

O CONCEITO DE FILOSOFIA DA MEDICINA EM PELLEGRINO E THOMASMA

THE CONCEPT OF PHILOSOPHY IN MEDICINE PELLEGRINO AND THOMASMA

EL CONCEPTO DE FILOSOFIA EN MEDICINA DE PELLEGRINO Y THOMASMA

Jorge Cruz¹ y Carlos Costa Gomes²

Fecha de recepción: 19.12.12

Fecha de aceptación: 10.02.13

Resumo

Os autores analisam o conceito de filosofia da medicina proposto pelos bioeticistas Edmund D. Pellegrino e David C. Thomsma. Abordam também o que consideram ser os aspetos mais relevantes de uma ontologia da medicina e fenomenologia da doença, essências para uma melhor compreensão da relação singular médico-paciente.

Palavras-chave: Edmund D. Pellegrino, Filosofia da Medicina, Relação médico-paciente, Bioética.

Abstract

The authors analyze the concept of philosophy of medicine proposed by the bioethicists Edmund D. Pellegrino e David C. Thomsma. They also describe the most relevant aspects of the ontology of medicine and phenomenology of illness, essential for a better understanding of the unique doctor-patient relationship.

Key-words: Edmund D. Pellegrino, Philosophy of Medicine, Doctor-patient relationship, Bioethics.

¹ Médico. Mestre em Bioética e Ética Médica. Doctor em Bioética. Email: Jorge.cruz@iol.pt

² Teólogo; Doutor em Bioética. Investigador do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa. cgomes@porto.ucp.pt

Um dos propósitos de Edmund D. Pellegrino e David C. Thomasma, expresso nas suas obras, foi desenvolverem uma filosofia da medicina que servisse de base e fundamento da ética médica. Afirmam que o ponto de partida ontológico para a construção desta disciplina é a relação assistencial médico-paciente, pois consideram que este encontro entre um ser humano vulnerável e em sofrimento devido à doença, e o clínico, cujos conhecimentos e competências lhe permitem aliviar esse sofrimento e procurar o restabelecimento da saúde do paciente, constituem a razão de ser fundamental do ato médico⁽¹⁾. Sugerem ainda a possibilidade de se poderem vir a reconhecer disciplinas filosóficas relativas a outras profissões da saúde⁽²⁾.

Segundo Pellegrino⁽³⁾, a filosofia da medicina procura compreender a natureza e fenomenologia da relação assistencial entre uma pessoa que necessita de ajuda, devido a um problema de saúde (o paciente), e outra pessoa que faculta essa ajuda e é designada pela sociedade para esse serviço (o médico). Também para o médico e bioeticista português Daniel Serrão⁽⁴⁾, «a medicina é uma antiquíssima atividade humana que, no que lhe é essencial, não muda nunca; e o essencial é: um ser humano inquieto ou perturbado procura outro ser humano e pede-lhe ajuda»¹.

⁽¹⁾ A este propósito, é de referir uma investigação sobre “O Pensamento Bioético de Daniel Serrão” acerca da questão da pessoa que pede ajuda quando se sente doente (5). Serrão fala na *pessoa doente* quando se quer referir ao outro ser humano que pede ajuda, que está doente, e não ao doente ou à doença que afeta essa pessoa. Daqui podemos dirimir que, para Serrão, a pessoa doente é tratada como um igual, é alguém; e não um doente ou uma doença que é algo e por isso desigual. A perspetiva apresentada no pensamento bioético de Serrão cristaliza o personalismo iátrico centralizado numa relação substancial/pessoal; numa relação igual com alguém e não com algo e mostra que a pessoa é um *fenómeno e não um número*. Evidencia ainda, que a dignidade da pessoa humana aumenta, não quando está numa situação igual, mas numa circunstância desigual – a doença – porque a única diferença que existe é o facto da pessoa circunstancialmente estar doente. Mas no personalismo iátrico, não é por causa desta circunstância que a pessoa adquire direitos, ela é já um ser de direitos, mas os seus direitos aumentam por que nesta circunstância a pessoa está fragilizada; é aqui que o personalismo iátrico se afirma. A doença não dá ou tira direitos à pessoa; o que acontece é o reconhecimento vindo de fora, do outro, e o assentimento da pessoa que se auto-constitui no “direito” e no “dever” de ser curada e tratada. Só existe doença se existir pessoa. Por isso, a pessoa é anterior à doença, logo, por antonomásia, a dignidade intrínseca da pessoa confere-lhe o direito e dever substancial e nunca circunstancial.

Uma outra finalidade da filosofia da medicina é refletir acerca da natureza da própria medicina como atividade humana, ou seja, compreender o que a medicina é, o que deve ser, e o que a distingue de outras áreas do saber humano e da própria filosofia. Na definição de Pellegrino⁽³⁾, esta nova disciplina filosófica consiste na reflexão crítica, sistemática e estruturada sobre a medicina, i.e. sobre os seus conteúdos, métodos, conceitos e pressupostos, e a sua singularidade no conjunto das ciências e das humanidades. Trata-se de uma reflexão de natureza ontológica, sobre a razão de ser da medicina, e de natureza ética, sobre o seu “dever ser”, não sendo deste modo meramente teórica e especulativa, mas tendo um componente normativo e uma aplicação prática. Tal missão só poderá ser concretizada com recurso ao raciocínio filosófico e não através dos instrumentos de que a medicina se serve enquanto ciência, como a observação clínica ou o método científico. O método que Pellegrino e Thomasma utilizam para este desiderato provém da fenomenologia e do empirismo, o que designam de “ontologia prática”⁽⁴⁾. Na sua opinião, sem uma compreensão clara acerca da natureza da medicina e sem uma clarificação precisa do seu propósito e finalidade, a ética médica torna-se mais facilmente permeável à influência de agentes políticos, económicos ou sociais⁽⁶⁾.

Em resposta às críticas que acusam esta filosofia da medicina, desenvolvida principalmente no livro *A Philosophical Basis of Medical Practice*⁽¹⁾, de se concentrar demasiado na pessoa doente, esquecendo outros aspetos igualmente importantes, como os relacionados com a saúde pública ou a prevenção da doença, Pellegrino⁽⁷⁾ esclarece: «o nosso objetivo foi desenvolver gradualmente um paradigma, uma filosofia da medicina que pudesse por analogia ser aplicada à medicina comunitária, à medicina preventiva e às relações terapêuticas que também caracterizam outras profissões da saúde». Explica ainda que, embora utilize a medicina e em particular a relação médico-paciente como paradigma desta reflexão, o que designa de medicina clínica aplica-se igualmente a outras áreas da saúde como a enfermagem, a medicina dentária, a psicologia e outras afins⁽¹⁾. Por outro lado, considera que outras disciplinas ou especialidades não clínicas, como por exemplo, a anatomia ou a fisiologia, têm por objetivo a aquisição de conhecimentos que se tornarão parte integrante da medicina

clínica quando forem aplicados para ajudar ao restabelecimento da saúde de um ser humano concreto⁽⁸⁾. Daniel Serrão⁽⁹⁾ recorda que, na sua atividade profissional como anatomopatologista, «mesmo a dissecar um corpo ou a estudar uma parte desse corpo retirada por um cirurgião, nunca me conseguia abstrair da pessoa que, em vida, usara aquele corpo ou da pessoa a quem a “peça” fora tirada e que estava a sofrer na Enfermaria».

Ao longo dos séculos e em todas as eras da história, sempre houve quem se dedicasse a refletir sobre os problemas universais da humanidade, como a vida, a doença, o sofrimento e a morte, bem como sobre diversas questões de ética médica. Não só houve filósofos interessados em compreender estas dimensões universais da vida humana, na sua relação com a medicina, como houve médicos que também as procuraram conhecer melhor, assim como a natureza da arte que praticavam⁽³⁾. Scribonius Largus, médico do imperador romano Cláudio, no primeiro século d. C., foi o precursor de uma filosofia moral sobre a medicina. Introduz pela primeira vez o termo profissão para designar o compromisso público do médico para com o doente, que inclui a obrigação solene de cuidar, de demonstrar compaixão e humanidade⁽¹⁾. No entanto, na opinião de Pellegrino⁽³⁾, tais reflexões não podem ser consideradas como sendo uma disciplina autónoma, uma vez que não representam uma análise sistemática, coerente e organizada. Para este autor, a reflexão filosófica mais séria e sustentada sobre a medicina e a ética dos cuidados de saúde, por parte de filósofos conceituados, é bastante recente. Só a partir dos anos setenta do século passado, o que corresponde ao período de nascimento formal da bioética, é que vários filósofos começaram a refletir em profundidade sobre os fundamentos da ética médica tradicional a partir da cosmovisão que consideravam mais adequada. Os adeptos de uma ética deontológica kantiana enfatizaram a autonomia individual do paciente, os seguidores do utilitarismo de Bentham e Mill valorizaram o princípio da utilidade, e os simpatizantes de William D. Ross adoptaram os princípios *prima facie*⁽⁷⁾. Além de filósofos, participaram nesta reflexão pioneira vários teólogos, com destaque para Joseph Fletcher (1905-1991), Paul Ramsey (1913-1988) e Richard McCormick, S.J. (1922-2000).

Para além do interesse comum de vários médicos, filósofos e teólogos, na análise e reflexão filosófica sobre a medicina, Pellegrino e Thomasma⁽¹⁾ elencam dois motivos que contribuíram para o atual entusiasmo por esta nova disciplina filosófica. Por um lado, o advento da bioética, que suscitou a procura de uma fundamentação teórica para as decisões cada vez mais complexas da atividade clínica quotidiana, em grande medida resultantes dos progressos técnico-científicos. Assistiu-se então ao desenvolvimento de diversos modelos teóricos-práticos que orientassem a atividade médica e das ciências da vida, dos quais o principialista tem sido o dominante. Por outro lado, o retorno às diversas correntes filosóficas como o existencialismo, a hermenêutica ou a fenomenologia, na busca de uma fundamentação para a bioética. No entanto, na opinião de Pellegrino⁽¹⁰⁾, a filosofia da medicina deve seguir o seu próprio caminho, desenvolvido a partir da prática clínica e não de modelos filosóficos pré-existentes.

No que se refere aos profissionais responsáveis pela reflexão filosófica sobre a medicina, Pellegrino⁽³⁾ considera que os médicos e os filósofos serão os principais protagonistas, ainda que os primeiros possam não ter o distanciamento emocional e intelectual necessários para esta tarefa. De qualquer forma, salienta que, seja quem for que se dedique à filosofia da medicina, deve respeitar simultaneamente a fenomenologia da medicina e os critérios do raciocínio filosófico.

Pellegrino e Thomasma⁽¹⁾ manifestam alguma surpresa pelo facto de tanto a *Encyclopedia of Philosophy* (MacMillan Publishing Company, 1967) como o *Cambridge Dictionary of Philosophy* (Cambridge University Press, 1995), duas obras de referência, apresentarem definições para a filosofia da biologia, da ciência, do direito, da economia, da educação, da literatura, da lógica, da matemática, da mente, da psicologia e da religião, mas não fazerem qualquer referência à filosofia da medicina. Uma das causas possíveis deste fenómeno poderá residir no extraordinário sucesso da medicina moderna resultante dos progressos da ciência médica que, na sua opinião, promove um viés positivista nas publicações médicas e científicas, bem como a falta de

formação adequada dos médicos em filosofia, e dos filósofos nas peculiaridades da medicina clínica. Contudo, certamente por influência do trabalho desenvolvido por Edmund D. Pellegrino e Tristram Engelhardt Jr., com destaque para a edição de vários números por ano do conceituado *Journal of Medicine and Philosophy*, que ambos iniciaram em 1976, a atual edição da *Enciclopédia de Bioética* dedica cinco páginas à temática da filosofia da medicina, o que, em nossa opinião, representa o reconhecimento acadêmico e epistemológico desta área do conhecimento e da sua importância para a bioética contemporânea.

Segundo José Alberto Mainetti⁽¹¹⁾, um dos pioneiros da bioética latinoamericana, podemos identificar três períodos principais na história da filosofia da medicina no século XX. Um período inicial epistemológico, entre 1900 e 1930, um período antropológico, entre 1930 e 1960, e finalmente um período bioético, contemporâneo, que teve início em 1970. O bioeticista norte-americano Arthur Caplan⁽¹²⁾, pelo contrário, rejeita a existência de uma disciplina independente denominada “filosofia da medicina”, por considerar não haver ainda uma definição consensual deste campo do conhecimento, bem como por defender que os problemas-chave que aborda poderiam ser incluídos no âmbito da filosofia da ciência (reconhecida como disciplina autônoma no século XX). Pellegrino discorda desta argumentação e distingue entre “filosofia na medicina” (*philosophy in medicine*), “filosofia médica” (*medical philosophy*) e “filosofia da medicina” (*philosophy of medicine*).

A filosofia na medicina consiste na reflexão proporcionada por diferentes ramos de filosofia, como por exemplo, a lógica, a axiologia ou a ética, a assuntos do foro médico. No âmbito desta reflexão, o diagnóstico médico é escrutinado à luz da lógica e os conceitos de saúde e doença são examinados na sua dimensão ontológica e epistemológica⁽³⁾.

A filosofia médica representa a reflexão informal de pensadores, na sua maioria médicos, sobre a medicina e a saúde em geral, resultante da sua experiência pessoal e profissional. Não consiste em tratados filosóficos, mas pensamentos de autores que se

dedicaram à análise profunda e repleta de sabedoria sobre vários temas relacionados com a saúde. Pellegrino⁽³⁾ cita William Osler (1849-1919), Francis Peabody (1881-1927), Richard Cabot (1868-1939) e Lewis Thomas (1913-1993) como exemplos de autores norte-americanos que nos legaram diversas obras deste tipo.

A filosofia da medicina consiste na reflexão crítica, sistemática e estruturada sobre os conteúdos, métodos, conceitos e pressupostos da medicina. Segundo Pellegrino, é uma disciplina autónoma e legítima, pois tem um objeto de estudo bem definido, que se distingue das outras disciplinas científicas e humanísticas. Abre novos horizontes à medicina, na medida em que utiliza uma linguagem e metodologia que não se encontram na medicina, e à própria filosofia, pois trata de assuntos do maior interesse para a reflexão filosófica, como os relacionados com a vida, sofrimento ou morte. Na sua opinião, nunca foi tão premente o escrutínio do exercício da profissão como nos dias de hoje, sendo as humanidades, e em particular a filosofia, que conferem os instrumentos necessários para esta análise⁽¹³⁾. No entanto, lamenta que a filosofia da medicina ainda não seja reconhecida de modo unânime e consensual por todos os académicos.

A ONTOLOGIA DA MEDICINA

Edmund D. Pellegrino e David C. Thomas⁽¹⁾ sublinham que não é possível definir com clareza em que consiste a filosofia da medicina sem uma enunciação precisa do que é a própria medicina. Consideram que tal definição não é um simples exercício académico, mas torna-se necessária para se poder refletir criticamente sobre a função e propósito da profissão, acerca do que a sociedade poderá esperar dos médicos ou sobre a formação pré e pós-graduada.

Segundo estes pensadores⁽¹⁾, a medicina tem um componente científico incontroverso, veiculado pela ciências básicas e clínicas, mas a sua finalidade não se limita à procura do conhecimento *per se*. Numa abordagem aristotélico-tomista, consideram que o sentido teleológico da medicina consiste em restaurar ou melhorar a saúde de um ser

humano real, pelo que a ciência médica só poderá ser considerada medicina quando for aplicada à situação clínica concreta de uma pessoa ou pessoas, ou seja, quando se passa da teoria à prática. Na sua opinião⁽¹⁾, é precisamente o facto de a medicina ser distinta das ciências que a integram, como a anatomia, a fisiologia ou a bioquímica, que permite separá-la do objeto de estudo da filosofia da ciência.

Para Pellegrino e Thomasma⁽¹⁾, o alvo da relação assistencial não é apenas chegar a um diagnóstico, testar uma hipótese ou avaliar a eficácia de um tratamento. A decisão clínica deve ser a mais correta para o doente real que nos procura, pelo que o sentido teleológico da medicina será sempre necessariamente pessoal. Mesmo a saúde pública tem por objetivo a melhoria da saúde e a prevenção da doença das populações, o que, em última análise, irá beneficiar seres humanos individuais.

De acordo com as conclusões do projeto internacional *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*, organizado pelo Hastings Center⁽¹⁴⁾ sob a coordenação de Daniel Callahan, os objetivos fundamentais da medicina resumem-se a quatro: 1) a prevenção da doença e a promoção e manutenção da saúde; 2) o alívio da dor e sofrimento causados pela doença; 3) o cuidado e a cura dos pacientes com patologias reversíveis, e o cuidado dos doentes com patologias crónicas ou sem tratamento conhecido; e 4) a prevenção de mortes evitáveis e o alívio da dor e sofrimento nas doenças terminais. Este documento representa um consenso alargado acerca do propósito da medicina, mas Pellegrino⁽²⁾ coloca algumas reservas a conclusões obtidas exclusivamente a partir da opinião de um grupo de especialistas (como é o caso) ou de um estudo empírico em que se procura conhecer o que pensa uma amostra de estudantes ou profissionais sobre o assunto, ou ainda de investigações sociológicas ou psicológicas. Na sua opinião, os estudos que não tenham como ponto de partida a relação assistencial entre o médico e o seu paciente são mais suscetíveis a influências extrínsecas à profissão que ameacem a sua integridade, como aconteceu nos países com regimes totalitários de esquerda e de direita ao longo da história contemporânea.

Etimologicamente, a palavra *medicina* provém do vocábulo latino *medicina* e pode ser definida como «Arte e Ciência que estuda, conhece, previne e trata as doenças»⁽¹⁵⁾. Contudo, o termo *arte* não se refere às Belas Artes, como a pintura ou a escultura, ou ainda a poesia ou a música, que exprimem o sentimento estético. Tem um significado idêntico ao termo grego *techné*, que pode ser traduzido por perícia, competência ou habilidade. Na Grécia antiga e até ao fim do período medieval, a medicina era considerada um ofício artesanal, como a carpintaria, a tecelagem ou a pesca, em que o saber, de carácter essencialmente prático, se transmitia de pai para filho, ou de mestre para aprendiz, ao longo de gerações⁽¹⁶⁾. Contudo, ao contrário de outras atividades artesanais, em que há habitualmente um processo criativo de produção de uma nova entidade, na medicina procura-se restaurar a integridade física e/ou mental do paciente. Pellegrino e Thomasma⁽¹⁷⁾ definem a medicina como «a arte de curar que trabalha principalmente no corpo e através dele, para conseguir a integração da experiência de vida do paciente», que inclui a sua história pessoal e sistema de valores. Como refere também Daniele Cohn⁽¹⁸⁾, «para o homem, a vida não é um *bios*, mas uma experiência vivida, ou seja, a vida no que ela tem de significativo».

Acerca da especificidade da medicina no campo dos saberes, Pellegrino⁽¹³⁾ considera que a medicina é a mais humana das ciências, a mais empírica das artes e a mais científica das humanidades. Jaime Celestino da Costa⁽¹⁹⁾ refere igualmente que «a medicina é uma profissão *sui generis*, de muitas vertentes [...]: é humanística como origem; é humanitária como ação; é científica como formação; é biológica como matéria; é de tipo superior como educação; é profissional como atividade; é solidária como vocação; é ética como conduta, e é altruísta nos seus desígnios».

Pellegrino⁽¹³⁾ assinala que há uma diferença profunda entre ser médico e possuir uma licenciatura em medicina. Ser médico envolve um grau superior de compromisso e dedicação, que se manifesta no dia a dia e em qualquer lugar. É por este facto que a sociedade espera a pronta colaboração dos médicos sempre que esta seja necessária e urgente, mesmo que não estejam de serviço ou se encontrem longe das instituições onde habitualmente trabalham.

O grau de licenciatura em medicina certifica a competência do médico para o exercício da profissão, mas é a promessa ou compromisso de utilizar as competências adquiridas ao serviço do doente que deve facultar-lhe acesso ao pleno exercício da sua atividade⁽¹⁷⁾. Tal compromisso, em Portugal e em muitos outros países, tem lugar em cerimónia pública solene onde é lida uma versão adaptada do Juramento Hipocrático, o que denota a preocupação universal em reafirmar certos princípios de conduta na prática clínica, como a beneficência e a não-maleficência. Importa, porém, não esquecer que os códigos éticos e deontológicos, apesar de importantes, têm um valor limitado, pois, em última análise, dependem do carácter e consciência ética do profissional de saúde.

Talvez possamos sintetizar o cerne da ontologia da medicina de Pellegrino e Thomasma referindo que, para estes autores, a medicina clínica não se caracteriza por ser simplesmente uma ciência, uma arte ou uma profissão. É, acima de tudo, uma relação de confiança entre o paciente individual e o seu médico, que tem como objetivo final o bem do paciente. Distingue-se de outras atividades humanas na medida em que o seu propósito não é a obtenção de lucro, prestígio, ou poder, mas sim o bem integral do doente: «curar se possível, cuidar sempre, aliviar o sofrimento e promover a saúde»⁽²⁰⁾. Conforme sublinha Jacqueline Lagrée⁽²¹⁾, professora de filosofia da Universidade de Rennes, «se a preocupação de aliviar e de tratar não estão em primeiro lugar, mais vale não ser médico».

A FENOMENOLOGIA DA DOENÇA

Segundo Pellegrino⁽²²⁾, o fundamento moral da medicina assenta em dois aspetos essenciais: a realidade da doença e a promessa de a tratar. A realidade da doença, num determinado lugar e tempo, e num corpo concreto, cria um estado de vulnerabilidade que leva o paciente a procurar a ajuda de um médico que, por sua vez, está vinculado à promessa de agir sempre no melhor interesse do doente⁽²³⁾. Este estado de vulnerabilidade, angústia e dependência, que Pellegrino e Thomasma⁽¹⁾

denominam de “humanidade ferida”, impõe várias limitações à liberdade e autonomia do paciente, principalmente nos casos mais graves. Condiciona também uma alteração radical das suas prioridades na vida, na medida em que todos os seus pensamentos, energias e motivações passam a ser dirigidos para o alívio da dor e sofrimento, e para a recuperação do estado de saúde. Para Pellegrino⁽²⁴⁾, o corpo, quando doente, passa a ser o centro da atenção e preocupação da pessoa. Nas suas palavras, «começa a tyrannizar, a fazer exigências; necessita de ser ouvido e levado a quem puder ajudar».

Ainda que a vulnerabilidade seja uma característica humana universal, é revelada de forma mais pungente na doença. Por esse motivo, Pellegrino e Thomasma⁽¹⁾ rejeitam liminarmente que a prestação de cuidados de saúde seja considerada um bem de consumo e o ato médico uma simples relação comercial.

Na língua inglesa, estabelece-se a distinção entre doença como entidade fisiopatológica (*disease*), com o seu quadro clínico constituído por um conjunto de sinais e sintomas, e doença como a vivência da enfermidade pelo paciente individual (*illness*), o que inclui a sua interpretação cognitiva da experiência de estar doente⁽¹⁶⁾. Cada pessoa percebe a doença à sua maneira. Segundo Pellegrino⁽²⁵⁾, «essa percepção é pessoal e única, uma vez que cada pessoa interpreta de modo diferente o facto de estar doente ou com saúde». Sendo assim, a preocupação dos médicos não deveria ser apenas identificar e tratar a doença como entidade clínica, mas terem em conta esta dimensão antropológica ou biopsicossocial, que influencia significativamente o processo terapêutico e é indispensável para que uma decisão médica, correta do ponto de vista biomédico, possa também ser considerada uma decisão ética.

Pellegrino⁽¹³⁾ rejeita o dualismo platónico e cartesiano. Considera o ser humano como uma unidade e a doença como um fator perturbador e desintegrador, nas suas vertentes biológica, psíquica, social e espiritual. Por outro lado, na sua opinião, distinta da célebre definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, uma pessoa pode

considerar-se saudável apesar de alguns condicionalismos de natureza física ou mental, desde que não a impeçam de realizar os seus projetos de vida.

No encontro clínico o paciente encontra-se num estado de vulnerabilidade devido à doença, numa relação desigual com o médico em conhecimento, experiência e poder acerca da sua condição⁽²⁶⁾. Nesta relação assistencial, tão assimétrica e desproporcionada, o ónus da responsabilidade recai sobre os ombros do elemento mais forte do binómio, ou seja, do médico. Os pacientes, dada a sua situação de vulnerabilidade, dependência, ansiedade e limitação da liberdade, causados pela doença, são “obrigados” a confiar nos médicos que, por sua vez, assumiram o compromisso solene, expresso no Juramento Hipocrático, de usarem os seus conhecimentos e competências em benefício do doente⁽²⁷⁾.

A doença ocasiona alterações não apenas orgânicas, que são as mais comuns, mas também psíquicas, sociais e espirituais. Edmund Pellegrino⁽²⁴⁾ alude ainda ao facto de a enfermidade, sobretudo nos casos mais graves, suscitar um receio existencial, nem sempre verbalizado: «será este o princípio do fim da minha existência?». Aponta também a presença, muitas vezes, de um sentimento de culpa por parte do paciente por se encontrar nessa condição, ainda mais exacerbado quando a causa da sua doença poderia ter sido prevenida com a adoção de um estilo de vida mais saudável⁽²⁶⁾. Pode também sentir vergonha ou humilhação pela perda de privacidade resultante do seu estado clínico, principalmente em caso de internamento em unidades hospitalares sobrelotadas e com condições precárias para os cuidados de higiene e alimentação⁽²⁶⁾. Ainda que, na maioria das vezes, os doentes ultrapassem estas dificuldades sem sequelas, há situações em que o risco de desenvolverem perturbações mentais é mais notório, nomeadamente nas doenças crónicas, degenerativas, terminais ou que alterem significativamente a sua imagem corporal⁽²⁶⁾. Deste modo, é fundamental que os médicos e outros profissionais de saúde procurem minimizar este estado de vulnerabilidade que os pacientes apresentam, em maior ou menor grau, através de uma conduta exemplar, ao serviço da pessoa doente.

REFERÊNCIAS

1. PELLEGRINO, E. D., THOMASMA, D. C. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981.
2. PELLEGRINO, E. D. «Philosophy of medicine: Should it be teleologically or socially construed?». *Kennedy Inst Ethics J*, 11, 169-180, 2001.
3. PELLEGRINO, E. D. «What the philosophy of medicine is». *Theor Med Bioeth*, 19, 315-336, 1998.
4. SERRÃO, D. «A Medicina e a Ética no Século XXI». Discurso proferido nas Jornadas de Introdução ao Internato Geral, Porto, p. 2, 1.12.1995.
5. GOMES, C. C. *O Pensamento Bioético de Daniel Serrão*. Porto: Editorial Missões, 2011.
6. PELLEGRINO, E. D. «Apologia for a Medical Truant». In: ENGELHARDT, H. T., JOTTERAND, F. (Eds). *The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader*. Edmund D. Pellegrino. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008.
7. PELLEGRINO, E. D. «The Moral Foundations of the Patient-Physician Relationship: The Essence of Medical Ethics in Military Medical Ethics». In: BEAM, T. E.; SPARACINO, L. (Eds). *Textbooks of Military Medicine (Vol. 1)*. Washington, D.C.: US Army, Office of the Surgeon General, 2003.

8. PELLEGRINO, E. D., THOMASMA, D. C. «The Good of Patients and the Good of Society: Striking a Moral Balance». In: BOYLAN, M. (Ed). *Public Health Policy and Ethics*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2004.
9. PEREIRA, H. M. *Daniel Serrão: Aqui diante de mim*. Lisboa: Esfera do Caos, 2011.
10. PELLEGRINO, E. D. «Bioethics as an interdisciplinary enterprise: Where does ethics fit in the mosaic of disciplines». In: CARSON, R. A.; BURNS, C. R. (Eds). *Philosophy of Medicine and Bioethics: A Twenty-Year Retrospective and Critical Appraisal*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1997.
11. MAINETTI, J. A. «Crisis de la razón médica». In: TEALDI, J. C. (Dir). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Colombia: UNESCO e Universidad Nacional de Colombia, 2008.
12. CAPLAN, A. L. «Does the philosophy of medicine exist?». *Theor Med*, 13, 67-77, 1992.
13. PELLEGRINO, E. D. *Humanism and the Physician*. Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.
14. HASTINGS CENTER. *The Goals of Medicine: Setting New Priorities* (Coord: Daniel Callahan). *Hastings Center Report*, Special supplement, Nov-Dec 1996.
15. COSTA, M. F. *Dicionário de Termos Médicos*. Porto: Porto Editora, 2005.
16. CASSELL, E. J. «Medicine, Art of». In: POST, S. G. (Ed). *Encyclopedia of Bioethics* (3.ª ed), vol. 3. New York: Thomson Gale, 2004.
17. PELLEGRINO, E. D., THOMASMA, D. C. *For the Patient's Good: Toward the Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988.
18. COHN, D. «Que valores para os nossos dias?». In: AA.VV. *Que Valores para este Tempo?* Lisboa: Gradiva e Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.
19. COSTA, J. C. (2001). *Um Certo Conceito de Medicina*. Lisboa: Gradiva, 2001.
20. PELLEGRINO, E. D. «Professionalism, profession and the virtues of the good physician». *Mt Sinai J Med*, 69 (6), 378-384, 2002.
21. LAGRÉE, J. *O Médico, o Doente e o Filósofo*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2003.
22. PELLEGRINO, E. D. «Toward a reconstruction of medical morality: The primacy of the act of profession and the fact of illness». *J Med Philos*, 4 (1), 32-56, 1979.

23. THOMASMA, D. C. «Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine». *J Med Philos*, 15, 245-267, 1990.
24. PELLEGRINO, E. D. «Toward a reconstruction of medical morality». *Am J Bioeth*, 6 (2), 65-71, 2006.
25. PELLEGRINO, E. D. «Being Ill and Being Healed: Some Reflections on the Grounding of Medical Morality». In: KESTENBAUM, V. (Ed). *The Humanity of the Ill: Phenomenological perspectives*. Knoxville: University of Tennessee Press, 1982.
26. PELLEGRINO, E. D. «The Lived Experience of Human Dignity». In: *Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. Washington, D. C.: President's Council on Bioethics, Government Printing Office, 2008.
27. PELLEGRINO, E.D., THOMASMA, D. C. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1993.