

Discussão de Artigos

Georges Canguilhem. O Estatuto Epistemológico da Medicina. *in* Estudos de História e Filosofia da Ciência. 1a edição – 2012. Tradução de Abner Chiquieri. Forense Universitária. Rio de Janeiro – RJ.

Tentaremos mostrar ao longo dessa discussão que a pergunta de Canguilhem sobre o estatuto epistemológico da Medicina é mal posta. Segundo o próprio Safatle, a “experiência intelectual de Canguilhem se coloca em um ponto privilegiado no interior do qual duas grandes tradições do pensamento francês se encontram, a saber, a epistemologia histórica de Koyré e Bachelard, e a fenomenologia”¹. Tendo isso em mente, a afirmação de que estatuto epistemológico da medicina é a exploração de um território marcado pela palavra *episteme* que permite um julgamento de identificação e de valor no interior de uma encruzilhada entre civilização e cultura, soa como declaração do método. Logo nos primeiro parágrafos.

Seus verdadeiros interesses, entretanto, só se vão mostrar bem mais adiante, ao falar sobre o sistema imunológico com suas características idiotípicas que permitiriam a identificação de uma individualidade orgânica, evidenciando obscuras relações entre a biologia com a medicina. Mas, ele quer afastar-se disso, afastar-se de evocações históricas e perguntar, de fato, à luz da ciência *hardcore*, se a medicina é uma **ciência aplicada** ou uma **soma evolutiva das ciências aplicadas**.

A denominação *ciência aplicada* carrega consigo o estigma de um secundarismo, de um desdobramento de algo que lhe é primário. Nesse sentido é brilhante a frase de Canguilhem “o útil é julgado como subordinado do verdadeiro”. Descreve-se algo em alguma área da ciência natural que, posteriormente, será aplicado na medicina. Já a expressão *soma evolutiva das ciências aplicadas* merece uma explicação. Para Canguilhem, não há nessa expressão qualquer depreciação e cita o exemplo da física matemática que seria um tipo de matemática aplicada. A ênfase na expressão “ciência aplicada” deve ser colocada em “ciência” de modo a silenciar aqueles que “veem nas aplicações do saber uma perda de dignidade teórica, e aos que acreditam

¹ SAFATLE, V. 2011. ‘O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem’, *scientiae studia*, 9 (Sao Paulo), p. 14.

poder defender a especificidade da medicina chamando-a de arte de tratar”. E então, arremata “a medicina é a ciência dos limites dos poderes que as outras ciências pretendem conferir-lhe”, o que também é bem interessante. Mas, ele mesmo questiona sua posição interrogando por que a medicina precisaria de um lugar na cidade científica se ela está virtualmente “condenada” ao dever assistencial aos seres humanos em sofrimento? Para que pretender ser reconhecida como ciência? Logo depois, entretanto, parece esquecer dessas perguntas e partir para explicações os termos “soma” e “evolutiva”. É tocante o esforço de Canguilhem para, digamos, “elevar” o estatuto epistemológico da medicina a um nível, por assim dizer, mais nobre.

O artigo termina abrindo espaço para discussões que vão além da epistemologia da medicina e aqui, devidamente autorizados, poderemos enfim, iniciar a nossa. Em primeiro lugar, para mim e também para um grupo de pensadores de uma certa tradição médica que incluem, entre outros, Edmund Pellegrino e David Thomasma², Hans-Georg Gadamer³ e Fredrik Svenaeus⁴, a medicina é definida em seu núcleo duro como o **encontro clínico**, situação no interior da qual não se definem condições de possibilidade para aplicação de uma crítica epistemológica devido a suas particularidades. Tentativas de racionalizar tal encontro como, por exemplo, o *trial n-1* ou a quantificação de sensações subjetivas, como apontado por Ruth Cronje⁵, geram tensão nos dois lados da mesa do consultório, mas principalmente do lado que não tem a ciência como aliada⁶. O encontro clínico só pode ser abordado “cientificamente” quando esquartejado em suas formas constituintes (ônticas) de

² Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. 1981.

³ Hans-Georg Gadamer. *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. 1996 Jason Gaiger (Translator).

⁴ SVENAEUS, F. *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Linköping Studies in Arts and Science, Department of Health and Society, 2001.

⁵ Cronje, Ruth, and Amanda Fullan. 2003. ‘Evidence-based medicine: toward a new definition of rational medicine’, *Health*, 7 (SAGE Publications): 353–69.

⁶ “Indeed, Foucault has claimed that the application of systems of measurement upon humans has worked to constitute the person as a ‘describable, analyzable object’ (Foucault, *Discipline and punish: The birth of the prison*, 2nd edn. Trans. A. Sheridan. New York: Vintage Books.), creating a machinery of power/knowledge that ultimately subjugates the individual”. in Cronje, 2003.

maneira que a psicologia, os estudos linguísticos, a ciência médica mesma e a própria antropologia possam avaliar cada qual, seu objeto de estudo. O encontro clínico como relação intersubjetiva só pode ser analisado de forma integral por meio de filosofia ou da psicanálise, esta última, mesmo assim, dentro de determinados limites determinados pela clínica. Nesse sentido é que não se pode dizer que seja possível aplicar critérios de avaliação epistemológicos à própria medicina, reservando tal procedimento apenas àquelas ciências que lhe são tributárias.

Em segundo lugar, Canguilhem confunde ciência aplicada com prática. Se nem toda aplicação da ciência é uma prática, nem toda prática consiste na aplicação de conhecimento científico. Mesmo se a aplicação da ciência entrasse em toda prática elas ainda assim não seriam idênticas.

“O status epistemológico insatisfatório da medicina reside na sua original e inevitável conexão com a prática” Hans-Georg Gadamer (The Enigma of Health)

Um médico é um humanista secular (o que não o impede de ter crenças individuais quaisquer), detentor de técnicas e saberes utilizados com o objetivo de aliviar o sofrimento humano. Este último, refere-se aqui “apenas” aos aspectos que envolvem os conceitos de saúde e doença. Para exercer sua profissão, o médico agindo como técnico e como agente ético é, essencialmente, um tomador de decisões, um **decididor**. São decisões as mais variadas, desde prescrever aspirina a fazer um transplante de fígado. Decisões de tratar, de não tratar, de investir toda a tecnologia médica possível para determinado paciente, ou de utilizar todo o conhecimento disponível com intuito de aliviar a dor e o sofrimento. Mas o médico toma suas decisões baseado em quê? Qual é (ou quais são) a(s) base(s) de sustentação de uma decisão médica?

Em uma primeira aproximação, podemos dizer que o médico decide por meio de seus saberes já que sua técnica direciona-o ao fazer, que, claro, depende de uma decisão prévia. Qual seria, então, a natureza dos saberes médicos? Basicamente, seriam duas as vertentes principais. A decisão médica levaria em consideração o

saber técnico-empírico e o juízo clínico global. Chamemos de saber técnico-empírico um conhecimento nomotético que busca leis e regras gerais, utiliza a lógica e também o senso-comum. É um conhecimento teórico, transmissível, que almeja a objetividade e a coletividade, pertencendo ao domínio do **público**, portanto. O juízo clínico global é um conhecimento idiográfico, individual e específico. Leva em consideração a intuição e a experiência pessoal. É eminentemente prático e muito difícil de transmitir. Pode ser considerado subjetivo e diz respeito muito mais à individualidade de seu objeto, sendo portanto, radicado no domínio do **privado**. Este movimento dialético tem raízes profundas no pensamento médico, oriundo da oposição clássica da medicina grega, entre o vitalismo da escola de Cos (cidade de Hipócrates) e o organicismo da escola de Cnide (ou Cnidos), de inspiração empirista-atomista, visando uma explicação mecânica das doenças^{7,8}. Gadamer divide ainda, o saber técnico-empírico utilizável em duas grandes categorias: o conhecimento sempre crescente da pesquisa científica natural, o que chamamos de Ciência; e um conhecimento empírico da prática que qualquer pessoa acumula durante a vida, não apenas na esfera profissional, mas também na vida pessoal. Vem da experiência que as pessoas têm do contato com outras pessoas, com o meio externo e em conhecer-se. Há uma vasta riqueza de conhecimento que flui a cada ser humano proveniente da cultura: poesia, arte, filosofia e outras ciências históricas. Esse conhecimento é dito inverificável e instável. É o que ele chama de conhecimento empírico geral. Paradoxalmente, é desse conhecimento que nos utilizamos para tomar decisões práticas.

Saber Médico	1. Juízo Clínico Global	
	2. Técnico-Empírico	2.1. Ciência
		2.2. Empírico Geral

A coisa funcionaria mais ou menos da seguinte maneira. Imagine um paciente com

⁷ Biggart JH (1971). Cnidos v. Cos. The Ulster medical journal, 41 (1), 1-9 PMID: 4948495

⁸ Há quem diga que essa dicotomia não se justifica e que faz muito mais parte de uma lenda antiga sobre a história da medicina do que da realidade das escolas. Para mais detalhes ver o livro de ANTOINE THIVEL, Cnide et Cos? Essai sur les doctrines médicales dans la Collection Hippocratique, Paris, Les Belles Lettres, 1981, 8vo, pp. 435.

uma doença com a qual um médico jamais se defrontou anteriormente, digamos, por exemplo, a gripe suína com insuficiência respiratória aguda grave na epidemia de 2009. Cada médico tem uma experiência prévia que carrega consigo além de tudo o que estudou e estuda. Essa experiência e o que ele estudou de ciência médica fazem parte do saber técnico-empírico. É tarefa do poder de julgamento do tal juízo clínico global reconhecer em dada situação a aplicabilidade de uma regra geral. O médico lembra de outras insuficiências respiratórias que teve e como tratou, dos possíveis erros cometidos, e tenta aplicá-las (ou não) ao caso específico. Até aqui tudo normal. O problema está exatamente quando o médico resolve fazer alguma coisa (intubar o paciente, dar corticosteroides, outras drogas, etc). A ciência médica não embasa seu procedimento, não há publicações suficientes sobre o assunto, cada médico diz uma coisa, o que fazer? Utilizei esse exemplo extremo mas, isso ocorre a todo momento, com qualquer médico de qualquer especialidade, porque as decisões práticas necessitam de uma ciência que seja completa e forneça certezas que as embasa. Mas, completa é exatamente o que a Ciência não é. A incompletude da ciência experimental decorre de sua pretensa universalidade pois sempre serão necessárias novas experiências para comprovar (ou refutar) teorias ou modelos explicativos segundo o esquema popperiano vigente. Prática significa não apenas fazer o que deve ser feito; também é uma escolha entre possibilidades. A prática tem, portanto, uma relação com um sujeito atuante. A prática que se baseia no conhecimento científico é obrigada a tratar o conhecimento a um só tempo, como completo e certo, pois necessita tomar decisões. É na tensão surgida do esforço da prática em interrogar a ciência em busca de respostas cotidianas que o médico procura seu eu atuante. Essa é a grande diferença da ciência médica pós-iluminista e da medicina exercida antes disso, que trabalhava com teorias prontas e acabadas e que podiam ser chamadas de **doutrinas**. Por isso, os médicos eram “bons” apesar da medicina ter maus resultados. Também parece ser essa a razão de, apesar da medicina ter alcançado êxitos técnicos incríveis, os médicos não gozarem atualmente do mesmo prestígio de outrora.

Tudo isso nos remete às relações entre Epistemologia e Ética que estão no âmago da medicina. A epistemologia procura justificar nosso conhecimento, certas crenças ou

nosso entendimento de certos fenômenos. A ética nos diz como conduzir-nos de maneira correta na busca, disseminação e uso do conhecimento, seja ele certo ou não. A ética nos ensina através da virtude intelectual, conforme Aristóteles, a encontrar a maneira correta de proceder frente a incerteza. Na Ciência, o conhecimento científico (2.1, no esquema acima) e o empírico (2.2) caminham juntos, um corrigindo o outro. É assim que funciona e sempre funcionou. Na Clínica, a decisão prática confronta os dois tipos de conhecimento porque nunca se sabe se a aplicação de uma regra geral a um caso específico vai dar certo ou não. Só dá pra saber isso *post hoc* e chamamos o resultado de “empírico” (tentativa-e-erro). Isso resulta em uma tensão irreduzível a qualquer processo de tomada de decisão que envolva conhecimento. Há entretanto, esferas de comportamento prático nas quais esta dificuldade não culmina em um conflito crítico. É o caso da experiência técnica, isto é, a tecnologia e suas aplicações. Neste sentido, quando o conhecimento científico é voltado ao **fazer** (*know-how vs knowledge*) que é a própria Tecnologia, ele minimiza a tensão da decisão prática pois o conflito existente entre uma escolha e outra passa a ser avaliado pela Ciência, passa a ser racionalizado. Nas palavras de Gadamer: “Quanto mais a esfera de aplicação se torna racionalizada, mais o exercício de julgamento associado à experiência prática no sentido próprio do termo, deixa de ocorrer”⁹.

⁹ Hans-Georg Gadamer. *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. 1996 Jason Gaiger (Translator). Chap 1. Theory, Technology, Praxis.