

Um encontro clínico entre diabetes e filosofia
A CLINICAL ENCOUNTER BETWEEN DIABETES AND PHILOSOPHY

*Maria Stella Holzwarth Nunes**

*Viviane Cristina Cândido***

RESUMO

Neste artigo, a interdisciplinaridade entre medicina e filosofia se apresenta na reflexão acerca do acompanhamento de pacientes com diabetes, uma doença crônica que exige um novo posicionamento perante a vida por parte dos pacientes, suas famílias e dos profissionais de saúde que os acompanham. A educação em saúde, pautada na experiência, nas narrativas destas experiências pelos envolvidos e que considere uma filosofia da saúde, pode oferecer aos profissionais repertório para lidarem com as suas próprias angústias; prepará-los para o diálogo, ampliando a percepção do outro e fortalecê-los no manejo das técnicas ao aproximá-los dos pacientes e de seu sofrimento. Pretende-se articular um diálogo entre os saberes da filosofia e da medicina, considerando o diagnóstico de diabetes segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, mediado pelo pensamento de Hans Jonas e Jacqueline Lagrée, filósofos que dialogam com a saúde em suas experiências e reflexões.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina; Diabetes; Filosofia da saúde; Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

In this article, we highlight the interdisciplinary between medicine and philosophy in reference to monitoring patients who have diabetes, a chronic disease which demands a new approach to life on the part of patients, their families and the health professionals who are following up on their cases. The study of health, based on experience, and the experience narratives of those who are involved, when includes health philosophy, may offer professionals a repertoire to deal with their own anguishes; preparing them for dialogue, broadening the perception of the other, and strengthening them whenever handling the techniques that will approach doctors, their patients, and their suffering. We aim at articulating a dialogue between the knowledge of philosophy and medicine, considering the diagnostic of diabetes in accordance with the norms of the Brazilian Society of Diabetes, mediated by the knowledge of Hans Jonas and Jacqueline Lagrée, philosophers who exchange ideas with health, based on their experiences and reflections.

KEYWORDS: Medicine, Diabetes, Health Philosophy; Interdisciplinarity.

* Graduada em medicina. Especialização em filosofia. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Filosofia da Saúde – UNIFESP/CNPq. Médica do Hospital do Servidor Público Estado de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil; mstellahn@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-0316-4081>

** Doutora em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestrada em Educação, graduada em Filosofia e Pedagogia. Docente adjunto e pesquisadora em Filosofia da Saúde – Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – EPM/UNIFESP. Coordenadora do Grupo de Estudos de Filosofia da Saúde UNIFESP / CNPq, São Paulo, Brasil. candido.viviane@unifesp.br <https://orcid.org/0000-0002-4164-0245>

Introdução

Definitivamente, vivemos tempos difíceis! Para além do contexto pandêmico que nos assola, nós, seres humanos, seguimos marcados pelo nosso desejo e nossas ações no sentido de ocuparmos o centro, mantermos nossa posição de destaque em relação aos outros, à natureza, ao planeta. Em nome desse lugar temos buscado saberes, tecnologias e temos esquecido – e mesmo nos empenhado em superar – aquelas características que possam nos recordar de que não somos seres para sempre.

Num horizonte assim e numa vida cotidiana que se organiza para esse fim, é natural que não se pense na morte, há tantas e tantas formas de evitá-la; que não se pense em doenças, pois serão superadas e, ainda, que a saúde seja um propósito a ser atingido a qualquer custo, uma vez que foi idealizada.

Todavia, chega sempre o momento em que somos confrontados com a doença e, como temos uma visão idealizada acerca de nós mesmos, a parte mais difícil da doença é a aceitação. E isso não ocorre somente por parte dos pacientes, mas também por parte dos profissionais de saúde que, igualmente, idealizam a vida e a saúde. Igualmente, há um certo consenso na compreensão de que aquele que está doente, está retirado da vida “normal” para sempre, justamente porque difere daquilo que se concebeu acerca da vida e da saúde.

No entanto, adoecer faz parte da vida, tanto quanto morrer. Mas nem sempre morremos porque ficamos doentes, há caminhos para a superação desse estado e há caminhos para a convivência e a busca de uma

qualidade de vida, ainda que estejamos doentes. E que bom que assim é, afinal, as doenças que mais afetam a população global nesse momento, além da Covid-19, são as chamadas doenças crônicas.

Entre as doenças classificadas como crônicas temos o diabetes. Acerca daqueles que são acometidos por essa doença é comum afirmar que não aceitam o fato de estarem doentes e, por conseguinte, a maior dificuldade diz respeito à sua adesão ao tratamento. Lembremos que todos temos uma visão idealizada da saúde e uma recusa intrínseca ao processo de adoecer, principalmente se vislumbramos que esse processo pode culminar na morte – finitude – a qual todos tememos.

Nesse cenário, do ponto de vista do paciente, diante do diagnóstico de diabetes, por exemplo, são vividas emoções e acontecem transformações que alteram para sempre a percepção que a pessoa tem de seu ser e estar no mundo e de suas relações. Um processo tão significativo na vida daquele que se tornará nosso paciente exige uma nova postura daquele que será o responsável por ajudá-lo a retomar a sua vida, ainda que com um diagnóstico de diabetes. Para tanto, há a necessidade de preparação desse profissional da saúde para esse encontro com o seu paciente e sua realidade.

Dessa forma, entendemos que, por exemplo, o conhecimento científico precisa ser abstraído de um texto humanizado, enriquecido por conceitos filosóficos, por uma reflexão bioética, despertando os estudantes de medicina em particular e dos cursos em saúde, em geral, para novas possibilidades de experiência, no sentido mais amplo, que envolva as emoções e afetos dos profissionais e de seus pacientes.

A formação humanística não está garantida somente por estar presente na grade curricular. Ela precisa estar presente nos textos científicos da área básica, apresentadas aos estudantes desde o início destes cursos. Estes textos seriam escritos de forma interdisciplinar e, até mesmo, multidisciplinar envolvendo os professores dos cursos de medicina e outros cursos da saúde, história, bioética, psicologia, filosofia e outros. Pensamos que textos e ações interdisciplinares na formação viria a se configurar num modelo para a futura prática profissional, tanto dos profissionais da saúde como daqueles que atuam com as humanidades em saúde que, por sua vez, precisam abrir-se para a especificidade das ciências e das práticas em saúde.

Neste artigo, pretendemos apresentar um texto em que a interdisciplinaridade se faça presente. Vivemos em tempos de saberes fragmentados e o exagero das especializações nos conduz para uma situação patológica. A educação de um profissional de saúde pautada na experiência e nas narrativas que dela advém, assim como um encontro com a filosofia, pode contribuir para a educação de profissionais com capacidade de solucionar problemas, mas não somente isso, pode oferecer-lhes repertório para auxiliar no suporte ao sofrimento de seus pacientes, assim como para lidarem melhor com as suas próprias angústias.

Pretendemos incentivar o diálogo entre os saberes da filosofia e medicina, ao apresentar o pensamento de dois filósofos: Hans Jonas (1903-1993), que propôs uma biologia filosófica (2004), dedicou-se à bioética e entendeu a *arte médica* como o lugar de aplicação de seu *princípio*

*responsabilidade*¹ (2006; 2013); um pensador em que a interdisciplinaridade se fez presente em sua vida e em seus estudos e Jacqueline Lagrée (1947), filósofa e bioeticista, atualmente dedicando-se aos cuidados paliativos, membro do Comitê de Ética do Hospital Universitário de Rennes desde 1985 e do Comitê de Ética da Agência de Saúde Pública da França² que, igualmente, mantém um generoso diálogo interdisciplinar com a saúde considerando a filosofia (2002).

1. Diagnóstico de diabetes mellitus: nada será como antes...

O diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de portadores de DM mundialmente.

A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia. Os fatores causais dos principais tipos de

¹ O princípio *responsabilidade* é o nome do livro em que Jonas apresenta a responsabilidade como princípio norteador para uma nova ética que faça frente aos avanços da civilização tecnológica.

² Em 2018, nós, do Grupo de Estudos em Filosofia da Saúde, conhecemos Jacqueline Lagrée por meio de seu livro *O médico, o doente e o filósofo*, publicado em 2002 pela Gráfica de Coimbra. Em 2021, tivemos a grata oportunidade de recebê-la como conferencista da I Jornada Internacional de Filosofia e Medicina: um diálogo transdisciplinar na educação em saúde. O texto base de sua conferência foi publicado na primeira parte deste Dossiê *Filosofia e Saúde*, disponível em: [<https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica>]. Acesso em: 28 Out. 2021.

DM – genéticos, biológicos e ambientais – ainda não são completamente conhecidos.

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Estima-se que mais de 88 mil brasileiros tenham DM1 e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência de DM1 no mundo, segundo a *International Diabetes Federation*. Embora a prevalência de DM1 esteja aumentando, corresponde a apenas 5 a 10% de todos os casos de DM. É mais frequentemente diagnosticado em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afetando igualmente homens e mulheres. Subdivide-se em DM tipo 1A e DM tipo 1B, a depender da presença ou da ausência laboratorial de auto-anticorpos circulantes, respectivamente.

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental. Geralmente, o DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, embora se descreva, em alguns países, aumento na sua incidência em crianças e jovens. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco. O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem concomitantemente com hiperglucagonemia, resistência dos tecidos periféricos

à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e consequente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula β pancreática. Sua fisiopatologia, diferentemente dos marcadores presentes no DM1, não apresenta indicadores específicos da doença. Em pelo menos 80 a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica. Na maioria das vezes, a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período, sendo o diagnóstico realizado por dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas. Com menor frequência, indivíduos com DM2 apresentam sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento inexplicado). Raramente a cetoacidose diabética consiste na manifestação inicial do DM2.¹²

Quadro 1. Classificação etiológica do Diabetes

	Tipos de diabetes
1	DM tipo 1: - Tipo 1A: deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; - Tipo 1B: deficiência de insulina de natureza idiopática.
2	DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina
3	DM gestacional: hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio
4	Outros tipos de DM:
	- Monogênicos (MODY); - Diabetes neonatal; - Secundário a endocrinopatias; - Secundário a doenças do pâncreas exócrino; - Secundário a infecções; - Secundário a medicamentos

DM: diabetes mellitus; MODY: maturity-onset diabetes of the young. Adaptado de American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2019;42(Suppl 1):S1-193.

Na história natural do DM, alterações fisiopatológicas precedem em muitos anos o diagnóstico da doença. A condição na qual os valores glicêmicos estão acima dos valores de referência, mas ainda abaixo dos valores diagnósticos de DM, denomina-se pré-diabetes.

A resistência à insulina já está presente e, na ausência de medidas de combate aos fatores de risco modificáveis, ela evolui frequentemente para a doença clinicamente manifesta e associa-se ao risco aumentado de doença cardiovascular e complicações. Na maioria dos casos de pré-diabetes ou diabetes, a condição é assintomática e o diagnóstico é feito com base em exames laboratoriais.

Quadro 2 - As categorias de tolerância à glicose são definidas com base nos seguintes exames:

Exame	Procedimento	
Glicemia em jejum	coletada em sangue periférico após jejum calórico de no mínimo 8 horas	
TOTG	previamente à ingestão de 75 g de glicose dissolvida em água, coleta-se uma amostra de sangue em jejum para determinação da glicemia; coleta-se outra, então, após 2 horas da sobrecarga oral. Importante reforçar que a dieta deve ser a habitual e sem restrição de carboidratos pelo menos nos 3 dias anteriores à realização do teste.	Permite avaliação da glicemia após sobrecarga, que pode ser a única alteração detectável no início do DM, refletindo a perda de primeira fase da secreção de insulina;
Hemoglobina glicada (HbA1c)	a determinação da HbA1c deve ocorrer pelo método padronizado no Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) e certificado pelo National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) (disponível em: http://www.ngsp.org/certified.asp)	oferece vantagens ao refletir níveis glicêmicos dos últimos 3 a 4 meses e ao sofrer menor variabilidade dia a dia e independe do estado de jejum para sua determinação. Vale reforçar que se trata de medida indireta da glicemia, que sofre interferência de algumas situações, como anemias, hemoglobinopatias e uremia, nas quais é preferível diagnosticar o estado de tolerância à glicose com base na dosagem glicêmica direta. Outros fatores, como idade e etnia, também podem interferir no resultado da HbA1c

Classificação e diagnóstico do diabetes mellitus. Adaptado de American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2019;42(Suppl 1):S1-193.

A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia.

Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória ≥ 200 mg/dl. Os valores de normalidade para os respectivos exames, bem como os critérios diagnósticos para pré-diabetes e DM mais aceitos e adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), encontram-se descritos no quadro abaixo:

Quadro 3- Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM(American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes), adotados pela SBD

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso (mg/dL)	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/ dL para normalidade da glicose em jejum
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200#	-	≥ 5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de teste

* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.
Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM(American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes), adotados pela SBD
Adaptado de American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2019;42(Suppl 1):S1-193.

As categorias de pré-diabetes, além de conferirem risco aumentado para desenvolvimento de DM, também estão associadas a maior risco de doença cardiovascular e complicações crônicas.³ Os critérios diagnósticos para DM1 são semelhantes aos utilizados no DM2. No primeiro caso, porém, comumente a sintomatologia já chama muito mais a atenção do clínico do que no segundo caso.

No que concerne ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG), embora não exista consenso sobre a melhor estratégia de rastrea-

mento e diagnóstico, as recomendações mais aceitas internacionalmente, propostas por várias sociedades científicas, inclusive pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), estão resumidas no Quadro 4.

No primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta de pré-natal, sugere-se investigar DM preexistente por meio dos exames habituais. Gestantes com diagnóstico de DM no primeiro trimestre da gestação (critérios diagnósticos de DM em não gestantes) devem ser consideradas tendo DM preexistente; elas apresentam maior risco de malformações fetais e outras complicações gestacionais e neonatais. Vale ressaltar que o valor de corte da glicemia em jejum durante a gestação difere do considerado normal para não gestantes, sendo < 92 mg/dL em qualquer fase da gestação.

Valores entre 92 e 126 mg/dL são diagnósticos de DMG em qualquer fase da gestação. Sugere-se que toda mulher sem diagnóstico reconhecido de DM francamente manifesto ou DMG seja submetida a TOTG com 75 g de glicose após jejum calórico mínimo de 8 horas, entre 24 e 28 semanas de gestação, sendo o diagnóstico de diabetes gestacional estabelecido quando no mínimo um dos valores a seguir encontrar-se alterado:

- Glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL;
- Glicemia 1 hora após sobrecarga ≥ 180 mg/dL;
- Glicemia 2 horas após sobrecarga ≥ 153 mg/dL.

Quadro 4 - Recomendações para rastreamento e diagnóstico de DMG e DM franco na gestação de acordo com a International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) e a OMS,3,23,25 também adotadas pela SBD.

Na primeira consulta de pré-natal, recomenda-se avaliar as mulheres quanto à presença de DM prévio, não diagnosticado e francamente manifesto. O diagnóstico de DM será feito se um dos testes a seguir apresentar-se alterado: <ul style="list-style-type: none">• Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL;• Glicemia 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL;*• HbA1c $\geq 6,5\%$;• Glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL na presença de sintomas; Confirmação será feita pela repetição dos exames alterados, na ausência de sintomas.
Sugere-se que seja feita dosagem de glicemia de jejum em todas as mulheres na primeira consulta de pré-natal.
Mulheres sem diagnóstico de DM, mas com glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL, devem receber diagnóstico de DMG.
Toda mulher com glicemia de jejum < 92 mg/dL inicial deve ser submetida a teste de sobrecarga oral com 75 g de glicose anidra entre 24 e 28 semanas de gestação, sendo o diagnóstico de diabetes gestacional estabelecido quando no mínimo um dos valores a seguir encontrar-se alterado: <ul style="list-style-type: none">• Glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL;• Glicemia 1 hora após sobrecarga ≥ 180 mg/dL;• Glicemia 2 horas após sobrecarga ≥ 153 mg/dL.

DM: diabetes mellitus; DMG: diabetes mellitus gestacional. * Critério adotado pela OMS. # Critério adotado pela IADPSG. Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM(American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes), adotados pela SBD

Tecnicamente, o diagnóstico de diabetes mellitus não é difícil, se nosso paciente apresenta duas glicemias acima 126 mg/dl, em momentos diferentes, realizamos o diagnóstico de diabetes. No entanto, a medicina é conhecimento técnico e comunicação que deve estar a serviço do outro, nosso paciente. Todo conhecimento técnico esvaziado de sentido, de afeto e desejo se transforma em uma narrativa vazia de sentido para aquele que demanda nossos cuidados e, conseqüentemente, a adesão e compreensão do tratamento oferecido. O dialogo entre a filosofia da saúde e a medicina é importante pois, encontramos neste caminho possibilidades de auxílio na compreensão do viver com a doença crônica, sobre o processo de adoecimento e as formas possíveis de focar nas soluções dos problemas que

irão surgindo ao longo desses encontros clínicos. Os diálogos realizados, diariamente, durante as consultas também se tornam responsáveis pela nossa visão de mundo, do outro e se transformam em afetos vivenciados. Pensamos que para nós, profissionais de saúde, a filosofia pode re-apresentar um cuidado de si tão muitas vezes negligenciado nas escolas de medicina e nos ambientes de trabalho.

Uma vez, em um encontro clínico, a paciente, ao iniciar o atendimento, apenas chorou e relatou que o cardiologista havia afirmado que, devido ao seu quadro de diabetes, hipertensão e obesidade, ela poderia morrer a qualquer instante, em casa, no supermercado, andando na rua... Ela seria uma bomba relógio! Naquele momento, após auxiliar a paciente a compreender sobre os riscos que realmente existem na relação entre essas doenças e confiar no seu tratamento, a paciente se acalmou. Entretanto, comecei a refletir sobre a qualidade de vida deste profissional de saúde, quais seriam os atravessamentos aos quais ele estava submetido, em seu desalento transformado em irritação, descaso e arrogância.

Como estaria o seu cuidado de si? Quem se pré ocuparia com isso? Como esse profissional se sentiria ao oferecer um atendimento como este? Como estaria sua vida e suas relações extrapoladas para fora do consultório? Como ele compreenderia as transformações que o diagnóstico de uma doença crônica afetaria a vida de seu paciente e de suas relações? Quando um paciente compreende nossas colocações e confia em nossas propostas de tratamento, sentimos que nosso trabalho se realizou, entretanto, também temos que aprender a lidar com frustrações que surgem, pois nessa relação dialógica o tratamento não depende somente de

nós, médicos, mas também da visão do paciente em relação a sua doença. A filosofia vem iluminar nossa jornada na medicina, na medida em que nos propõe refletir acerca do fenômeno do adoecimento, sobre as relações na prática clínica e também sobre o cuidado de si. Considerando este cenário em que, de um lado, a pessoa se vê diante de algo – o diabetes – que lhe impõe e exige uma série de mudanças na sua forma de viver, posto que *nada será como antes*, e, de outro, os profissionais da saúde se veem diante de um quadro que lhes parece fora do seu alcance, a seguir, considerando uma filosofia da saúde, queremos refletir como tornar possível a pacientes e profissionais da saúde superar a compreensão da perda da vida para a compreensão de que se trata de uma mudança que, por sua vez, exige uma adaptação mas, em todo caso, é vida. São vidas que se cruzam e que podem ser amparadas por uma filosofia da saúde em diálogo com a medicina.

2. A arte da cura: aprendendo a valorizar o agora...

O filósofo Hans Jonas (1903-1993), afirma que “A medicina é uma ciência; a profissão médica é o exercício de uma arte baseada nela”. Ambas têm objetivos distintos pois, enquanto o objetivo da ciência é descobrir algo e a verdade sobre algo podendo, assim, deter-se em si mesma - conhecimento; o objetivo de uma habilidade, uma *téchne*, encontra-se fora dela, de forma que a arte médica possui visivelmente uma particularidade. (Jonas, 2013, p. 155).

O nome *arte da cura* salienta que “o curar não é a produção de uma coisa, mas o restabelecimento de um estado, e o próprio estado, ainda que se aplique arte a ele, não é um estado artificial, mais precisamente o estado natural ou tão próximo a ele quanto possível.” De tal forma que a relação da arte médica com o seu objeto é única entre as artes. Uma característica essencial dessa arte, segundo Jonas é que o médico precisa ter em conta que a matéria sobre a qual exerce sua arte é em si mesma o fim último “O paciente, seu organismo mais precisamente, é o alfa e o ômega na estrutura-alvo do tratamento. (JONAS, 2013, p.155-156).

Importante ainda considerar o que se entende por saúde e doença. Para a filósofa e bioeticista Jacqueline Lagrée (1947) ter saúde é “quando a minha relação imediata com o meu corpo constitui uma evidência não questionada, quando sou um comigo próprio”, enquanto o termo doença é polissêmico, de tal modo que nunca deveríamos falar em doença no singular, mas sempre em doenças e doentes no plural (2002, p.128-129).

Lagrée assume como compromisso para si que, seu estudo, tentará “deixar ver o doente por trás da doença com a qual muitas vezes o identificamos demasiado apressadamente e lembrando-me de que uma doença é sempre um processo evolutivo, como a própria vida”, asseverando que as doenças que tomará em conta não são aquelas benignas que afetam o ser de forma passageira e superficial, “mas antes as doenças longas, perturbadoras, que põem em causa o ser do sujeito, a sua relação com ele próprio, com as pessoas que lhe são próximas e com o seu mundo.” (LAGRÉE, 2002, p. 129).

“A saúde faz parte destes bens que se impõem por si quando possuem e cujo valor não se aprecia verdadeiramente senão quando já não se dispõe deles ou então quando se recuperam depois de se terem perdidos.” (2002, p.128). Com o que concorda Jonas:

O objetivo, entretanto, só passa a ser, antes de tudo, a saúde por causa da enfermidade. A saúde mesma não chama a atenção, nem é também percebida, quando estamos em posse dela (“a gente se alegra com ela”, mas o faz inconscientemente); só sua perturbação chama a atenção e obriga a considerá-la, antes de tudo por parte do próprio sujeito que a experimenta em si como sofrimento, perda, impotência recorrendo então ao médico em busca de socorro. (JONAS, 2013, p. 156).

Para Jonas, a doença, e não a saúde, é que colocou em movimento a investigação do corpo humano e das causas das doenças a fim de remediar ou prevenir, fazendo-se necessário o conhecimento do corpo saudável e das condições de saúde. A diferença entre a ciência médica e as demais é que esta objetiva ajudar o médico em seu poder curativo e a arte prática da medicina não é a simples aplicação de princípios teóricos (Jonas, 2013, p. 156-157), pois

o médico tem que se haver com cada caso em particular, o individual em toda sua unicidade e complexidade, algo que nenhum inventário analítico pode exaurir; e já no primeiro passo, no diagnóstico como subsunção do particular no geral, é preciso um tipo de conhecimento completamente diferente do teórico. (JONAS, 2013, p 157).

Para ambos os filósofos, é preciso socorrer o corpo, objetivo da ciência e da arte médica, como afirmou Jonas, mas o que importa é o sujeito, o outro a quem pertence esse corpo. A endocrinologia, na perspectiva da assistência e do cuidado, é um exemplo da arte médica. No que con-

cerne ao diabetes, todos sabemos o quanto manter a glicemia próxima aos valores de referência é fundamental no tratamento do diabético e o quanto isso exige de todos nós, médicos, pacientes, profissionais de enfermagem e de outras tantas áreas. Estabelecer um novo equilíbrio entre este corpo modificado com o seu meio, exige todo empenho dessa arte.

Os pacientes diagnosticados com diabetes enfrentam uma ruptura abrupta, exige-se uma mudança de hábitos e muitas vezes eles não se encontram preparados para enfrentar essas adversidades que envolvem também seu núcleo familiar, afetando seus relacionamentos. Lagrée descreve muito bem esse cenário sem referir-se especificamente aos diabéticos, todavia, pertinente também aos mesmos:

a doença aparece primeiro como uma crise, uma ruptura, uma desconfiança, como uma *ruptura de si*, uma perda (sic) desta cumplicidade imediata que temos com o nosso corpo. De um momento para o outro, o corpo falha-nos; a mão torna-se canhestra e deixa tombar os objectos (sic); os alimentos que nós saboreamos com tanto apetite já não passam mais; as pernas já não se firmam; a dor nasce lancinante e difusa. (LAGREE, 2002, p.129).

Compreender a fisiopatologia do diabetes, o ponto de ruptura é muito importante, entretanto, não é o suficiente para uma terapia adequada dos pacientes. A glicose em níveis maiores ou igual a 126 mg/dl confirma o diagnóstico e hoje sabemos que evidencia apenas a ponta de um *ice-berg*. Quando se faz a opção de controlar a doença com parâmetros clínicos e laboratoriais, sem a adequada narrativa da experiência vivida pelos pacientes, corremos o risco de nos distanciarmos deles e de perdemos a capacidade de contribuir para o seu reequilíbrio com o meio em vivem,

por não integrarmos o *si mesmo* do paciente e a dimensão de qualidade de vida – que é dele – na tomada de decisão terapêutica.

Lagrée salienta que “esta tomada de consideração releva de uma apresentação global, intuitiva, em grande parte fundada num diálogo verdadeiro com o paciente.” (2002, p. 140). Quando a narrativa de um paciente passa a ter importância na tomada de decisão terapêutica, o compreendemos como ser autônomo e não tomamos as decisões em seu lugar, mas no diálogo para que ele mesmo possa dar-se conta delas e ser capaz de tomá-las, o que é crucial para a sua adesão ao tratamento.

A apresentação de narrativas de pacientes diabéticos nos permite entrar em contato e compreender as angústias e a transformação experienciadas por ele, após o diagnóstico do diabetes. Ouvindo narrativas de pacientes podemos, claramente, perceber que, embora a patologia seja a mesma, cada um se relaciona de forma singular com seu adoecimento.

Segundo Silva

os pacientes, ao falarem sobre o que é diabetes, incluem elementos do passado, do presente e do futuro, numa perspectiva de que a doença veio para modificar a trajetória de suas vidas, com sentido negativo, ou seja, a doença modificou sua vida para pior. O diabetes, mesmo quando mantido sob controle ou ainda não incorporado na vida de algumas pessoas, traz mudanças que podem ser inconvenientes, numa percepção mais amena, ou que transtornam, arrasam ou devastam suas vidas, numa percepção mais drástica. As diferentes maneiras como se referem ao diabetes, falam mais sobre como elas compreendem sua doença. Ao conhecer como são as ações das pessoas quando estão vivenciando determinadas situações, é possível antecipar alguns cuidados, ter participação mais ativa e adequada, interferir onde pode haver algum risco. (Silva, 2000, p. 84)

No mesmo estudo, Silva refere-se a alguns pacientes que descobriram o diabetes quando notaram alterações que modificavam seus corpos. Tais como emagrecimento acentuado, dificuldade visual, polidipsia, aumento da diurese, debilidade física. (2000, p.78). Sintomas muito comuns em nossa rotina na clínica, mas que são experimentados pelos pacientes de uma forma muito mais impactante porque interferem em sua vida e na qualidade dela, lhes indicando que algo em seu corpo não vai bem, o que, em si mesmo, é uma experiência que assusta e preocupa. São vários os relatos de pacientes que emagrecem abruptamente e isso lhes causa estranhamento, bem como a seus familiares que lhes cobram uma visita ao médico.

As sensações de desconforto e preocupação acerca de suas mudanças corporais nos auxiliam a exemplificar o paradoxo do objeto médico que encontramos na reflexão sobre a medicina em Hans Jonas, para quem o médico tem de se haver primeiramente com o paciente no singular.

Há uma responsabilidade intrínseca do médico para com o paciente, há entre eles *uma relação contratual primada* pois, o médico é um *comissionado do paciente* que quer ser curado. Daí procede a inequívoca responsabilidade profissional de tratá-lo da melhor maneira possível, conforme as regras da arte médica, todavia, para além disso, existe aqui a questão acerca do que é melhor para o paciente que, do ponto de vista do médico, pode ser a integridade de todas as suas funções e do ponto de vista do paciente pode ser outro esse “melhor”. (Jonas, 2013, p. 161).

O corpo é biologia, consciência e biografia. As narrativas decorrentes das vivências/experiências dos diabéticos podem nos auxiliar

a entender como o diabetes emergiu em suas vidas, assim como compreender a percepção que cada um tem da doença – a partir da percepção de como ela o afetou como sujeito singular. Quando o paciente percebe que estamos atentos e disponíveis em relação a sua história de vida, ele fica propenso a contá-la e este ato, por sua vez, contribui para o aumento de sua percepção sobre si mesmo ao defrontar-se com a doença e com as mudanças impostas por ela.

Neste encontro clínico, carecemos entender seus hábitos, sua dinâmica familiar, sua rotina diária de alimentação e seu trabalho. O diabetes é uma doença exigente, ela entra na vida de cada paciente exigindo vida saudável, ou seja, uma alimentação adequada, atividade física, administração das emoções, autoconhecimento e a partir de então, não é uma escolha, ela exige que se relacione e modifique seus hábitos, caso contrário, a doença, permanecendo sem o controle adequado, lesiona os órgãos desses pacientes.

A visão otimista da doença, entendida como a percepção de que é possível viver com ela, ao contrário da visão imposta de que há uma vida “normal” da qual o diabético está fora, também é importante pois, focando na solução dos problemas o paciente vislumbra um presente e um futuro com uma melhor qualidade de vida. Todo paciente bem orientado e evoluindo, melhora sua qualidade de vida, extrapola seus benefícios para seu núcleo familiar, para o seu trabalho e, até mesmo, para o sistema de saúde.

Em sua Tese de Doutorado Silva nos traz algumas narrativas de pacientes carregadas de uma visão pessimista da doença exigindo que o profissional o esclareça e o ajude a reformular essa percepção que pode

ser um empecilho para sua melhora clínica. Uns tratam o diabetes como uma doença traiçoeira e perigosa, que os joga no fundo do poço. Outros se vêm sem identidade, não se reconhecem mais, são muitas as metáforas para descrever o adoecimento, mas a doença é sempre lembrada como algo destruidor, que queima e aniquila. (Silva, 2000, p.85)

Esses relatos raramente nos são apresentados durante o ensino biomédico. Eles nos mostram o quão pode ser difícil para o paciente receber o diagnóstico de uma doença crônica e conviver com essa enfermidade. As narrativas nos aproximam e evidenciam que em um primeiro momento quanto mais otimista o paciente estiver, ou puder ficar com a nossa intervenção dialógica, diante desse processo melhor será para que ele consiga fazer o necessário movimento de aceitação e reestruturação do seu ser diante do diagnóstico. Precisamos auxiliar o paciente a compreender as modificações que a doença traz para sua vida e certamente, muitos encontros serão necessários. Sim precisaremos de muitos encontros!

Os médicos, na melhor das hipóteses, em média devem atender três pacientes a cada 20 minutos, nesse curto intervalo de tempo tem que administrar sua fadiga, permitindo que a roda continue girando, e muitas vezes ele se perde entre a exigência da produtividade, a fisiopatologia e o humano que está diante dele. Lagrée afirma

Para melhor agir sobre ela, a medicina despessoaliza a doença, torna-a anônima, indiferente ao ser humano que ela afecta (sic) e se coloca nas mãos dos médicos. Isto justifica-se, em caso de perigo imediato, por um ganho de eficácia mas tem também efeitos iatrogênicos (sic), nomeadamente sobre a personalidade. (LAGRÉE, 2002, p. 136).

Como fruto do dualismo cartesiano, a sistematização do corpo humano como uma máquina permitiu às ciências biomédicas e a fisiopatologia operarem com este sistema dado, pelo qual podem prever a sua evolução em função da variação dos parâmetros que o definem, mas isso tem um custo porque essa operatividade reduziu o ser humano a uma máquina cibernética. Ela abstraiu-o da sua história particular, da sua subjetividade própria, da sua existência vivida. (LAGREE, 2002, p. 136-137)

Esse distanciamento da experiência da doença cria um oceano entre o que narra o paciente e a narrativa médica, causando um déficit de humanidade no tratamento. O médico lê a experiência da doença pelo paciente como uma incapacidade dele em compreender a sua doença e aceitá-la, enquanto, do ponto de vista do paciente, a doença crônica afronta a sua existência e põe em xeque a sua identidade.

Diante dessa realidade, convém notar que o trabalho interdisciplinar pode vir preencher de experiências e vivências os textos biomédicos que apresentam um vocabulário frio, resumido, distante de todo o processo de adoecimento e sofrimento moral do paciente, com o qual nos relacionamos no nosso dia a dia e que tem a expectativa de que o auxiliemos nesse processo.

Disto decorre nossa proposta de oferecer um encontro inter/multi/transdisciplinar, apresentando uma linguagem humanizada, entendida como aquela que considera o sujeito-paciente, de modo a preencher este vazio presente nos textos técnicos. Hoje corremos o risco, durante o processo de aprendizagem científica, de esquecermos a pessoa que se apre-

senta a nós solicitando um diagnóstico, um tratamento, acompanhamento e, principalmente um suporte para restabelecer.

Considerações finais

Tomás Domingo Moratalla (2019), responsável por explicitar o verbete *medicina*, no *Vocabulário Hans Jonas*, afirma que, enquanto a ciência médica se ocupa do corpo do ponto de vista das ciências naturais, a arte médica se ocupa do corpo do sujeito (2019, p.145), em outras palavras, enquanto a primeira se ocupa do geral, a segunda está diante da especificidade de um sujeito singular, do que decorre ser o lugar da arte médica um lugar em que se coloca a questão da ética, a ética médica, razão pela qual Jonas entende a arte médica como lugar de aplicação do seu *princípio responsabilidade* (2006;2013).

Podemos perceber o lugar da inter/multi/transdisciplinaridade no pensamento jonasiano, ainda segundo Moratalla, “a medicina é uma prática complexa que supõe, na filosofia de Hans Jonas, um lugar de encontros de temas, interesses e perspectivas”, do que decorre que “A medicina, mais precisamente a ética médica vai ser um paradigma de aplicação da ética da responsabilidade. Ela se tornará o modelo para outras disciplinas, outros fazeres científicos e outras práticas sociais”, ao mesmo tempo em que “supõe um lugar de encontro”. (MORATALLA, 2019, p.146).

A medicina é uma forma de entramos na obra de Hans Jonas e ao mesmo tempo nos oferece uma rica e complexa forma de abordar temas cruciais de nossa época, de nossa cultura e civilização. Assim como

para Jonas, Lagrée considera que a medicina é um lugar de encontros e, consequentemente, o lugar da ética. Ao responder acerca da utilidade da reflexão filosófica para a prática médica, a filósofa afirma

não há decisão justa sem discernimento ético e não há discernimento ético possível sem uma análise conceptual (*sic*) prévia dos dados da situação, dos seus desafios, dos valores privilegiados por tal ou tal decisão, dos efeitos esperados. Esta análise é um exercício do juízo que põe em acção (*sic*) qualidades ou virtudes intelectuais – como a clareza, o rigor, o amor da verdade, a firmeza do julgar, sem as quais a acção (*sic*) da vontade é vã e as virtudes morais insuficientes. “Cuidemos de pensar bem, dizia Pascal, eis o princípio da moral. (LAGRÉE, 2000 p. 12).

Entendemos que a presença de narrativas na prática médica e de uma filosofia da saúde, da qual buscamos delinear sua especificidade, pode enriquecer muito a vida profissional e pessoal daqueles que trabalham e se dedicam à ela, ao proporcionar a reflexão acerca de questões sobre a vida e a morte; sobre as virtudes; acerca da compreensão do ser humano, suas dores e alegrias e sua condição – a humana e de ser no mundo; assim como o aprofundamento de conceitos sobre a saúde e o processo do adoecimento com suas implicações na vida singular de cada paciente e na vida singular daquele que se relaciona, participa e escuta a história do adoecimento de seus pacientes.

Do ponto de vista ético, entendemos que a filosofia da saúde pode contribuir para a ciência médica oferecendo sua reflexão acerca da bioética que, a priori, considera os seus próprios fundamentos e, sobretudo, ao propor uma perspectiva interdisciplinar e, consequentemente, mais ampla; além de contribuir para o exercício ético da profissão, o que significa um

agir ético para com cada um dos sujeitos submetidos à prática médica em busca da sua saúde que, no caso dos doentes crônicos, significa recuperar as condições para a aceitação de sua doença como parte da evolução de sua vida, como havia afirmado Lagrée, e recuperar um bem estar que lhe possibilite seguir vivendo.

Portanto, quando falamos em formação dos profissionais de saúde não se trata de ensiná-los “somente” a importância da escuta e da relação com o paciente, para além disso é preciso que ele, de fato, entenda o ser humano, suas características, o mundo em que vivemos e esse é o olhar da filosofia, inclusive quando questiona os próprios conceitos de saúde, doença e cura, por exemplo.

De outro lado, há que se tomar em conta também que a relação entre o médico e o paciente com doença crônica, para ser ética e capaz de conduzi-lo a um bem-estar, exige uma compreensão diferenciada do saber biomédico ou, dito de outra maneira, é preciso entender, como nos mostra Jonas, que a ciência médica diz respeito ao conhecimento e a prática médica não é a simples aplicação da teoria advinda dessa ciência, justamente porque se realiza na relação entre o médico e o seu paciente.

Ainda no que concerne a ética, como vimos, afirma Lagrée “o que é tecnicamente possível não é forçosamente desejável nem justo” (2002, p. 138) e, mais adiante, ao tratar do que chamou as virtudes da relação

“Uma pessoa doente, fragilizada, que tem o sentimento de não ser mas ela própria e de já não ter valor – “Não sirvo para nada” – dirá ela – tem, mais que qualquer outra, necessidade de ser considerada como uma pessoa, isto é, como um ser cujo valor é i-menso, sem medida e sem limite.” (LAGRÉE, 2002, p. 207).

A proposta da Lagrée e Jonas para tanto é uma reflexão acerca da condição humana – o reconhecimento da pessoa e da morte como um ponto de partida – a fim de termos presente, pacientes, profissionais da saúde, familiares, filósofos, psicólogos, entre tantos outros, que não somos os senhores da vida e, conseqüente, tomarmos em conta que saúde e doença são um binômio – uma linha tênue os separa – e, em todos os casos, acontecem em um sujeito, um ser humano real, do que decorre que, a fim de cuidarmos bem dele, é preciso ter com ele em toda a sua singularidade.

Referências Bibliográficas

JONAS, Hans. Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade. Trad. Grupo de Trabalho Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus, 2013.

_____. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Trad. Marijane Lisboa; Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio, 2006.

_____. O princípio vida: fundamentos para uma biologia filosófica. Trad. Carlos Almeida Pereira. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

LAGRÉE, Jacqueline. Curar a morte? Trad. Alessandro de Lima Francisco. In *Poliética*. São Paulo, v. 9, n. 1, pp. 118-137, 2021. Disponível em: [<https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/55091/35766>]. Acesso em: 14 Out. 2021.

_____. O médico, o doente e o filósofo. Trad. Germano Cleto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.

MORATALLA, Tomás Domingo. Medicina. Oliveira, Jelson e Pomnier, Eric. Vocabulário Hans Jonas. Caxias do Sul, RS: EducS, 2019.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. 2000. 197 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo, 491 páginas.