

Costa Oliveira, C. (2007). "A Medicina é uma ciência? – Uma interrogação filosófica".  
*Pessoas e Sintomas*, 3. Braga: Faculdade de Filosofia de Braga – Universidade Católica  
Portuguesa, pp. 26-32.

# A MEDICINA É UMA CIÊNCIA?

## Uma interrogação filosófica

Clara Costa Oliveira\*  
*claracol@iep.uminho.pt*

"A philosophy of medicine must somehow unite the concreteness of clinical experience with the critical method of philosophy. [...] However, philosophy of medicine should not be just a philosophical hotchpotch of those sciences and arts that medicine employs. [...] Philosophy of medicine is instead a philosophy of an identifiable human activity or practice- a unique form of healing relationship within which a cure may take place"  
(Puustinen in Evans, Louhiala e Puustinen, 2004: 23).



A qualquer cultura que nos reportemos, sempre teve a Medicina como finalidade o alívio, ou a eliminação, do sofrimento humano. O pai da Medicina na nossa civilização, Hipócrates, assim o considerou, como atestam os documentos consigo conotados; hoje, porém, não podemos deixar de sorrir cepticamente face a este objectivo e aos dados que temos ao nosso dispor sobre alguma investigação e alguma prática clínica médicas (Cassell, 1991; Watcher e Shojania, 2004). Assim, na recente obra *Internal Bleeding*, dois médicos norte-americanos conseguiram publicar o resultado de investigações detalhadas a partir do estudo de erros médicos durante quatro anos. Encontrando grandes dificuldades, conseguiram avançar no seu trabalho com o apoio de vários colegas e doentes que voluntariamente se lhes associaram. Com o apoio institucional e financeiro da Fundação *California Health Care*, a persistência e coragem de Watcher e Shojania foram recompensadas com a publicação desta obra e sobretudo com o esforço de melhoramento do “estado de guerra” hospitalar, empreendido pela *Society of Hospital Medicine*.

O resultado destas investigações constata que os EUA se encontram face a uma epidemia até agora não declarada, dado verificarem-se anualmente cerca de 100.000 (cem mil) cidadãos que são mortos por médicos e enfermeiros devido a erros que incluem a operação de doentes trocados, a inadequada prescrição de drogas e instrumentos cirúrgicos deixados no interior do corpo dos doentes, entre outras habilidades. Salientamos que este número se reporta a casos em que a investigação atribuiu de facto a morte dos doentes à acção directa dos profissionais de saúde e não à consequência da doença, ou mera indisposição, daquelas pessoas para sempre desaparecidas. Em Portugal, Fragata e Martins (2004) avançam com a possibilidade de o número anual deste tipo de vítimas ser de 1300.

Considerar que a maior parte destas situações se devem apenas, e sobretudo, a um horário laboral insano do ponto de vista da saúde pública, e também da saúde pessoal dos profissionais de saúde, é omitir questões mais profundas que se encontram na raiz da prática clínica, e para as quais todos os profissionais de saúde deveriam estar incorporadamente atentos cada vez que se encontram face a face com um ser humano que se pressupõe enfermo.

Trata-se de um encontro entre dois seres humanos, mas nem sempre ambos em processo de personalização (Mounier, 2004), pelo menos no que respeita aquele contexto e aquele momento. Como sabemos, muitas vezes os profissionais de saúde encontram-se apenas a executar uma função, como qualquer máquina programada o poderá fazer; alguns doentes (também apelidados, não por acaso, de “pacientes”) podem no entanto exigir o estatuto de ser humano a quem pretensamente os avalia e os diagnostica, como as doentes que se recusam a ser, por exemplo, continuamente observadas e remexidas genitalmente por estudantes de Medicina supervisionados por médicos; o facto de o resto do corpo das mulheres estar tapado fá-los

esquecer que o objecto de observação é um ser humano e não um órgão num espaço laboratorial.

“When the person is established as the logically central point of concern in medicine, then scientific information about disease and technology becomes subservient to that person’s own interests. Thus clinical theory needs to place the person (sick or well) at the centre of the doctor’s thoughts, without impairing the doctor’s ability to think or act scientifically” (Puustinen, in Evans et al., 2004:22).

No entanto, o posicionamento de mero leitor de exames laboratoriais e de escrivão de receituário é por vezes requerido pelos próprios pacientes, e cabe aos médicos reagirem a esta situação: “the individual [...] is essentially replaceable and what we respond to it is not the individual, but the role, until or unless the individual departs from the required script some surprising a disruptive way, so that we are forced to confront this particular individual” (MacIntyre, 1991:149).

Quando questionamos filosoficamente este pretensão saber da diminuição, ou cura, do sofrimento humano vinculado à Medicina, podemos abordá-lo de diversos ângulos, dado que o sofrimento humano implica uma vulnerabilidade que tem sido objecto de reflexão na tradição filosófica, sobretudo em termos éticos e ontológicos. Como lembra Alasdair MacIntyre (1999), o jogo de linguagem filosófico sobre o sofrimento humano afastou-o (com raras e minoritárias excepções) da vulnerabilidade e dependência biológicas com que muitas vezes ele se cruza.

A Medicina, por seu lado, centra hoje a sua explicação e compreensão do ser humano no desadequado funcionamento biológico (leia-se, bioquímico) face ao que o paradigma em vigor (Biologia molecular) nos afirma constituir o funcionamento óptimo de um membro da espécie *Homo Sapiens Sapiens*. A biotecnologia orienta a humanidade para o triunfo do *Homo Faber* sobre o *Homo Sapiens* do qual ele emergiu (Jonas, 1994:42; 54).

Esta foi a dificuldade maior com que nos deparamos para realizar este texto, e – dela estando conscientes – surge-nos a frustração de não possuímos uma argumentação sólida e conciliante que nos possibilite a ultrapassagem do drama de seres que se querendo (crendo) deuses se revelam continuamente como seres que, sendo os mais dotados “racionalmente” (e hoje temos uma ideia mais precisa do que Aristóteles acerca do que isto significa graças aos avanços nas áreas que *grossso modo* constituem as ciências cognitivas), são simultaneamente seres muitíssimo frágeis, vulneráveis aos perigos e às mágoas, físicas, mentais... “It had not been to philosophy that I owed my own first realization of the parts played in human life by vulnerability to physical and mental dangers and harms” (MacIntyre, 1999:xi).

O sofrimento atroz, inominável, surdo, opaco, laminar, perfurante desta imensa vulnerabilidade de se ser humano é o objecto científico desde sempre da Medicina (Cassell,

1991; Evans et al., 2004), ainda que muitos deambulem esquecidos, perdidos apenas nas manifestações viscerais e funcionais dessa exposição em chaga biontometafísica. A dor fisiológica insere-se nesse sofrimento grosso, quente e húmido como o sangue de animais decepados.

Entre o discurso argumentativo-discursivo-abstracto da Filosofia moral sobre o sofrimento (“[...] I took longer than I should have done to arrive at an understanding the importance of the absence of that realization from great part of moral philosophy” – MacIntyre, 1999, xi) e a quantificação, a média, a estatística, a microsificação das falhas biológicas, é onde nos encontramos quando nos começamos a interrogar sobre “que saber é o da Medicina?”

Estranho lugar este para se estar, bom para fugir, muito longe do céu e da terra de Shakespeare, mais perto talvez de as estrelas do céu e a interioridade do sujeito de Kant, no centro do grito de E. Munch e das imagens infernais de Dante. Seria talvez prudente abandonarmos este lugar (*Dasein*) tão prenho de dor, de algoritmos neuronais e bioquímicos, tão omissos todavia em esperança, compaixão, compreensão, conforto e silêncio. “E é aqui que eu fico encajado e que ficamos todos encajados. Pois o mesmíssimo movimento que nos põe na posse dos poderes que agora têm de ser regulados por normas – o movimento do conhecimento moderno chamado ciência – erodiu também, e por contrapartida necessária, os fundamentos a partir dos quais se poderiam derivar as normas; destruiu a própria ideia de norma enquanto tal” (Jonas, 1994:58).

Quem quer que tenha estudado Filosofia sabe explicar que razões e circunstâncias nos fizeram desencarnar o sofrimento humano, desde sempre tão presente naqueles que amam a sabedoria; mas como se chegou a esta despersonalização, detectável em tantos modos de exercer Medicina?

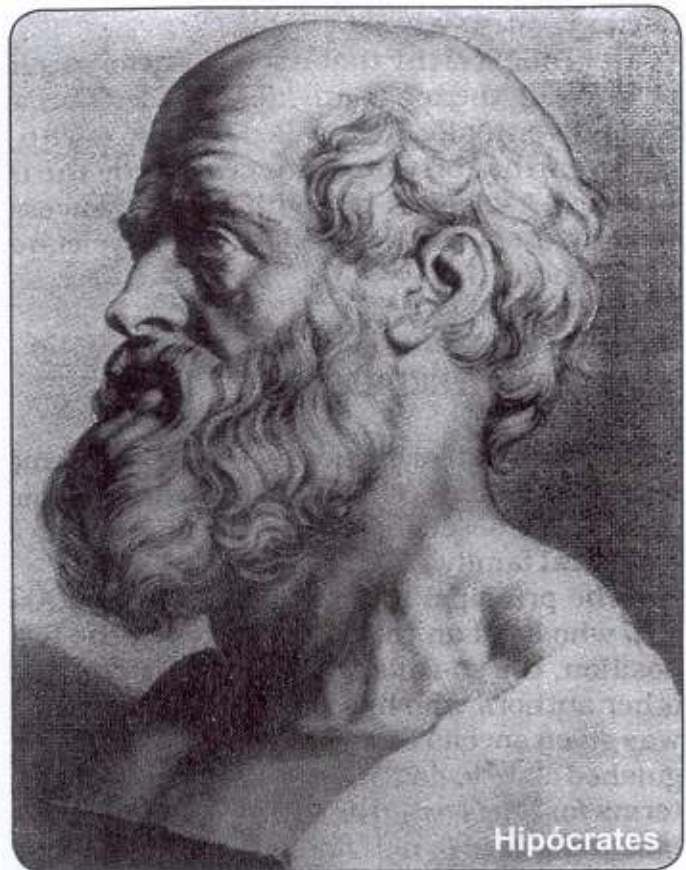
Não será possível um saber sobre o sofrimento que faça sentido para nós, todos doentes, porque raramente em equilíbrio biopsíquico e espiritual (‘definição de saúde’), um saber talvez humilde, incerto, periclitante, mas que nos dê a tranquilidade interior de nos sabermos compreendidos, de sentirmos a saúde (algum equilíbrio) da empatia com o nosso sofrimento que um médico nos poderá proporcionar mesmo que já nada possa ser feito bioquimicamente?

“I know of no medicines that I can give at this point to help you.

We sat in heavy silence.

Barbara shook her head. ‘No, Jerry,’ she said. ‘You do have something to give. You have the medicine of friendship’ (Groopman, 2005:135).

A História da Medicina só possui momentos paradisiacos deste tipo de saber que qualquer um de nós gostaria de lhe atribuir aquando da sua ligação às forças mágicas, metafísicas, espirituais ou divinas. O caminho de emancipação da arte de curar médica (*techné*) face a outros modos



de crença curativa tornou-a lentamente numa ciência aplicada. “[...] The healing art has now become a laboratory procedure” (Kang, in Evans et al., 2004:80).

Seguindo Caraça (2001), e também várias Histórias da Medicina, esta área do saber humano teve um percurso singular quanto ao seu estatuto científico. De facto, o paradigma galénico e a proibição de dissecação de cadáveres pelas religiões do Livro, cujas culturas foram o sal da terra europeia, foram afastando a Medicina – como saber universitário – da Medicina como arte de curar no quotidiano, com navalhas de barbeiro e facas de talhantes, e amuletos protectores (Vigarello, 2001).

As universidades constituíram-se num mundo que se queria de novo império romano, agora cristão. Era preciso formar os clérigos (os mestres-professores de então) para a re-evangelização que os séculos de islamismo exigia e para a ordenação social que as estruturais feudais necessitavam.

As universidades, surgidas nos séc.s XII e XIII, responderam à necessidade de formar profissionais para o serviço dos príncipes, tais como juristas, homens de leis e médicos (ou físicos, como eram designados nessa época) [...]. Foi a vantagem e utilidade de diferenciar a sua formação da preparação de eclesiásticos para o serviço da igreja católica que precipitou a criação das universidades. (Caraça, 2001:86).

Além da dimensão profissionalizante que as universidades possuíam, eram também o palco de debates públicos argumentativos entre os eclesiásticos filósofos; era o tempo áureo da Escolástica. A Medicina das universidades vivia imersa neste mundo de ensino retórico de uma profissão.

O tempo porém não parou; os contributos árabes no âmbito da Matemática colocaram esta área numa fama

de rigor que ainda hoje detêm; com os algoritmos, os parênteses e aritmética árabe foi mais fácil a criação do cálculo infinitesimal e outras novidades na Matemática; a invenção da imprensa constituiu a grande revolução comunicativa da época (provavelmente superior à da actual *internet*). No séc. XVII, Newton articula no seu livro *Principia Mathematica* a geometria euclidiana com a *Philosophia naturae* (a Física); a partir daí (e com o reforço, entre outros, de Kepler) o triunfo do mecanicismo como paradigma só começou a estremecer com a crise da Matemática do séc. XIX (apesar do imenso esforço de formalistas como Hilbert face às questões levantadas, entre outros, pelas geometrias não euclidianas e decisivamente por Godel), Einstein e seus colegas dos *quanta*.

No entanto, como bem nos explicou Kuhn, os paradigmas não mudam facilmente, e só são realmente triunfantes quando conseguem transformar a mentalidade cultural de uma época, não apenas a dos cientistas de uma área. Não nos devemos pois admirar que na explicação da circulação do sangue de Boyle, a causa primeira do mecanismo sanguíneo continuasse a ser de origem divina. Afinal de contas, a Biologia teve que esperar pelo assentar do pó que o turbilhão Darwin trouxe às teorias dos humores, criacionistas e às de geração espontânea, para poder ser considerada um saber científico, mesmo que recorrendo a algumas explicações mecanicistas para o funcionamento dos seres vivos.

“The basic constituents of the world around us, and knowledge of the basic structure of the human body, were developed into the theory of the four basic elements [fogo, terra, água e ar], the four humours [bilis amarela, bilis preta, fleuma e sangue] and the four qualities [quente, seco, húmido, frio]. This ‘model’ explaining the relationships between the world and human beings could also, and conveniently, be readily connected to the four seasons of the year and to the four constitutions (choleric, melancholic, phlegmatic and sanguine) of human beings” (Vuorinen, in Evans et al., 2004:117).

O Iluminismo teve um papel muito importante na história de solidificação do paradigma mecanicista que instaurou como *scientia* os conhecimentos que aliavam a experiência em condições ideais (técnica) com a demonstração matemática, as explicações subordinadas a causalidades de tipo formal (em linguagem aristotélica), etc. O Iluminismo permitiu ainda a liberdade religiosa (e não o seu aniquilamento, como muitos querem fazer crer), a liberdade civil, a responsabilidade comunitária, a possibilidade da ilegalização da escravatura, etc. Todos estes ideais criaram uma mentalidade de mudança, de reflexão livre (como a dos maçons) que propiciaram o investimento na ciência durante o séc. XIX, quer na Europa, quer nos EUA (em que sete dos doze signatários da *Declaração da Independência* eram maçons, alguns fundadores da igreja unitária, cristã não trinitária).

Um dos contributos mais positivos deste movimento para a história da humanidade prende-se com a criação

de ‘academias’, espaços alternativos às universidades, e caracterizados pela investigação mais laboratorial e criativa que o espaço especulativo, e por vezes diletante, em que as universidades se tinham tornado.

A conotação das universidades como espaço de investigação científica inovadora e criativa emergiu em torno das academias científicas, especialmente a partir da criação da Universidade de Berlim, em 1810; o interesse pela Medicina beneficiou então de uma curiosidade e de um empenho pouco reconhecidos até ao momento por quem ousava empreendê-los.

Assim, nos séculos do paradigma mecanicista instauraram-se e desenvolveram-se as quatro “ciências básicas”: a Matemática, a Física, a Química e a Biologia. O reconhecimento científico de muitas das outras áreas do saber humano apenas se verificou nos finais do séc. XIX, como o caso das ciências humanas (‘Humanidades’, no vocabulário da Medicina contemporânea) e as ciências aplicadas, com quatro grandes áreas: as ciências médicas (ou da saúde), as ciências da terra, as ciências da agricultura e, mais próximo de nós, as ciências da engenharia (Caraça, 2001:63).

A partir do séc. XIX, a Medicina começa a aliar definitivamente os instrumentos científicos aos conhecimentos da arte médica, quer teórica, quer empírica; esta articulação começa então a ser mediada pela Biologia e isto devido a uma revolução que se verifica desde Darwin: a compreensão do surgimento e desenvolvimento dos organismos se calhar não precisa absoluta, e somente, de explicações de tipo mecanicistas.

“It is a profound mistake to try to extend the ability of the natural sciences to make physical predictions into the realm of real historical context-bound behaviour and events. The predictive powers of the natural sciences are based precisely on the exclusion of human behaviour from their experiments” (Alanen, in Evans et al., 2004:44).

A formação de um médico até meados do século XX oscilava sobretudo entre a aprendizagem do surgimento e desenvolvimento dos embriões e dos seres humanos adultos. A dimensão técnica, como a microscópica, não possuía um papel predominante. As teorias evolucionistas, nomeadamente as de Darwin, não tinham ainda sido fundidas com o mendelismo, e o desenvolvimento embrionário, por exemplo, podia ainda ser explicado legitimamente por uma pluralidade de teorias, congeminções e hipóteses. A observação do doente era a base da profissão médica, e a prática clínica desde cedo proporcionava a percepção de que muito pouco se sabia de doenças e muito menos de cada um dos doentes com que os médicos se deparavam. A importância de observar, calar e escutar revelava-se logo no início da prática clínica.

“*Audi, vide, tace*. Listen carefully, look and be silent. These are the traditional prerequisites of good doctoring. However, studies have shown that nowadays many doctors listen to their patient for less than 20 seconds before

interrupting them – even though if the patient is given the chance to tell his or her story uninterrupted it will take only about 20 seconds more” (Louhiala, in Evans et al., 2004:146).

Os antibióticos surgiam como uma promessa, a vacinação como uma esperança; a noção da fragilidade humana estava usualmente presente no contacto médico-doente. “If we demanded absolute certainty before acting, then all healthcare would have to be stopped. For instance, it would be totally impossible to vaccinate newborn babies” (Alanen, in Evans et al., 2004:33).

A partir da fusão da Genética com o darwinismo via introdução da teoria da informação no mundo vivo (aquilo que constitui a base da Biologia molecular), este cenário generalizado alterou-se fortemente.

A evolução estonteante das técnicas ligadas à Medicina colocou esta área de saber num patamar de compreensão do sofrimento humano muito diferente. A possibilidade miraculosa de se ir descodificando o genoma humano abriu horizontes extraordinários à compreensão da disfuncionalidade orgânica; os modelos teóricos continuam, não surpreendentemente, alicerçados na relação causa-efeito do mecanicismo moderno (Oliveira, 2004) enquanto um rasto teleonómico (geralmente não reconhecido) percorre a Biologia molecular.

“Science deals comfortably with mechanisms, and I admit that there is an undeniably mechanical *aspect* to our structure and function. So is your thumb’s movement the movement of a mechanism? At the skeletal and muscular level, perhaps it seems like that. However, the problem of what *causes* the movement in the first place remains. [...] There seems to be no alternative to saying that it was the intention itself – an essential mental phenomenon” (Evans, in Evans et al., 2004:10).

O espanto encantatório que se encontra em tantos astrónomos quando observam as galáxias onde o infinitamente pequeno inorgânico coincide com o infinitamente pequeno dentro dos organismos terrestres raramente ocorre, no entanto, na Biologia e na Medicina; mais usualmente surge a arrogância de quem se julga deus, de quem possui a varinha de criação do mundo.

“Para ti [sua filha] não é fácil fazer seja o que for, porque tens apenas dez anos. Mas podias tentar o seguinte: da próxima vez que alguém te disser alguma coisa que pareça importante, pensa para contigo: ‘Será este o tipo de coisas que as pessoas provavelmente sabem porque têm provas? Ou é o tipo de coisas em que as pessoas só acreditam por causa da tradição, da autoridade ou da revelação?’ [...] ‘Que provas é que têm?’ E se essa pessoa não souber dar-te uma boa resposta, espero que penses muito cuidadosamente antes de acreditares numa palavra do que te disser” (Dawkins, in Brockman e Matson, 1995:30).

O mundo formativo actual da Medicina é reconhecidamente demasiado pró-activo, confiante nas capaci-

dades curativas que os médicos possuirão no exercício profissional. O encontro com o incurável e a morte são no entanto inevitáveis.

Alguns médicos fogem psicológica, e às vezes fisicamente, destas situações ao longo de toda a sua vida (Groopman, 2005), escolhendo especializarem-se em áreas que exigem pouco contacto com os doentes, como a Imagiologia; outros tentam aprender na prática clínica, com os colegas e os doentes, a lidar com esta situação.

“I had come to the workshop because of the difficulties I was having as a doctor – not knowing, because of my inadequate training, how to deal with patients as people. Like many physicians, I had built walls around myself as protection from the emotional pain that I was seeing. My training was about how to treat disease. And when you begin to realize you can’t cure every disease, you start to feel like a failure” (Siegel, 1993:xi).

As questões filosóficas rebentam no mundo médico sobretudo na prática clínica, quando o sofrimento e a vulnerabilidade humanas se tornam concretas, únicas, constantes, crescentes e inevitáveis. “A clinician often encounters this kind of situation. Patients look alike, but a given treatment helps only some of them – we just do not know whom or why” (Alanen, in Evans et al., 2004:35).

Surgem então questões perenes da Filosofia como as da intencionalidade da acção humana, da incerteza e da probabilidade do conhecimento, das crenças, da boa e da falsa esperança, da possibilidade de tradução de conhecimento, do princípio de caridade, dos dilemas éticos que irrompem quotidianamente no mundo da saúde e da doença.

“The philosophical question, which I think is deeply relevant to the medical question, is concerned with how we should ordinarily describe and analyse our actions, so that we have some basis for describing and analysing the predicament facing someone who is damaged or disabled, or -better still- for understanding those descriptions and analyses which the disabled themselves may be in much a better position to provide for us. [...] Do we act freely and intentionally? And are our actions the expressions of our free will? These slightly crazy-sounding questions are important for medicine well beyond the management of disability. [...] The whole of our experience of our embodied experience is that within certain limits we *are* free, and we *do* make intentional choices and act upon them” (Evans, in Evans et al., 2004:10).

Muitos médicos não suportam viver no mundo incontornável do sofrimento humano e agarram-se ao mundo científico que a formação micro legitimamente lhes proporciona; outros, porém, empreendem corajosamente a aprendizagem que uma prática clínica sensível, empática, humilde, além de rigorosa bioquimicamente, lhes pode proporcionar. Muitos dos seus pré-conceitos são desafiados, algumas das suas crenças científicas se-

rão abaladas pelas crenças dos seus doentes. Aprender a respeitar a diferença é algo que dificilmente aprendemos nos bancos de universidades que ocupamos com o estatuto de os melhores cérebros de um país.

“The practising physician can learn from each and every patient if they only keep their mind open, and this will enable them to manage their patients well. It also offers them the best recompense anyone can get a job done competently – a fulfilling sense of achievement when the patient gets well. If things go wrong and the patient does not improve or even dies, even then a physician can have a good conscience about having done their best for the patient” (Louhiala, in Evans et al., 2004:147).

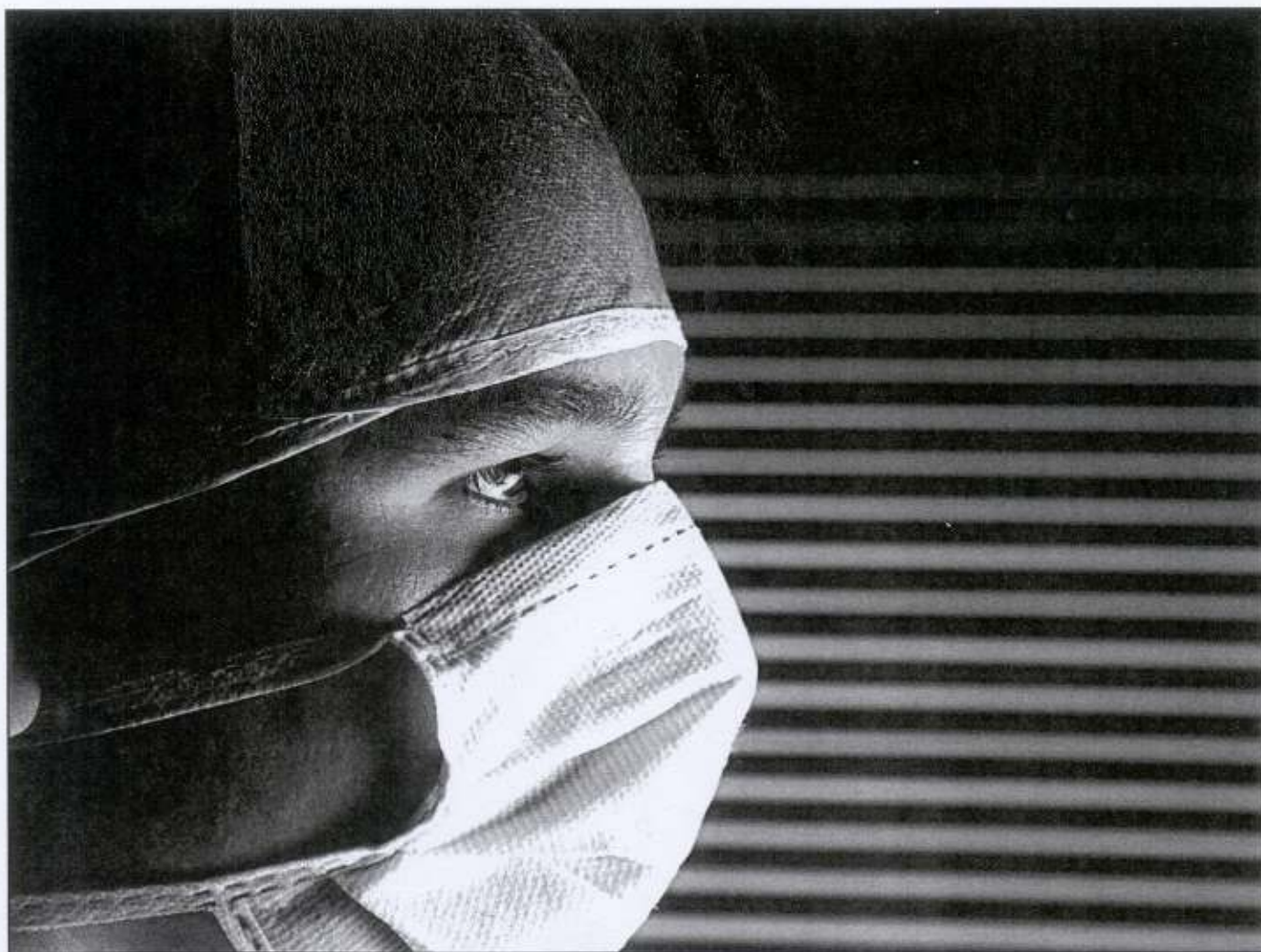
Algumas universidades estão, há poucas décadas, preocupadas em trazer o confronto (dialogado e partilhado) com a incerteza, o fracasso, a morte, para dentro da formação universitária dos futuros médicos. Para muitos dos responsáveis destas instituições, porém, este tipo de formação é encarada como uma actividade extra-curricular de carácter pouco respeitável.

“Shame is a way we have of protecting our privacy. [...] The connection between shame and wanting to disappear is related to this. Dying is the ultimate way of disappearing. [...] The dying person is surrounded by

sources of shame – loss of control over bodily functions, the presence of tubes and catheters, child-like dependence on others, the stigma of being incurable. [...] Physicians can unintentionally reinforce this feeling in their efforts to cure illness. We do not like to talk about death, and being forced to face death can bring the most sense of shame” (Stempsey, in Evans et al., 2004:61-62).

O mundo do sofrimento humano surge no entanto muito menos numa TAC do que no olhar de uma mãe com o filho acamado; o sofrimento atroz de quem não sente o amor de Deus não é considerado na Medicina; mas caso a mesma pessoa tenha um tornozelo torcido e uma fobia a aranhas já terá direito a uma, provavelmente a duas, fichas médicas!

Poderemos no entanto falar de uma prática científica médica de tipo holista? Talvez o máximo que consigamos, enquanto tivermos o paradigma da Biologia molecular a sustentar a Medicina, seja uma prática clínica da soma das partes do doente, procurando encontrar entre elas relações causais bidireccionais (e.g.: o sofrimento espiritual relacionado com a fobia das aranhas, que é classificada como doença psicológica, eventualmente psiquiátrica); poderemos no entanto avançar mais na direcção holista (enquanto corrente epistemológica) e relacionarmos uma entorse de um tornozelo com o desespero espiritual e com a disfunção psicológica; o diagnóstico seria apenas um



para as três situações: desequilíbrio; o tratamento incluiria as três situações simultânea e articuladamente. Estaríamos no entanto ainda a ser médicos cientistas?

A resposta a darmos a esta pergunta depende obviamente do paradigma epistemológico em que assentam as nossas crenças científicas. Deixamos apenas algumas sugestões para reflexão:

1. A Física e a Matemática contemporâneas mantêm o seu estatuto científico, utilizando na sua prática quotidiana teorias científicas assentes no indeterminismo, na incerteza (Bohr e Heisenberg), na relatividade (Einstein), na probabilidade (Maxwell).

2. Einstein levantou a questão da relatividade observacional (questão inerente a qualquer área do saber humano, como a Medicina) sem ter posto em causa o estatuto científico da Física.

“The doctor as a scientist operates concurrently in two modes, namely an observational mode in which the patient is approached as an object of the study, and a relational mode in which the relationship between the patient and the doctor actually modifies the data obtained” (Puustinen, in Evans et al., 2004:21).

3. As Humanidades têm vindo a proporcionar alívio de sofrimento humano através de diários, histórias de vida, grupos de auto-ajuda, documentários, produção artística, etc.

“The word that denotes academic activities in East Asia societies literally means ‘asking and learning’ [...], which is then further divided into science and humanities. Etymologically, the word that denotes science [...] meant ‘learning by classification’, and the word that denotes humanities [...] meant ‘the patterns of humankind’” (Kang, in Evans et al., 2004:76).

4. As pessoas que bioquimicamente não têm defeitos, que se alimentam correctamente, que não têm vícios, que seguem todos os conselhos dos médicos, também sofrem e morrem.

A nossa condição mortal recai sobre nós com a sua crueldade mas também com a sua sabedoria – porque sem ela não haveria a promessa eternamente renovada da frescura da imediatez e da sofreguidão da juventude; nem existiria para nenhum de nós incentivo para contarmos os nossos dias e fazer com que valham a penas (Jonas, 1994:165).

5. Existem teorias e práticas científicas na Biologia que aceitam e valorizam a incerteza, o ruído, a perturbação (o sofrimento) como fonte de aprendizagem humana (Maturana, Varela, Atlan, Kaufman). Curiosamente, estão ausentes da maior parte dos *curricula* universitários de Biologia e de Medicina!

“The concept of evidence-based medicine (EBM) is today vividly discussed in medicine. [...] If a patient asks for a thorough explanation of their condition, the physician can sometimes feel quite helpless. On the basis of

his education and clinical experience, he may know *that* the suggested treatment should lead to a highly probable recovery [...] but he seldom knows in detail *why* the treatment helps” (Alanen, in Evans et al., 2004:29).

6. O valor da comunidade em que se inserem os doentes tem vindo a ser demonstrado como constituindo um factor salutogénico, por excelência. A racionalidade na qual os seres humanos se podem reconhecer, encontra-se exactamente nesta dimensão comunitária dos afectos, da protecção, do cuidar do outro que nos torna responsáveis (MacIntyre, 1991).

“Those individuals, societies, and cultures who learned to take care of each other, to love each other, and to nurture relationships with each other during the past several hundred thousand years were more likely to survive than others who did not. Those people who did not learn to take care of each other often did not make it. In our culture, the idea of spending time taking care of each other and creating communities has become increasingly rare. [...] We take for granted that people want live longer, but many do not. After all, who wants to live longer if they’re unhappy, depressed and lonely?” (Ornish, 1998:12; 19).

#### **Bibliografia:**

Brockman, John and Matson, Katinka (org.) (1995). *Respostas da Ciência*. Lisboa: Circulo de Leitores.

Caraça, João (2001). *Ciência*. Coimbra: Quimera.

Cassell, Eric (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Evans, Louhiala e Puustinen (ed.) (2004). *Philosophy for Medicine*. Oxford: Radcliffe.

Fragata, José e Martins, Luis (2004). *O Erro em Medicina. Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Almedina.

Groopman, Jerome (2004). *The Anatomy of Hope*. New York: Random House.

Jonas, Hans (1994). *Ética, Medicina e Técnica*. Lisboa: Vega.

MacIntyre, Alasdair (1999). *Dependent Rational Animals. Why Human Beings Need the Virtues*. London: Duckworth.

Mounier, Emanuel (2004). *O Personalismo*. Coimbra: Ariadne.

Nagel, Ernest (1961). *The Structure of Science. Problems in the Logic of Scientific Explanation*. London: Routledge.

Oliveira, Clara Costa (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne.

Ornish, Dean (1998). *Love and Survival*. New York: Harper Collins.

Siegel, Bernie (1993). *How to Survive between Office Visits*. New York: Quill - Harper Collins.

Vigarello, Georges (2001). *História das Práticas de Saúde – A Saúde e a Doença desde a Idade Média*. Lisboa: Ed. Noticias.

Watcher, Robert e Shojania, Kaveh (2004). *Internal Bleeding*. New York: RugeLand.

\* CLARA COSTA OLIVEIRA é Professora Associada da Universidade do Minho - Braga.

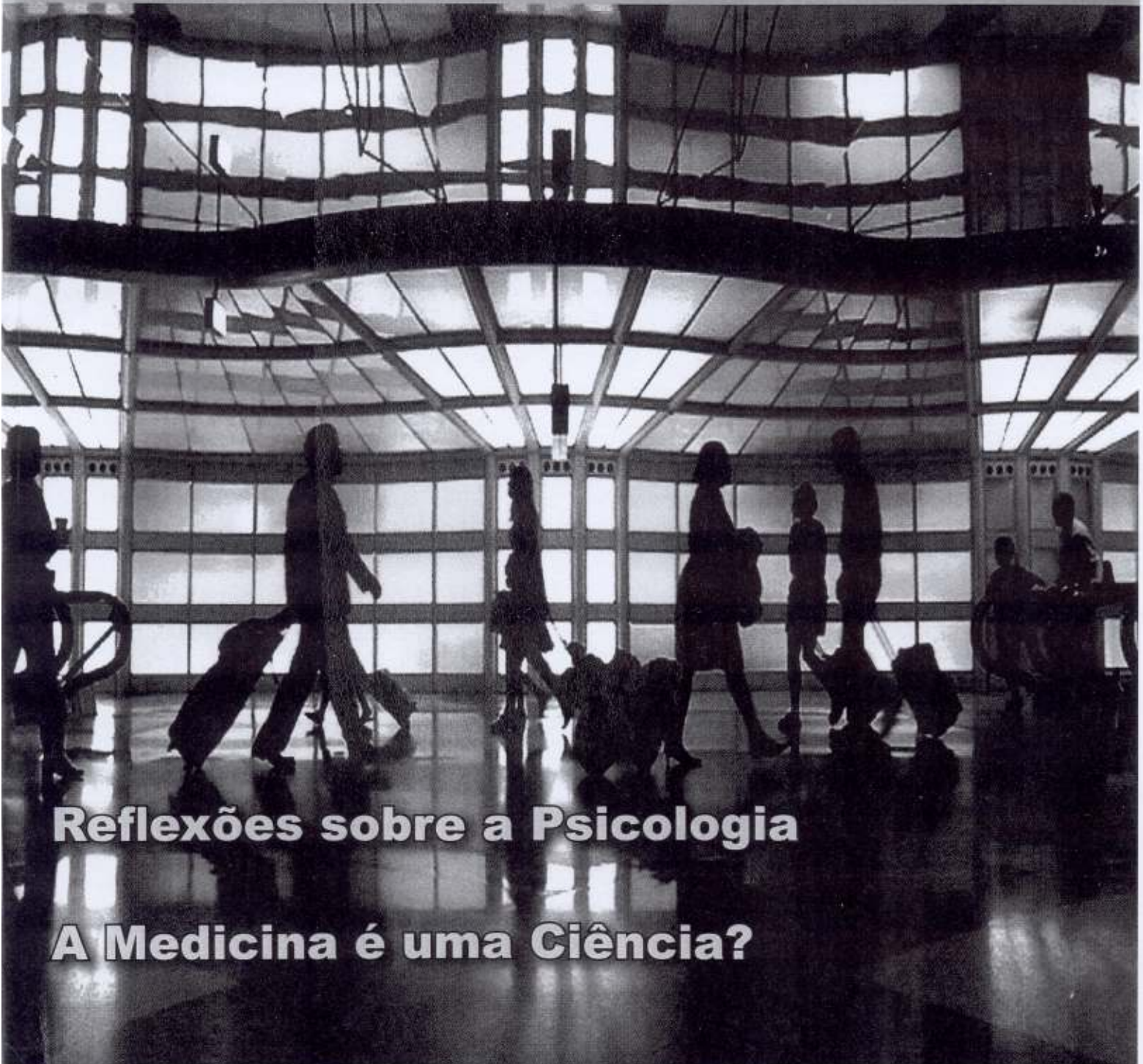


# PESSOAS & SINTOMAS

ISSN 1646-5180

N.º 3 - Dezembro de 2007

[www.facfil.ucp.pt/pessoas-e-sintomas](http://www.facfil.ucp.pt/pessoas-e-sintomas)



**Reflexões sobre a Psicologia**

**A Medicina é uma Ciência?**

**PSICOLOGIA - PSIQUIATRIA - SAÚDE - FAMÍLIA - CONHECIMENTO**

# PESSOAS E SINTOMAS

Periodicidade: 3 números por ano  
N.º 3 - Dezembro de 2007  
ISSN: 1646-5180

## Director

Alfredo Dinis

## Assessor Editorial

João Carlos Major

## Conselho de Redacção

Alfredo Dinis  
Fabrizia Raguso  
José Manuel Lopes  
Miguel Dias Costa  
Zeferino Venade Ribeiro

## Conselho Científico

Alfredo Dinis (*Universidade Católica Portuguesa*)  
Ângela Azevedo (*Universidade Católica Portuguesa*)  
Carlos Gonçalves (*Universidade do Porto*)  
Clara Costa Oliveira (*Universidade do Minho*)  
Constança Machado (*Universidade de Évora*)  
Emilio Ricci (*Universidad Católica del Norte - Chile*)  
Fabrizia Raguso (*Universidade Católica Portuguesa*)  
Fátima Lobo (*Universidade Católica Portuguesa*)  
José Manuel Lopes (*Universidade Católica Portuguesa*)  
Maria Rita Mendes Leal (*Universidade de Lisboa*)  
Miguel Dias Costa (*Universidade Católica Portuguesa*)

## Design

Graça Monteiro  
Miguel Dias Costa  
João Carlos Major

## Impressão

Diário do Minho

## Edição

Edição conjunta do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia de Braga - Universidade Católica Portuguesa, UCP e da Casa de Saúde de S. João de Deus, Hospital Psiquiátrico da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

## Contactos

Revista "Pessoas e Sintomas"  
Faculdade de Filosofia de Braga  
Universidade Católica Portuguesa  
Centro Regional de Braga  
Praça da Faculdade de Filosofia, n.º 1  
4710-297 BRAGA  
Tel.: 253 201 200 Fax: 253 201 210  
E-mail: [peessoas-e-sintomas@mail.telepac.pt](mailto:peessoas-e-sintomas@mail.telepac.pt)  
Internet: [www.facfil.ucp.pt/peessoas-e-sintomas](http://www.facfil.ucp.pt/peessoas-e-sintomas)

# SUMÁRIO

- 03 Editorial**  
Fabrizia Raguso
- 05 Algumas reflexões sobre o ensino/  
/aprendizagem da psicologia**  
Alfredo Dinis
- 10 Escola e família: uma relação  
conflitual rumo à cooperação**  
Carlos Gonçalves
- 15 A curiosidade humana  
e o conhecimento**  
Constança Machado
- 18 Somatização: considerações  
terapêuticas a propósito de  
um caso clínico**  
Cristina Fabião
- 22 Sofrimento e luto: na interioridade  
de uma partilha**  
Elizabete Borges
- 26 A medicina é uma ciência?  
Uma interrogação filosófica**  
Clara Costa Oliveira
- 33 Um algoritmo para a  
intencionalidade?**  
M. Santos
- 36 O desvio hermenêutico da  
psiquiatria**  
Zeferino Ribeiro
- 45 A auto-revelação na relação  
terapêutica**  
Carla Rocha

Número avulso: 8 euros

Assinatura (3 números por ano):

- Alunos ou antigos Alunos da UCP: 15 euros
- Normal: 20 euros
- Instituições: 25 euros
- Estrangeiro: 30 euros

O pagamento poderá ser feito por cheque ou vale postal em nome de: "ALETHEIA - Associação Científica e Cultural".  
Morada: Faculdade de Filosofia de Braga, Universidade Católica Portuguesa, Praça da Faculdade de Filosofia, n.º 1  
4710-297 BRAGA.

*Advertência: as ideias e opiniões emitidas nos artigos e outros trabalhos constantes desta revista são da exclusiva responsabilidade dos seus autores, não reflectindo, necessariamente, as opiniões dos editores ou a tendência editorial desta publicação.*