

Medicina Baseada em Evidências – Ceticismo Terapêutico, Recorrência e História

JANE DUTRA SAYD*

MARTHA CRISTINA NUNES MOREIRA**

RESUMO

O artigo examina o sentido do termo ceticismo em medicina, mostrando sua associação com o ceticismo filosófico no período helenístico e sua recorrência histórica no período moderno e contemporâneo. A idéia de ceticismo como ataque ao dogmatismo, a afirmativas sobre coisas e fatos não evidentes é presente no período grego, mas adquire o sentido de descrença contra tudo o que não for científico no século XIX, de modo que a noção de cientificidade termina por se reificar em uma forma de dogmatismo. A Medicina Baseada em Evidências (*Evidence-based Medicine Working Group*), ao introduzir o questionamento e a dúvida metódica sobre a tradição cientificista recente, pretende-se apresentar como um novo paradigma em saúde, mas os autores a apontam como uma recorrência da tradição cética em medicina, a colocar em teste qualquer afirmação clínica, seja de base científica mais comprovada ou não. Desse modo, atualiza a discussão, recorrente na história da prática médica, entre dogmatismo e ceticismo, racionalismo e empirismo.

Palavras-chave: Medicina Baseada em Evidências; história da medicina; ceticismo.

* Professora adjunta do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ; procientista FAPERJ e bolsista do CNPq.

** Doutoranda em Ciências Humanas / Sociologia pelo IUPERJ. Analista em C & T do Departamento de Ensino e Saúde / Brincar – Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada, do Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ.

ABSTRACT

Evidence-Based Medicine - therapeutical skepticism, recurrence and history

The text examines the sense of medical skepticism, showing its association with philosophical skepticism during the Hellenic period and its recurrence during modern and contemporary periods. Medical skepticism means, during Hellenic period, a fight against dogmatism, prejudices and *a priori* concepts, but in the 19th century this sense became a distrust of any kind of non-scientific-based knowledge, in a way to become a new form of dogmatism. In this context, the Evidence-based Medicine Working Group introduces the methodic doubt and asks tradition scientificism, defining its own work as a new paradigm in health. Nevertheless, it is more a phenomenon of recurrence of the medical skepticism, asking the traditional clinical knowledge, scientific or not. So Evidence-based Medicine brings to the contemporary scene the ancient themes of dogmatism and skepticism, rationality and empirism.

Keywords: Evidence-based Medicine; history of medicine; skepticism.

RÉSUMÉ

Evidence-based Medicine - Scepticisme Thérapeutique, Recurrence et Histoire

L'article met en question le sens du scepticisme médical, examine son association avec le scepticisme philosophique pendant la période hellénistique et sa récurrence historique dans les périodes modernes et contemporains. Le scepticisme médical comme un combat contre les dogmatismes, soit contre des préjugés et notions *a priori*, pas évidentes, est présent dans la période hellénistique, mais au XIX^{ème} siècle il y a un changement vers le sens d'une incroyance de tout ce que ne soit pas scientifique; la notion de scientificité devient une nouvelle façon de dogmatisme. Dans ce contexte, le *Evidence Based Medicine Working Group* introduit la doute méthodique et met en question la tradition scientificiste récente, à se présenter comme un nouveau paradigme en santé. Il s'agit plutôt d'une récurrence de la tradition scéptique en médecine, qui met en

doute n'importe quel affirmation clinique, soit plus ou moins établie du point de vue scientifique. C'est donc une actualisation, récurrente dans l'histoire de la médecine, des disputes entre dogmatisme e scepticisme, rationalité et empirisme.

Mots-clé: *Evidence-based Medicine*; histoire de la médecine; scepticisme.

Recebido em 6/6/00.

Aprovado em 29/6/00.

Ceticismo / Terapia / Medicina: Qual a Cartografia Possível?

Estudar a tradição cética em medicina é trazer à luz uma espécie de segredo, familiar a filósofos e a muitos médicos, mas estranho para o leigo. Uma história do ceticismo em medicina é um jogo de equações; diferentes articulações entre seus termos conduzem a uma diversidade de sentidos possíveis. O ceticismo médico, quanto à eficácia de seus próprios remédios, seria a forma clássica, “oficial”, um objeto de estudos em história da medicina; mas há também, ao longo da História, um ceticismo de leigos quanto à instituição médica e, ainda, um ceticismo quanto à possibilidade do médico cético: esta última equação se manifesta como um pequeno escândalo — então o médico, a quem se entrega a vida, não tem fé na própria prescrição?

No terreno médico esses diversos sentidos se desenham como uma confusão de crenças, negações e acusações. Tanto se pode criticar o crédulo como um ingênuo sem senso crítico, quanto o cético como soberbo, alguém que se recusa a compartilhar das crenças comuns. É um jogo de espelhos oblíquos, em que ao se olhar para a frente se enxerga o outro, enquanto a própria imagem se acha esfumada no plano lateral. O médico necessita da crença do paciente e não lhe permite desacreditar de suas ordens ou prescrições; simultaneamente, oculta seu próprio ceticismo — mas vai compartilhá-lo com os colegas da corporação. O paciente pode duvidar da medicina, se dizer cético, mas não permitirá esse direito ao médico, se, como sempre, resolver procurá-lo “por via das dúvidas”. Essa procura já seria, por sua vez, uma negação do ceticismo alegado, mas que termina por se confirmar no fato, freqüente, de o paciente ouvir mas não cumprir a prescrição.

Esse é um jogo da História — doentes e terapeutas, em diversas épocas e lugares, o jogaram. Mudam a percepção da doença, a prática terapêutica ou médica, sua inserção social. Mas o tema é recorrente, em todas as suas versões, e mantém, com alguma constância, certas características — se qualificarmos adequadamente as diferenças inerentes aos distintos momentos históricos, um uso cauteloso do anacronismo permitirá comparações fecundas dessas semelhanças¹. Desde já é necessário avisar que o ceticis-

¹ A expressão “uso cauteloso do anacronismo” é utilizada por Nicole Lorau (1994) para apontar a utilidade das comparações históricas, alertando, porém, para os perigos inerentes a tal operação — principalmente o de atribuir, de forma reducionista, significados impossíveis a certos fatos históricos. Entre os médicos é comum, por exemplo, dizer que a medicina de Hipócrates, por estar despida de sentidos religiosos, é “científica”.

mo como rubrica filosófica não será tratado por nós, apenas citado como apoio, dado que não dominamos a sua riqueza e complexidade. Por outro lado, a multiplicidade de sentidos que o termo pode assumir na vida ordinária e ao longo de distintos períodos históricos — como descrença, cinismo — deve ser apontada. Ao lidar com uma prática social imersa nessa mesma vida ordinária, optamos por aceitar a polissemia do termo ceticismo, tentando esclarecer suas variantes tanto quanto suas recorrências.

Crença e Descrença

O ceticismo leigo frente aos poderes do médico, ou à eficácia dos medicamentos, provém, em geral, de pensadores de elite, céticos também a respeito de outros elementos da vida social. Depreciam o charlatanismo e as promessas fáceis de remédios miraculosos capazes de livrar as pessoas das conseqüências de suas fraquezas e vícios, em uma perspectiva moralista que abrange, de forma variada, dois aspectos. Um, de ceticismo radical: nega-se a própria possibilidade da prática terapêutica, ou seja, de que alguém possa, com êxito, encarregar-se da saúde de outrem. Radical, pois prega uma impossibilidade ontológica, a da existência da relação terapêutica: não é através da ajuda de outro que se pode recuperar a própria saúde. Outro é a negação da intenção benéfica por parte do terapeuta — sua utilidade não seria uma impossibilidade *a priori*, mas uma raridade, dado que a Humanidade pouco tem de virtuosa ou generosa. O interesse pelo outro seria secundário ao interesse simplesmente monetário ou à curiosidade científica. Todos os terapeutas são, portanto, charlatães. Seus juramentos são falsos, e suas promessas, impossíveis.

O corolário dessas concepções, em distintos períodos, foi o médico de si mesmo: cada um deve-se conhecer e saber o que é melhor para si, para sua natureza. A saúde é decorrência desse autoconhecimento e da obediência a preceitos de temperança e disciplina. Aziza-Shuster (1972) descreve a evolução desse ideário desde os tempos romanos no *Le Médecin-de-soi-même* — do Imperador Tibério a Descartes, passando por Montaigne e Lineu, entre outros, há a idéia de que o melhor cuidado é o autocuidado. O médico é encarado, nos distintos contextos históricos respectivos, com alguma desconfiança. Montaigne, entre os mais céticos, afirmava que os médicos estavam mais interessados em observar as doenças do que em curar os doentes — uma crítica totalmente contemporânea. Ainda antes de Tibério, Catão (século III a.C.) vociferava contra os médicos gregos em Roma,

acusando-os de ser um dos piores elementos de corrupção dos austeros costumes romanos, entre os inúmeros trazidos pela helenização da cultura. Enganadores, vendedores de ilusões, favorecedores do relaxamento dos costumes, prescreviam o que os pacientes queriam, sem nenhuma preocupação real pela saúde de ninguém. Catão não preconizava, ao menos de forma explícita, que os romanos fossem médicos de si mesmos, mas é comparável aos autores citados por Aziza-Shuster por não crer na figura do terapeuta como benéfica: a saúde do cidadão romano sadio estaria na sua disciplina, austeridade, e não no recurso covarde e preguiçoso da ajuda de um outro, muito menos um representante do povo vencido.

Não obstante a indiscutível existência, em diversos períodos históricos inteiramente diversos, do ceticismo leigo quanto à possibilidade do terapeuta ou da sua utilidade, este texto se ocupará principalmente da vertente médica do ceticismo, mais freqüentemente chamado “ceticismo terapêutico” por profissionais e historiadores da medicina. O ceticismo leigo tende a combater a crença ingênua dos homens, seja sobre as boas intenções dos terapeutas, seja sobre o poder miraculoso de medicamentos e outras propostas terapêuticas. É um tema da história social, cultural ou das mentalidades: as objeções que surgem em cada organização social ou cada cultura a seus próprios sistemas terapêuticos, ou o quanto estes apresentam aspectos contraditórios no conjunto desta mesma cultura.

O ceticismo em medicina seria um tema para a história social do conhecimento. Como se discutem, ao longo das épocas, as possibilidades de conhecimento médico seguro, qual o bom método, o quanto se pode saber. É uma corrente de tradição forte e suficiente para servir de exemplo no *Vocabulário de Filosofia* de Lalande: “o ceticismo metafísico, o ceticismo médico”. Cético é “o que examina”, adepto da “doutrina que nega a possibilidade de atingir uma verdade segura em algum domínio determinado”. E nesta acepção, desde o seu aparecimento entre os gregos, o ceticismo filosófico vem associado a imagens médicas e farmacológicas.

Os pensamentos céticos mais organizados em medicina se estabeleceram em Alexandria, no século III a.C., por influência do ceticismo de Pirro de Élide (cerca de 365 a 275 a.C.). Pirro seguiu as conquistas de Alexandre na Ásia, retornou a Élide, no Peloponeso, e fundou sua escola filosófica. Sua intensa atividade pedagógica fez sua filosofia conhecida através de discípulos, pois, como Sócrates, não deixou textos próprios. Duas características são marcantes no seu ceticismo: a de se opor em bloco a todas as filosofias existentes, reunidas sob o termo comum de “dogmatismos”, e a inexistência

de uma doutrina afirmativa — o ceticismo consiste num método para apreciar o conhecimento humano.

Esse método, no entanto, não se reifica em uma filosofia negativa. Ao contrário, propugna uma positividade às diferenças; ao se colocar no embate tanto com o dogmatismo quanto com os valores e procedimentos que fazem parte do universo humano, restringe a preocupação com o estabelecimento “da verdade, do conhecimento certo”. Assim, o que vai distinguir o cético do dogmático é, segundo Lessa (1997: 210), “o modo de lidar com as crenças ordinárias. O primeiro as descreve e a elas adere, o último tem como missão distintiva a sua reconfiguração”.

Temos assim mais uma equação entre os termos ceticismo e terapêutica, agora porém com uma mudança de sentido. O ceticismo mais rigoroso é contra o dogmatismo, seja filosófico ou religioso. É a noção do ceticismo ele próprio como uma terapia, curadora dos males do dogmatismo²:

“substituir a obsessão pela descoberta de realidades últimas e objetivas pela adesão à vida ordinária, pela suspensão do juízo e por uma estranha promessa de quietude que, apesar de livrar os céticos das indecidíveis disputas dogmáticas, os condenam a investigar sisificamente o mundo fenomênico” (Lessa, 1997: 25).

Segundo o mesmo autor, a regra doutrinária dos céticos estaria referida a fazer do mundo fenomênico um domínio seguro para o estabelecimento das proposições, rechaçando as não-evidências e aceitando as práticas cognitivas da vida ordinária, ditadas pelo hábito. Pirro defendia uma vida simples, recusando-se, através da suspensão de juízo (*epoché*), a conceder valor a discussões a respeito do caráter real ou verdadeiro das coisas, e na busca da imperturbabilidade (*ataraxia*), por ele considerada o bem maior (*idem*: 27).

O primeiro médico influenciado pelo ceticismo de Pirro que chega até hoje é Herófilo (330 a.C.). Sua atitude ante as diversas escolas do momento³

² Idéia cética de terapia. Ver Nussbaum (1991).

³ O pensamento médico jamais foi monolítico. Sempre esteve cindido por teorias díspares. Na era helenística, os mais conspícuos eram os chamados metodistas, que seguiam algumas teorias humoralistas da escola de Cós, os seguidores das teorias de Cnidos, mais tendentes a explicações solidistas, e os empíricos de que trata o texto. Por um breve período, no século XX, a medicina de base anátomo-clínica pode ter obtido uma hegemonia avassaladora sobre outros sistemas terapêuticos, mas a partir dos anos setenta este fato encontra-se relativizado, tanto pela chegada, nas rotas legitimadas pela lei, da acupuntura e da homeopatia, quanto pelo surgimento, na própria medicina de bases científicas, das teorias da medicina ortomolecular.

era de aceitação cautelosa, sem afirmações dogmáticas contra ou a favor de nenhuma delas, postura preconizada pelos pirrônicos. Sua atitude prudente foi, no entanto, superada por um grupo denominado empírico, que negava mais radicalmente quaisquer especulações filosóficas acerca das estruturas e modos de funcionamento do organismo: para eles, tanto os seguidores de Herófilo quanto os de Erasístrato (outro líder da época) seriam presos a sistemas, dogmáticos. Os avanços de ambos, indiscutíveis à época, nos conhecimentos de anatomia⁴, dos processos metabólicos e da condução nervosa, eram questionados como inúteis para a prática médica. Segundo Annas e Barnes (*apud* Lessa, 1997: 99), um resumo da perspectiva dos médicos empíricos se encontra na seguinte passagem:

“Skepticism was not merely a hobby with these doctors: it had a profound effect upon their medical thought and practice. Thus the empiricists rejected any appeal to causal explanations within medical science, for reasons wholly abstract and philosophical by nature. Again, they rejected the practice of anatomy, and in particular of vivisection, on grounds that were in part at least Pyrrhonian” (Annas e Barnes, 1985: 17).

Segundo Lessa (1997: 32),

“a principal característica dessa escola foi a crítica a teorias médicas dogmáticas, sustentadas em alusões a humores, átomos e espíritos vitais como fontes causais de moléstias. A essa crença os empíricos opunham a recusa em considerar em sua investigação sobre as mais diversas patologias qualquer entidade não-observada e a opção pelo estudo exclusivo dos fenômenos observáveis”.

Os médicos empíricos revelam, segundo Lessa (*op. cit.*), uma inequívoca inclinação “proto-baconiana”, já que os únicos procedimentos cognitivos aceitáveis estavam referidos à observação e à indução. Como consequência, a escola empiricista quase reduziu o acervo médico às observações terapêuticas pessoais. Suas observações foram mais profícuas em cirurgia, na de-

⁴ Em Alexandria, por breve período, o horror grego de profanar cadáveres esteve suspenso, havendo a prática de dissecação por parte de alguns médicos, principalmente os citados Herófilo e Erasístrato.

finição apurada de sintomas e na utilização de medicamentos — temas ligados à observação descritiva ou à ação imediata.

Para Conche (1993b), a filosofia de Pirro é a de um momento de ruptura: vê-se o fim da cultura grega clássica e a chegada do mundo helenístico. A verdade de ontem não tem mais valor e a de amanhã não vale ainda. O mundo helenístico persistiu na incerteza do porvir, face à instabilidade política reinante, e manteve acesa a visão cética acerca da verdade e valor das coisas. A escola empírica floresceu no século III a.C. e não teve continuidade como grupo constituído e socialmente definido, mas as posturas céticas persistiram, claramente identificáveis, até o século II d.C., em convívio com escolas médicas de base epicurista e estoíca, ambas ocupadas em explicar os fenômenos do organismo com teorias que incluíam noções de átomos e a *pneuma* como explicação fisiológica.

Lutando contra essas explicações, temos Menódoto, médico empírico e, simultaneamente, filósofo cético, no século II d.C. Seus textos apresentam com clareza os pontos de vista céticos sobre a impossibilidade de explicações legítimas para os fatos e a defesa da aceitação empirista dos fenômenos⁵. Propõe um método para o conhecimento, descrito por Galeno (que se posicionou contra suas idéias): a *autopsia*, momento inicial de observação sistemática, o mais completo possível, da própria experiência, incluindo repetições e reiterações; *historia*, a recolha cuidadosa de relatos de experiências alheias, e *analogia*, inferência do igual para o igual. Estabelece, assim, a possibilidade e a verossimilhança, impossíveis de confirmação total.

O mais conhecido dos céticos de Alexandria é Sexto Empírico, posterior a Menódoto, um pouco mais jovem, provavelmente, que Galeno. Seus textos médicos se perderam, restando obras filosóficas, principalmente *Hipotiposes pirrônicas* e *Contra os dogmatistas*. Sexto é um dos principais compiladores de Pirro de Élide, embora se considere, comparado a outros compiladores, que seu ceticismo não é exatamente o mesmo de Pirro — para Conche (1993b), o ceticismo de Pirro é metafísico, enquanto Sexto é mais voltado para a vida diária: deve-se viver “empiricamente: segundo a experiência da vida, seguindo o costume, obedecendo aos impulsos da fome, às leis do

⁵ Para quem considera óbvia esta associação, é prudente lembrar que a máxima empirista — a única via de conhecimento real se dá através da observação e da experiência — contém em si um paradoxo: tal afirmativa é dogmática, *a priori*, pois não se baseia, ela própria, em nenhuma experiência claramente discernível. Outrossim, tal postura vai contra o princípio, fecundo para o desenvolvimento científico, de que as primeiras aparências podem ser enganosas.

país”. Ao expor os argumentos céticos, defendendo uma conduta não-dogmática, Sexto realiza um elogio à vida comum. A tarefa cética seria expandir suas possibilidades através de uma vida governada pelas paixões, pela natureza, pelas normas e pelo constante refinamento do espírito (Lessa, 1997: 33). A tradição médica de Sexto o leva a utilizar as metáforas médicas para descrever o filósofo dogmático como um ser afligido por uma espécie de doença, daí: “assim como a medicina cura desordens fisiológicas, o ceticismo se apresenta como antídoto de perturbações filosóficas” (*idem*: 33).

O ceticismo era forte na cultura médica; para o historiador da medicina⁶, a insegurança, a proliferação de sistemas dogmáticos e a carência de uma base sólida, comum, de conhecimentos entre os mesmos, conduziu a dois movimentos: por um lado, mais do que ceticismo, o niilismo radical — não a postura cética de examinar, mas a descrença total quanto às possibilidades de conhecimento e terapêutica. Imersos no niilismo, os médicos frequentemente abandonavam a medicina e se tornavam filósofos. Houve mesmo uma competição entre filosofia e medicina, posta como uma oposição entre medicina da alma, onde se inscrevia a terapêutica antidogmática e medicina do corpo. É de se observar que essa atitude niilista, dos médicos empíricos, é distinta das proposições de Sexto, já que este distinguia o procedimento empírico adotado pelos médicos da atitude metódica própria dos céticos. Assim, enquanto o procedimento empírico — niilista — afirmava a não-existência de coisas não-observáveis, a atitude metódica considerava apenas os fenômenos como dados relevantes, sem emitir qualquer juízo — afirmativo ou negativo — quanto ao estatuto de coisas não-evidentes.

Simultaneamente, conviveram com os céticos e niilistas os sistemas médicos mais dogmáticos e bizarros, muitos ligados a magia e superstições, todos em disputa. O niilismo dos médicos eruditos estimulava a contrapartida da magia e de noções de saúde ligadas ao sobrenatural. De certo modo, esta situação compreende dois pares de opostos: ao dogmatismo filosófico se opõe o ceticismo, em um plano que se pode chamar de discussão racional. O prestígio das crenças mágicas em oposição a um niilismo sai desse plano para adentrar o domínio mais amplo do religioso e do conjunto do imaginário social.

Pode-se caracterizar este momento — com duração de cinco séculos, segundo o conhecimento possível hoje — como um ceticismo específico: não se acredita no valor do conhecimento sistemático (por exemplo, na utilidade

⁶ Ver Fridolf Kudliën (1976), Sourmia (1992) e Ackerknecht (1973).

de se descrever a estrutura do corpo humano). Não se descrê, porém, de uma ação terapêutica; o médico pode agir se estiver atento à observação descritiva, não especulativa, dos fatos e associações possíveis através de inferências imediatas. Mesmo o nihilista que se volta para a filosofia cética se vê como terapeuta, uma vez que acredita na filosofia como uma medicina da alma.

A discussão cética desapareceu com o desenvolvimento do Cristianismo e a chegada da Idade Média. Foi retomada na Renascença, tendo a obra de Sexto como principal referência através de Montaigne, que se auto-intitulava pirrônico e não acreditava em médicos (Mattéi, 1992).

Entre os médicos, porém, da Renascença até o século XVIII houve uma incrível proliferação de teorias e sistemas inteiramente dogmáticos e de caráter puramente especulativo em disputa, sem registros de alguma escola ou pensamento céticos. As acusações e críticas aos diversos sistemas eram feitas sempre a partir de outra posição dogmática; um cenário de debates muito pouco elogioso para o passado da medicina. Conforme frisa Lessa (1997), o dogmático apresenta, além do apego a pautas idióticas de conhecimento e procedimentos esotéricos, seu perfil “patológico” cognitivo, uma incapacidade de hesitar, com um amor invariável por suas próprias opiniões, seu perfil “patológico” comportamental. Uma quase exceção a esse perfil idiótico é Paracelso, na Renascença, que defendia a idéia de aprendizado empírico como mais útil do que o estudo de sistemas “escolásticos”, segundo ele próprio — e dizia ter aprendido mais sobre os remédios com as parteiras e feiticeiras do que com os doutores da Universidade. Sua defesa do empirismo não o impediu, no entanto, de propor tratamentos alquímicos de base puramente especulativa, e ele próprio não se intitulava cético.

É frente a esse cenário pouco elogioso que Montaigne, a seu tempo, demonstrava desgosto; mas sua voz, pelo visto, não se fez ouvir no ambiente médico. A terapêutica da palavra filosófica, de cura do dogmatismo, levada pelo ânimo de *philántropos* dos céticos, “voltada para a preservação da fertilidade humana que engendra inúmeras formas de vida e sociabilidade (...)” (Lessa: 1997: 222) não atuou entre os médicos neste período. O “veneno pirrônico”⁷ não corroeu, portanto, os estéreis debates; não houve neste

⁷ Esta é uma alusão ao livro de Lessa (1997: 14): “Poderia ter escolhido terapia, mas escolhi destacar, no título, a imagem de veneno. Talvez porque esteja mais persuadido a respeito da importância de demonstrar o poder de disseminação dos argumentos céticos do que dogmaticamente ministrar métodos e procedimentos de cura, ainda que a intelectos que dela necessitam, posto que devastados pelo dogmatismo”.

momento um terapeuta para a medicina, um filósofo capaz de empreender “uma estratégia de devolução de seres assolados por quimeras dogmáticas à vida ordinária” (*idem*: 221).

Foi a partir do final do século XVIII e ao longo do século XIX que a idéia de ceticismo médico se instalou e cresceu como voz corrente nas polêmicas entre os diversos sistemas formulados em bases dogmáticas e exclusivamente especulativas. Esse movimento foi, em parte, movido pela emulação com as ciências físicas, com a instalação paulatina da racionalidade científica na cultura, a questionar de modo muito mais vigoroso os sistemas e explicações especulativos *a priori* até então propostos seguidamente por líderes da profissão. Clínicos os mais eminentes da época, Pinel, Laennec e Bichat eram céticos; referiam-se à obrigação de observar e organizar o observado para conhecer e agir:

“Os mesmos medicamentos são usados, sucessivamente, por humoralistas e solidistas. As teorias mudam, mas os remédios continuam os mesmos. Sempre que usados, apresentam os mesmos efeitos, independentemente da opinião ou da teoria dos médicos. Isto prova que só se pode avaliá-los através da observação” (Bichat, in Ackerknecht, 1973)⁸.

Concomitantemente, pelo lado da prática terapêutica, houve um certo resgate da idéia de natureza, a mesma que sempre apoiou a noção de médico de si mesmo — a natureza tem forças próprias e deve-se deixá-la agir; a interferência humana pode ser mais maléfica do que útil — observações empíricas nos hospitais em processo de organização apontavam para este fato, enquanto os primeiros estudos estatísticos os confirmavam; o estudo de Charles Pierre Louis sobre os malefícios da sangria, comparando a evolução de pacientes sangrados e não sangrados, é, neste sentido, clássico (Ackerknecht, 1973).

Uma diferença, no entanto, não pode passar despercebida; o que está em questão não é a possibilidade do conhecimento humano. A idéia de se usar o método científico, clara, por exemplo, em Magendie e seu sucessor, Claude Bernard, garantiria, a seus olhos, o exercício de um ceticismo saudável, ou seja, capaz de afirmações úteis porém não dogmáticas. O conhecimento

⁸ As traduções das citações são de nossa autoria.

portanto é seguro e racional; este mesmo conhecimento, porém, mostra a ignorância terapêutica. Não há bases seguras para intervenções, e é da capacidade de ação que se duvida.

No início do século XIX cresceu a reação aos remédios e tratamentos intempestivos. Fala-se, nesse momento, de ceticismo terapêutico, não de ceticismo médico em geral. Os médicos não questionam a utilidade de sua presença, sua pessoa, junto ao paciente, e nem eles nem a cultura de sua sociedade questionam mais o valor do conhecimento, transformado na modernidade em conhecimento científico — seja a anatomia, a histologia ou a fisiologia incipiente. Não se trata mais, portanto, de uma filosofia cética, e sim de ceticismo contra tudo que não for afirmado segundo os cânones da cientificidade.

Desse momento em diante, a filosofia não será mais ouvida. O que a história da medicina mais tradicional chama de ceticismo terapêutico do século XIX não é um pirronismo, pelo contrário: longe de suspender juízos e agir conforme a tradição, ou como diz Sexto, “empiricamente”, o que se quer é agir segundo os cânones científicos. Para os medicamentos, aspira-se a encontrar uma terapêutica dita etiológica, capaz de combater a causa da doença. Busca-se, portanto, conhecer **as causas das doenças**, na convicção de que a posse desse conhecimento abrirá as trilhas para a terapêutica científica. É curioso observar a mudança de sentido para o termo “ceticismo” no debate médico da época: a adesão à noção de causa não é necessariamente renegada pelo pensamento cético, uma vez que pode ser constatada, vivenciada na vida ordinária, mas a noção de que o conhecimento da causa da doença é necessário para o seu correto tratamento é, sem dúvida, dogmática⁹.

Uma corrente de terapeutas contraria essa postura para propor o empirismo cauteloso — não se pode abandonar o paciente a seus sofrimentos se uma série de medidas, sem explicação científica, se mostrou útil empiricamente. Propugnavam essa postura com veemência; uma aceitação pirrônica das evidências e um não-julgamento sobre a natureza do não-evidente, como se pode ver em 1885:

⁹ Neste momento a medicina apresenta algumas correntes claras a nossos olhos: grupos antiquados dogmatistas, a propor sistemas terapêuticos *a priori*, cientificistas a rejeitar tudo que é tradicional, o que não deixa de ser também um dogmatismo; terapeutas, dispostos a rever o valor empírico das tradições e a tentar uma via científica não dogmática para o crescimento da terapêutica, como Trousseau e Fonssagrives.

“(…) Não sejais exclusivistas em um método; deveis utilizar todos os recursos. Não sejais exigentes demais com as explicações fisiológicas; a quinina não deixa de agir contra a febre intermitente, apesar de seu mecanismo de ação ser desconhecido (...)” (Dujardin-Beaumetz, 1885 *apud* Sayd, 1998).

E também:

“Mas o que é certo é que a experiência e observação escrupulosa (...) vêm em socorro do médico, cuja teoria falha (...) e mandam que se recorra a tais e tais meios, que a prática estabeleceu como excelentes, apesar de a ciência não poder sancioná-los” (Teixeira, 1880 *apud* Sayd, 1998).

São eles, simultaneamente, que criticam o chamado ceticismo da época: “O espírito médico tem sua doença (...) mas sobretudo há a gangrena do ceticismo que o corrói surdamente (...)” (Fonssagrives, 1875 *apud* Sayd 1998).

Mas eles se referem a uma postura niilista, de descrença na experiência e não ao que se poderia, a rigor, chamar de ceticismo: aquilo que se caracteriza pela suspensão de juízos e a possibilidade de interrogar as crenças formuladas dogmaticamente. É interessante verificar como são tratados com um ligeiro descaso pela história “oficial” da medicina, e são muito menos conhecidos do que os fundadores das ciências explicativas da biologia. Assim seriam aqueles, a nosso ver, o melhor exemplo de persistência de uma tradição pirrônica na medicina; o ponto de vista cientificista, por sua vez, começa a se constituir como um dogmatismo revisitado.

O termo “ceticismo” em medicina, portanto, é polissêmico e pode originar confusão. Não é prudente comparar Sexto Empírico com Magendie, ou os escritos de Cós com os elogios à natureza de Descartes e Leibnitz. O cético é tanto quem combate o pensamento mágico mais simples (mesmo que opondo a ele dogmatismos racionalistas, de cunho cientificista, por exemplo), quanto os verificacionistas, capazes de uma discussão filosófica mais apurada. Este esboço histórico em enormes linhas tem, no entanto, o propósito de apresentar algumas questões que, no meio das singularidades históricas e culturais, se mantêm, talvez numa perspectiva de longa duração. A mais interessante é a possibilidade de aplicar, ao momento médico da sociedade de hoje, algumas categorias que surgem ao longo dessa história, em movi-

mentos ambivalentes: empirismo e racionalismo, ceticismo e dogmatismo, observação, superstição e magia.

A medicina contemporânea apresenta-se cada vez mais imbuída de conhecimentos oriundos de pesquisa científica reconhecida como tal, ou seja, de trabalho considerado racional e metódico. Essa cientificização médica não significa, no entanto, um exercício saudável de ceticismo, como apontam, tão satisfeitos, os historiadores da medicina¹⁰. A palavra ciência se reifica, no ideário médico, como sinônimo de verdade, e não passa, portanto, de um dogmatismo modernizado (Camargo Jr., 1999). Principalmente — e esta é a questão mais interessante — o uso da própria informação de base científica é apropriado do modo irracional pelos médicos, em dois níveis: o da formulação propriamente científica e o da prática social do profissional.

No primeiro, pesquisas inconclusas, provisórias e de resultados precários têm seus resultados adotados imediatamente, para se verem contraditados a seguir — tristemente — por verificação de complicações iatrogênicas nas vítimas do cientificismo dogmático e precipitado. O outro nível é o da apropriação dessa ciência pelo profissional comum, de massa, que ignora os protocolos, bons ou não, e pratica um emprego mágico de medicamentos, muitos dos quais, por sua vez, fabricados pelas indústrias farmacêuticas segundo os mesmos critérios mágicos — os de maior apelo no mercado. Curas miraculosas são propostas e aceitas por médicos e pela população de forma totalmente crédula. Diga-se ademais, quanto mais caras, intervencionistas e carregadas de “tecnologia de última geração”, mais sucesso tendem a fazer. Esse processo tem-se ampliado continuamente, contra todo o bom senso e as próprias experiências anteriores, negando a relatividade e incerteza inerentes ao uso de medicamentos, largamente conhecidas por profissionais, pesquisadores e leigos¹¹.

O apelo ao recurso dogmático cientificista e, simultaneamente, miraculoso, se reflete de forma curiosa junto ao conjunto da sociedade, pois é fato notório que o emprego de medicina de base não-científica vem aumentando

¹⁰ Cremos ser possível falar de maneira generalizante sobre uma tradição de história da medicina, caracterizável como inteiramente possuída pela ideologia de progresso científico contínuo e pela exaltação a heróis ou santos — os médicos. É uma história menor, geralmente escrita por médicos, com propósitos de exaltar a corporação profissional, seus feitos e heroísmos. Ver Burnham (1996).

¹¹ Ver Sayd (1998). Os farmacologistas são os primeiros a apontar a persistência de uma margem de imprevisibilidade na sua área, maior do que a encontrada em outras disciplinas médicas ou biologia.

nas últimas décadas, com crescente aceitação em todas as camadas das populações urbanas. Críticas acerbas se levantam, em ataques entre a medicina de bases científica e tecnológica e as chamadas alternativas ou complementares. Na verdade os ataques mútuos só fazem reforçar nossa desconfiança — trata-se de uma discussão entre distintos pontos de vista dogmáticos. Novamente, como na Alexandria do século II, um pretenso racionalismo exacerbado se opõe à crença franca na magia, com pouco espaço para o exame das circunstâncias.

Em meio a esse tiroteio, provoca curiosidade a emergência de um grupo médico, auto-intitulado Evidence-Based Medicine Working Group, que pretende, através de um exame rigoroso de evidências, aumentar a precisão das tomadas de decisão médica. O grupo se formou em torno de preocupações sobre o estudante e o aprendizado, e vem crescendo e se institucionalizando através de discussões pedagógicas e publicações críticas. Consideram necessário refutar as tradições de autoritarismo no ensino médico e na organização de pautas de conduta e decisão diagnósticas e terapêuticas, em função de três fatores:

“(...) 1 - custos assistenciais elevados; 2 - métodos pedagógicos obsoletos, insuficientes para atender, de modo adequado e eficaz, na prática diária, às solicitações crescentes e à diversidade de situações clínicas; 3 - extensão e heterogeneidade da produção científica. O antigo paradigma tem, como fundamentos, as observações não sistematizadas, o conhecimento dos mecanismos básicos das doenças, a associação de experiência pessoal e senso comum e a ênfase do autoritarismo, na formação e informação especializada” (Drummond e Silva, 1998: 4-5).

Recorrência

Chama a atenção, em meio à curiosidade pelo tema, uma primeira questão: a idéia de “novo paradigma”. Essa focalização é instrumental na medida em que hoje se tornou uma “moeda simbólica” afirmar o caráter de “novidade, ruptura” entre supostas / antigas / ultrapassadas realidades e paradigmas emergentes, auto-referidos como superadores, novos, enfim disruptores de lógicas anteriores. Nossa intenção aqui é realizar uma digressão entre o ceticismo médico, tal como descrito na sessão anterior, e a lógica do paradigma auto-nomeado “novo”: a **Medicina Baseada em Evidências** (MBE).

“A new paradigm for medical practice is emerging. Evidence-based Medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making” (Evidence-based Medicine Working Group, 1992).

Drummond e Silva (1998) apresentam a MBE como um “novo paradigma” proposto e desenvolvido por um Grupo de Estudos da Universidade de McMaster, do Canadá, coordenado por David Sackett, na década de 80, cujas finalidades estariam voltadas para a assistência e o ensino.

Segundo Nadanovsky (1999), a Medicina Baseada em Evidências se apresenta enquanto um “novo paradigma” para a prática médica, ao enfatizar o exame da evidência proveniente da prática clínica. Desenvolve toda uma crítica à intuição, à experiência clínica assistemática e à racionalidade fisiopatológica enquanto bases suficientes para a tomada de decisão clínica. Na associação entre a prática clínica, *locus* da relação entre médico e paciente, e a identificação de lacunas no conhecimento, reside a possibilidade inicial para a prática da MBE.

Ao buscar a história como ferramenta de leitura, no entanto, alguns cuidados devem ser sinalizados. A história permite evocar de maneira temática algumas recorrências, dada a possibilidade de, ao invés de estarmos a funcionar através de superações de temas, estejamos remetidos ao domínio das reatualizações, conversões e metamorfoses. Isso não significa, no entanto, uma busca de continuidades, de uma história causalista de relações de determinação ou de progresso por acumulação: pelo contrário, os *aggiornamentos*, como refere Castel (1978), nos impulsionam a um exercício de superação — e aí está a diferença — não dos temas, mas de uma lógica que busca precursores e causas funcionais. No território das conexões de sentido pode-se, partindo dos temas, alcançar a história no seu caráter de repetição, mas com atenção para o fato de que a nós cabe interpretá-la em sua diferença (*idem*: 156). Dessa feita, fazemos nossa a afirmação de Castel, quando coloca que “a digressão sócio-histórica, se a expressão não for demasiado ambiciosa, é o ‘método’ adequado para descrever as metamorfoses” (*idem*: 176).

Castel relaciona o conceito de metamorfose ao problema do reconhecimento, que nessa sessão se torna caro:

“Uma metamorfose conserva o essencial da antiga realidade, mas sob uma forma dissimulada. O principal problema que se coloca ao obser-

vador é um problema de reconhecimento de uma permanência de finalidade sob novas afabulações: será tentador demais cantar a novidade e a inovação enquanto os mortos comandarem os vivos” (Castel, 1978: 176).

A partir desse momento acreditamos ser mais interessante vincular a chamada Medicina Baseada em Evidências à perspectiva da tradição cética, mesmo pirrônica, em medicina, do que chamá-la de “novo paradigma”. Mesmo porque ela não introduz rupturas no modo de produzir conhecimento, seja nas ciências básicas ou na clínica. A partir da literatura revisada¹², preferimos afirmar que ela se caracterizaria mais por examinar as certezas, sempre e novamente interrogando o aparentemente estabelecido, sem propor, em nenhum momento, alterações no modelo cognitivo. A Medicina Baseada em Evidências promove um rearranjo entre três disciplinas — bioestatística, informática biomédica e epidemiologia clínica —, buscando assim, nas evidências externas, as bases para decisões clínicas e processos de ensino. A própria fisiopatologia, espécie de mola-mestra do raciocínio clínico tradicional, é posta em questão por esse tripé. São propostas de mudanças no plano da práxis, da ética, do uso do conhecimento e da informação médicos, e não de seus pressupostos epistemológicos¹³.

“O padrão clássico das decisões médicas se fundamenta na combinação de dados coletados sobre o paciente com os conhecimentos de fisiopatologia e terapêutica e com o próprio tirocínio. A MBE propõe apenas que esta postura seja confirmada e embasada por fortes evidências externas, garimpadas nas fontes bibliográficas. Pretende ainda que a análise e a aplicação dessas evidências suplantem aqueles modelos decisórios, sem recusá-los *a priori*: os critérios clínico-epidemiológicos e estatísticos passam a ser os novos

¹² As leituras principais foram: Nadanovsky (1999), Drummond e Silva (1998), Evidence-based Medicine Working Group (1992) e números da publicação *Bandolier* (www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier).

¹³ Não pretendemos aqui uma discussão sobre o termo “paradigma”, mas apontar a sua não pertinência às formulações da Medicina Baseada em Evidências. Muito embora a MBE busque rever o conceito de paradigma e associá-lo as suas propostas, ela na realidade ignora que na base do mesmo encontra-se uma referência a um “modelo cognitivo”, ou um modelo de produção de conhecimento que seja radicalmente alterado de forma a promover uma ruptura entre um “antigo” modo de produzir conhecimento, no contexto das discussões epistemológicas sobre ciência, e um “novo”, de caráter radicalmente diferente.

paradigmas, que podem aferir intuições, experiências clínicas não sistematizadas e raciocínios de causa e efeito” (Drummond e Silva, 1998: 16-17).

Como evidência externa definem Drummond e Silva (1998):

“(…) Em MBE denominamos evidências externas as informações e dados coletados, na literatura médica recente, cuja validade e importância são aferidas por determinados critérios. Estas evidências podem ser distribuídas em gradações (limitadas, preliminares e fortes e, do ponto de vista clínico-epidemiológico, apresentam as seguintes características: 1 - valorizam desfechos clínicos de significância ao paciente e à sociedade; 2 - permitem a definição de graus de evidência científica para as condutas clínicas; 3 - apresentam dados para a análise objetiva do potencial impacto das condutas clínicas” (Drummond e Silva, 1998: 3).

Assim, a MBE interroga e coloca em suspenso tantas certezas extremadas, correntes nos dias de hoje, demandando um exame cuidadoso e comprovação empírica das assertivas atiradas por ambos (ou todos) os lados: os dogmatismos sobre os “malefcios do ovo”, ou sobre as maravilhas das terapias orientais. Três questões básicas, emblematicamente apresentadas na capa de um periódico do grupo¹⁴, sintetizam sua atitude frente ao mundo: “*what do we think? What do we know? What can we prove?*”.

Seria talvez uma ousadia dizer que a proposta da MBE é um pirronismo, um ceticismo revisitado. Mas é uma boa aproximação, capaz de produzir esclarecimento sobre a sua posição diante da organização e apropriação do conhecimento médico contemporâneo.

Retornando, portanto, à perspectiva pirrônica, esta estaria situada na encruzilhada de três problemas centrais, quando do seu estabelecimento (Lessa, 1997: 36): o problema da natureza das coisas, a atitude cognitiva cética diante delas e os resultados de tal atitude (*what do we think, what can we prove, what do we know?*).

O primeiro problema exigiria do observador um maior estoque de informações sobre o objeto em questão ou maior acuidade no exercício da

¹⁴ Muitas das publicações da Medicina Baseada em Evidências são assinadas pelo Evidence-based Medicine Working Group, não valendo a pena citar autores individuais.

percepção. Assim, o foco central no processo de construção do conhecimento não estaria referido às coisas em si, mas às relações entre sujeitos de conhecimento e seus objetos. Para os céticos, o que orienta a conduta é o fenômeno e, segundo Sexto Empírico, o fim último do fenômeno está guiado pelo estabelecimento de um modo de conduta diante da vida, um critério de ação no mundo. O que se concretizaria no chamado “programa de ação pirrônico”: “a ser aplicado sobre as pretensões de conhecimento do mundo orientadas pela percepção dos fenômenos como sinais de domínios não-evidentes” (Lessa, 1997: 44). A esse respeito a MBE tem a dizer:

“Understanding certain rules of evidence is necessary to correctly interpret literature on causation, prognosis, diagnostic tests, and treatment strategy. It follows that clinicians should regularly consult the original literature (and be able to critically appraise the methods and results sections) in solving clinical problems and providing optimal patient care” (Evidence-based Medicine Working Group, 1992: 2.421).

Segundo Lessa (*op. cit.*), uma especificidade do ceticismo é o questionamento da pretensa passagem do nível fenomênico para o do ser não-evidente. O que significa pensar sobre a retomada das relações estabelecidas entre “sujeito” e “objeto a ser conhecido”, de forma a ressignificar essa relação, suspendendo juízos *a priori* (não evidentes) na produção de conhecimento. Assim torna-se necessário na ação pirrônica, assim como no programa de ação da Medicina Baseada em Evidências, partir do mundo fenomênico tal e qual se apresenta ao conhecimento e experiências comuns — parafraseando Lessa, este seria um projeto pós-baconiano.

Assim, “o pirronismo, mais do que uma terapia da onipotência da razão, pode ser representado como uma aposta na vida fenomênica, como condição necessária e suficiente para a ação e a cognição no mundo ordinário” (Lessa, 1997: 41). A distinção fundamental na passagem anterior pode ser traduzida na distinção entre “aparência” e “realidade”, entre as coisas “tal como aparecem à percepção” e as coisas “tal como como são”. E aí o que interessa é como elas aparecem e logo como são evidentes, e não aquilo que remete ao “ser em si”, pois este está localizado fora dos limites do conhecimento humano e portanto se torna não-evidente e indeterminado. São as evidências que importam.

Com isso duas exigências se colocam: uma maior gama de informações sobre o objeto em questão e uma maior atenção à percepção sobre o objeto colocado, como já sugeria Menódoto, em Alexandria. Por outro lado, a *autopsia*, *historia* e *analogia*¹⁵ de hoje não são uma visita anacrônica aos métodos do passado: segundo os envolvidos com a MBE, o trabalho de reforçar evidências hoje é facilitado por:

“a) more and better information, e.g. from the increasing number of well conducted RCTs and systematic reviews; b) the better organisation of information and new insights that derive from the evolving science of systematic review” (Hicks, 1997).

A partir da atitude de exame frente ao mundo, os teóricos da MBE encaminham um programa de ação, que se desenvolve em quatro fases: **ver**, **questionar**, **julgar** e **agir**. O conjunto processo-produto da MBE é constituído por dois elementos básicos:

*“(...) o **exercício de avaliação clínica**, o qual é um aspecto central e pragmático, originado de determinada realidade com que se defronta o médico e não um elemento acadêmico ou tangencial de otimização terapêutica, e a **integração e a aplicação** das evidências externas àquela realidade original”* (Drummond e Silva, 1998: 11 - grifos nossos).

Se pudéssemos ousar uma primeira aproximação entre a filosofia cética e a MBE, caberia rever o “programa de ação pirrônico”, ou seja, sua vinculação a uma filosofia prática, e um protocolo em MBE, fundado em quatro passos: definição de uma pergunta específica; busca na literatura; avaliação da evidência e ação baseada na avaliação da evidência externa.

A ação da MBE estaria dirigida à otimização da tomada de decisão clínica, da conduta do médico. A partir daí surge a necessidade de selecionar, nas melhores e mais relevantes fontes de estudos médicos científicos, as respostas para dúvidas específicas, agindo de acordo com as mesmas. Na MBE a informação sistematizada e de qualidade ganha lugar central, assim como estar atento tanto à validade da evidência — segundo padrões experimentais e clínico-epidemiológicos — quanto à avaliação da importância clínica da evidência. Assim:

¹⁵ Ver Conche (1993a).

“Para a evidência externa poder influenciar a prática médica, não basta ela ser válida (grande probabilidade de os resultados relatados serem corretos), ela precisa também ser importante, isto é, trazer um benefício significativo para um número significativo de pacientes” (Nadanovsky, 1999: 19).

Não só o domínio da vida formal e racionalizada, representado pela discussão científica retratada nas pesquisas e na sua publicização através da literatura da área, interessa à MBE. Surpreendentemente, a aposta no rigor das evidências está associada à vida ordinária, aquilo que o senso comum apropria do conhecimento técnico (por exemplo, nos temas da transmissão e do contágio, e o medo a eles associados) e o que cientificamente poderia ser investigado, a fim de ser confirmado ou recusado. Aquilo que a “vida ordinária” faz chegar no discurso dos pacientes a MBE também considera como fenômeno a ser levado em consideração no rol das preferências e recursos do paciente:

“There are many factors as other than results of randomised controlled trials that may weigh heavily on both clinical and policy decisions (for instance, patient preferences and resources” (Hicks, 1997: 6).

O segundo problema articula-se ao anterior e refere-se à atitude a ser tomada diante da natureza das coisas, caracterizada como indeterminável. Os juízos acerca da natureza das coisas exigem proposições sobre coisas não-evidentes e como tais não são nem falsas, nem verdadeiras, logo deixam de ser um “objeto digno de preocupação cognitiva e critério de conduta na vida prática” (Lessa, 1997: 41). Desse modo, a MBE não discute a proveniência, muito menos a cientificidade, de certas práticas: testa procedimentos diagnósticos como iridologia e homeopatia, terapêuticas como *ginko biloba* ou outras plantas. Mesmo assertivas tradicionais consideradas como supersticiosas merecem ser postas à prova, como o experimento realizado para testar se é possível o contágio de gonorréia através dos tampos de toaletes públicos¹⁶.

¹⁶ É de se notar que os testes foram positivos para a eficácia do *ginko biloba*, desconhecido em detalhes para a farmacologia de bases científicas; concluíram também que é extremamente difícil, mas não de todo impossível, a transmissão da gonorréia nas condições testadas (Bandolier 40, 1997).

Igualmente, a fisiopatologia é desentronizada do seu papel de grande elemento científico na medicina: submete-se, como visto acima, também à aferição de evidências de sua veracidade ou utilidade.

O terceiro problema representa o ponto de chegada desse trajeto, que nada mais é do que a tranquilidade ou ausência de perturbações diante da irrupção da atividade dogmática e a aceitação da vida ordinária, incluindo uma suspensão do juízo, propondo-se “sisificamente” a investigar a verdade e não a afirmá-la (Lessa, 1997: 46). Isso porque enquanto os dogmáticos pretendem abolir os dilemas da vida ordinária, os céticos os aceitam como componentes impossíveis de ser abolidos. Segundo aponta Lessa (*idem*: 43), “a pretensão de curar-se da vida ordinária constitui, em si mesma, um sintoma de patologia da razão”.

A título de ilustração, assim terminam os editores de *Bandolier* por fazer sua profissão de ceticismo e, simultaneamente, de *ataraxia*: após dizerem que têm uma “descrença celta em filósofos”, apresentam uma série de ponderações “para meditação durante o banho”:

“Never feel absolutely certain of anything. Have little respect for the authority of others, for there are always contraries authorities to be found. Do not feel envious of the happiness and contentment of those who live in a fool’s paradise for only a fool will think it is paradise”
(*Bandolier* 40, 1997).

Os objetivos da MBE, no entanto, estão longe de se constituírem apenas como críticas jocosas às tradições científicistas e autoritárias tão encontradas na medicina de hoje. São, na verdade, objetivos éticos ligados ao exercício cotidiano da prática médica, que, face ao dever moral, o valor da ciência é diminuído. Drummond e Silva (1998) apontam, nesse sentido, pelo menos seis objetivos para a MBE, relacionados a: avaliação da literatura médica; redução da margem de erro; sistematização da educação contínua; redução do autoritarismo no ensino e na prática médica; racionalização dos custos e humanização da relação médico-paciente. Tais objetivos acarretam, por sua vez, reações que a MBE enfrenta principalmente no nicho referente ao padrão de ciência. Ao abordar as questões referidas ao eixo assistencial, a MBE vai de encontro à prática médica e à iatrogênese que esta opera no nível social e simbólico. Afirma que dentre esses mecanismos iatrogênicos se encontram os custos elevados e a medicalização da saúde, que têm na alta tecnologia e no regime hospitalocêntrico alguns dos seus determinantes.

“(…) a MBE pode diminuir a margem de erro da assistência e analisar a equação gastos / benefícios, reduzindo assim os respectivos custos (...) por meio de maior acurácia diagnóstica e melhor eficácia terapêutica, promovidas por seus próprios instrumentos de pesquisa e por seus critérios de avaliação das informações disponíveis” (Drummond e Silva, 1998: 6).

A citação anterior evoca aquilo que termina por ser recorrente na história da medicina — o fato de o clássico embate entre empirismo e dogmatismo estar referido sempre a uma perspectiva de combate entre o pragmatismo ético e uma perspectiva fátua de conhecimento abstrato e acadêmico (Coulter, 1973).

A Título de Considerações Finais: Seria de Fato a Medicina Baseada em Evidências um “Novo Paradigma”?

Após a discussão anterior, podemos contrapor ao menos dois argumentos — um de cunho epistemológico e outro de cunho histórico — para rever esse autodenominado caráter inovador. Nossa intenção foi buscar na história, através de uma digressão entre as tradições céticas gregas em filosofia (Pirro, Sexto Empírico e a Escola Cética em Medicina) e as tradições terapêuticas em medicina (Herófilo, Erasístrato, Menódoto, Galeno, Paracelso, Pinel, Laennec, Bichat, Charles Pierre Louis), uma cartografia que permitisse ao leitor exercitar a curiosidade sobre os autodenominados “novos problemas, novos objetos, novos paradigmas” em medicina. Como a medicina é nosso território de interesse, voltamo-nos para a Medicina Baseada em Evidências como um “caso a ser estudado”.

O caráter de caso nos permite um mergulho no particular para, se possível, lançar interrogações sobre o geral. Talvez o espectro geral seja exatamente confirmar aquilo que é o pressuposto de origem da tradição científica inaugurada pela modernidade: a necessidade de reafirmar que a construção do conhecimento se dá através das “originalidades, das descobertas” — ou seja, das novidades. Para tanto, a ciência moderna funciona através das antinomias, dentre as quais emerge aquela que para nós é central: “novos paradigmas” x “velhos paradigmas”. Mais do que simplesmente naturalizar tal fato, é preciso agora voltar-se para a própria tradição científica e interrogá-la sobre essa urgência das rupturas, revoluções e transformações radicais. Tais unilateralizações poderosas, como nos informa

Habermas (1989), produzem grandes problemas de mediação que alcançam o plano das práticas cotidianas.

A linha metodológica mestra deste texto — a utilização da digressão sócio-histórica — nos permite buscar os reconhecimentos temáticos, as metamorfoses e *aggiornamentos* que parecem funcionar na base da história da medicina e quiçá na história das ciências. Com isso queremos dizer que os debates no momento médico atual parecem reatualizar as antinomias entre empirismo e racionalismo, ceticismo e dogmatismo, observação e superstição / magia que nunca deixaram de atuar no processo de formação da medicina científica.

Se alguma “criatividade” (e atentem ao termo, não estamos ocupadas de um “novo paradigma”) há no debate iluminado pela MBE, talvez este esteja referido ao eixo da ética das ações médicas. Ou seja, ao nicho da **prática médica** e não ao contexto das teorias de base, modelos cognitivos. E aí vale a pena ressaltar a preocupação traduzida na possibilidade de colocar em suspenso as “certezas absolutas” da própria pesquisa em medicina e as crenças da vida ordinária — com isso abrem-se as janelas a outras perguntas, a outras influências e interrogações.

Nesse sentido o centro das preocupações se refere ao paciente e ao que ele pode traduzir nas relações entre ele e seu médico. E como frisa Camargo Jr. (1998), acerca do debate entre a prática médica e seu valor científico, os modelos científicos auxiliam em certos momentos no encaminhamento de certos casos e de suas possíveis intervenções, selecionando alternativas terapêuticas ou diagnósticas, mas:

“(...) os resultados da intervenção dependem fundamentalmente da habilidade pessoal do médico, e a necessidade dessa intervenção, por sua vez, se inscreve na ordem da ética, não da ciência. Se é que deve haver alguma subordinação, é da segunda [ciência] à primeira, e não o contrário” (Camargo, 1998: 12).

Os avanços tecnológicos e as descobertas terapêuticas que caminham avassaladoramente no campo da ciência médica — como no caso exemplar das pesquisas sobre a AIDS — contemporaneamente, no cotidiano dos serviços de saúde, impactam pelo abismo existente entre o que avança a passos largos no contexto das descobertas científicas e tudo aquilo (que muitas vezes é percebido como algo que excede) que diz respeito aos valores, significados e interpretações dessas terapêuticas na “vivência ordinária

ria” dos pacientes soropositivos e suas famílias. Questões como essas urgem ser incorporadas ao repertório de pensamento e de procedimento terapêutico em medicina, sob a pena de nos vermos “ensimesmados” no esoterismo da comunidade científica. O que aconteceria se o planejamento dos serviços de saúde fosse realmente visto sob a ótica do paciente, de seu discurso, de sua narrativa?

Ao invés de preocupações epistemológicas — acerca de paradigmas e novos modelos —, talvez o mais central postulado da Medicina Baseada em Evidências esteja referido ao conjunto de críticas a um certo modo de atuar em medicina. E nesse momento importa contextualizar o seguinte: a Medicina Baseada em Evidências funciona frente à comunidade médica enquanto **um grupo de pesquisas** que, ainda que seja liderado por David Sackett, tem como prática apresentar-se em seus artigos de divulgação dessa maneira. Ao chamarmos a atenção para tal fato, queremos dizer que uma das características daquilo que Kuhn (1994) define como paradigma, bem de acordo com a tradição bachelardiana (da ciência que avança pelas rupturas, cortes e revoluções), é de que esse *status* é adquirido quando ele assim se apresenta como **mais bem-sucedido** que “seus competidores na resolução de alguns problemas que o grupo de cientistas reconhece como graves” (Kuhn, 1994: 44).

O autor refere uma relação de reconhecimento e atribuição de *status* público ao grupo de cientistas que pratica determinada ciência e não a “um grupo”. Ou seja, a mudança de um paradigma inviabiliza a persistência do padrão anterior e implica um novo consenso da comunidade. Claro está que os problemas, críticas e crises que a Medicina Baseada em Evidências aponta como sendo dilemas para a medicina em geral fazem sentido. No entanto não podemos reconhecer uma unanimidade em termos de reconhecimento dessas críticas, nem muito menos de uma “novidade” temática na maneira de abordar esses problemas. Ao menos por enquanto a Medicina Baseada em Evidências pode ser encarada pelo conjunto da corporação como um “modismo passageiro”.

A Medicina Baseada em Evidências busca tratar problemas colocados por si própria com a estratégia cética, reafirmando a necessidade de suspensão permanente das soluções aprioristicamente dadas, partindo do reconhecimento das mesmas, operando e colocando em comunicação as literaturas existentes (daí a importância da informática biomédica), lançando sobre as pesquisas uma meta-análise (ou seja, interrogam o próprio instrumento que produz ciência, as pesquisas, fazendo a “pesquisa da pesquisa” e não somen-

te o objeto-doença). Com isso olham para o conjunto de estratégias utilizadas para operar com o conhecimento médico, quase que numa tarefa “epistemológica” que tem como fim último, claro, a terapêutica médica.

Quando nos referimos à tradição cética e buscamos retomá-la historicamente, nossa direção apontou para um ceticismo que não se identifica com descrença, mas com uma terapia contra o dogmatismo. O ceticismo terapêutico se vincula à possibilidade de interrogar as certezas absolutas, e por vezes absurdas, às reações impenetráveis de tradições que não se permite colocar em questão.

Se ao menos este texto possibilitar uma relação dialógica entre autoras e leitores, oscilando entre as nuances acadêmicas e o bom humor “ordinário”, poderemos nos dar por satisfeitas.

Referências Bibliográficas

- ACKERKNECHT, E. *A history of therapeutics*. Nova York: Hafner Press, 1973.
- ANNAS, J.; BARNES, J. *The modes of scepticism: ancient texts and modern interpretations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- AUROUX, S. Scepticisme. Les notions philosophiques. In: JACOB, A. *Encyclopédie Philosophique Universelle*. Paris: PUF, 1992.
- AZIZA-SHUSTER, E. *Le médecin de soi-même*. Paris: P.U.F., 1972.
- BANDOLIER 18. *Evidence-based Health Care*. v. 2, issue 8, August 1995.
- BANDOLIER 24. *Evidence-based Health Care*. v. 3, issue 2, February 1996.
- BANDOLIER 40. *Evidence-based Health Care*. v. 4, issue 6, June 1997.
- BURNHAM. How the concept of profession evolved in the work of historians of medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 70, n. 1, p. 1-24, 1996.
- CAMARGO Jr., K. R. Concepções de ciência entre os médicos. Conseqüências de uma epistemologia *naïve*. CONGRESSO De CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE COLETIVA, 2, 1999, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ABRASCO, 1999.
- CAMARGO Jr., K. R. Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 170).
- CASTEL, R. *O psicanalismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CONCHE, M. Menodote. In: HUISMAN, D. *Dictionnaire des Philosophes: les oeuvres philosophiques*, v. 1. Paris: PUF, 1993a.
- CONCHE, M. Pyrrhon. In: HUISMAN, D. *Dictionnaire des Philosophes: les oeuvres philosophiques*, v. 1. Paris: PUF, 1993b.

- CONCHE, M. Sextus Empiricus. In: HUISMAN, D. *Dictionnaire des Philosophes: les oeuvres philosophiques*, v. 1. Paris: PUF, 1993c.
- COULTER, H. L. *Divided legacy: the conflict between homoeopathy and the American Medical Association*. Richmond: North Atlantic Books, 1973.
- DRUMMOND, J. P.; SILVA, E. *Medicina Baseada em Evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico*. São Paulo: Atheneu, 1998.
- EVIDENCE-BASED WORKING GROUP. *Evidence-based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine*. JAMA, v. 268, n. 17, November 4, 1992.
- HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- HICKS, N. Evidence-Based Health Care. In: *Bandolier 39: Evidence-based Health Care*, v. 4, issue 5, May 1997.
- KUDLIËN, F. Medicina helenística: y helenístico-romana. In: LAIN, E. *Historia Universal de la Medicina*, v. 2. Barcelona: Salvat, 1976. p. 153-199.
- KUHN. *A estrutura das revoluções científicas*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1994.
- LESSA, R. *Veneno pirrônico: ensaios sobre o ceticismo*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.
- LORAUX, N. Elogio do anacronismo. In: NOVAES, A, (org.). *Tempo e História*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- MATTÉI, J.-F. Montaigne. *Les oeuvres philosophiques* In: JACOB, A. *Encyclopédie Philosophique Universelle*, v. 3. Paris: PUF, 1992.
- MATTÉI, J.-F. Pyrrhon. *Les oeuvres philosophiques* In: JACOB, A. *Encyclopédie Philosophique Universelle*, v. 3. Paris: PUF, 1992.
- MATTÉI, J.-F. Sextus. *Les oeuvres philosophiques* In: JACOB, A. *Encyclopédie Philosophique Universelle*, v. 3. Paris: PUF, 1992.
- NADANOVSKY, P. *Epidemiologia aplicada à clínica: um enfoque científico do uso da informação - Medicina Baseada em Evidência*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, IMS, 1999 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 185).
- NUSSBAUM, M. Skeptic purgatives: therapeutic arguments in ancient skepticism. *Journal of the History of Philosophy*, v. XXIX, n. 4, October 1991.
- ROBIN, L. *Pyrrhon e le scepticisme grec*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- SAYD, J. D. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EdUERJ/IMS, 1998.
- SOURNIA, J. C. *Histoire de la médecine*. Paris: Éditions de la Découverte, 1992.