades com causas presumidas; em outros contextos, entretanto, deficiência e incapacidade são tratados como similares, devido às ambiguidades do último termo, já que definida como “dano à saúde”. Há autores que chegam a afirmar que a ambiguidade do termo “incapacidade” é impedimento para o tratamento de alguns pacientes (LOLLAR, 2002). Porém, autores mais otimistas poderiam responder que talvez hajam sistemas classificatórios que promovem melhor as normas bioéticas em medicina. Como não sabemos a resposta, nem podemos conjecturá-la, seria pertinente analisar as diferenças entre os grandes modelos classificatórios. Adotaremos três tipos para melhor expor nosso ponto. Veremos como as diferentes nomenclaturas tendem a confirmar uma interpretação mais internalista, externalista ou moderada sobre a presença de categorias como fontes da moralidade médica. Os modelos mais amplos para definir tais termos são a CID-10/11 e a CIF, ao que poderíamos também comparar com a terminologia do DSM-5 (SHAFFER, 1996)⁶, entre outros que mencionaremos mais brevemente. Tais comparações se fariam necessárias porque cada umas destas terminologias possuem fins diversos e assumem alguns pressupostos normativos também diferentes. Também é comum os eticistas se referirem a incompatibilidade entre elas para discutir os limites do conceito de “capacidade mental” no escopo do respeito à autonomia, sobre o que, atualmente, a CID-11 pretende apresentar importante mudança em relação à versão anterior.

⁶A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 18 de junho de 2018 a 11ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), mas o documento é uma pré-visualização, cuja versão oficial está prevista para maio de 2019 na Assembleia Mundial da Saúde, a entrar em vigor somente em janeiro de 2022. Os críticos têm considerados como principais mudanças para a CID-11 os transtornos sexuais, mentais, doenças referentes a jogos eletrônicos, resistência antimicrobiana, estresse pós-traumático e “medicinas tradicionais”. Por essa razão, muitos dos nossos exemplos irão se referir a CID-10, com contraposições à CID-11 quando julgarmos necessário.

Como primeiro exemplo, consideremos a *Classificação Internacional de Doenças* (CID), criada em 1880, com fins epidemiológicos, fornecendo códigos para todas as doenças conhecidas na época, baseado em mais de 200 causas determinadas (ROAD, 2013). Atualmente, a OMS está em processo de revisão da 10ª edição da CID, na qual constavam aproximadamente 13.000 classes de doenças, ultrapassando o escopo epidemiológico inicial, então servindo para a compreensão estatística de doença em geral. Critérios utilizados em geral na CID são: a semelhança no diagnóstico entre pacientes e que hipoteticamente devam ser tratados segundo os mesmos recursos de tratamento; a divisão em hierarquias, distribuídas em capítulos (22 capítulos na CID-10 e 25 capítulos na CID-11, ao incluir, por exemplo, vocabulários em medicinas tradicionais, bem como, em geral, a apresentação de linguagens múltiplas, o que reforça a nossa tese), tais como Doenças Endócrinas, Sanguíneas, Infecções, etc.; na CID-11, novos índices e mudanças importantes para doenças sexuais e mentais, bem como as doenças do desenvolvimento são chamadas de “anomalias”, e as “doenças físicas” passam a figurar no índice amplo “lesões e outras consequência de causa externa”, etc. A característica central da CID é ser classificatória, isto é, estabelece hierarquia entre classes por relação “é uma subclasse”, negando axiomáticamente a sobreposição entre classes, de forma que um membro de uma classe é membro da sua classe matriz, sem que nenhuma classe admita mais de uma classe matriz, o que impede que uma doença venha a ser contada por duas. Na nova versão, este sistema de múltiplas linguagens é enfatizado, incluindo o respeito por linguagens tradicionais, o que corrobora nossa hipótese, uma vez que tais variações não deixam de pertencer a classificações indexadas. Portanto, o termo “doença” é ora entendido como classe matriz e ora entendido como classes de doenças incluídas em uma mesma categoria, estrutura que corresponde tipicamente a nossa distinção anterior entre D_e e D^g . E isto se confirma pelo fato do escopo do CID incluir lesões e sintomas de agravo da saúde que possam justificar consulta ou tratamento médico.

A revisão produzida na CID-10 levou seus encarregados a substituir a ordenação numérica anterior por uma alfanumérica, mantida na CID-11, eliminando assim algumas limitações que os críticos haviam observado. Isso alargou o escopo terminológico de duas categorias: *doenças* e motivos de consultas, agora entendidas como *morbidades*. Mas não podemos ignorar, considerando a segunda parte da nossa discussão, que “morbidade” é uma variável, aplicada à comunidade de seres vivos e classes de indivíduos, que adquirem “doença”, o que demonstra que ambas são determinadas mediante a morbidez como sua variável, por

exemplo, a incidência, a prevalência ou a taxa de risco, mas o conceito de “doença-geral” permanece indefinido porque tais variáveis não podem incluir a gravidade, a magnitude, as conseqüências, as expectativas em relação as doenças em seu sentido prescritivo, a não ser por convenção. Mas uma consequente novidade foi o fato da CID ordenar-se em famílias ou hierarquias de classificações a fins do diagnóstico médico, enquanto outras classificações referem-se às informações principalmente relativas ao procedimento clínico, cirúrgico e incapacidades. A “classificação de doenças” é entendida como sistema de categorias para entidade mórbidas segundo critérios para eixos de classificação. Metodologicamente, trata-se de responder a uma finalidade estatística das (1) causas da mortalidade e (2) das doenças que levam a (2.1) atendimentos ambulatoriais e (2.2) internações hospitalares. Contudo, algumas especialidades não são claramente contempladas. A CID representa o principal vocabulário da OMS para os estados e condições de saúde (doenças, lesões, distúrbios, etc.), segundo um modelo etiológico, funcional, anatômico, patológico, clínico e epidemiológico; o modelo geral desta classificação é o diagnóstico, diferentemente do que ocorre na CIF, dedicada à funcionalidade. Mas o esforço permanece o mesmo: definir doenças como *De*.

Para um segundo exemplo importante, teremos a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*, produzida através de pesquisa de campo internacional ao longo de cinco anos, fruto da revisão de outra classificação produzida pela OMS, a *CIDID, Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*, publicada em 1980. Sabe-se que somente no século XIX, o conceito de “deficiente” ingressou no vocabulário e pesquisa médica, inicialmente entendida como anomalia da natureza. Ao longo do século XX, chegou-se aos modelos das causas das deficiências e sua relação com os modelos de “reabilitação”. Será o conceito de patologia, associado ao de terapêutica, que permitirá esta mudança. Do mesmo modo, paulatinamente a noção de “doença” vai se modificando cada vez menos como problema individual e cada vez mais como problema social. A “deficiência”, em seguida, poderá ser entendida como uma desvantagem social. Contudo, permanece questionável os critérios com que se define alguém como “incapaz de convívio social”. Por exemplo, uma instituição para deficientes, inicialmente proposta ideologicamente para evitar a segregação, pode, a contragosto, levar o paciente a ser entendido como “deficiente ideal”, estigmatizando-o em termos de “indivíduo que deve assumir suas responsabilidades muito particulares”. A entidade “reabilitando” seria um modelo ideal de paciente, dividido entre

deficientes reabilitáveis e não-reabilitáveis, o que é resultado da ambiguidade entre paciente como objeto de ciência biomédica e paciente como objeto de filantropia. Com isto, o processo de exclusão social retorna pelas portas dos fundos. Mas isso não prova o construtivismo normativista, pois também serviu de motivação para outras terminologias preferirem não utilizar “grupo social”, mas “população” no sentido de identificação de grupos. Para isso, se utilizou pesquisas através de inquéritos aos possíveis pacientes, a se supor que os pesquisados respondam as perguntas do inquérito sem identificarem-se necessariamente com a terminologia do grupo social ao qual muitas vezes se identificam no mundo vivido. Isso significaria uma permissão moral à escolha individual sobre a própria identidade, evitando assim pensar pessoas em termos de classificações patológicas. Tal procedimento pode ser particularmente interessante para proteger pessoas deficientes de preconceitos identificatórios, mas, além de ser questionável mesmo neste campo, é ainda mais problemático quanto às doenças em geral.

Assim, as diferenças apresentadas pela CIF devem-se a mudança do modelo médico, incluindo maiores considerações sociais e dos direitos individuais. Aqui não poderemos ter dúvidas do quanto as preocupações sociais e de respeito às pessoas forma parte do sistema. Deficiências de causas funcionais e deficiências de causas sociais foram distinguidas e classificadas sob índices diferentes, refletindo a Resolução da ONU que estabeleceu a *Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes*, em 1975, que, entre outras coisas, fala em participação plena dos direitos. Outra modificação efetuada pela CIF, em distinção a versão anterior da CIDID, é o título que procura termos positivos, como funcionalidade e saúde, terminologia que pretende refletir uma modificação prática de estados de coisas. Por isso, passa-se do termo “consequências de doenças” para “componentes de saúde”. Isto certamente representa um avanço, uma vez que esta terminologia é mais comprometida com um compromisso moral genuíno. Isso parece estar de acordo com a prescrição do Relatório Belmont para distinguir medicina clínica e pesquisa médica, conforme as críticas apresentadas por Beauchamp. Mas a CIF se pretende *neutra* quanto à etiologia, permitindo aos pesquisadores e médicos inferirem as causas das doenças segundo seus próprios procedimentos. Entretanto, o compromisso ontológico com a saúde funcional e social não é neutro. E talvez nem devesse ou pudesse sê-lo, como defendem os normativistas. O objetivo é passar do escopo terminológico da doença para o escopo da saúde, para a compreensão de diferentes estados de saúde em contextos sociais e populações diversas. Tal terminologia parece mais compatível com as variadas condições de morbidez hoje conhecidas. Mas já

indicamos as críticas que tanto externalistas como Borsse quanto internalistas como Pellegrino dirigiram contra as concepções amplas de saúde, a exemplo da definição da OMS. E já podemos antever o quanto permanece insuficiente para especificações em ética médica. É interessante notar que internalistas e externalistas podem incorporar critérios de um e de outro. Isso não poderia servir de indício de que algo vai mal nessas taxonomias ou, pelo menos, que partem de perguntas mal elaboradas? Avalcemos.

As informações da CIF estão ordenadas segundo três domínios ontológicos: (1) corpo, que compreende duas classificações: (1.1) funções do corpo e (1.2) estruturas do corpo; (2) atividades e participação, que compreendem o domínio da funcionalidade em sentido individual e social; (3) fatores ambientais. Nos concentraremos mais na segunda categoria devido a sua óbvia implicação moral. Quando se fala em “atividades” e “participação”, a incluir aspectos ambientais da categoria (3), estabelecem-se dois quantificadores: *desempenho* e *capacidade*. Essas são as categorias frequentemente aplicadas na caracterização da *autonomia*, explícitas em Engelhardt e em Beauchamp-Childress, o que Pellegrino-Thomasmá parecem entender como integridade da pessoa. Desempenho é o quantificador para determinar o que o indivíduo faz em seu ambiente real ou sua experiência vivida, enquanto capacidade é o quantificador que determina a possibilidade individual de executar tarefas em ambiente uniforme (fator ambiental sem obstáculos). O conceito de autonomia moral nos termos propostos por Engelhardt depende deste tipo de quantificação. Neste sentido, a CIF tem a pretensão de compreender todos os ambientes de saúde, incluindo o bem-estar, sua intenção é dirigida tanto para uma terminologia padrão quanto para o reconhecimento dos três domínios de saúde. Para isso, fornece definições processuais de cada domínio, suas qualidades, propriedades e relações, bem como informa o que é incluído e excluído em cada domínio. Ao menos um quantificador – desempenho *ou* capacidade – é necessário para definir a magnitude da saúde, sem o que não se fornece o significado para indivíduos ou casos. Entretanto, poderíamos nos perguntar qual o critério para definir quantificadores deste tipo? O que significa dizer que um paciente é capaz? Quem tem autoridade para assim julgar uma pessoa? Um normativista construtivista responderia: do fato da CIF tratar como quantificadores aquelas categorias que em sociedade são carregadas de valor moral é a prova de que a medicina constrói categorias teóricas a partir das demandas sociais. A CIF utiliza-se, como sistema classificatório que é, de relações de semelhança em condições de saúde de indivíduos e populações, isto é, estatísticas. Com isso, chega à noção

de *desempenho esperado*, definido como norma da população, experiências de conjunto de pessoas em condição esperada de saúde. Ora, expectativa em relação à padrões de otimização é um preceito utilitarista. Portanto, seja para o quantificador de desempenho ou de capacidade, é a noção de norma que é pressuposta para se falar em saúde. Contudo, não basta constatar, como fazem os normativistas, que a medicina incorpora padrões normativos, mas é preciso descrever que se trata de normas utilitárias. Mas por que deveríamos criticar normas utilitárias? Padrões de utilidade podem servir de normas técnicas sem terem acepção propriamente moral, mas admitindo um uso moral, espécie de “utilidade da utilidade”, como disse David Draper (2009). É previsto localizar melhor onde se encontram conteúdos morais e onde se trata de normatividade em sentido instrumental para a heurística médica.

Certamente aqueles quantificadores incluem fatores ambientais (físicos e sociais) e individuais (idade, gênero, aptidões, etc.), relativos à história de indivíduos e populações. Por razões deste tipo, atualmente a OMS utiliza a CIF como padrão para a compreensão de saúde e incapacidade, bem como para a formulação dos procedimentos políticos. Para evitar ambiguidades, a CIF utiliza as regras lógicas conhecidas, como definir a intensão e extensão dos termos, termos operacionais tais como gravidade, duração e importância relativa, bem como evita a circularidade eliminando sinônimos das definições e definindo os fatores etiológicos quando necessários. Segundo estas regras, define-se “*deficiência*” como problemas na função ou estrutura do corpo, como desvios ou perdas significativas; define-se “*incapacidade*” como termo genérico para deficiências, limitações de atividades ou impossibilidade de participação; e define-se “*funcionalidade*” como termo geral para todas as capacidades do corpo (funções e estruturas físicas e psicológicas) e desempenho de tarefas. Deste modo, o que a CIF faz é entender a saúde como *funcionalidade* e o seu *oposto lógico* como *incapacidade*. E o que importa nesse esquema não é tanto a crítica às definições de doença baseadas na funcionalidade, como em Boorse, mas o critério de “oposição lógica”, rejeitado por Sadegh-Zadeh, Pellegrino, entre outros. A CIF parece aceitar melhor as críticas dos externalistas que a CID-10/11, mas ambas parecem alimentar sistemas mais próximos da mente de um médico esperançoso em poder raciocinar por “deduções”. É evidente que, desse modo, tudo parecerá um problema de demarcação.

Por que afirmamos que a CIF compreende a incapacidade como termo genérico? Diremos que isso é uma consequência lógica: ao se procurar evitar termos negativos, como “doença”, e ampliar a extensão de termos positivos como “saúde”, o termo específico “incapacidade” ficou

inflacionado, a ponto de sobrepor-se ao termo “deficiência” e quase igualar-se à “doença”. Com efeito, esta classificação também decide sobre a natureza das funções, ao definir a mente como uma das funções do corpo, isto é, do cérebro. Entende por deficiências estruturais as anomalias, defeitos, perdas e desvios corporais segundo normas aceitas para a população. Diante disso, a incapacidade é mais ampla que a deficiência, por incluir fatores contextuais pessoais e sociais, não apenas causas corporais. Trata-se, portanto, de uma generalização do termo “incapacidade”, de tal forma que essa quase substitui o conceito de doença, mantida a aceção de *oposição lógica* à saúde ou funcionalidade. Essa é uma decisão ontológica forte, pois implica que indivíduos como objetos de clínica e epidemiologia devam ser tratados como autônomos e não tanto como sencientes. Portanto, poderíamos nos perguntar se uma moralidade interna da medicina que pudesse estar baseada na CIF tenderia a enfatizar critérios deontológicos, já que se ampliou o número de “incapazes” ou se, por isso mesmo, tenderá a ampliação do respeito aos mesmos? Certamente esse tipo de questão foi que levou Engelhardt a defender um autonomismo, mas poderíamos dizer igualmente que o naturalismo de Boorse estaria aqui justificado. Mas, se atentos estivermos para as discussões anteriores, replicaremos não há nada de surpreendente nisso, pois Boorse e Engelhardt se opõe em epistemologia da medicina (normativismo x naturalismo), mas não em teoria da moralidade médica, já que ambos são externalistas. Porém, Boorse defendeu recentemente um predomínio do “bem do paciente”, tal como Pellegrino, mas fez isso justamente se opondo ao internalismo deste. Mas como seria possível este estado problemático, por um lado, o externalista beneficente e o externalista autonomista, por outro lado, o internalista beneficente contra aqueles outros dois? Ora, talvez isso ocorra porque a fonte da moralidade médica não esteja nem dentro nem fora da medicina, tanto que diferentes classificações biomédicas parecem refletir ora um ora outro elemento normativo.

Como dissemos antes, a classificação da CID-10/11 e da CIF pressupõem critérios diferentes, uma baseada em um modelo de diagnóstico e a outra em um modelo de funcionalidade. Uma terceira terminologia digna de menção para nossos propósitos é a SNOMED-CT (*Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms*). Trata-se de uma terminologia abrangente capaz de incluir não apenas as estruturas corporais, mas também os registros de pacientes, procedimentos de saúde e contexto sociais (El-SAPPAGH; FRANDA; ALI; KWAK, 2018). Através de múltiplas hierarquias, essa terminologia fornece conceitos de entidades individuais para doenças, medicamentos, resultados de exames, etc.,

produzindo relações entre entidades na forma de uma ontologia de domínios, coordenando semanticamente expressões complexas. Entendemos que a inclusão de registros de pacientes e seus contextos sociais é o ponto forte desta terminologia, embora isso ressalte os problemas a pouco apresentados. Aqui há tanto espaço para os algoritmos quanto para a mente do médico. Por isso, alguns autores defendem que as três classificações são complementares. Mas o que significaria “complementariedade”? Não se trata de encarregar os profissionais da saúde de interpretarem as classificações para algum uso prático? Claro que sim, mas isso significa que o médico interpreta o que está internalizado no modelo médico ou interpreta também conforme outras fontes? Pode-se dizer que a CID fornece códigos para mortalidade e morbidade e a CIF fornece os códigos para estados funcionais e, deste modo, em conjunto tais códigos forneceriam uma classificação completa em saúde (LAURENTI, 1994), mas permaneceriam dificuldades semânticas: enquanto a CID trata o termo “deficiências” como instâncias que formam uma “doença”⁷, a CIF trata o mesmo termo de forma positiva. Deste modo, ainda que se possa sobrepor os termos referentes às funções e estruturas anatômicas do corpo entre as duas classificações, uma mesma sobreposição não é possível quando se trata dos termos gerais referentes às doenças. Por isso há espaço para interpretação. Não há dúvida que o termo “doença” ou alguns de seus correlatos (incapacidade, patologia, morbidez) são conceitos gerais em relação às classes mais específicas (enfermidade, deficiência), mas a sobreposição entre estes universais e classes não é evidente, tampouco a oposição lógica entre doença-saúde. O valor instrumental destas classificações é inquestionável, mas não é evidente nem sua sobreposição nem que se esteja contemplando todo sentido de saúde, doença e sua relação, apesar das importantes ampliações previstas para a CID-11. É de se esperar que a sobreposição entre as duas classificações seja possível, sobre o que podemos fornecer alguns exemplos: na CID-10 (R52.9) “dor” e na CIF (b280-b289); CID-11 (ME82) “dor”; na CID-10 (R47); CID-11 (6A01) “distúrbios da fala” e na CIF (b310-b399) “funções da voz e da fala”; na CID-10 (R32) CID-11 (MF50.2) “incontinência urinária” e na CIF (b6202) “continência urinária”. Este tipo de sobreposição certamente pode ser multiplicada com significativo sucesso. Mas permaneceria relevante notar que, apesar da possível sobreposição quanto as estruturas e funções do corpo, a CID trata separadamente classificações de sintomas e de morbidade, enquanto a

⁷ Por exemplo, CID-11, 5B5f: deficiência de vitamina; MD11.1: asfixia, deficiência de oxigênio; etc.

CIF considera necessidades do paciente e prevenção, o que não admite sobreposições sem importantes interpretações interpoladas. Portanto, há sistemas classificatório que induzem mais facilmente à decisão médica sobre beneficiar ou não este ou aquele paciente, mediante este tratamento indicado e não outro opcional. Os sistemas classificatórios não são independentes de normativas, mas não simplesmente por causas sociais, mas também em função das categorias incluídas nos próprios sistemas de classificação cuja fonte não é simplesmente a construção histórica dos critérios, mas também as necessidades heurísticas da pesquisa.

Quais seriam as razões que impedem uma sobreposição entre os sentidos de doença e saúde nas terminologias médicas? Apontamos até aqui dificuldades lógicas, especialmente quanto à oposição saúde-doença. Entretanto, existem outras dificuldades de cunho histórico, moral e etimológico. Por exemplo, os termos utilizados nas leis de diversos países são variados, a tradução dos vocábulos entre diversas línguas não é evidente, em um mesmo país alguns termos sofreram maiores mudanças ao longo do tempo, etc. Definições ocorrentes nas leis podem estar orientadas para a clínica, para medicina do trabalho, para pagamento de expedientes, para treinamentos, para educação, etc., e sofrem grandes variações. Mas não é apenas entre classificações, leis jurídicas e léxico que encontramos divergências. Também o vocabulário utilizado em pesquisa e prática médicas não é coincidente. Mais uma vez, aqui tudo se passa como se os pesquisadores decidissem nos termos utilitaristas “é melhor não ter uma definição padrão que assumir uma definição ruim”. No campo jurídico, encontramos uma variedade enorme de definições relativas à doença, deficiência, incapacidade, enfermidade, podendo ultrapassar cinco dezenas como é o caso da lei federal dos Estados Unidos. Os conceitos surgem relacionados ao trabalho, serviço público, direito de assistência à saúde, etc. Como o contexto é jurídico e não mais clínico, ambulatorial ou epidemiológico, poderíamos defender que na área da saúde é mais relevante assumir definições ostensivas e classificatórias, o que garantiria liberdade para os profissionais ligados à saúde, desde médicos e pesquisadores até legisladores e administradores. Entretanto, essa solução não parece acomodar-se aos interesses de todos os envolvidos, sejam profissionais, pacientes, familiares e demais cidadãos. Definições ostensivas livres podem levar ao abuso de poder de médicos e instituições hospitalares ou políticas, privilegiando certos grupos ou desrespeitando pacientes deficientes quanto à tomada de escolha.

O que tudo isso prova? Que devemos ser normativistas como Engelhardt? Que temos melhores razões para sermos naturalistas como

Boorse? Ou, quem sabe, com tudo isso ainda possamos escolher entre uma concepção revisionista ou conservadora? Não saberíamos decidir esse assunto aqui, pois nos falta elementos suficientes. Contudo, quanto a disputa entre internalistas, externalistas e posições moderadas sobre a fonte ou fundamento da moralidade médica, acreditamos que o problema pode ser resolvido. Da estrutura normativa das classificações biomédicas, tenham razão naturalistas ou normativistas e revisionistas ou conservadores, não se pode inferir nem modelos de prioridade nem modelos casuísticas em ética médica. Porém, da impossibilidade de sobrepor uma classificação à outra quanto as categorias que incluem conteúdos para a decisão e o julgamento morais, se pode tranquilamente inferir que todo trabalho de julgamento e decisão está por ser feito. Porque a primeira inferência é um erro categorial, mas a segunda é somente a constatação de que não avançamos quando o assunto é decidir, justificar e ponderar conflitos morais. Certamente se deveria lembrar que, antes da CIF e, sobretudo, na Idade Média, as definições ostensivas e as classificações costumavam adotar baremas, isto é, porcentagens que definiam o nível de deficiência, principalmente de cegos, surdos e paralíticos, em relação às compensações financeiras (MARIN, 2003). Tratava-se de taxas de membros, taxas de órgãos, taxas de ossos, etc. que representavam códigos arbitrários do ponto de vista da ciência médica, de forma que danos e perdas não eram pensados na própria esfera da ética biomédica e o sofrimento causado pelas deficiências não representava qualquer valor nos debates em saúde. Neste momento histórico, não era só a ética médica que gozava de menor pluralidade, mas também o próprio esforço nas definições ostensivas sobre doenças e deficiências. Nos anos 60, a Alemanha definia que a amputação de um dos pés era uma deficiência de 30%, 50% na Bélgica, 100% na Inglaterra, enquanto a Itália definia que a perda de ambos os pés correspondia a 50% (MARIN, 2003). Os baremas nacionais não significam a aplicação de um preconceito quando pretendem fornecer compensações aos deficientes segundo uma teoria de justiça, mas a ambiguidade de certos conceitos pode servir em alguns casos de justificativa para estabelecer leis segundo interesses minoritários. Por isso, encontramos divergências grandes entre leis de diversos países, como no exemplo acima. Mas esses fatos históricos confirmam, no máximo, o revisionismo em medicina, seja em favor do naturalista ou do normativista, já que ambos podem ser historicistas. Mas não há nada aí que nos fale a favor da fonte interna ou externa da moralidade médica, muito pelo contrário, o que faz esse último exemplo é apresentar uma situação onde valores de diversas fontes estão em conflitos e pedem resolução ética. É isso o que precisa ser enfatizado, se

não queremos nos limitar a fazer sociologia da ética médica, ou nos limitar a dizer o que a ética médica deve ser baseando-nos naquilo que ela é ou deixou de ser. Portanto, aquelas classificações podem conter subsídios para a defesa do normativismo ou do naturalismo, mas isso é um problema dos sistemas heurísticos e informacionais. No máximo, podem servir de indício de que operamos com normas, mas a ética começa quando nos perguntamos “o que fazer com isso?” e “como justificar o que fazemos?”.

3. Há diferenças nas doenças mentais?

Autores como Engelhardt costumam encontrar na psiquiatria um rico campo para sustentar razões normativistas em filosofia da ciência médica. Porém, Boorse ainda assim sustenta que a psiquiatria não deve representar dificuldade para uma definição científica positiva de “doença” e “medicina”. Culver e Gert defenderam uma posição mista sobre o que significa “doença” e, por extensão, “doença mental”, podendo acomodar o método de diagnóstico, classificação de doenças e tratamentos em psiquiatria junto a medicina de modo geral. O debate sobre “filosofia da psiquiatria” e sobre “filosofia das doenças mentais” está bastante avançado e ocupa-se de uma gama vasta de problemas que pertencem à própria psiquiatria ou ao estado atual das ciências médicas. E se, por causa disso, não poderemos discuti-lo aqui, teceremos uma breve exposição nos limites do nosso problema sobre ética médica. Como forma de introduzir minimamente o assunto, reconstruiremos os problemas anteriores na seguinte ordem: definição de “doença mental”; características do diagnóstico e da causalidade das doenças mentais; o status da psiquiatria em relação a medicina em geral; e, enfim, a classificação de doenças mentais. Nosso intuito, enfatize-se, é responder se o conceito de doença mental implicaria diferenças significativas para a ética médica.

O que é doença mental? A resposta mais aceita hoje dirá que as doenças mentais são eventos reais e envolvem disfunções ou sofrimentos. Mas a problemática surgirá com essa constatação: o que hoje chamamos de “doença mental” nem sempre recebeu a mesma característica ou nem sempre foi entendido como um problema médico. Ainda que fosse verdade que muitas doenças viscerais têm seu conceito recorrente em diversas culturas, certamente o mesmo não poderia ser dito das doenças mentais, o que leva alguns a concluir que sua caracterização é decorrente da história da medicina ocidental (KLEINMAN, 1988). Surge, então, o debate entre naturalistas e normativistas sobre doenças mentais: a posição dominante é que a descrição e os métodos de tratamentos da

doença mental são resultados da história da medicina, através da qual temos superado antigos mitos, tal que, para a situação atual iremos produzir avanços adicionais. A pergunta é se estes “avanços” eliminarão todos os juízos de valores (naturalismo) ou se acomodarão de modo cada vez mais sistemáticos as necessidades sociais (normativismo)? A resposta mais radical a esse debate foi dada por Szasz, em *The Myth of Mental Illness* (1961), o mesmo autor ao qual Engelhardt recorre para defender as dificuldades da psiquiatria para lidar com a autonomia dos pacientes (ENGELHARDT, 2008, p.379). Pellegrino-Thomasma (2018, p.164) também defenderam a opinião de Szasz em relação a necessidade de um modelo de interação médico-paciente. Szasz, que comparou a psiquiatria à astrologia e à alquimia, defendeu que não há doença mental porque o diagnóstico e a classificação em psiquiatria é baseada em uma coleção de erros, resultado do dogmatismo médico, cujas justificações seriam todas *ad hoc*. Dentre esses erros, um nos interessa: a confusão entre medicina e moral (REZNEK, 1974, p.74). O trabalho de Szasz não foi recebido com entusiasmo pelos críticos, mas abriu a questão se doenças mentais e doenças físicas podem ser demarcadas. Pois a dificuldade recai sobre certas doenças mentais que parecem ser classificadas com fins sociais, como homossexualidade, masturbação, transtorno pré-menstrual, pedofilia, personalidade anti-social, etc. Para uma concepção no extremo oposto, Boorse e outros defendem que o conceito de doença em termos científicos vale tanto para doenças físicas quanto mentais, tal que a psiquiatria moderna adotou esta abordagem científica mediante causas traumáticas e genéticas, definindo a direção típica da causalidade das doenças mentais, mais recentemente determinadas pelos estudos neurocientíficos. Porém, como são inegáveis os valores sociais nas classificações psiquiátricas de doenças (GHAEMI, 2003), os autores tendem a aceitar versões multifatoriais de causalidade, às vezes reducionistas no sentido da superveniência entre níveis inferiores e superiores, do social e mental até o funcional e biológico.

A pergunta sobre a realidade e a definição de doenças mentais nos leva, como vimos, a pergunta sobre suas causas e sobre sua diferença em relação as doenças físicas. Entre as razões para responder pela demarcação entre doenças físicas e mentais, temos uma que nos interessa mais: se poderíamos demarcar, a partir disso, a especialidade da psiquiatria. Essa é, pois, uma razão prática. E, pertencendo aos juízos práticos, pode incluir questões tanto técnicas quanto éticas: por um lado, pergunta-se se seria possível eliminar razões avaliativas para as definições de doenças psiquiátricas; por outro lado, se houver razões fortes para demarcar o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais, então talvez

hajam razões para defender um internalismo da moralidade da psiquiatria em particular. A maioria dos autores aceita que a demarcação entre doenças físicas e mentais não é possível mediante critérios de causalidade, pois é bem reconhecido a presença de fatores psicológicos, como estresses ou ansiedade. Também parece haver dificuldades para tal demarcação em termos de sinais e sintomas, pois nem sempre é claro em que categoria certos sintomas devem recair, como é o caso da insônia. Por isso, mesmo reduvionistas defenderão que critérios de demarcação entre físico e mental devem ser suspensos (GUZE, 1992). Foi Murphy (2006) quem defendeu que a importância em demarcar as doenças físicas e mentais está na necessidade de distinguir o lugar da psiquiatria. Porém, a julgar pelas novidades na CID-11, a classificação de doenças mentais poderia ser colocada junto a classificação das doenças em geral. Como as doenças mentais podem ser classificadas? Diferente das classificações que discutimos antes, agora a questão não se resolve tão facilmente em ontologias de domínios, pois a ambiguidade dos termos, as associações possíveis de sintomas e a indeterminação das causas mantém controverso o significado de muitas classes e subclasses. Engelhardt não deixa de frisar o fato de que, ainda em 1973, a *Associação Americana de Psiquiatria* votou pela exclusão da homossexualidade do manual de diagnóstico, o que o normativista acredita ser a regra. A questão “como classificar doenças mentais?” equivale às questões “como classificá-las conforme as causas?”, “como caracterizar sua classificação sintomática, se natural, social ou mista?” e se “tais classificações são ou não redutíveis ao modelo científico?”. Muitos autores acreditam que a classificação psiquiátrica é o lugar onde mais incidem valores externos, levando a medicalização de “condições normais” (HORWITZ, 2001). Mais uma vez, autores tem tentado uma solução semântica, isto é, decidir quais conceitos são mais fundamentais, doença, enfermidade, disfunção, desordem, transtorno, anormalidade, etc. Inclusive foi chamado de “modelo médico” a classificação de doenças psiquiátricas mediante este tipo de taxonomia, e mais uma vez seu defensor principal é Boorse (1975, 1976, 1977, 1997). São às reações ao modelo de Boorse, quanto a classificação de doenças mentais, que nos levarão aos bioeticistas clássicos que estamos investigando.

Já vimos que a reação extrema ao modelo de Boorse veio de Szasz. Contudo, para uma solução mista ou intermediária, teremos as teses de Wakefield (1992) e Culver-Gert (1982). Aqui as opiniões dos bioeticistas se dividem: Engelhardt atacará Culver-Gert por flexibilizarem demais o conceito de doença, tendendo à inflação de normas de beneficência (ENGELHARDT, 2008, p.255), enquanto Pellegrino-Thomasma

retomarão as críticas de Culver-Gert contra Beauchamp-Childress, para sustentar que o principalismo exagera em sua delimitação do paternalismo (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.10). Essa disputa é curiosa, já que visões mistas costumam concordar com a tese szasziana e não a booseana. Isso se reforça no fato de que Foucault, em semelhança à Szasz, defendeu que o desenvolvimento da psiquiatria estava orientado pela moralidade burguesa e não por critérios científicos; porém, Engelhardt também entende que Foucault exagerou nas limitações normativas, enquanto Pellegrino acomoda muitos das sugestões da tradição francesa. O modelo científico afirma ser possível uma classificação com valores neutros (esta defesa ainda consta para a última versão do DSM), e as classes e subclasses também devem ser neutras (uma doença; doença; enfermidade, disfunção; ser condição de). Ora, foi Wakefield (1992) quem defendeu que este sistema é duvidoso porque tais distinções conceituais são triviais, já que ainda são formuladas sobre conteúdos controversos, amplos ou restritos demais. Assim se deu início a um modelo misto sobre doenças mentais e físicas e, por extensão, a solução intermediária sobre o status da psiquiatria frente a medicina. Ora, se em boa parte da medicina não sabemos o que é o evolutivamente normal, como quis Boorse, em psiquiatria o problema é mais grave, pois mesmo se possuíssemos um completo quadro evolucionista da vida psíquica, permaneceria controverso a classificação de certas doenças mentais, bem como a psicologia evolucionista traz resultados negativos que as nossas classificações médicas não aceitam como doenças (MURPHY; STICH, 2000). Como solução, Wakefield defendeu a distinção entre “doença” (condição disfuncional e desvalorizada) e “disfunção” (conceito científico). Isso significa que, mesmo que a teoria evolucionista demonstrasse uma disfunção factual na homossexualidade, nem por isso poderíamos classificá-la como transtorno. Mas se, diante desta resposta, ainda não pudéssemos visualizar as categorias morais presentes na formulação, bastaria consultarmos a definição de distúrbio dada por Wakefield: algo é um distúrbio se (i) a condição causar algum *dano ou privação de benefício* à pessoa conforme padrões sociais, e (ii) se produzir *incapacidade* de alguma função natural (em sentido evolucionista) (WAKEFIELD, 1992). Ora, com isso o autor reúne, em uma única definição, os critérios descritivo e avaliativo. Mas é surpreendente como os predicados da primeira condição são “dano” e “benefício” e, da segunda condição, autonomia ou “capacidade para executar uma função”. A isso podemos comparar o modelo misto de Culver e Gert (1982, p. 81), rejeitado por Engelhardt, melhor aceito por Pellegrino-Thomasma, que define doença em termos de condição e risco

de sofrer um mal. A tese de Culver e Gert não se baseia na biologia evolutiva como um dos critérios da definição, porém, isso torna a definição vaga, quando não circular, pois ter uma condição que causa sofrimento e impedimento não significa necessariamente estar doente ou, ao menos, não é suficiente para um diagnóstico. Seja como for, entendemos porque algumas das críticas de Gert ao principalismo interessaram Beauchamp-Childress: tais críticas se moviam em um debate onde não faria sentido defender uma moral interna à psiquiatria, por exemplo, para decidir sobre a autonomia clínica de um paciente, para estipular normas de hospitalização psiquiátrica, exclusão de loucos, internação em manicômios, etc. Ora, se normas desse tipo não representam uma ética particular da psiquiátrica, então não haveria motivos para falarmos em uma ética particular para médicos clínicos, médicos cirurgiões, epidemiologia, saúde pública, pesquisa controlada em medicina ou em farmacologia, etc. Mas se não temos como demarcar uma ética particularista e se hoje enfermeiros, técnicos de laboratório e epidemiologistas realizam atividades que antes eram exercidas pelo médico, então também é duvidoso se podemos insinuar em falar em uma “ética *da* medicina”. Por isso esses autores recorreram a uma teoria da moralidade comum.

Dissemos que sistemas classificatórios de doenças costumam ter a pretensão de serem *neutros*. Se assim for, muitas das críticas normativistas não se seguiriam. Mas esta seria uma boa forma de colocar o problema, em termos de *neutralidade x normatividade*? Talvez devêssemos simplesmente recordar que “Wittgenstein nos familiarizou com a idéia de que uma palavra pode ter uma disseminação de significados: há muitas condições para seu uso, e talvez nenhuma delas seja necessária ou suficiente”, de onde se seguiria que “talvez estejamos sendo excessivamente ambiciosos ao pensarmos ser possível capturar nossa compreensão de palavras como ‘saúde’ e ‘doença’ em definições na forma clara e distinta.” (HARE, 1986, p.174-181). Também poderia ser o caso de aceitarmos que os relatos sobre doenças clínicas e subclínicas jamais são livres de valores, nem na teoria nem na prática, concordando com Engelhardt que as classificações de doenças representam um normativismo velado. Ou melhor, para “evitar dizer que o que nos faz classificar as condições como doenças deve-se a que, em geral, [...] elas são coisas ruins para o paciente”, como “constituente padrão” do conceito de “doença”, sobre o que as “doenças mentais” servem de exemplos centrais (HARE, 1986, P.174-81, p.178). Ou, quem sabe, seria o caso de adotar a solução de Culver-Gert ou Wakefield, que reúnem na definição de doença e medicina tanto o elemento descritivo

quanto o prescritivo. E ainda poderíamos acrescentar que tais definições são difusas, com o que não eliminaríamos as recorrências normativas. Mas ainda assim nos faltaria o passo decisivo: como considerar essas variáveis normativas em decisões morais sem que essas estejam sendo simplesmente inferidas daquelas?

Atualmente, os sistemas de classificação de doenças mentais possuem pretensão de *neutralidade* quanto ao método clínico. Repete-se, assim, o mesmo “fim interno” que encontramos na CIF. Teriam razão os normativistas ao darem tanta ênfase às “doenças mentais”? O índice “transtorno” inclui um importante conjunto de exemplos que os eticistas usam para discutir a relação entre a autonomia e a beneficência. A pertinência de nos referirmos a isso deve-se a que, apesar dos poucos trabalhos em ética da psiquiatria, os exemplos oriundos deste ramo da medicina são muito reivindicados. Vejamos três exemplos significativos. Pellegrino-Thomasma afirmam que

Das regras de intervenção clínica, a *forma forte* é intervenção clínica para reverter condições psicológicas para a capacidade de vida social, caso mais frequente em psiquiatria e pediatria, mesmo violando consentimento informado ou para o doente não julgado legalmente incapaz. (PELEGRINO; THOMASMA, 2018, p.263-265).

Em Englehardt lemos diversas considerações semelhantes a seguinte:

Não seria necessário ir até o século XIX para encontrar as óbvias intromissões dos valores sociais. A recente história do homossexualismo o viu desenvolver-se de um caso de distúrbio de personalidade psicopática, no DSM-I [...], e em DSM-IV o homossexualismo permanece sob a mesma descrição que recebeu em DSM-III-R. (ENGELHARDT, 1998, p.237-238).

Também Beauchamp-Chilress não deixaram de se pronunciar sobre dificuldades similares:

Eu tenho sérias dúvidas quanto ao fato de que uma tentativa de suicídio deva ser um fator que leve a

um diagnóstico de psicose ou a uma internação obrigatória em hospital. Os psiquiatras assumem rápido demais que uma tentativa de suicídio é um ato de uma pessoa mentalmente doente. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.311, 2009, p.218).

O DSM (*Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais*), da APA (*Associação Psiquiátrica Americana*), possui a vantagem de colocar ordem em uma longa controvérsia na história da psiquiatria. Para isto se utiliza de um modelo estatístico, com pretensões de neutralidade⁸. Como já indicamos, a crítica mais comum consiste em

⁸A primeira grande tentativa nos Estados Unidos de eliminar controvérsias em psiquiatria foi o senso de 1840, baseado em apenas uma oposição, *idiotia* ou *insanidade*, o que por volta de 1880 recebeu uma nova categorização: demência, mania, monomania, melancolia, paralisia e alcoolismo. Isso levou ao surgimento do DSM-I, que começou com 22 diagnósticos, classificados em dois grupos gerais (neuroses e psicoses). Contudo, apesar do esforço etiológico, a obra foi criticada por não esclarecer a distinção entre o normal e o patológico. Na versão do DSM-II, de 1952, esta oposição categórica foi mantida, mas os distúrbios divididos em 180 tipos, porém agora com uma abordagem estatística mais explícita. Em 1968, a comissão de revisão da CID resolveu também revisar o DSM. A característica desta versão foi a não especificação dos sintomas em relação aos transtornos. Contudo, a polêmica se instalou com o DSM-II já indicando elementos ideológicos, por exemplo, a categorização da homossexualidade como um tipo de perversão ou a histeria como própria do feminino, o primeiro um exemplo central em Engelhardt. Somente em 1973, a APA questionou se a homossexualidade poderia ser tratada como patologia. Somente em 1974 se pretendeu realizar nova revisão do DSM, quando se passou a definir as desordens mentais como casos de síndromes clínicas e o DSM-III foi publicado em 1980 como um sistema classificatório ateuórico e com pretensão de precisão descritiva-terminológica. Isto significou entender o diagnóstico como instrumental e, supostamente, sem referência ontológica. Foi em 1994 que surgiu o DSM-IV, que estabeleceu 297 desordens, cuja mudança consistiu na inclusão de critérios clínicos em relação aos sintomas e os sofrimentos da esfera pessoal, social e ocupacional. Agora com maior sucesso se atingiu a finalidade ateuórica dos DSM, a evitar paradigmas metodológicos e respeitar os contextos sociais dos transtornos mentais. Mas esta evolução histórica não deixou de implicar no surgimento de novas polemicas. A 5ª edição do *Manual* (DSM-V), elaborada em 2013, sob revisão da 4ª edição de 2000, administrada novamente pela APA, inclui aspectos clínicos, epidemiológicos e estatísticos dos transtornos mentais, conceito este que também é contemplado pela CID-11 com importantes similaridades e diferenças. Além disso, muitos autores têm criticado o DSM-V

afirmar que o DSM fabrica patologias sem fundamento suficiente e induz os indivíduos a consumir psicotrópicos. A réplica estaria em responder que o DSM deve ser tomado apenas como instrumental e não substituir interpretações e o conjunto dos exames necessários na clínica. A controvérsia é séria tendo em vista que o iniciador do movimento contrário ao DSM, Allen Frances, foi também o diretor da edição anterior, o DSM-IV, de 1994, bem como o principal financiador das pesquisas de transtornos mentais, o *Instituto Nacional de Saúde Mental* (NIMH), também se posicionou contra, através do próprio diretor, Thomas Insel⁹.

por tratar os portadores de transtornos mentais como classes, embora o *Manual* também contenha elementos para diagnóstico e funcionalidade. O debate dos especialistas em torno do DSM é complexo e não poderemos retomá-lo aqui. Apontaremos apenas as discussões mais proeminentes para os fins do problema que estamos tratando.

⁹ Enquanto os defensores afirmam que o DSM-V tem caráter instrumental e não-ideológico, nem pressupõe nenhum modelo teórico, os críticos dizem que possui efeito virulento que induz os pacientes a identificação com patologias. Isto mostra que a acusação de ideologia feita por Engelhardt aos modelos de medicina teórica não liberais (1998, p.22-23) também atinge os métodos classificatórios que ele considera básicos para a medicina. Outra polêmica situa-se em torno da definição de algumas síndromes. A categoria “transtornos cognitivos menores” significaria um diagnóstico antecipatório de síndromes maiores futuras, o que poderia levar a exames e tratamento medicamentosos desnecessários aos pacientes. Na mesma linha, está também a crítica de que o DSM promove uma “patologização do luto”, em que a aparência depressiva do enlutado poderá ser diagnosticada como depressão maior. Problema comum se apresentaria nos “transtornos de desregulação do humor”, principalmente em relação às crianças, onde episódios de cólera são mais frequentes, mas os defensores do *Manual* respondem neste caso que o critério da frequência de crises de humor colérica é feito justamente para evitar categorizar crianças como transtorno bipolar. Pertence a Allen Frances a crítica de que o DSM leva a um excesso de diagnóstico e a consequente multiplicação de casos, por exemplo, que a inclusão da Síndrome de Asperger no DSM-IV levaria à multiplicar casos de autismo menos graves, o que efetivamente ocorreu. Aqui a polêmica deve-se ao fato de que, por um lado, sem uma classificação mais extensiva e detalhada, os indivíduos continuariam a ser tratados como saudáveis segundo o antigo critério arriscado de “silêncio dos órgãos”, mas, por outro lado, com o aumento das classes e subclasses de doenças também se multiplica casos e se patologiza condições de saúde desnecessariamente na forma de falsas epidemias e das supostas personalidades múltiplas. Quanto a este último ponto, alguns críticos responderam que o DSM-IV justamente declara a inexistência de personalidades múltiplas ao falar em transtorno iatrogênico. Quanto ao outro ponto, entretanto, Allen Frances afirma que o DSM-IV, o que valeria também para o DSM-V, inventara três falsas

Uma questão foi regular sobre o DSM: responder, em psiquiatria, a partir de quando um sintoma merece ser tratado como patológico. Isso significa perguntar se todos os tipos de sintomas de síndromes em saúde mental podem recair em alguma noção de norma ou padrão sem que isso tenha consequências epidemiológicas, isto é, com que direito ou justificativa uma classificação se torna norma internacional. Assim, concordamos com Engelhardt que esse é um importante ramo do problema, sem que, com isso, venhamos a aceitar todas as suas conclusões (1998, p.111). O conceito de “transtorno mental” é relevante: designa síndromes clínicas (um conjunto de sinais e sintomas). Entrementes, as relações de gravidade são definidas em termos de *continuum*, critério que encontramos em outras classificações. Porém, no caso dos transtornos mentais este *continuum* adquire um sentido mais ambíguo: expressa um espectro de sinais que pode variar de uma síndrome à outra, pois empiricamente os modelos teóricos e as pesquisas psiquiátricas não estão de acordo quanto ao diagnóstico diferencial de certas categorias patológicas, como os transtornos de ansiedade e depressão que admitem espectros clinicamente comuns. Deste modo, o conceito de transtorno torna-se mais difícil de definir que o de deficiência ou o de incapacidade. Poder-se-ia argumentar que “transtorno” é um termo neutro, compatível com a neutralidade metodológica pretendida pelo DSM-V. Neste caso, a questão pertinente estaria em saber se a neutralidade do termo serve para evitar assumir modelos teóricos de saúde mental, fornecendo espaço para os médicos de diferentes tendências, ou se serve para evitar tratar as classes em termos de “doença”, não determinando pacientes em tipos e graus de deficiências. Esta questão torna-se ainda mais evidente quando notamos que em outras especialidades médicas, como pneumologia e geriatria, os critérios clínicos de classificação são bastante diferentes. Portanto, por razões empíricas, de tendências ou modelos teóricos e em função das diferentes especialidades, conceitos como síndrome, deficientes, incapacidade e doença sofrem grande variação. As síndromes mentais exigem compreender não simplesmente uma doença, mas o doente em seu contexto ambiental e social ou segundo esferas variadas de sua vida, como família, sexualidade, trabalho, pois também se relacionam com a capacidade de resiliência e fatores protetivos. Se isto for correto, então, apesar de existirem coincidências classificatórias entre a CID-10/11 e o DSM-V, a sobreposição do conceito de doença ou incapacidade entre elas torna-se impossível semanticamente mais do que quem em relação à CIF, a

epidemias: o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, o transtorno bipolar da criança e o espectro do autismo.

SNOMED-CT, etc. Se o termo “transtorno” expressa uma síndrome em termos de adoecimento e não em termo de doença, então não caberia entender os transtornos como um universal, tal como algumas vezes se faz em relação ao termo “doença” e correlatos. Aqui a dificuldade não se deveria tanto a um duplo caráter da medicina, tanto ciência quanto arte, mas a duplicidade do caráter do tratamento, clínica (observações e diagnóstico) e terapêutica (métodos, técnicas e recursos disponíveis para tratamento). Portanto, é evidente que a classificação do DSM-V é instrumental (ENGELHARDT, p.268), isto é, não substitui os usos pertinentes pelo médico ao longo do processo de registro da evolução clínica, mas essa tese reforça que o sentido de doença e correlatos é particular a cada especialidade médica e impede a sobreposição semântica entre variadas classificações, tal que uma definição D_e expressa uma noção D^g para certa especialidade. Reforça-se, desse modo, o caráter ostensivo das definições em medicina, agora não como *techné* e *episteme*, mas como clínica e terapêutica.

O DSM lida com o termo geral “transtorno mental” e correlatos. Pretende-se que sejam neutros epistemicamente, para não interferirem na técnica e julgamento clínicos. Sua pretensão de neutralidade deve dar conta de dois problemas epistemológicos: a universalidade formal e a evolução clínica do patológico. O método estatístico foi a forma encontrada para responder como existem regularidades clínicas, o que leva a aceitação de fundamentos biológicos, funcionais, neurológicos, anatômicos, etc. Esta fundamentação rivaliza com as teorias psicodinâmicas que compreendem outras causas dos transtornos mentais, como as funções da personalidade, cultura, família, etc. Rivaliza, além disso, principalmente com psicoterapias que enfatizam mais a autonomia do que a própria medicina poderia fazê-lo (NORDENFELT, 1984; SZASZ, 1965, *apud* ENGELHARDT, 1998, p. 256 e 379), ou o sistema médico de “orientação-cooperação” (SZASZ, 1956, *apud* PELLEGRINO-THOMASMA, 2018, p.164). Hoje, aliás, parece disputar inclusive com as alterações previstas para a CID-11. A questão passa a ser se estas duas linhas causais são independentes ou se relacionam em termos de classes e subclasses (HARE, 1986). Some-se a isso a segunda dificuldade, o fato de que as formas psicopatológicas regulares aparecerem clinicamente moduladas numa evolução patológica de um caso singular, o que novamente dá lugar às teorias do desenvolvimento e teorias humanistas, ou teorias funcionalistas e estruturais, reproduzindo a polêmica. Mas isso não nos parece ser a prova absoluta do normativismo, mas apenas que a ética se faz necessária porque as “normas internas” da

medicina são necessárias sem serem suficientes, independentemente desta ou daquela filosofia da medicina.

Um exemplo das ambiguidades mencionadas é o uso político do DSM: o Manual não admite apropriação política porque a moralidade médica possui fonte externa, mas sim porque diferentes interesses e justificações morais podem entrar na cena médica tanto quanto em qualquer outra profissão. Já vimos como certas classificações levaram às formulações legalistas para taxas de compensações em deficiências. O mesmo ocorre em relação ao DSM: as políticas públicas têm a necessidade de conhecer previamente quais as patologias mais frequentes em uma população, para que o gestor possa determinar financiamentos em saúde pública e, por essa razão, frequentemente recorrem às estatísticas do DSM. Isso significaria tornar a medicina um meio de intervenção social e, então, o sofrimento mental passa para o campo da política. Mas isso é um contrassenso com a finalidade do DSM apresentada por seus defensores. Da neutralidade semântica não se segue a neutralidade instrumental, porque há uma diferença forte entre definições conceituais e seus usos. Seja como for, se tudo isso é razão suficiente para aderirmos ao construtivismo ou revisionismo, nem por isso todas as conclusões de um normativista ou naturalista como Englehardt ou Boorse precisarão ser aceitas. Parece mais promissor reconhecer que a moralidade recobre a psiquiatria, a medicina clínica, a saúde pública e a pesquisa científica com normas comuns, sem que, com isso, se perca de vista certos critérios normativos da heurística interna à medicina e suas especializações. Enfim, tanto as críticas mais fortes (Foucault, Szasz) quanto as moderadas (Engelhardt, Wakefield) nos levam a acreditar que não se trata simplesmente de tornar a psiquiatria o lugar para uma prova normativista e, depois, derivar a priorização da beneficência ou da autonomia, pois temos razões tanto para distinguirmos doença mental e doença física quanto para estreita-las. Também não acreditamos que seria mais promissor defender uma ética particularista para cada especialidade médica, pois, ao invés disso, o que a estrutura atual da psiquiatria parece demonstrar é que o acento deste ou daquele princípio moral pode variar conforme a especialidade, as metas e os recursos da medicina, ao lado dos interesses do paciente e das necessidades de avaliação desses recursos. Portanto, os problemas em filosofia da psiquiatria e filosofia da doença mental não precisam ser resolvidos em termos normativistas ou naturalistas para, só então, decidirmos por um modelo bioético. O que os problemas da psiquiatria demonstram é justamente que as prioridades médicas podem mudar, porque diferentes são também seus meios e fins.

CONCLUSÃO

1. Descrições e prescrições, internalismo e externalismo.

Ao longo de nossa investigação, conforme previsto na *Introdução*, distinguimos três expedientes lógicos para a análise dos fundamentos da ética médica: erro inferencial, erro categorial e identificação equivocada (DALL'AGNOL, 2014, p.140-146)¹⁰. Mas o ponto que permanece importante é que os autores estariam mostrando a possibilidade de identificar conceitos morais através de juízos analíticos. De modo similar, vimos como R. Hare e Sadegh-Zadeh defenderam a não analiticidade do termo “doença”, o que justamente dividiu normativistas e naturalistas. Como Moore não usou o termo “naturalista” neste sentido, então não poderíamos simplesmente aplicar seus critérios. Mas entendemos a importância de que definições analíticas são insuficientes para resolver problemas morais (DALL'AGNOL, 2005, p. 127). Ou seja, se permanece aberta ou não a definição de doença e medicina, ligadas a conceitos normativos como “ruim” e “indesejável”, antes de tudo “uma teoria não depende substancialmente das definições que ela apresenta” (DALL'AGNOL, 2005, p. 129). Por isso, levantamos a hipótese de que seria mais frutífero avaliar a heurística médica, orientados pelas

¹⁰ É possível entender que estas três figuras aludem ao que Moore chamou de falácia naturalista ou a conhecida Lei de Hume, mas não tomamos como ponto de partida o método de Moore para evitarmos o debate em torno da interpretação nos termos deste autor: “Segundo o *Index* do *Principia*, há 23 contextos em que a expressão ocorre no livro e, de acordo com Rohatyn (1987, p. 20), com 12 sentidos diferentes” (DALL'AGNOL, 2005, p. 150). Mesmo porque precisaríamos levar em conta as críticas de David Ross à Moore em relação ao método adotado por Beauchamp-Childress, ainda que pudéssemos fazer uso de alguma interpretação da lei de Hume para esses propósitos, aceitando algumas considerações isoladas de Beauchamp (1981). Enquanto alguns acreditaram que por “falácia naturalista” se deveria entender “o argumento da questão-em-aberto” (CHURCHLAND, 2008; HURKA, 2010), outros a interpretaram como um caso de desrespeito à *Lei de Hume* (BRITO, 2010). Porém, se o expediente de Moore não pode ser chamado propriamente de falácia (DALL'AGNOL, 2005), também não serve exclusivamente para os nossos propósitos porque nosso problema não se limita ao “naturalismo”, nem no sentido adotado por Moore, nem em qualquer outro. Mesmo porque o objetivo do *Principia Ethica* era demonstrar o sentido *sui generis* da ética e da definição do termo “bom”, sobre o que já dissemos aceitar a ressalva de Ross no contexto do principialismo, isto é, a igual relevância do conceito de “correto”.

referências que Beauchamp-Childress izeram a Roos e Hare. E o que concluimos com essa estratégia? Que, seja para a definição do status da medicina ou para a natureza das doenças, haveria uma relação particular que serviria de base para os autores falarem em “fundamentação da ética médica” em um ou outro sentido: dada a relação entre a percepção do paciente sobre seu estado e a heurística médica sobre estados em geral, procura-se provar a prioridade de um ponto sobre o outro para, depois, inferir normas morais. Vejamos.

Aplicado à definição de doença, a tese construtivista significaria o seguinte: a definição de doença é dependente da relação entre *os sintomas narrados pelos pacientes* e *os sinais das doenças previstos pela heurística médica*. Como nenhum dos dois pontos são definíveis analiticamente, então procura-se definir a sua relação. O naturalista de níveis (Boorse) defende que saúde é um conceito que não depende da clínica ou de nenhuma disciplina prática, mas apenas e tão somente de uma ciência teórica (como a patologia) ou da medicina teórica, isto é, que saúde é um conceito teórico e não prático, mas, entretanto, consideramos que a heurística dos sinais objetivos é necessária (e não suficiente) para decidir quais sinais e sintomas perfazem o diagnóstico, o que talvez poderia ser possível sem incluir normas sobre tratamento, o que parece ser uma consequência possível da tese de Boorse (que saúde e doença são conceitos puramente teóricos ou que, do fato de alguém ser saudável ou doente, não se segue quaisquer consequências práticas ou clínicas), mas isso não significa que não hajam normas heurísticas de julgamento. Assim, o naturalista construtivista dirá que a heurística dos sinais objetivos, formulada de modo bioestatístico ou mediante outro método, é necessária para depois decidir quais sintomas narrados pelos pacientes contam ou não contam para os médicos passarem a um terceiro momento, a prática médica (o que também se costuma chamar de naturalismo de níveis); o normativista construtivista dirá que a narrativa do paciente é o que os médicos pressupõem como demanda para posteriormente investigarem possíveis causas objetiváveis, de modo que em um terceiro momento, na prática médica, as normas iniciais reaparecem na forma de generalizações ou definições *ad hoc*. Portanto, dizer que o conceito de “doença” é analiticamente indefinível significa que é formulado em uma relação: se dizemos que o critério de veracidade de uma teoria depende da aceitação da comunidade médica sobre os fenômenos apresentados pelo paciente (sintomas narrados ou exames indicadores), teremos o naturalismo; se dizemos que a avaliação sobre doença está no que se entende por sofrimento e bem-estar ou desejável e indesejável como prioritários sobre o que a comunidade médica enquadra em formas

explanatórias, teremos o normativismo. Mas por isso mesmo será perfeitamente possível acomodar ambas as teses. Então, para sair do debate, Pellegrino defendeu que a relação entre um ponto e outro está nas metas da medicina, caso em que o acento normativista torna-se mais moral que epistêmico. E, assim, o debate migrou para a disputa entre internalistas e externalistas. Mas o principialismo preferirá *fundamentar* a ética médica partindo da recusa também deste último debate.

Por causa dessa discussão, procuramos mostrar porque o principialismo teria vantagens metodológicas. Fizemos isso demonstrando que outros modelos bioéticos incorriam em algum tipo de erro inferencial. Ora, como dissemos a partir de Ryle, um *erro categorial* ocorre quando associamos tipos lógicos diferentes, tomando uma classe como membro de si mesma (DALL'AGNOL, 2003, p. 153). Em “teoria da doença”, *erros categoriais* ocorrem quando tenta-se definir doença: para certas especialidades, a definição de doença-específica contém pouco ou quase nenhum conteúdo prescritivo, embora permanecerão pelo menos conteúdos utilitaristas ou de otimização e expectativa probabilística nos métodos de imputabilidade causal; em outras especialidades médicas, como a psiquiatria, a definição descritiva de doença aceita mais facilmente conteúdos prescritivos, já que a descrição das causas é mais complexa; disso se segue que definições de doença-geral tendem a ser filosóficas, seja para modelos descritivistas por demarcação (Boorse), modelos prescritivistas mais radicais ou menos radicais (Foucault, Engelhardt), ou modelos mistos (Brody, Pellegrino). A prova foi dada através de nossa análise de algumas nomenclaturas ou classificações atuais de doenças, que apresentam a dificuldade de não serem claramente sobrepostas (complementares), não serem obviamente neutras como pretendem, nem ser possível provar a prioridade de uma sobre a outra, como normativistas e prescritivistas parecem defender quando enfatizam o valor do DSM contra outras classificações, ou como naturalistas que priorizam doenças-gerais biológicas. Quanto aos casos de *identificação equivocada*, esta é mais visível em Pellegrino, quando identifica “saúde” e “bem do paciente”. A dificuldade se acentua quando percebemos que essa identificação trata “bem” como “correto”, isto é, no caso patológico ou de prejuízo à saúde, “é obrigatório (ou correto) buscar o bem do paciente”, ou seja, a cura. Algo parecido Engelhardt acusou contra Gert. Enfim, os bioeticistas às vezes incorrem em *erro inferencial*, algo semelhante a uma falácia, seja de base naturalista ou normativista, ao formularem um argumento no qual se infere uma conclusão moral, do tipo internalismo ou externalismo sobre ética médica, a partir de premissas que contém *erro categorial* ou *erro de identificação*. Por isso,

aceitamos a solução principialista: no lugar de procurar a fonte da ética médica dentro ou fora da medicina, parte-se da moralidade comum, agora entendida na forma de equilíbrio reflexivo. Poder-se-ia replicar que ainda não ficou provado que o intuitivismo é a melhor saída para a disputa entre naturalistas e normativistas, nem que a teoria da moralidade comum é a melhor solução para os impasses entre internalistas e externalistas. Aceitamos essa crítica, mas ainda assim responderemos que, se justamente é inaceitável inferir modelos bioéticos a partir de erros categoriais ou de identificação ou, pelo menos, da confusão entre ser e dever-ser (Lei de Hume), então temos motivos de sobra para investigarmos as possíveis alternativas ao intuicionismo e a teoria da moralidade comum, mas não para manter aqueles equívocos inferenciais. Talvez seja discutível se o melhor modo de colocar o problema seja na forma da falácia naturalista (Moore), na forma de erro categorial (Ryle) ou de lei de Hume, mas o que é evidente é que juízos avaliativos não podem ser inferidos de juízos descritivos, mesmo que seja verdade que juízos avaliativos e descritivos não sejam plenamente distintos, ou ainda que um possa incorporar ingredientes do outro em teorias médicas sobre doenças, suas causas e suas classificações. Foi por essa razão que nosso estudo se voltou para a análise dos juízos ou julgamentos médicos. Por isso, a questão correta não é se o conceito de “doença” é descritivo, prescritivo ou ambos, nem se o status da medicina é primeiro epistêmico ou moral, ou seja, deduzir quais as normas morais devem ser adotadas e como decidir moralmente a partir de premissas sobre a verdade ou falsidade descritíveis sobre o bom e o correto, mas sim discutir como *avaliações sobre meios e fins* devem ser justificadas. É preciso enfatizar que juízos prescritivos ou avaliativos podem conter ingredientes descritivos, contanto que não sirvam de premissa para uma inferência. Por exemplo, podemos dizer que “não devemos elogiar pessoas de mau caráter (juízo prescritivo); João é conhecido por todos como mau caráter (juízo descritivo, ainda que normativista); então, não devemos elogiar João”, tal que aqui ocorre um conteúdo, “ser mau caráter”, que é indexado tanto no enunciado descritivo quanto prescritivo, mas a conclusão ética não se seguiu de uma premissa descritivista, porque a descrição “João é mau caráter” não é a premissa do argumento, mas faz parte da premissa menor, cujo ponto ético está no fato de que “todos o conhecem como mau caráter” ser também uma avaliação (um julgamento). Dizer “ninguém deve ser mau caráter” é enunciar uma norma, e dizer “João é mau caráter” é um juízo descritivo, embora não se trate de simples descrição de João, mas antes de um *julgamento* normativo sobre João. Nesse mesmo sentido, procuramos provar como Beauchamp-Childress se utilizam de conceitos

descritivistas, como probabilidade, magnitude, expectativas, grandeza, etc., mas não inferem seus princípios morais a partir desses critérios descritivistas nem das avaliações de otimização que se tornaram inerentes aos modelos de decisão médica probabilísticas. Ao contrário, não sendo rejeitadas as categorias biomédicas probabilísticas, então trata-se de emitir julgamentos sobre o uso dessas categorias. Mesmo que tenha razão o normativista, quanto ao fato de conceitos médicos já incluírem juízos avaliativos ou prescritivos, ainda assim o dever envolve ao menos um aspecto normativo independente, nem por isso externalista. Aceitamos, portanto, que há muitos casos em que “é” e “dever” são intercambiáveis em certas proposições, como ocorre na heurística médica que procura incluir critérios de otimização e expectativa utilitárias junto aos seus cálculos probabilísticos, mas deste “intercambio” não se infere obrigação ou proibição em sentido ético. Assim, teria razão aquele que defende que, uma vez que “João fez uma promessa”, segue-se a obrigação de cumpri-la, sobre o que podemos acrescentar o dado descritivo “há uma testemunha que prova que João fez a promessa”, ou seja, é possível formular a descrição em que “João prometeu algo” e dela concluir uma obrigação moral; porém, essa é uma maneira ambígua de colocar o problema, pois não se inferiu da descrição do ato a obrigatoriedade de outro ato, mas já se compreendeu desde o início o “ato de prometer” como moral. Ora, apesar de ser correto afirmar que estamos autorizados a inferir algo quando isso que afirmamos conclusivamente já estava contido nas premissas, ainda assim será preciso explicitar o sentido de uma norma que porventura esteja contida nos antecedentes da inferência. Assim, poderíamos admitir, como fez Nozick (2011), que a normatividade inclui uma camada (layer) de respeito, a incluir conteúdos de obrigações, proibições e permissões (ou direitos e deveres), e outra camada de *cuidado*, que também deve ser considerado pela ética. Mas esta distinção é semelhante aquela adotada por Ross e que serviu de ponto de partida para Beaucham-Childress, a saber, entre os conceitos inalisáveis de *correto* e *bom*. Podemos reconhecer que a camada moral que compreende coisas como o *cuidado* e o *bom* envolvem conteúdos factuais que podem estar ausentes nas discussões sobre o *correto* e o *respeito*. Contudo, disso não se segue que o fato ele mesmo seja normativo: afirmar que fratura é um fato que contém risco ou dano à saúde e, por isso, permite inferir diretamente a necessidade de tratamento, não compreende um raciocínio dedutivo ou indutivo, mas antes um *julgamento*. Do mesmo modo, é evidente ser imprescindível que o médico verifique e confirme o bom ou ruim no diagnóstico e prognóstico de alguém, mas se tratarmos essas ocorrências de “bom” e “ruim” como “ser obrigatório, permissível ou

proibitivo”, então teremos apenas uma *petitio principii* ou um erro de identificação, e nenhuma decisão ética terá sido tomada, já que tudo esteve decidido desde o início para privar o médico dessa responsabilidade. O problema está no duplo sentido de “juízo hipotético”: o enunciado “ao entrar em uma curva com o veículo evite a frenagem” é um juízo normativo hipotético, também é prudencial ou permissivo, isto é, modal, porém trata-se de um juízo técnico e não ético, o que mostra que a confusão se deve ao fato de que tanto os juízos técnicos quanto éticos podem ser hipotéticos e modais, assim como ambos enunciam a relação entre meios (o veículo) e fins (fazer a curva) mediante normas (evitar a frenagem), como os julgamentos de probabilidade em medicina. E não precisaremos aderir aquele postulado neo-kantiano, segundo qual o diferencial dos juízos éticos está em serem incondicionais e exclusivamente categóricos, jamais hipotéticos, pois, como mostrou Hume, é possível em ética aceitar tanto os princípios deontológicos (justiça) quanto os consequencialistas (utilidade), mas de forma condicional. Para nos expressarmos como Hume, seguindo o espírito de Tom Beauchamp (BEAUCHAMP, 1981), tudo se passa como se tivéssemos o hábito de passar de descrições para prescrições, ou melhor, como se em medicina fosse muito difícil evitar a falácia da conjunção, erro de raciocínio probabilístico em que tendemos a tratar como mais provável uma hipótese em função de ser mais representativa para nosso contexto psicológico ou social (TVERSKY; KAHNEMAN, 1983). Por isso, apesar de normativistas como Engelhardt insistirem que há nas comunidades e sociedades as normas básicas que explicam os *fins* buscados por *meio* da medicina, esta relação de meios e fins não é suficiente para definir prescrições éticas. Da sentença “a competição social é uma constante” não se segue que “a competição *deve* ser o padrão social”, pois, apesar da “premissa” não ser naturalista, mas normativista, que haja um *modus operandi* para definir o comportamento de indivíduos ou grupos não se segue que este seja um padrão ético. Dizer que nas definições de doenças da CIF ou do DSM encontramos a definição geral de doença é um erro categorial, no mesmo sentido em que Ryle afirmou que não se pode pretender encontrar a Universidade apontando para a sala dos professores ou para a biblioteca, pois a Universidade é o conceito funcional a partir do qual se localiza aqueles setores específicos (RYLE, 1993); do mesmo modo, dizer que nas indexações probabilísticas de “o tratamento x é mais útil para y” ou “os recursos médicos x otimizam as consequências y em relação a magnitude da probabilidade z” são a própria decisão moral, compreenderia erro de sobrepor classes e subclasses. Portanto, é certo que a ética médica possui elementos que não

encontraremos em nenhum outro setor de ética profissional, o que se prova mediante seus ingredientes descritivos e normativos, mas disso não se pode inferir as obrigações e justificações propriamente éticas.

2. Norma e normal.

A forma mais simples de demonstrar um erro inferencial em ética médica está na dedução entre as categorias de “normal” e “norma”. Vimos casos de identificação equivocada devido a ambiguidade dos termos “norma” e “normatividade”, e casos de erro categorial em que se passava da normalidade (em sentido naturalista ou normativista) para a priorização de normas morais. Isso, por si só, nos mostra que a relação entre medicina e ética não corresponde a demarcação entre o normativo e o prescritivo. Mesmo porque, entre eticistas, o próprio conceito de “normas” não é evidente: condição, regra, prescrição e princípios (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2009, p.95). Outra forma de colocar o problema é dizer que em ética médica não é possível falar em “correto” senão em função de “bom”: uma norma em ética médica somente poderá ser tratada como obrigatória se e somente se for correta em função do bem que produz. Manuais de metaética classificam esta abordagem como “ética teleológica”, o que parece aplicar-se aqui uma vez que ficou demonstrado que os critérios de decisão e julgamentos médicos heurísticos são preponderantemente utilitários. Porém, neste ponto Beauchamp-Childress recorrem ao argumento de Ross: é aceitável pensar que um ato é *correto* em função da maior probabilidade de produzir um *bem*; contudo, uma obrigação pode ser compreendida em função da *correção* que expressa por si mesma, pois, por exemplo, ainda que quebrar uma promessa possa eventualmente produzir mais bem que mau, ainda será correto dizer que “falar a verdade” é correto por si mesmo; disso se segue que o conceito de “correto” exprime obrigações *prima facie*, isto é, corretas até que uma circunstância não sobreponha outras obrigações sobre a primeira; logo, se entendemos que um dever é correto *prima facie*, e que outros deveres podem se sobrepor ao primeiro em função do bem que produz, ainda assim poderemos dizer que estamos visando “fazer o que é certo” (ROSS, 1930). Beauchamp-Childress entenderam que isso significa que não priorizar o bom ou o correto permite lidar melhor com conflitos morais, tal que “a distinção de Ross entre obrigações *prima facie* e reais é básica para nossa análise” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009, p.14). Ross defendeu que deveres morais são decodificados em princípios gerais, tal que um princípio é *prima facie* enquanto todos os demais estiverem em condições iguais, mas

o dever se torna “real” em função de “todas as coisas consideradas”. Ora, mas se isso é possível, objetaríamos, então há algo em ética médica que serve de critério para a escolha dos princípios. Então, por que não aderir ao internalismo?

Mesmo um menor número de princípios não impede o surgimento de conflitos éticos. Segue-se o método de balanceamento e especificação, para ser possível dar orientação real aos princípios. Não se trata, entretanto, de “dedução”, pois as regras “derivadas” possuirão maior conteúdo que as normas iniciais, em distinção a uma dedução, cuja conclusão não pode conter mais que o previsto nas premissas. Portanto, há conteúdos não *a priori* nas regras de especificação, e um kantiano perguntaria qual a fonte desses novos conteúdos. Não sendo categóricos, mas hipotéticos, novamente parece que regras especificadas em ética médica merecem ser entendidas em sentido internalista, ou seja, que a moralidade médica pode formular para si mesma suas normas éticas sem necessitar do método filosófico. Segundo os autores, o método de especificação serve para evitarmos o “julgamento puramente intuitivo ou subjetivo” (2002, p.21). Mas, se é assim, então aqueles princípios filosóficos levariam os médicos a pararem de realizar julgamentos cuidadosos em nome de um raciocínio esquemático, algorítmico. Não seria melhor estimular no médico o exercício do julgamento direto de especificação? A resposta dos autores é o método de ponderação, que impede que a ação se siga exclusivamente dos julgamentos de especificação. Os autores fornecem dois exemplos paradigmáticos de conflito entre autonomia e beneficência: no caso do Testemunha de Jeová, predomina a autonomia; no caso do pai diante do filho pequeno, predomina a beneficência. Mas o crítico poderia replicar que a habilidade para ponderar é subjetiva. Portanto, concluiria o internalista (sobretudo o casuísta), a abordagem dos quatro princípios é algorítmica na prática. Uma resposta possível em favor do principialismo seria dizer que os princípios funcionam como guias epistemológicos, mais ou menos do mesmo modo como decidimos se um movimento ou jogada aplica-se ou não às regras do xadrez. Ou seja, os princípios *prima facie* orientam os julgamentos médicos ao mesmo tempo que fornecem padrões. Por isso mesmo o método não é dedutivo. A abordagem se torna mais realista, em distinção as filosofias da moral que oferecem um único princípio incondicional ou prioritário. Assim, dizer que os princípios podem entrar em conflito não representa uma objeção, mas é a sua própria característica *prima facie*. Do que adiantaria médicos tomarem decisões sem conflito interno contra o interesse ou para o prejuízo dos pacientes? Ou não representaria um prejuízo por si mesmo assumir um método ético

particularista justamente para velar que os médicos possuem conflitos entre si, conflitos internos à medicina?

O particularismo defenderá que a própria situação médica contém características avaliativas, e o julgamento médico é o nome para a descrição e decisão sobre esses valores. Mas se alguém dissesse que o particularismo é o modelo que se orienta caso a caso para especificar julgamentos, responderíamos que isso é compatível com o principialismo, pois essa suposta definição apenas diz qual é a orientação do particularismo, mas não define nem seu método nem sua estrutura de raciocínio, estas sim opostas ao principialismo. Este último também se orienta para resolver casos, o que é trivial. O que torna o assunto difícil é dizer que as decisões vão ser orientadas a partir dos casos ou dos princípios. O particularismo parece incorrer no “mito do dado” (SELLARS, 1997), como se fosse possível efetuar julgamento de casos independentemente de qualquer outro julgamento. O “mito do dado” significaria aqui que não pode haver *julgamentos fundamentais*. Mas, se não há esse tipo de julgamento, se estes são mitos, então precisamos julgar os casos tanto de dentro quanto de fora, o que significa simplesmente que não podemos julgar o interesse de outra pessoa por nós mesmos, mas precisamos perguntar como ela mesma julgaria. Em outras palavras, médicos e sistemas de inteligência artificial em medicina podem simular julgamentos baseados em casos anteriores e demais índices estatísticos, mas ninguém está autorizado a *simular* o julgamento de outrem. O particularismo, portanto, parece supor uma teoria da simulação de antecedentes e consequentes sobre casos. Certamente podemos nos perguntar “não seria mais racional julgar do ponto de vista de outra cultura (conjunto de crenças)?”, o que é mais plausível em certas áreas do que em outras. Mas isso significa, na melhor das hipóteses, que se *internalizou* às razões disponíveis, mas não que se lidou diretamente com os dados presentes. Para este último ato, seria preciso se colocar no lugar da outra pessoa, mas ninguém está na posição de fazê-lo, a não ser por conjectura. Por isso, como vimos, normativistas responderão ao particularista que a heurística médica é toda conjectural. Ou seja, a casuística é um método de raciocínio por analogia, efetuado sob o termo “casos paradigmáticos”, que servem de autoridade moral para futuras decisões (BEAUCHAMP-CHILDRESS, 2019, p. p 394). Ora, nossa interpretação é que, para evitar esse erro inferencial, mas sem precisar aderir ao normativismo externalista, o principialismo fez do julgamento moral um método cuja fundamentação bioética parte de princípios *prima facie* da moralidade comum.

No uso comum da língua portuguesa, (a) “norma” é sinônimo de “regra, método, preceito, modelo, exemplo, padrão, princípio, teor, regimento, regramento”, (b) enquanto “normal” pode ser substituído por “regular, ordinário, perpendicular, exemplar” e, ainda, (c) “normalizar” é sinônimo de “regularidade”. Isto nos mostra que nos usos (b) e (c) é comum um sentido temporal (regular é um modo de duração e regularidade é um modo de frequência) que está ausente em (a). O conteúdo das normas morais não representa instanciação de eventos ou estados de coisas no tempo e espaço, ainda que possam e devam ser ponderados e especificados circunstancialmente. Quanto aos usos de (b) em medicina, reúne-se como critérios a temporalidade e a gravidade dos casos patológicos, tal que o normal e a normalização passam a ser pensados segundo escalas ou taxas quantitativas (gravidade) segundo frequências (idade, região geográfica, recorrência epidêmica, etc.), modulados segundo algum método estatístico. No uso comum, novamente, isto é mais nítido no antônimo “anormal”, substituível por “irregular, desigual, anômalo, diferente, excepcional, defeituoso”, termos que incluem juízos de valor mais claramente que nos usos positivos de “normal”, tal como “anomalia” designa explicitamente “desvio”. Diante disso, o naturalista tenta eliminar os pressupostos normativos, enquanto o normativista tenta provar que as normas morais estavam dadas desde o início, por exemplo, que o princípio de autonomia é prioritário porque a medicina não existiria se já não tivesse internalizado normas sociais. Assim, ambos incorrem em erro inferencial. Acreditamos que este erro se deva a confusão entre relações de meios e fins entre técnica médica, prudência médica (juízo) e as relações éticas.

3. O prejuízo hedonista para a medicina.

O hedonismo pode ser entendido como a concepção segundo a qual o prazer é o padrão de ação ou bem que serve de meta para viver. Remonta à filosofia de Aristipo, do século IV a.C., quando significou uma filosofia de vida dirigida ao incremento do prazer ou à prevenção e cura das ameaças contra ele. Neste sentido, o hedonismo está muito longe da atividade médica moderna, a não ser quanto ao fato de alguns terem afirmado que pertence à medicina metas como evitar ou livrar da dor, incapacidade, etc. O problema surge quando o melhoramento e o tratamento médicos podem ser colocados em termos de “saúde para o prazer” ou “prazer com a saúde”, ou melhor, quando se fala em saúde como total estado de bem-estar (definição da OMS), ou saúde como ausência de desprazer (pressuposto por alguns neuroeticistas), etc. Além

disso, outros eticistas vinculam indiretamente hedonismo e medicina ao discutirem se tratamentos médicos possuem apenas valor instrumental em função do prazer ou do alívio que produzem ou se haveria em medicina valor intrínseco. Outra maneira de reconhecer o “hedonismo” nos estudos médicos está em algumas descrições de “transtornos” no DSM definidos como “hedonismo atual”, por exemplo, que 71% da população adulta diagnosticada com comportamento alcoolista apresenta TDAH e “forte tendência hedonista” (ORTUNO; PRINTSEVSKY; SIRCOVA, 2009), ou seja, incluindo o termo “hedonismo” no julgamento médico.

Enfim, para uma última ocorrência do problema, e é o ponto que mais nos interessa, o hedonismo surge nos debates sobre ética biomédica após se fazer a pergunta “o que é e o que não é tratamento médico?”. Essa pergunta não foi um problema entre os gregos tendo em vista que gozavam de duas palavras para “assistência à saúde”, higiene e medicina, sendo esta entendida como tratamento e aquela como algo próximo de “melhoramento” (ginástica, nutrição, etc.). Com a medicina moderna, sobretudo após Pasteur, a divisão grega deixa de fazer sentido, inicialmente levando Pasteur a acreditar que a higiene enfim abraçaria a medicina, posteriormente levando a opinião contrária. Contudo, o problema ético se agravou, e talvez tenha sido Leibniz o filósofo sensível a isto, ao dizer que “a sensação de perfeição excita um certo prazer, e a sensação de imperfeição, um certo desprazer” (*apud* RAWLS, 2005, p.161). A questão é “ser perfeito no que?” ou “para que?”, “por que adotar este fim como perfeição e não antes outro fim?”. Ao que parece, descobrira-se que não há um meio específico para se atingir a perfeição (ou algum maior grau de melhoramento) e, entretanto, esta seria um fim constante. O conceito de “perfeição” e “aperfeiçoamento” não inclui o de “bem” e “correto”. No campo moral, a perfeição parece realizar melhor o critério incondicionado de um imperativo que pudesse valer por si mesmo, isto é, ser suficiente por si mesmo sem necessitar antes provar o que é bom ou o que é correto. Nietzsche percebera, enfim, que o perfeccionismo vale também para o obsessivo, o megalomaniaco e o psicopata. Mas isso não representava um problema para ele, já que pensara que “é normal a condição doentia do homem – e não há como contestar essa normalidade” (1988, p.70). Agora, se colocássemos o problema em termos clínicos, diríamos que o problema não é o aperfeiçoamento, mas a *relação de meios e fins*, como colocar a população nas mãos da indústria farmacêutica para atingir fins de emagrecimento e estética. Exames de admissão em empresas podem ser interpretados como exigência de perfeição relativa para rendimento de competências. Ao lado do ringue, onde lutam os pugilistas, a ambulância

permanece de prontidão para proteger as pessoas do uso de sua própria autonomia. Não temos dúvida que a medicina mudou, mas não apenas em suas metas: o próprio conceito de medicamento e tratamento mudaram. Hoje, uma medicação para melhoramento cognitivo “ajuda” o paciente a aumentar sua dose de obsessão, o que pode ser entendido como forma de substituir sua autodeterminação ou, se formos normativistas conservadores, de prescrever uma dose controlada de “doença” para o “bem” do paciente. O avanço da higiene moderna, eliminando certas epidemias e a fome, produziu grande melhoramento, mas as ciências de base e a heurística é a mesma que a da medicina clínica, de onde se segue que a saúde é definível em termos clinicoepidemiológicos e o melhoramento faz parte disso. Mas o nosso assunto não é o melhoramento, mas os meios médicos em relação aos fins, daí a ênfase nas medicações para melhoramento cognitivo, por exemplo, em crianças, para “incrementar a autonomia”. De início, o diagnóstico de TDAH era o mesmo que “síndrome infantil”, e logo se percebeu que poderia ser estendido para adultos alcoólatras, obsessivos, etc. Além disso, pessoas se viciam em drogas, razão pela qual se vende drogas demais, sem que isso leve ao diagnóstico de hipocondria. Tais medicamentos administrados para crianças podem comprometer o desenvolvimento, mas também serão ricos para benefícios esperados. Deste modo, a pergunta é dupla: “melhoramento para quê?” e “os benefícios superam os danos?”. Pode-se facilmente defender que subclasses de pessoas que necessitam do melhoramento para chegarem a se adaptar em contextos de aprendizagem devem receber prioridade de tratamento; mas por que não deveríamos dizer o mesmo para pessoas que necessitam de cirurgia plástica para correção funcional, em distinção aos fins apenas estéticos? A dificuldade está no fato de que não podemos priorizar sempre do mesmo modo para todos os casos individuais ou subclasses de casos. Neste sentido, as questões éticas sobre melhoramento devem também privilegiar o modelo principialista, não porque tudo deva ser ponderado, ao contrário, porque não podemos correr o risco de trivializar o que entendemos por “doença”, seja para limitá-la aos problemas biológicos ou funcionais (naturalismo), seja para defini-la por meio das demandas sociais (normativismo). Que não hajam definições essencialistas de doença e saúde não é motivo para trivializar a questão. Do contrário, a doença poderá servir até mesmo de meio artificial para fins econômicos ou outros objetivos sociais que o indivíduo livre aceita para si mesmo.

Tendemos a concordar com o conceito naturalista de saúde definido por Azevedo (2014), assim como parte da teoria de Boorse merece ser melhor considerada. Contudo, ainda que a definição “a saúde

é a ausência de doença” seja mais problemática, a sentença contrária, “a doença é ausência de saúde” nos parece significativa ao menos em um ponto: a doença recebe definição negativa para demarcar limites para nossas ações possíveis sobre a saúde. Pois, ao alargamos o conceito de saúde para um sentido clínico-epidemiológico e não mais meramente clínico, ganhamos em precisão teórica e diagnóstica para o sentido de doença-especial; porém, pela mesma razão corremos o risco de flexibilizar demais os limites que o conceito de doença deveria demarcar. Certamente, a sentença “a doença é ausência de saúde” não pode ser tomada em sentido geral, pois é plausível admitir que, se João é portador de Aterosclerose coronariana e, entretanto, tratou com sucesso sua condição sem que possamos chegar a dizer que João está curado, então ele permanece portador desta patologia, o que pode significar que o paciente é clínico-epidemiologicamente saudável, embora não tenha saúde (AZEVEDO, 2014, p.3). porém, esta mesma sentença, que “a doença é ausência de saúde”, tem sentido negativo para estipular um limite normativo sobre os julgamentos possíveis sobre João, o que a concepção de saúde em sentido clínico-epidemiológico não rejeita. Assim, podemos dizer que, tenha o termo “doença” um sentido descritivo, prescritivo ou misto, isto é o que menos importa em ética médica, mas sim como vamos usar as descrições disponíveis sobre doenças para usos prescritivos segundo fins práticos. Se é verdade que “doença” recebe geralmente definição negativa, representando dificuldades analíticas, também é o caso de reconhecer que isto ocorre porque se pretende impedir a trivialização do termo. Então, a doença é um conceito prescrito? Talvez, não nos decidimos. Mas podemos dizer sem dúvida que doenças podem ser usadas como meios e fins prescritos. A conhecida crítica ao DSM, que seria praticamente impossível não classificar alguém nesta nomenclatura, levanta a dúvida se medicalizamos a doença ou sistematicamente a própria pessoa. Assim, a diferença entre tratamentos de melhoramento e tratamentos cirúrgicos estéticos é que os primeiros pressupõem diagnóstico e o segundo apenas fins pessoais. Por isso, é possível ponderar beneficência e autonomia. Ao que parece, a antiga máxima “antes de tudo não causar dano” agora se desdobra em duas partes, “não causar danos com os meios (tecnologia) disponíveis” e “não causar danos (doenças) como fins buscados”. Com isso, fica provado o equívoco de Pellegrino e Engelhardt: em certos casos, é a não-maleficência que deve ser priorizada. Por não ser trivial os usos dos termos “doença” e “saúde”, nos dedicamos a demonstrar que tais conceitos somente poderiam ser compreendidos como relações no interior da heurística e o julgamento médico. Como últimas palavras, apresentaremos um esboço analítico

desse prejuízo hedonista presente na trivialização do problema, causado pelo erro inferencial antes descrito.

Muitos aceitam que o conceito de saúde é ambíguo, mas a trivialização moderna está na crença “a saúde é aquilo que fazemos dela”, através de algum dos seus usos práticos, seja social, físico, pedagógico, médico, esportivo, cognitivo, estético, etc. Do mesmo modo, doenças reconhecidas, com maiores ou menores controvérsias, podem ser banalizadas pelos próprios portadores através de seus diálogos em mídias sociais (PAVELKO; MYRICK, 2015); inversamente, a Classificação Internacional de Doenças parece contribuir para a trivialização do diagnóstico ao incluir muitos não-diagnósticos, como sintomas e sinais; ou simplesmente o diagnóstico é banalizado ou subestimado devido a “urgência” da alta (KUSHNER; GRECO; SAHA; GAITONDE, 2010). Isso pode ser expresso através de um erro categorial particular: a pretensão de passar dos conceitos de prazer e dor, para os conceitos de bom e ruim e, em seguida, de saúde e doença, mais ou menos como fizeram empiristas clássicos (LOCKE, 2012, p372). Há aqui uma confusão entre três conjuntos de categorias. Estas três confusões formam parte em um mesmo equívoco moral que precisa ser exposto. A relação prazer-dor poderia ser moralizada nos termos bem-mal e transformada em princípio de beneficência e princípio de não-maleficência, desde que se aceitasse o princípio hedonista de Bentham, que somos rejeitados unicamente por dois mestres, o prazer e a dor. Mas, ainda que esse pressuposto empirista fosse correto, não possuiria o mesmo grau de evidência para saúde-doença. Isto se deve ao fato de “normalidade” admitir dois sentidos: (i) consenso e (ii) utilidade estatística. Ambos os sentidos são teleológicos nas ciências da saúde, ainda que o primeiro não seja necessariamente teleológico na ética.

Vimos que é evidente que a etiologia das doenças não pode se guiar pelas sensações de dor, dado que as causas empíricas e psicogênicas do sofrimento são complexas por si mesmas e nem toda doença é acompanhada de dor presente ou determinável. Porém, os valores da doença permanecem sendo conectados ao sofrimento no que diz respeito à justificação da cura e do tratamento. Neste sentido moral, em primeiro lugar, a tese empirista parece ser suficiente para definir doença e saúde, isto é, em termos de *sintomas*. A idéia simples e intuitivamente oriunda da experiência sensorial é que “doença” e “saúde” são derivadas de dor e prazer. A semântica de “*dolentia*” e “*salvus*” já indica isto, mostrando o quão antigo é esse preconceito linguístico, provável registro que a linguagem natural oferece acerca de teorias e mitos antigos. Apenas aqui a etimologia presta um serviço à filosofia.

Em sentido hedonista-empirista, bem e mal corresponderiam à prazer e dor de tal forma que bom e ruim são feitos depender das experiências sensíveis de dor e prazer como fins da ação. Porém, quando tratamos como comuns os termos “bem” e “prazer” ou “mau” e “dor”, e depois os aplicamos, como se fossem predicados, aos termos “saúde” e “doença”, cometemos um erro de inferência desde um erro categorial. Se dissermos que “honrar os pais é bom”, isto significa que os fazemos felizes ao cumprir nossas obrigações de respeito. Mas quando dizemos “a saúde é boa”, “estar saudável é bom”, não queremos dizer que estamos buscando a saúde nem poderíamos dizer diretamente que a busca da saúde é o mesmo que melhoramento. Primeiro, porque podemos dizer que “a saúde melhora” tanto no sentido de “melhorar de uma doença”, quanto de “melhoramento” (aperfeiçoamento, artificial ou não). Segundo, porque ninguém busca a saúde senão para usá-la e usufruí-la, como se fosse um valor de uso e direito privado ou natural. Aqui, a saúde é um valor que apenas pode ser usado em sentido pragmático, esse um dos resultados do liberalismo. A saúde é tanto um bem quanto um mal, permite o uso de vícios e virtudes, mas o mesmo só se pode dizer da doença com maiores ressalvas. Portanto, bem e mal ou prazer e dor são experiências contrárias, mas saúde e doença não são dois extremos antinômicos ou dialéticos. Não é possível fazer aqui a mesma correlação.

O que estamos tentando demonstrar pode ser expresso em uma questão: qual o sentido dos predicados morais que aplicamos à doença e saúde, como sofrimento e bem-estar? Supomos que esta pergunta equivale, ao menos parcialmente, a esta outra: qual a origem dos nossos preconceitos morais acerca dos conceitos de saúde e doença? Como vimos, a origem latina do termo doença, *dolentia*, exprime dor ou aflição. *Disease* e *illnes*, no inglês medieval, significavam a negação (*dis*) de sentir-se bem (*ease*) e a experiência de crueldade e dor (*ille*). É certo que “doente” vem do Latim *Dolentia*, que deriva de *Dolens*, “dor”, o que tem sido registrado desde o século XIII na língua portuguesa, assim como a herança materialista antiga nos ensinou que a saúde é o sumo-bem, prazer maximizado e duradouro. Supõe-se que o termo inglês *disease*, já registrado desde Shakespeare (1564-1616), James Madison (1751-1836) ou Joseph Lincoln (1913) em sentido próximo à disfunção, desconforto, angústia, etc. tenha derivado do francês, por sua vez também derivado do latim (GODEFROY, 1881, p.533), o que é mais explícito em *Maladie*, do latim *male habitus*, por sua vez de *malus*, “mal”. Mas apesar deste tipo de etimologia agradar empiristas e hedonistas (que relacionam “doença” e “dor”), permanece um mero preconceito. Com a associação moderna entre hedonismo e empirismo somos induzidos a crer que em todos estes

casos a ocorrência de “mal” e “dor” se mantém comum. As noções de mal, dor e mal-estar se agruparam. Contudo, “mal” está sendo entendido não apenas como dor, mas também como pesar, inquietação, fraqueza, dano e nem sempre em sentido moral. O “pesar” é também negativo, *ausência* de tranquilidade (*disease*), perda da natureza (*disforia*), falta de força (*enfermedad*). Porém, não é o mesmo “sentir dor” e “não sentir prazer”. A doença (*dolentia*), neste caso, parece ser o único conceito positivo que exprime a *presença* objetiva da dor e, por isso, sendo adotada como termo geral. Este é o prejuízo hedonista.

O termo “mal-estar” parece inofensivo, mas deixa ambíguo a ocorrência do termo “mal”, tornando-se habitual entendê-lo como sofrimento. Segue-se um preconceito linguístico em três classes: o primeiro grupo de termos é comumente associado aos efeitos indesejados dos males de causa pessoal (inquietação, pesar, indisposição, desassossego); o segundo é associado às doenças internas em sentido causal e às punições divinas (doença, enfermidade, chagas, moléstia); e o terceiro caso refere-se aos males externos ou de causa física (lesão, trauma, fratura, ferimento). Os termos do terceiro caso sempre foram explicitamente associados às causas naturais; o segundo parcialmente identificado com causas não-humanas dirigidas ao homem (causas morais, dívidas, epidemiológicas); e o primeiro caso foi identificado com aspectos estritamente humanos. Portanto, parece que do primeiro ao terceiro grupo o grau de moralização presente nos termos vai aumentando. Mas se é assim, por que teríamos parado de utilizar certos termos, como é o caso de “disforia”? Se “doença” fosse uma noção empírica tão evidentemente conectada ao estado-de-dor, porque teria sido mais associada às causas humanas e tornada um gênero dos demais casos? Ao que parece, o preconceito histórico se deve a uma dupla inferência: (1) Dor → doença (*dolus*: dolo); (2) Saúde (integridade, *sallus*) → felicidade. Entenda-se: a dor é sinal essencial da doença e saúde é condição de felicidade. Aparentemente, podemos reduzir estas duas à relação bem e mal: (1) por um lado, doença e saúde reduzem-se a (1.1) dor e prazer (1.2) ou força e fraqueza (*Infirmus*, enfermo, de *Firmus*, firme); (2) por outro lado, referem-se a um sentido (2.1) humano (doença, enfermidade), (2.2) extra-humano (moléstia, chagas, pragas) ou (2.3) físico (lesão, ferimento). Então supõem-se que, assim como os sons e as cores são idéias simples de um sentido e que somente podem ser conhecidas pelo portador dos órgãos destes sentidos (John Locke), do mesmo modo as idéias simples de prazer e dor nascem da experiência sensível do indivíduo e as noções de bem e mal são idéias daí derivadas, então a saúde é um bem derivado da sensação de bem-estar ou felicidade

e a doença é um mal igualmente intuitivo e derivado dos males do sofrimento. O erro categorial está em tratar como comuns termos que não são de mesma ordem:

A	dor → mal.	prazer → bem.
B	dor → doença.	prazer → saúde.
C	saúde → bem.	doença → mal.

Esse mito empirista-hedonista nos leva a ignorar que a relação A (bem e mal são abstrações empíricas das sensações de dor e prazer) não corresponde inteiramente à relação B (pois nem toda doença implica dor e nem toda dor é chamada de doença, o mesmo valendo para a saúde) e, principalmente, que a suposta correspondência entre A e B está inteiramente ausente C (a saúde não é necessariamente um bem moral ou material, pois podemos ter prazer em usufruir viciosamente a saúde, o que é um atributo da liberdade e da autonomia, assim como a doença não exclui necessariamente o “bom” em sentido moral, e nem todo sofrimento é sintoma de doença). A doença só é necessariamente um mal e a saúde um bem quando se os definiu de modo normativo. A prova está no fato de fazermos dos recursos da medicina os meios tanto para a normalidade quanto para o melhoramento. Mas é preciso ponderar e especificar, e não apenas priorizar princípio ou casos passados, pois nem a doença nem a melhora *devem ser* trivializados.

BIBLIOGRAFIA

- AGYEPONG, I. A. Malaria ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control. *Social Sciences and Medicine*, v. 35, 1992.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA Filho, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Introdução à Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- ANDRADE, Luís Gouveia. Inteligência Artificial e Medicina: Haverá Lugar para o Factor Humano? *Rev Port Farmacoter*, 10:53-55, 2017.
- ANKENY, R.A. Reduction Reconceptualized: Cystic Fibrosis as a Paradigm Case for Molecular Medicine. L.S. Parker and R.A. Ankeny (eds.), *Mutating Concepts and Evolving disciplines: genetics, medicine and society*, Dordrecht: Kluwer, 127-141, 2002.
- ARRAS, John D. A Method in Search of a Purpose: The Internal Morality of Medicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 26, No. 6, pp. 643-66, 2001.
- _____. The Way We Reason Now: Reflective Equilibrium in Bioethics,” in B. Steinbock, ed. *Oxford Handbook of Bioethics*, New York: Oxford University Press, 2007.
- _____. The Hedgehog and the Borg: Common Morality in Bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30: 11-30, 2009.
- ARISTOTELES. *Ethica Nicomachea*. Edición de I. Bywater. Oxford: Oxford University Press, 1894.
- ARISTOTELES. *Rhetorica*. Edición de W. D. Ross. Oxford: Oxford University Press, 1949.
- ARONOWITZ, R.A. *Making Sense of Illness: Science, Society and Disease*, Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL (AMM). *Manual de ética médica*. 2nd ed. France; 2009.
- AZEVEDO, M. A. *Bioética fundamental*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.
- _____. *O papel da filosofia junto à bioética*. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/6655020/Marco-Azevedo-IPA>, acesso em 20/12/2018.
- _____. Por que a Bioética não é parte da Filosofia. *Ciência em Movimento*, Ano X, nº 19, 2008.
- _____. Health as a clinic-epidemiological concept. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21, 3, 2014.
- AZEVEDO, Jacyntho. Issue procedure ontology (ipo): uma ontologia para sintomas, problemas e soluções. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v.21, n.4, p.3-28 out./dez. 2016 – <http://www.scielo.br/pdf/pci/v21n4/1413-9936-pci-21-04-00003.pdf>.

- BAILLY, A. *Dictionnaire grec-français*. 16. cd. Paris. Lib. Hachette, 1950.
- BARRADAS, R. et al. (Orgs.) *Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.
- BEAUCHAMP, T. L. Internal and external standards for medical morality. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. Med Philos, 26(6):601-19, 2001.
- _____. Ethical theory and epidemiology. *Kennedy Institute of Ethics*, Georgetown University, Washington, DC 20057, U.S.A. Volume 44, Supplement 1, 1991
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- _____. *Principles of biomedical ethics*. 6a Ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- BEAUCHAMP T.L. Comparative Studies: Japan and America. In: Hoshino K. (eds) Japanese and Western Bioethics. *Philosophy and Medicine*, vol 54, 1997.
- SPRINGER, D.; BELTHUR, M.V; LINTON, J.L; BARNES, D.A. The spectrum of preaxial polydactyly of the foot. *J Pediatr Orthop*, 2011.
- BEAUCHAMP, Tom; ROSENBERG, Alexander. *Hume and the problem of causation*. Oxford University Press, 1981.
- BEAUCHAMP, T.L. & SAGHAI, Y. The Historical Foundations of the Research-Practice Distinction in Bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics* 33(1):45-56, 2012.
- BEAUCHAMP, T. L.; COUGHLIN; STEVEN S. Ethics, Scientific Validity, and the Design of Epidemiologic Studies. *Epidemiology*, vol. 3, no. 4, 1992.
- BEAUCHAMP, Tom L; FADEN, Ruth R; KASS, Nancy. Learning Health Care Systems and Justice. *The Hastings Center Report*. Volume 41, Number 4, 2011
- BEECHER, H.K. Ethics and clinical research. *N Engl J Med* 274: 1354–1360, 1966.
- BÉGAUD, Bernard. Comparaison de quatre méthodes d'imputabilité des effets indésirables des médicaments. *Thepapie*, 36, p.65-7, 1981.
- BERBOSA, P. *Dicionário de terminologia médica portuguesa*. Rio de Janeiro, Liv. Garnier, 1993.
- BERNARD, C. *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*, New York: Dover, 1865 [1957].
- Blackburn, Simon. *O Dicionário Oxford de Filosofia*. Imprensa da Universidade de Oxford, 1994.
- BOORSE, C. *Objetivos da Medicina*. Em: GIROUX, É. (eds) *Naturalismo na Filosofia da Saúde. História, Filosofia e Teoria das Ciências da Vida*. Springer, Cham, 2016.
- _____. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5:49-68, 1975.

- _____. What a theory of mental health should be. *Journal of Theory Social Behaviour* 6:61-84, 1976a.
- _____. Wright on functions. *Philosophical Review* 85:70-86, 1976b.
- _____. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44:542-573, 1977.
- _____. *Concepts of health*. In VanDeVeer D & Regan T (eds.). *Health care ethics: an introduction*. Temple University Press, Filadélfia, 1987.
- _____. *A rebuttal on health*. In Humber J & Almeder R (eds.). *What is disease?* Human Press, Nova Jersey, 1997.
- _____. On The Distinction Between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs*, 5: 49–68, 1975.
- _____. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44: 542–573, 1977.
- _____. A Rebuttal on Health. *J.M. Humber and R.F. Almeder* (eds.), *What is Disease?* Totowa, NJ: Humana Press, 3–143, 1997.
- _____. *Concepts of health*. In: VanDeVeer, D.; Regan, T. (Org.). *Health care ethics: an introduction*. Filadelfia: Temple University Press, 1987.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Farmacovigilância. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Vigilância Sanitária. Guias de Farmacovigilância para Detentores de Registro de Medicamentos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Farmacovigilância, Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 156 (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BRASIL. *Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BRASIL. *Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. *Constituição Federal da República*. Brasília: Governo Federal, 1988.
- BRITO, A. Falácia Naturalista e Naturalismo Moral: do “é” ao “deve” mediante o “quero”
in *Kriterion* vol. 51 nº 121. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- BRODY, Howard; MILLER, P.; FRANKLIN, G.A Professional integrity and physician-assisted death. *Hastings Center Report* 25(3):8-17, 1995.
- BRODY, H; MILLER, F.G. The internal morality of medicine: explication and application to managed care. *J Med Philos*, 1998.
- BROWN, W. N. On defining "disease". *Journal of Medical Philosophy*, n. 10, p. 311-328, 1985.
- CARNAP, R. *Logical foundations of probability*. Chicago, 1950.

CARDOSO, P. D.; SOARES, E.S.; OLIVEIRA, M. Sistema de Notificações de Doenças Baseado em Ontologia e Geolocalização. Word Press, 2013. Disponível em:

<https://amaurooliveira.files.wordpress.com/2013/06/pablo_evandro_maur_o_connepi_2014.pdf>

CARTWRIGHT, S. (1851) Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race”, reprinted in A.L. Caplan, J.J. McCartney, and D.A. Sisti (eds.), *Health, Disease, and Illness*, Washington, DC: Georgetown University Press, 28–39, 2004.

CAPLAN, A.L. Does the Philosophy of Medicine Exist? *Theoretical Medicine*, 13: 67–77, 1992.

CAREL, H. Can I Be Ill and Happy? *Philosophia*, 35: 95–110, 2007.

_____. *Illness: The Cry of the Flesh*. Dublin: Acumen, 2008.

_____. *Patient voices: Illness and epistemic injustice*. Transforming Patient Experience Annual Conference 2012. King's Fund, London, 2012.

CAPONI, G. La distinción entre Biología Funcional y Biología Evolutiva como clave para la discusión del reduccionismo em ciências de la vida. *Caderno de História da Filosofia e Ciência*, v.14, n.1, p.59-118, 2004.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV (2): 287-307, jul-out., 1997.

_____. *A saúde como abertura ao risco*. In: CZERESNIA, D.& FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CALLAHAN, J. (Ed) *Ethical Issues in Professional Life*. Nova Iorque, Oxford, Univ. Press, 1988.

CALLAHAN, D. Shanttuck Lecture. Contemporary Biomedical Ethics. *New England Journal of Medicine*, v.302, n.22, 1228-1233, 1980.

CAMPANER, R., *Philosophy of Medicine: Causality, Evidence and Explanation*, Bologna: Archetipo Libri, 2012.

CAMPBELL, E. J. M.; SCADDING, J. G.; ROBERTS, R. S. The concept of disease. *British Medical Journal*, 2, 757-762, 1979.

CANGUILHEM, G. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, G. (Org.). *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. *O Normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

_____. *La santé: concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse: Sables. 1990.

_____. *La connaissance de la vie*. 2. ed. revue et augmentee. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 1985.

- _____. 1991, *The Normal and the Pathological*, trans. C.R. Fawcett, New York: Zone Books.
- CAPONI, G. La distinción entre Biología Funcional y Biología Evolutiva como clave para la discusión del reduccionismo em ciencias de la vida. *Caderno de História da Filosofia e Ciência*, v.14, n. 1, p. 59-118, 2004.
- CASSELL, E.J. *The healer's art*. The MIT Press, Cambridge, MA, 1984.
- _____. The refusal to sterilize Elizabeth Stanley is not paternalism. In: Basson MD, Alan R, eds. *Rights and Responsibilities in Modern Medicine*. New York, NY: Liss Inc; 1981
- CARTWRIGHT, N. *Nature's Capacities and Their Measurement*, Oxford: Clarendon, 1989.
- _____. Are RCTs the Gold Standard? *Bio Societies*, 2: 11–20, 2007.
- _____. A Philosopher's View of the Long Road from RCTs to Effectiveness. *The Lancet*, 377: 1400–1401, 2011.
- CASSEL E. *La persona como sujeto de la medicina*. Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas; 2009.
- CELSUS, Aurelius Cornelius. *De Medicina*. Alix, Paris, G. Masson, 1976
- CICERO, M.T. *Tusculanae Disputationes*. With a english translation by E.J. King. Loeb. Harvard University Press: Classical Library, 1971.
- CHILDRESS. *Métodos e Recursos Religiosos em Bioética*. In Teorias Éticas, Princípios e Casuística em Bioética: Uma Interpretação e Defesa do Principlismo. Oxford University Press, 1994.
- CHILDRESS, James F; SIEGLER, Mark (1984). Metaphors and models of doctor-patient relationships: Their implications for autonomy. *Theoretical medicine and Bioethics* 5 (1):17-30.
- CHURCHLAND, Patricia. *Braintrust*. Princeton: Princeton University Press, 2008.
- CLOUSER, K.D. Common morality as an alternative to principlism. *Kennedy Inst Ethics J*.:5(3):219-36, 1995.
- CLOUSER, K. D.; CULVE, C. M.; GERT, B. Malady: A New Treatment of Disease. *The Hastings Center Report*, 11(3): 29–37, 1981.
- COUTO, M. *Clínica médica*. 3 ed. Rio de Janeiro, Flores & Mano Ed., 1959.
- COOPER, R. Disease. *Studies in the History and Philosophy of Biology & the Biomedical Sciences*, 33: 263–282, 2002.
- CLOUSER D, GERT B. A critique of principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 15:219-236, 1990.
- CORIN, E. E UCHÔA, E.; BIBEAU, G.; HARNOIS, G. *Les attitudes dans le champ de la santé mentale: repères théoriques et méthodologiques pour une étude ethnographique et comparative*. Rapport Technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur, OMS, 1989.

- CORIN, E.; BIBEAU, G.; MARTIN, J. C.; LAPLANTE, R. *Comprendre pour soigner autrement*. Repères pour régionaliser les services de santé mentale. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- CULVER C.M; CLOUSER, K.D; GERT, B. *Bioethics: a return to fundamentals*. New York: Oxford University Press; 1997.
- CULVER, C. M.; GERT, B. *Philosophy in Medicine*, New York: Oxford University Press, 1982.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. *Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault*. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Org.). *O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CZEIZEL; BROOSER. A postaxial polydact yly and progressive m yopia s yn drome of aut ossollal dOllli nant origino Clin. Gener. 30: 406—108, 1986.
- DANIELS, Norman. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- _____. Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics. In *Morality, Reason, and Truth*, D. Copp and D. Zimmerman, (eds.), Totowa, NJ: Rowman & Allanheld, 1979.
- DALL'AGNOL, D. *Valor intrínseco: Metaética, ética normativa e ética prática em G.E. Moore*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014
- _____. Equilíbrio Reflexivo na Bioética. *Dissertatio*, v. 34, p. 135-159, 2011.
- _____. *Filosofia e bioética no debate público brasileiro*. Ideias, v. 3, n. 1, p. 96-121, jan./jul. 2012. em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649365/15920>>. Acesso em: 10.04.2018
- _____. Poderia Hare ter sido um Kantiano? *Studia Kantiana*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 105-127, 2003.
- DANGOUMAU, Jacques. Diagnosticset attitudes en 'harmacovigilance. De l'imputabilité à l'imputabilité terminale. *Thérapie*, 36, p.219-222, 1981.
- DESCARTES, R. *Traité de l'homme*. In: Oeuvres. V. XI. Publiées par Charles Adam et Paul Tannery. Paris: Vrin, 1973.
- DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. *O que é bioética*. Brasiliense, São Paulo, 2002.
- DRAPER, David. Bayesian Decision Theory in Biostatistics: The Utility of Utility. *Bayesian Biostatistics Conference MD Anderson Cancer Center*, Houston TX 28 Jan 2009
- DWORKIN R. *Life's Dominion*. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom. New York: Vintage Books, 1994.
- EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, n.1, p. 9-23, 1977.

- El-SAPPAGH, Shaker; FRANDA, Francesco; ALI, Farman; KWAK, Kyung. SNOMED, C.T. Standard ontology based on the ontology for general medical science. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18:76, 2018.
- ENGSTER, Daniel. Care Ethics and Natural Law theory: toward an institutional political Theory of Caring. *Journal of politics*, n.66, p.113, 2004.
- ERESHEFSKY, M. Defining 'Health' and 'Disease'. *Studies in the History and Philosophy of Biology and Biomedical Sciences*, 40: 221–227, 2009.
- EVANS, Alfred. Clinical Syndromes in Adults Caused by Respiratory Infection. *Medical clinics of North America*, 51 (3), p.803-818, 1967.
- _____. Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 49, 1976, p.175-195
- ENGELHARDT, H.T. The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. *Bulletin of the History of Medicine*, 48: 234–48, 1974.
- _____. The Concepts of Health and Disease. In H.T. Engelhardt Jr. and S.F. Spicker (eds), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, Dordrecht: Reidel, 125-141, 1975.
- _____. Clinical Complaints and the EnsMorbi. *Journal of Medicine and Philosophy*, 11: 207–214, 1986.
- _____. *Ideology and etiology*. *Journal of Medical Philosophy*, n.1, 1976.
- _____. *Clinical problems and the concept of disease*. In: Nordenfelt, L.; Lindahl, B. I. B. *Health, disease and causal explanations in Medicine*. Dordrecht: Reidelp. 29-40, 1984.
- _____. *The Foundations of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- _____. *Fundamentos da bioética*. 2. ed. São Paulo: Editora Loyola, 1998.
- ENGELHARDT, H.T.; WILDES, K.W. *The four principles of health care ethics and post-modernity: why a libertarian interpretation is unavoidable*. In: Gillon R, editor. *Principles of health care ethics*. London: Wiley; 1994.
- EPICTETO. *Disertaciones*. Tradução de Paloma Ortiz García. Madrid: Editorial Gredos, 1993.
- FAGOT-LARGEAULT, Anne. *Filosofia e Medicina*. São Paulo: Editora Fap-Enifesp, 2013.
- FABREGA, H. The Scientific Usefulness of the Idea of Illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 22: 545–558, 1979.
- FARIAS, K. M.; F. Pinho. *Ontologias como Ferramenta de Organização e Representação do Conhecimento: um olhar sobre os laudos médico-legai*. Informações em Pauta: v. 1, n. 2 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/informacaoempauta/article/view/5431>>.
- FEINSTEIN, Alvan R. *Clinical Biostatistics*. St. Louis: Mosby, 1977.
- _____. *Clinical judgment*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1967.

- _____. *Clinical Judgement*. Kreiger, Huntington, NY 1974.
- _____. An Additional Basic Science for Clinical Medicine, I-IV. *Annals of International Medicine*, 99, p.393-397, 544-550, 1983.
- FINCHAM, S. *Community health promotion programs*. Social Sciences and Medicine, 35, 1992.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. *Poder-corpo*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, New York: Pantheon, 1963 [1973].
- _____. Crise da medicina ou crise da antimedicina? *Verve – Revista do Núcleo de Sociabilidade Libertária da PUC-SP*, São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010.
- _____. *Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FULFORD, K. W. *Praxis makes perfect: illness as a bridge between biological concepts of disease and social conceptions of health*. *Theoretical medicine*, 14, 305-20, 1994.
- GADAMER, H.G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- _____. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Suhrkamp, Frankfurt, 1993.
- GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.
- GARRAFA, V.; AZAMBUJA, L. E. O. Epistemologia de la bioética: enfoque latino-americano. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 334- 359, 2007.
- GEERTZ, C. *The Interpretation of cultures*. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1973.
- GERT, B.; CULVER, C.; CLOUSER, D. *Principlism*. In: GERT, B. *Bioethics: a return to fundamentals*. New York; Oxford: Oxford Press, 1997.
- GERT, Bernard; CULVER, Charles M.; CLOUSER, Danner. *Bioethics: a return to fundamentals*. New York: Oxford University Press, 1997
- GERT, B.; CLOUSER, K.D., C.M. CULVER. Malady: A New Treatment of Disease. *Hastings Center Report*, 11(3): 29–37, 1981.
- GIROUX, E. *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 2012.
- GOLDMAN, A. *The moral Foundation of Professional Ethics*. Totowa (NJ), Rowman & Littlefield, 1980.
- GOODMAN, Nelson. *Fact, Fiction, and Forecast*, Cambridge: Harvard University Press, 1955.
- GODEFROY, Frédéric. *Dictionnaire de l'ancienne langue française et de tous ses dialectes du IX^e au XV^e siècle*, 1881.

- GOOD, Byron. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Nova York: Cambridge University Press, 1994.
- GOOD, B.; DELVECCHIO GOOD, M. J. *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*. In: Eisenberg, L.; Kleinman, A. *The relevance of social science for medicine*. D. Reidal Publishing Company, London, 1980.
- GOOD, B; KLEINMAN, A. *Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.
- William K. Goosens. Values, Health, and Medicine. *Philosophy of Science* 47, no. 1: 100-115, 1980
- GREEN, E. C. *Sexually trasmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa*. *Social Sciences and Medicine*, v. 35, 1992.
- GREEN, J. A. *Prescribing by Numbers*, Baltimore: Johns Hopkins, 2007.
- GROSS, R. *Zur klinischen dimension der medizin*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1976.
- HACKING, Ian. *The Emergence of Probability*. Cambridge, Cambridge University Press, 1975
- HARE, R. M. Health. *Journal of medical ethics*, v. 12, p.174-181, 1986.
- _____. *Ética: Problemas e Propostas*. São Paulo: Unesp, 2003.
- _____. *Essays on Bioethics*, Oxford: Clarendon Press, 1993.
- _____. *Essays in Ethical Theory*. Oxford: Clarendon Press, 1989.
- HARRIS, J., 2007. *Enhancing Evolution*, Princeton: Princeton University Press.
- HEGENBERG, Leonidas. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- HEMPEL, Carl. *Aspects of Scientific Explanation*. In *Aspects of Scientific Explanation and Other Essays in the Philosophy of Science*. The Free Press, 331-496, 1965.
- HESSLOW, G. Do We Need A Concept of Disease? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 14: 1-14, 1993.
- _____. What Is A Genetic Disease? On the Relative Importance of Causes. In L. Nordenfelt and B.I.B. Lindahl (eds.), *Health, Disease and Causal Explananation in Medicine*, Doredrecht: Reidel, 183-193, 1984.
- HELLMANN, Fernando; VERDI, Marta. Contribuições da Genealogia de Michel Foucault à Bioética: aspectos metodológicos para o estudo de dispositivos do biopoder. *Cadernos de pesquisa interdisciplinas em ciências humanas*. v. 15, n. 107, 2014.
- HILL, Austin. The Environment and Disease: Association or causation? *Proceedings of the Eoyal Spciety of Medicine*, 58, p.295-300, 1965.
- HIPOCRATES. *Euvres completes d'Hippocrate*. Paris, J. -B. Baillière, 1840.

HIELSCHER, S.; SOMMERFIELD, J. *Concepts of illness and the utilization of health care services in a rural Malien Village. Social Sciences and Medicine*, v. 21, 1985.

HUSSERL, Edmund, *Ideias: Introdução Geral à Fenomenologia Pura*. W.R. Boyce Gibson (trad.), Nova York: Collier Books, 1962.

HUME, David. *A Treatise on Human Nature: Being an Attempt to Introduce the Experimental Method of Reasoning into Moral Subjects*. Leeds Electronic Text Centre, 1739. Disponível em <www.davidhume.org>, acessado em 11/02/2018.

HURKA, Thomas. Moore's Moral Philosophy in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Summer 2010 edition, Edward N. Zalta (ed.). Stanford: Stanford University Press, 2010.

HUEBNER, Robert. The Virologist's Dilema. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol.67, abr 1957, p.430-438

JAHN F. *Bioethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze*. Kosmos, 1927. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/bioet27.htm>.

JENNINGS B. Autonomy. In: Steinbock, B, editor. *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York: Oxford University Press, p. 72-88, 2007.

JONSEN, A.R. *The new medicine and the old ethics*. Harvard University Press, Cambridge MA, 1990.

_____. Casuistry and clinical etgics. *Theoretical medicine*, v7, n.1, fev., 1986, 65-74

_____. Casuistry. *Encyclopedia of Bioethics*. V.1, Nova Iorque, 1995, 344-350.

JONSEN, A.R, TOULMIN SE. *The abuse of casuistry: a history of moral reasoning*. Bekerley: University of California Press; 1988.

JONSEN, A, SIEGLER M, WINSLADE W. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7ª ed. New York: McGraw Hill; 2010.

JONSEN, A. R.; SIRGLER, M.; WINSLADE, W. J. *Ética clinica*. São Paulo: AMGH Editora, 2012.

JONSEN, A.; SIEGLER, M.; WINSDALE, W. *Clinical Ethics*. In: Practical Approach to Ethical Decision in Clinical Medicine. New York: MacMillan Publishing Co.; 1986.

JACOB, Joseph M. *Doctors and Rules: A Sociology of Professional Values*, London: Routledge, 1988.

JONES, W. H. S. (trans) *Hippocrates. The oath*. In: *Loeb Classical Library, vol I*. Harvard University Press, London, pp 299–301, 1995.

_____. (trans) *Hippocrates. On ancient medicine XI, XII*. In: *Loeb Classical Library, vol II*. Harvard University Press, London, pp 31–35, 1995b.

- _____. *Fundamentação Metafísica dos Costumes*. Tradução Paulo Quintela. Coimbra: Almedina, 1960.
- _____. Der einzig mögliche Beweisgrund zu einer Demonstration des Daseins Gottes. In: Kants gesammelte Schriften, hrsg. von der Deutschen Akademie der Wissenschaften, Bd. II. Berlin und Leipzig: de Gruyter. *Fundamento*V. 1, N. 1 – SET-DEZ, 2010
- JOHNSON, Richard; GIBBS, Clarence. Koch' Postulades and Slow infections of the nervous system. *Archives of Neurology*, 30 (I), 1974, p.36-38
- JUNGUES, José Roque. *Bioética: hermenêutica e casuística*. Edições Loyola: São Paula, 2006.
- KANT, Immanuel. *Crítica da faculdade do juízo*. Trad. Valério Rohden e Antonio Marques. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1995.
- _____. *Fundamentação Metafísica dos Costumes*. Tradução Paulo Quintela. Coimbra: Almedina, 1960.
- _____. Primeira Introdução à Crítica da faculdade do juízo. Trad. Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Iluminuras, 1995a.
- KARCH, F. E. & LASAGNA, L. Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 21:247-254, 1977.
- _____. Adverse Drug Reactions. A Critical Review. *JAMA*, 234, p.1236-1241, 1975.
- KARCH, Sidney. Adverse Drug Reactions: A Matter of Opinion. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 19, p.489-492, 1979.
- KATZ, J. *The silent world of doctor and patient*. New York: Free Press, 1984.
- KASS, L. Ethical Dilemmas in the Care of the Ill: What Is the Patient's Good? *Journal of the American Medical Association*, vol.244, n.17, 1980.
- _____. Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health. *Public Interest*, 40: 11-42, 1975.
- KENNY, A. *Aristotle on the perfect life*. Oxford: Clarendon Press, 1995
- KINGMA, E. Paracetamol, Poison and Polio: Why Boorse's Account of Function Fails to Distinguish Health and Disease. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 61: 241–264, 2010.
- KITCHER, P. *The Lives To Come: The Genetic Revolution and Human Possibilities*, New York: Simon & Schuster, 1997.
- _____. Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health. *Public Interest*, 40: 11–42, 1975.
- KLEINMAN, A. *Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness*. *British Journal of Psychiatry*, v. 151, 1987.
- _____. *Patients and healers in the context of cultures: An exploration of borderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.

- _____. *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, New York: Free Press, 1988.
- KLEINMAN, A.; GOOD, B. *Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.
- KRAEPELIN, E. *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians*, 6th ed. Repr. Canton, MA; Science History Publications, 1990.
- KRAMER, M. S. Na Algorithm for the Operatioonal Assessment of Adverse Drug Reactions. *JAMA*, 242, p.623-638, 1979.
- KRAUT, R. *Aristotle on Human Good*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1989.
- KOCH, Robert. Die Aetiologie der Tuberkulose. *Mittielungen aus den Kaiserlichen Gesundheitsamte*, 2, p.1-88, 1884.
- KUSHNER, I; GRECO, P.J.; SAHA, P.K; GAITONDE, S. Trivialization of Diagnosis. *J. Hosp. Med*;2;116-119. doi:10.1002, 2010.
- LADLEY, R.S.; LUSTED, L.S. Reasoning foundations of medical diagnosis. *Science*: 139:9-21, 1959.
- LADD J. *The internal morality of medicine: an essential dimension of the physician-patient relationship*. In: SHELP, E. (Ed.) *The clinical encounter: the moral fabric of the physician-patient relationship*. Dordrecht: D. Riedel, 1983.
- LAURELL, A. C. *Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos*. In BARATA, RB., et al., orgs. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.260 *Epidemiológica series*, nº1, 1997.
- LAURENTI, Ruy. *Pesquisas na área de classificação de doenças*. Saúde e Sociedade.vol.3 no.2 São Paulo, 1994
- LAGIER, G.; VINCENS, M; CASTOT, A. Imputabilité em fármaco vigilance. *Principles de la méthode appréciative pondérée et principales erreurs à éviter. Thérapie*, 38, 303-318, 1983.
- LANGHE, M. The End of Diseases. *Philosophical Topics*, 35: 265–292, 2007.
- LEFÈVE, F. &LEFÈVE, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- LENK, H; MOSER, S. *Techne, Technik, Technologie*. Philosophische Perspektiven. Pullach, Munich, 1973.
- LENIHAN, J. Descartes versus Hippocrates – a conflict resolved? *Br J Radiol*, 57: 861–865, 1984.
- LOCKE. *Ensaio sobre o entendimento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- LOLLAR, D. J. *Public Health and Disability: Emerging Opportunities*. Public Health Reports. 2002.
- _____. *Causa y efecto en biologia*. In: MARTÍNEZ, S.; BARAHONA, A. *História y explicación em biologia*. México: Fondo de Cultura Econômica, 1998b.

- MARGOLIS, J. The concept of disease. *Journal of Medicine and Philosophy*, 1, 1976.
- _____. Illness and Medical Values. In *The Philosophy Forum*, 1959.
- MARIN, B. *Transforming Disability Welfare Policy. Completing a Paradigm Shift*. In “European Disability Pension Policies. Eleven Country Trends 1970-2002” Prinz, C. (ed.) Vienna: Ashgate; 2003.
- MACKLIN, R. Mental Health and Mental Illness: Some Problems of Definition and Concept Formation. *Philosophy of Science*, 39: 341–365, 1972.
- MAYR, E. *O desenvolvimento do pensamento biológico*. Brasília: Universidade de Brasília, 1998a.
- MILL, J. S. *O Utilitarismo*. Editora Iluminuras: São Paulo, 2000.
- _____. *The la liberte*. Paris, Gallimard, 1990.
- _____. *Autobiographie*. Paris, Aubier, 1993.
- MILLER, B.L. Autonomy. Encyclopdia of Bioethics. In Morais I. M. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10 (Supl.2): 5331-5336, 2010.
- MURPHY, E.A. *The Logic of Medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1978.
- _____. A scientific viewpoint on normalcy. *Perspectives in Biology and Medicine*, 9, 333-48, 1966.
- MURPHY, E. A.; ABBEY, H. The normal range: a common misuse. *Journal of Chronical Diseases*, 20, 79-88, 1967.
- MURPHY, D.; STICH, Stephen. Darwin in the Madhouse: Evolutionary Psychology and the Classifi.cation of Mental Disorders, In Peter Carruthers and Andrew Chamberlain (eds), *Evolution and the Human Mind: Modularity, Language, and Meta-Cognition*, Cambridge University Press, p. 62-92, 2000.
- NARANJO, Claudio. A Method ofr Estimating the Probability of Adverse Drug Reactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 30, p.239-245, 1981.
- NELSON, Hilde Lindemann. *Meaning and Medicine: A Reader in the Philosophy of Health Care*. Routledge, New York, 1999
- NIETZSCHE, F. Genealogia da Moral. Tradução Paulo César Souza. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- NIETZSCHE. *Assim falou Zaratustra*. III, *O Regresso*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- NICHTER, M. *Anthropology and International Health: south asian case studies*. Dordrecht: Kluwer Publications, 1989.
- NORDENFELT, L. *Introduction*. In: NORDENFELT, L. (Ed.). Concepts and measurement of quality of life in health care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1994. p. 1-15.
- _____. *On the nature of health: an action-theoretic approach*. Reidel: Dordrecht, The Netherlands, 1995.

- _____. On disability and illness: a reply to Edwards. *Theor. med. bioethics*, v. 20, n. 2, p. 181-189, 1999.
- _____. *Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare*. Dordrecht: Kluwer, 2000.
- _____. *Health, science and ordinary language*. New York: Editions Rodopi, 2001.
- _____. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF. *Disabil Rehabil.*, v. 15, n. 28, p. 1461-5, 2006.
- NOZICK, Robert. *Anarquia, Estado e Utopia*. Trad. Fernando Santos. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- OLIVEIRA, A. M.; ROQUE, L. N.; SOUZA, H. L.; FERNANDES, M. O. *Uma Ontologia para o Domínio e Estudo das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. ODST. disponível em: http://facol.com/si/downloads/Revista_SI_2010/Artigo07.pdf.
- ORTUNO, V; PRINTSEVSKY, I; SIRCOVA, A. *Time Perspective predictive power in alcohol consumption behaviors*. Presented at: 17th European Congress of Psychology: 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *International Classification of Diseases*. Geneve: WHO, 1978.
- _____. *Manual of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10ed. Geneve: WHO, 1992.
- PANNUTI, Claudio Sergio. Soro-Epidemiologia do virus de Epstein-Barr. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 15:93-100, 1981
- PAVELKO, Rachele L.; MYRICK, Jessica Gall. That's so OCD: The Effects of Disease Trivialization via Social Media on User Perceptions and Impression Formation. *Computers in Human Behavior* 49: 251–258, 2015.
- PAIM, Paulo. *Estatuto da Pessoa com Deficiência*. Lei Brasileira de Inclusão, 2016.
- PARFIT, D. *What makes someone's life go best*. In *Reasons and Persons*, 493–503. Oxford: Clarendon Press, 1984.
- PARSONS, T. *The social system*. New York: Free Press, 1951.
- Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: a 30-year retrospective. *Jama*, 269(9):1158-62, 1993.
- PAPINEAU, D. Mental Disorder, Illness and Biological Dysfunction. In A. Phillips Griffiths (ed.), *Philosophy, Psychology and Psychiatry: Royal Institute of Philosophy Supplement*, 37: 73–82, 1994.
- PELLEGRINO, E. & THOMASMA, D. *The Christian virtues in medical practice*. Washington: Georgetown University Press; 1996.
- _____. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press, Oxford, 1993
- _____. *A philosophical basis of medical practice*. Oxford University Press, New York and Oxford, 1981.

- _____. *For the patient's good*. New York/Oxford University Press, 1988.
- _____. *Para o Bem do paciente*. Trad. Daiane Martins. Loyola: São Paulo, 2018.
- PELLEGRINO, E.D. *Humanism and the Physician*, Knoxville: University of Tennessee Press, 1979a.
- _____. Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. *J Med Philos* 4: 32–56, 1979b.
- _____. The anatomy of clinical judgements: some notes on right reason and right action. In: Engelhardt HT, Spicker SF, Towers B (eds) *Clinical judgement: a critical appraisal*. D. Reidel, Dordrecht, p.169-194, 1979c.
- _____. Medicine, science, art: an old controversy revisited. *Man Med* 4: 43–52, 1979d.
- _____. *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2008.
- _____. A The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26:559-79, 2001.
- PÉRE, Jean-Charles. Mhétodes d'étude des effets indésirables des médicaments. *J Thérapie*, 39, p.279-289, 1981.
- PERRY, John. *Reference and Reflexivity*, 2nd Edition. Stanford, CA: CSLI Publications, 2012.
- PINTO, P. A. *Dicionário de termos médicos*. 8 ed. Rio de Janeiro: Ed. Científica, 1962.
- RAWLS, J. *Conferências sobre história da filosofia política*. Martins Fontes: São Paulo, 2012.
- RAWLS, John. *Uma teoria de justiça*. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 2000.
- _____. *A Theory of Justice*, Cambridge: Harvard University Press, 1971.
- _____. *História da Filosofia Moral*. Martins Fontes: São Paulo, 2005
- REICH, W. T (org). *Encyclopedia of Bioethics*. Vol I. Mac Milan, New York, 1978.
- REICH, W. T (org). *Encyclopedia of Bioethics*. Mac Milan, New York, 1995a.
- REICH, W. T. *The Word "Bioethics"*. The Struggle Over its Earliest Meaning. Kennedy Institute of Ethics Journal: 1995b.
- REIL, Johann Christian. *Pepinieren zum Unterrichtsärztlicher Routiniere als Bedürfnisse des Staats nach seiner Lage wie sie ist*. Halle: Curt, 1804.
- REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

- REDLICH, F. C. Editorial reflections on the concepts of health and disease. *Journal of Medicine and Philosophy*, v.1, 1976.
- REZNEK, L. *The Nature of Disease*, New York: Routledge. 1987.
- RIBBERT, H. *Heredity. Disease and Human Evolution*. New York: Critic & Guide Co, 1918.
- RICHMAN, K. *Ethics and The Metaphysics of Medicine*, Cambridge, MA; MIT Press, 2004
- RIVERS, Thomas M. *Viruses and Koch's Postulates*. *J Bacteriol*, Jan; 33(1): 1–12, 1937.
- _____. *Dilemas*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1993.
- ROAD, C. The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, jul: 33(9): 629-808, 2013.
- ROBSON, John. *Collected Works of John Stuart Mill*, Vol. 10. Toronto: Toronto University Press, 1969.
- ROSS, W. D. *The right and the good*. Oxford: Clarendon Press, 1930
- _____. *Foundations of Ethics*, Oxford: Oxford University Press, 1939.
- _____. *Kant's Ethical Theory*, Oxford: Oxford University Press, 1954.
- _____. *Aristotle*. London/New York: Routledge, 1995
- ROTHSCHUH, K. E. Was ist Krankheit? *Hippokrates*, 43, 1972.
- _____. E. Krankheitsvorstellung, Krankheitsbegriff und Krankheitskonzept. *Metamedicine*, 1, 1977.
- ROOCHNIK, D. *Of art and wisdom: Plato's understanding of téchnê*. Pennsylvania State University Press, University Park, PA, 1996.
- ROYALL, B. W. La pharmacovigilance internationale. *Rôle de l'Organisation mondiale de la santé. Médecine et hygiène*, 31. p.873-880, 1973.
- RULE, G. *The concept of Mind*. Londres: Penguin Books, 2000.
- RYLE, G. Categories. In *Collected Papers, Volume II: Collected Essays*, New York: Barnes and Noble, 1971.
- _____. *The Concept of Mind*. Londres: Penguin Books, 2000.
- _____. *Dilemas*. Trad. Álvaro Cabral. Martins Fontes: São Paulo, 1993.
- SADEGH-ZADEH. *Grundlagen probleme einer Theorie der Klenischen Praxis* (1977)
- _____. Normative Systems and Medical Metaetics. *Metamedicine*, vol.2, n.1, 75-119, 1981.
- _____. *Machine over mind*. *Artif Intell Med*. 1989.
- SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.C.; GRAY, J.A.M.; HAYNES, R.B.; RICHARDSON, W.S. Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*, 312: 71–72, 1996.

- SARTRE, Jean-Paul. Existentialism is a Humanism. Trans, Philip Mairet, in Walter Kaufmann (ed.). New York: Meridian, 1957/1946.
- SCHEPER-HUGUES, N.; LOCK, M. The mindful body. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 1, 1987.
- SCHWARTZ, P. Decision and Discovery in Defining “Disease”. In H. Kincaid and J. McKittrick (eds.), *Establishing Medical Reality*, Amsterdam: Springer, 47–63, 2007.
- SCHAFFNER, K.F. *Discovery and Explanation in Biology and Medicine*, Chicago: University of Chicago Press, 1993.
- SCHOR, S.; KARTEN, L. Statistical evaluation of medical manuscripts. *JAMA*, Mar 28;195(13):1123-8, 1979
- SELLARS W. *Empiricism and the philosophy of mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997
- SEEDGEWICK, P. *Psycho Politics*. New York: Harper and Row, 1982.
- SHAFFER, D. A participant’s observations: preparing DSM-IV. *Can J. Psychiatry*, vol. 41, august, 1996
- SHORTER, E. *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: Simon & Schuster, 2008.
- SHORTLIFFE, Edward; BUCHANAN, Bruce. A Model of Inexact Reasoning in Medicine. *Mathematical Biosciences*. 23. 351-3, 1975.
- SIDGWICK, Henry. *The Methods of Ethics*. London: Macmillan, 1874.
- SILVA, FilipeS. *Uma Ontologia para as Doenças Tropicais Negligenciáveis*. NTDO. disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/10780>
- SIMONS, Peter. *Meaning and Language*. In Barry Smith e David W. Smith (eds.), *The Cambridge Companion para Husserl*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- SIEG, Ludwig. Elementos para uma Ética Ambiental. *Revista Portuguesa de Filosofia*. Fasc. 3, 2009.
- SPICKER, S. F. (org) *The law-medicine relation: a philosophy exploration*. Reidel, Dordrecht, 1981.
- SNOW, J. On Continuous Molecular Changes, More Particularly in their Relation to Epidemic Diseases. In W. H. Frost (ed.), *Snow on Cholera*, New York: Hafner, 1965, 147–175, 1965.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J. Medical and Mental Disorder: Proposed Definition and Criteria. In R. L. Spitzer and D. F. Klein (eds.), *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*, New York: Raven Press, 15–39, 1978.
- STANLEY, D.E.; CAMPOS, D.G. The Logic of Medical Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 56: 300–315, 2013.
- STEINBOCK, B. *The Oxford Handbook of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- _____. The hedgehog and the Borg: Common morality in bioethics. Arras, J.D. *Theor Med Bioeth*, 30: 11. 2009.

- _____. Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v16, n.1, fev. 1991, 29-51.
- SKYRMS, Brian. *Aspects of scientific explanation*. Nova York: Free Press, 1965.
- SOARES, J.L. *Dicionário etimológico e circunstanciado de biologia*. São Paulo: Ed. Scipione, 1993.
- SOBER, E. Evolution, Population Thinking, and Essentialism. *Philosophy of Science*, 47: 350–383, 1980.
- SZASZ, T. *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row, 1961.
- _____. *The Second Sin*. New York: Doubleday, 1973.
- _____. *Insanity*. New York: Wiley, 1987.
- TAYLOR, P. (org.). Knowledge attitudes and practices in relation to schistosomiasis in a rural community. *Social Sciences and Medicine*, v. 24, 1987.
- TOULMIN, S. The tyranny of principles. *Hastings Senter Report*, v.11, n.1, mar. 1982.
- _____. (1958). *The uses of argument*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- THOMSON, J.A.K. (trans) *Aristotle. Nicomachean ethics*. Penguin Books, London, 1106a15–7, 1976.
- THOMASMA, David. A philosophy of a clinically based medical ethics. *Journal of medical ethics*, University of Tennessee: 6, p.90-96, 1980.
- BELMONT REPORT (1979). *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. In: Post SG, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 3th ed. New York: Macmillan; 2004.
- BELMONT REPORT. *Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington: HEW Publications (OS) 78-0012, 1978
- TROUT, K. S. To determine etiology or causation. *How to Read Clinical Journals*: iv. Canadian Medical Association Journal, 124, p.985-990, 1982
- TVERSKY, A.; KAHNEMAN, D. Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review*, 90(4), 293-315, 1983.
- UNGER, J. P. Can intensive campaigns dynamize front line health services? The evaluation os an immunization campaign in thiès health district. *Social Sciences and Medicine*, Sénégal, v. 32, 1991.
- VEACHT, Robert. *The basics of Bioethics*. Prentice-Hall, 1999.
- _____. *Hippocratic, religious, and secular medical ethics: the points of conflict*. Washington: Georgetown University Press; 2012.
- _____. How Philosophy of Medicine Has Changed Medical Ethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 31:6, 585-600, 2006
- VEATCH, R.M, HADDAD, A. *Case studies in pharmacy ethics*. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2008.

- VEATCH, Robert M.; MILLER, Franklin G. The Internal Morality of Medicine: An Introduction. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26:6, 555-557, 2001.
- WALTERS, L. *The Center for Bioethics at the Kennedy Institute*. Georgetown Medical Bulletin, 1984.
- WAKEFIELD, J. C. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychology*, v.47, p. 373-388, 1992.
- WEIZSAECKER, V. *Le cycle de la structure*. Tradução do alemão para o francês de Michel Foucault e Daniel Rocher. Paris: Desclée de Brouwer, 1958.
- WHITBECK, C. Four basic concepts of medical science. In: ASQUITH, P. D.; HACKING (Eds.). *Philosophy of Science Association*. MI: East Lansing, 1978.
- _____. A Theory of Health. In A.L. Caplan and H.T. Engelhardt, Jr. (eds.), *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*. Reading, MA: Addison-Wesley, 611-626, 1981.
- WHO [World Health Organization]. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York, 19 June-22 July, 1946, 1948.
- WIDDERSHOVEN-HEERDING. Medicine as a form of practical understanding. *Theor Med* 8: 179-85, 1987.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY. Resolution 30.53. *World Health Assembly*, May, 1977.
- WOOD, A. *Kantian Ethics*. New York: Oxford University Press, 2008.
- WOLFF, E. *Les bases de la tératogenese expérimentale des vertébrés amniotes d'après les résultats des méthodes directes*. Tese de Ciências: Estraburgo, 1936.
- WORRALL, J.; WORRALL, J. Defining Disease: Much Ado about Nothing. In A. Tymieniecka and E. Agazzi (eds.), *Life Interpretation and the Sense of Illness Within the Human Condition*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001, p. 33-55.
- WULF, H. R.; PEDERSEN, S. A.; ROSEMBERG, R. *Philosophy of medicine: an introduction*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986.
- WULFF, Henrik. *Rational diagnosis and treatment*. 2ª ed. Blackwell Scientific: Londres, 1981.
- YERUSHALMY, J. Y PALMER, C. E. On the methodology of investigations of etiologic factors in chronic diseases. *Journal of Chronic Diseases*, n.º 10, p.27-40, 1959.