

# SLOW MEDICINE: UMA CONCEPÇÃO FILOSÓFICA PARA UMA PRÁTICA GERIÁTRICA HUMANIZADA

## *Slow medicine: a philosophical conception for a humanized geriatric practice*

Patrick Alexander Wachholz<sup>a</sup> , José Carlos Aquino de Campos Velho<sup>b</sup> 

### RESUMO

A ampliação do conceito de saúde, a fragmentação do cuidado e a hipervalorização das tecnologias têm fomentado discussões acerca das limitações do modelo biomédico. A era pós-COVID-19 pode ser uma das maiores e melhores janelas de oportunidade para a promoção de intervenções destinadas à promoção da equidade em saúde, particularmente na geriatria. A missão da *Slow Medicine* pode ser sintetizada em três palavras-chave: sóbria, porque atua com moderação, gradativamente e sem desperdícios; respeitosa, porque zela pela preservação da dignidade e dos valores de cada pessoa; equitativa, porque tem o compromisso de garantir o acesso a cuidados adequados para todos. Operacionalmente, o movimento *Slow Medicine* é conhecido internacionalmente pela campanha “Fazer mais não significa fazer melhor”, cujo objetivo é essencialmente refletir e tentar implantar entre os médicos práticas reflexivas que combatam a sobreutilização de recursos médicos, tanto diagnósticos como terapêuticos. Neste artigo, apresentamos um breve resumo histórico e dos princípios que pautam a práxis do movimento *Slow Medicine*, e convidamos o leitor a refletir sobre uma “geriatria sem pressa”.

**PALAVRAS-CHAVE:** assistência integral à saúde; idoso; saúde do idoso; geriatria.

### ABSTRACT

Expansion of the concept of health, care fragmentation, and technology overvaluation have fostered discussions about the limitations of the biomedical model. The post-COVID-19 era can be one of the largest and best windows of opportunity for implementation of interventions aimed at promoting health equity, particularly in geriatrics. The mission of *Slow Medicine* can be summarized in three keywords: measured, because it acts with moderation, gradually and without waste; respectful, because it seeks to preserve the dignity and values of each person; and equitable, because it is committed to ensuring access to appropriate care for all. Operationally, the *Slow Medicine* movement is known internationally for the “Doing more does not mean doing better” campaign, whose objective is essentially to reflect upon and try to engage physicians in reflective practices to avoid the overuse of medical resources, both diagnostically and therapeutically. In this article, we present a brief historical summary and the principles that guide the praxis of the *Slow Medicine* movement, and invite the reader to reflect on a “geriatrics without haste.”

**KEYWORDS:** comprehensive health care; aged; health of the elderly; geriatrics.

<sup>a</sup>Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Botucatu (SP), Brasil.

<sup>b</sup>Equipe de Geriatria, Hospital Santa Catarina – São Paulo (SP), Brasil.

**Dados para correspondência:** Patrick Alexander Wachholz – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Avenida Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618687 – Botucatu (SP), Brasil. E-mail: patrick.wachholz@unesp.br @DrPatrickLTC  
Recebido em: 22/01/2021. Aceito em: 30/03/2021.

**Como citar este artigo:** Wachholz PA, Velho JAC. *Slow medicine: uma concepção filosófica para uma prática geriátrica humanizada*. Geriatr Gerontol Aging. 2021;15:e0210013. <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320212100015>



Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

A ampliação do conceito de saúde tem fomentado, de longa data, discussões acerca das limitações do modelo biomédico.<sup>1,2</sup> Como aponta Barros,<sup>1</sup> não existe na medicina tradicional uma “maldade intrínseca”; a hipervalorização das prescrições de medicamentos e exames, porém, coincide com o dinamismo de profissionais apressados e atendimentos impessoais e reforça um modelo mecanicista que reduz o processo saúde-doença a uma dimensão estritamente biológica. O interesse dos profissionais parece voltar-se majoritariamente às tecnologias, enquanto as pessoas e as relações com suas famílias e com o meio social são negligenciadas.

Com a pandemia de COVID-19, o exemplo dos Estados Unidos tornou-se bastante ilustrativo. A despeito de todo investimento tecnológico desse país, as taxas de infecção e mortalidade pela doença estão entre as mais altas do mundo, em contraste com nações que implementaram plenamente medidas de saúde pública custo-efetivas — como Japão, Taiwan, Nova Zelândia, Hong Kong e Islândia.<sup>3</sup> Embora existam muitas explicações potenciais para essas discrepâncias, evidências apoiam o valor da adoção de tecnologias leves e leves-duras, como o controle mais rigoroso do ingresso de estrangeiros, o uso sistemático de máscaras, o respeito ao distanciamento e a adoção continuada de medidas de higiene, como a lavagem das mãos e uso de álcool em gel.<sup>4</sup>

Por princípio, cuidados bem-sucedidos deveriam orientar-se pelas melhores evidências disponíveis, centrando seu foco no paciente e em seus valores, compartilhando e ponderando decisões terapêuticas e diagnósticas. O efeito da fragmentação do cuidado e da hipervalorização das tecnologias, entretanto, tem influenciado uma parcela crescente de profissionais, que se mostra insatisfeita com esse modelo hegemônico, percebendo que nem sempre “fazer mais é fazer melhor”.

A missão da *Slow Medicine*, como discutiremos a seguir, pode ser sintetizada em três palavras-chave:<sup>5</sup> *sóbria*, porque atua com moderação, gradativamente e sem desperdícios; *respeitosa*, porque zela pela preservação da dignidade e dos valores de cada pessoa; e *equitativa*, porque tem o compromisso de garantir o acesso a cuidados adequados para todos.

As primeiras alusões ao movimento *Slow Medicine* surgiram na Itália. Em 1986, um grupo de manifestantes abraçou a Piazza de Spagna, na cidade de Roma, liderado pelo jornalista e ativista Carlos Petrini. O grupo protestava contra a inauguração de um restaurante do tipo *fast food* naquele ponto icônico da capital italiana. Desse protesto nasceu o movimento *Slow Food*, que propunha um novo olhar sobre o ato de comer e a produção alimentar. Mais do que interesses comerciais, o movimento buscava um resgate da cultura gastronômica italiana: da produção de seus alimentos tradicionais à justa remuneração dos produtores; do próprio ato

de alimentar-se à percepção da necessidade de tempo para saborear a comida. Em 1989, o movimento *Slow Food* estabeleceu seus princípios, com a proposição de um alimento “bom, limpo e justo”. Sua disseminação acabaria por gerar outras iniciativas, incluindo o *Cittá Slow* e o próprio movimento *Slow Medicine*, em 2011, também na Itália.

Em 2002, o cardiologista italiano Alberto Dolara sugeriu que alguns dos pressupostos do movimento *Slow Food* poderiam ser incorporados à prática médica, particularmente com a proposição da desaceleração do processo de tomada de decisões em situações específicas.<sup>6</sup> Por exemplo, idosos frágeis hospitalizados não deveriam ser “pressionados” a receberem altas hospitalares precoces sem a elaboração de um processo de transição de cuidados: respeitando os recursos locais disponíveis, esse processo deveria ser amplamente debatido e compartilhado com o idoso, seus familiares e seus cuidadores.<sup>7</sup>

Hoje existem evidências de que a transição do cuidado reduz as taxas de reinternação e o risco de o idoso ser submetido desnecessariamente a intervenções repetidas, prejudiciais ou pouco eficazes.<sup>8</sup> Do mesmo modo, em situações de fim de vida, muitas intervenções comprovadamente têm menor impacto (por vezes imputam não apenas risco, mas adicionam sofrimento ao paciente). Uma atitude compassiva e cuidadosa, que maximize o conforto e a qualidade de vida, deveria ser a meta dos profissionais de saúde.<sup>9</sup>

Em 2008, o geriatra e médico de família americano Dennis McCullough publica uma obra seminal: *My mother, your mother: embracing “slow medicine”: the compassionate approach to caring for your aging loved ones*.<sup>10</sup> Baseado em sua vivência de mais de três décadas como médico, ele descreve um olhar sobre o envelhecimento que, mais uma vez, coloca em xeque a medicina baseada em eficácia, protocolos e tecnologia, propondo um cuidado mais humanístico e cauteloso. Entre as proposições do livro está a educação dos membros da família e dos cuidadores sobre o que ele chamou de “as oito estações da vida tardia”. O livro de McCullough é uma pequena obra-prima que deveria ser leitura obrigatória para geriatras, gerontólogos e todos os envolvidos no cuidado de idosos. McCullough foi, sem dúvida, o grande pensador da *Slow Medicine* no que tange à prática geriátrica.

A oferta excessiva de tecnologia diante da finitude e da inexorabilidade da morte foi o foco de um artigo publicado pela jornalista Katy Butler no jornal *The New York Times*, em 2010.<sup>11</sup> Intitulando-o “What broke my father’s heart”, a jornalista debruçou-se particularmente sobre a valorização excessiva de tecnologias avançadas de suporte cardiológico, questionando o fato de que, ao avaliar-se um coração doente, muitos profissionais parecem esquecer-se de que por trás dele existe uma pessoa idosa, com uma história de vida, valores,

decisões e expectativas. Em seu livro seguinte, *The art of dying well: a practical guide to a good end of life*, Butler estabeleceu paralelos e orientações práticas, médicas e espirituais para definir o que pode ser uma “boa morte” quando se lida com uma doença crônica.<sup>12</sup> O olhar da *Slow Medicine*, como se percebe, confunde-se com as estratégias dos cuidados paliativos e consegue demonstrar o quanto essa filosofia pode ter valor na abordagem das questões relacionadas à finitude.

A visão particular desenvolvida pela médica californiana Victoria Sweet colaborou para o desenvolvimento do movimento *Slow Medicine*. Ela escreveu duas obras relatando suas vivências pessoais: *God’s hotel: a doctor, a hospital, and a pilgrimage to the heart of medicine*<sup>13</sup> e *Slow medicine: the way to healing*.<sup>14</sup> Em uma interessante analogia, sua obra descreve uma monja beneditina do século XI, musicista, filósofa, *healer*, que via o “provedor de saúde” (naquela época não existiam médicos) como um jardineiro que buscava oferecer às suas plantas as melhores condições para se curarem e se desenvolverem, e não como um mecânico, que “arruma e conserta coisas”.

A vertente italiana do movimento é representada pela Associação Italiana de *Slow Medicine* (AISM), formada em 2011, em Turim. Foi em seu primeiro congresso que se elaborou o manifesto que propõe uma medicina “sóbria, respeitosa e justa”.<sup>5</sup> Um dos expoentes da AISM é o Dr. Marco Bobbio, que tem dois livros traduzidos e publicados no Brasil: *O Doente Imaginado*<sup>15</sup> e *Medicina demais: o uso excessivo pode ser nocivo à saúde*.<sup>16</sup>

Operacionalmente, o movimento é conhecido pela campanha “Fazer mais não significa fazer melhor”, à semelhança da “Escolhendo Sabiamente” (*Choosing Wisely*), nos Estados Unidos, que visa melhorar a adequação clínica por meio da redução de exames e tratamentos desnecessários. A campanha *Choosing Wisely*, que se iniciou nos EUA e é coordenada pela American Board of Internal Medicine Foundation, é executada na Itália pela AISM, e seu objetivo é essencialmente refletir e tentar implantar entre os médicos práticas reflexivas que combatam a sobreutilização de recursos médicos, tanto diagnósticos como terapêuticos.

No Brasil, o movimento *Slow Medicine* encontra-se em franco processo de consolidação. A maior parte das publicações do grupo está disponível em formato eletrônico, especialmente no *site* do grupo (<https://www.slowmedicine.com.br/>). O movimento brasileiro tem presença importante nas redes sociais, produzindo uma *Slow Medicine* com sotaque nacional — a “Medicina sem Pressa”.

A discussão sobre o envelhecimento abrange amplo leque de temáticas e formatos, que inclui desde a divulgação das ideias de McCullough, de resenhas de livros e filmes com temáticas pertinentes à velhice, a reflexões sobre a finitude, sobre cuidados paliativos e seu entrelaçamento com a *Slow*

*Medicine*, a comentários de artigos cujos temas sejam a desprescrição e questões relativas à medicalização da velhice.

Do ponto de vista acadêmico, é salutar identificarmos o surgimento de ligas acadêmicas de *Slow Medicine* em instituições de ensino superior no Brasil. Merece destaque também a iniciativa dos professores Afonso Carlos Neves e Dayse Machado, do Departamento de Neurologia da Escola Paulista de Medicina, que organizaram uma disciplina eletiva de *Slow Medicine* nessa universidade.

A *Slow Medicine* pode contribuir para a geriatria por meio de uma enorme gama de elementos e reflexões: o uso ponderado da tecnologia; os cuidados de fim de vida; a adoção sistemática de estratégias de desprescrição; a oferta de cuidados multiprofissionais e, eventualmente, de práticas integrativas que, em linha com os princípios de prevenção de doenças e da promoção da saúde, proporcionem sempre que possível a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Evidências sugerem que o envelhecimento saudável esteja mais diretamente influenciado pela presença (ou ausência) de recursos e oportunidades sociais e econômicas ao longo do curso de vida (que influenciam a possibilidade de escolhas saudáveis, por exemplo) do que pela disponibilidade de tecnologias avançadas.<sup>17</sup> O conceito de capacidade intrínseca, por exemplo, é fortemente influenciado pelos ambientes em que as pessoas viveram ao longo de suas vidas.<sup>17</sup> Nesse contexto, a proposição “menos é mais” pode ter um significado especial na velhice, com a valorização da arte e da capacidade de não intervir e de observar a evolução natural de eventos e fenômenos que podem afetar a velhice — lembrando que intervenções intempestivas podem trazer consequências mais nefastas do que a própria doença.

Conforme propõe o bioeticista espanhol Diego Gracia,<sup>18</sup> profissionais de saúde devem ser estimulados a desenvolver vínculos sólidos com seus pacientes e familiares, estabelecendo relações respeitadas e de confiança, tendo o *compartilhamento de decisões* como leme e apoiando-se em informações éticas e idôneas. Essa relação deve alicerçar-se no *tempo* necessário para que essas relações se consolidem e no *uso parcimonioso da tecnologia*, para que se possa oferecer aos idosos um cuidado mais humanitário e compassivo. Uma “geriatria sem pressa” pode melhorar a satisfação dos médicos com seu trabalho e dos idosos com a atenção que recebem.

A era pós-pandemia pode ser uma das maiores e melhores janelas de oportunidade para a promoção de intervenções destinadas à promoção da equidade em saúde. Esse pode ser um novo paradigma a ser reconhecido e propagado entre geriatras, que terão a sua prática enriquecida e, certamente, proporcionarão um cuidado mais primoroso aos seus pacientes. Afinal, qual o nosso maior papel, senão o de cuidar?

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu nenhuma bolsa específica de agências de fomento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

PAW: conceptualization, investigation, visualization, writing – original draft, writing – review & editing. JCACV: conceptualization, investigation, visualization, writing – original draft, writing – review & editing.

## REFERÊNCIAS

1. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc.* 2002;11(1):67-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
2. Fertoni HP, Pires DEP de, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1869-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
3. Atzrodt CL, Maknojia I, McCarthy RDP, Oldfield TM, Po J, Ta KTL, et al. A Guide to COVID-19: a global pandemic caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2. *FEBS J.* 2020;287(17):3633-50. <https://doi.org/10.1111/febs.15375>
4. Teslya A, Pham TM, Godijk NG, Kretzschmar ME, Bootsma MCJ, Rozhnova G. Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. *PLoS Med.* 2020;17(7):e1003166. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003166>
5. Bonaldi A, Vernero S. Italy's Slow Medicine: a new paradigm in medicine. *Recenti Prog Med.* 2015;106(2):85-91. <https://doi.org/10.1701/1790.19492>
6. Dolara A. Invitation to "slow medicine". *Ital Heart J Suppl.* 2002;3(1):100-1.
7. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
8. Weeks LE, Macdonald M, Martin-Misener R, Helwig M, Bishop A, Idue DF, et al. The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2018;16(2):345-84. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003486>
9. Bauer JL. Slow medicine. *J Altern Complement Med.* 2008;14(8):891-92.
10. Hickey MH. My mother, your mother: embracing "slow medicine": the compassionate approach to caring for your aging loved ones By Dennis McCullough. *Educ Gerontol.* 2009;35(3):277-8. <https://doi.org/10.1080/03601270802660049>
11. Butler K. What Broke My Father's Heart. *The New York Times* [periódico eletrônico] 2020 [citado em 2020 Dec 16]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2010/06/20/magazine/20pacemaker-t.html>.
12. Butler K. *The Art of Dying Well: A Practical Guide to a Good End of Life.* Nova York: Scribner; 2019.
13. Sweet V. *God's Hotel: A Doctor, a Hospital, and a Pilgrimage to the Heart of Medicine.* Nova York: Riverhead Books; 2012.
14. Sweet V. *Slow Medicine: The Way to Healing.* Nova York: Riverhead Books; 2017.
15. Bobbio M. *Il Malato Immaginato: I Rischi Di Una Medicina Senza Limiti.* Torino: Einaudi; 2010.
16. Bobbio M. *Troppa medicina. Un uso eccessivo può nuocere alla salute.* Torino: Einaudi; 2017.
17. World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing 2020–2030.* Genebra: World Health Organization; 2020.
18. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philos.* 2001;4(2):223-32. <https://doi.org/10.1023/a:1011445128427>