



A Tecnomedicina Revisitada

Reflexões sobre a “ ética do cuidado médico ”

Inventário: o que mais caracteriza a medicina nos últimos anos tem sido, sem dúvida, o grande avanço tecnológico que acabou por operar uma profunda transformação na arte médica: a medicina é hoje tecnomedicina. No campo social, a luta e o reforço de valores como liberdade, tolerância, igualdade, autonomia, verdade e justiça constituem autênticos marcos do fim do séc. XX.

Problema: a tecnomedicina permite ou anula uma prática médica centrada sobre valores como liberdade, autonomia, igualdade, verdade ou outros?

Resolução: Começemos este exercício por definir as partes no que relevam da medicina em geral e da saúde mental em particular.

Tecnomedicina – designação que consubstancia a emergência de poderosos instrumentos de diagnóstico, tratamento e de prognóstico com os quais as diferentes especialidades médicas se têm enriquecido e que transformaram a praxis médica. Esta, passa a ser determinada por rotinas diárias nas quais algumas chamadas telefónicas ou alguns toques nas teclas de um computador substituíram o contacto compreensivo com o doente. É sob esta trama tecnológica de contínua produção que assistimos ao depósito de doentes em corredores de hospitais ou a altas prematuras de doentes sem qualquer suporte social. Isto, a par dos avanços espectaculares, como é exemplo a descoberta do genoma humano, porventura o mais publicitado e o mais imediato deste novo século. Já se anunciam previsíveis mudanças na prática médica decorrentes desta obra da tecnologia científica. Impõe-se, por isso, interrogar: como vai a manipulação do genoma humano desafiar a prática médica? Antes de mais, o projecto do genoma humano está já transmutando o pensamento dos homens, pois já se fala de uma nova metafísica: “a metafísica genómica”! (cf. Editorial Vol. III – nº 1). Segundo esta, através do conhecimento do nosso genoma conseguiremos cumprir duas tarefas: conhecer a nossa diversidade genética e estar em condições de fazer predições acerca do futuro. Nada mais enganoso do que estas pretensões. Se há disciplina onde o jogo entre a certeza e a incerteza é particularmente evidente essa disciplina é precisamente a genética humana. Esta já provou que o conhecimento humano é sujeito a mudanças (pelo menos na forma) sob a influência de novos desenvolvimentos e novos conceitos sobre o mundo. O que significa que a verdade é, também ela, sujeita a mudanças, quer no domínio científico quer no domínio normativo. Para além disso, o facto de a diversidade genética ser compatível com a igualdade humana não depende do significado científico dessa diversidade genética, mas antes do significado e do valor que a sociedade atribui à “diversidade”, à “doença” e à “predisposição para a doença”. Por outro lado, o poder preditivo de genética, no campo do comportamento humano, é ainda bastante limitado, dado o facto de a tradução genótipo-fenótipo necessitar da mediação ambiental para ocorrer, mediação que está longe de ser conhecida e controlada. É certo que já são feitas muitas predições sobre a probabilidade de desenvolvimento de futuras doenças, baseadas no conhecimento genético, mas onde está a verdade aí? O que fazemos com esse conhecimento? Temos mais controle sobre as nossas vidas ou ficamos mais paralisados? E mesmo quanto a essa predição, qual é o grau de probabilidade da sua ocorrência quando a franja de desconhecimento sobre o comportamento humano continua a ser imensamente grande? Mas a tecnomedicina operou ainda uma outra revolução na prática e na formação médica, traduzida na perseguição de uma certa espécie de verdade: a procura do conhecimento sobre o “como” ou “o que” funciona, ilibando-nos de questionar sobre “o que está certo”. Ou seja, a tecnomedicina transformou os médicos em tecnomédicos que são uma



espécie de gigantes que não olham a meios para atingir os seus fins: a manutenção da vida seja a que preço for! Assistimos a esta profunda revelação: a procura do conhecimento torna-se, agora, uma questão moral e o conhecimento torna-se um bem em si próprio, comandado por um novo código: o código tecnocrático. Mas a mais saliente característica desta nova cultura médica é a ingestão acrítica do produto mais abundante e transitório deste novo mundo: a informação técnica. Produto e produtor da globalização, o fluxo universal da informação permite que novos tratamentos (alguns ainda por testar) sejam descritos na Internet e recomendados a doentes antes mesmo que os seus médicos tenham ouvido falar neles, dando origem a sonhos e ideais que acabam em profundas frustrações. Esta nova moral diz-nos que quanto mais sabemos sobre essa verdade, quanto mais conhecimento adquirimos, quanto mais o conhecimento se aproxima do nível genético ou molecular, tanto mais seremos capazes de ser, realmente, “bons médicos”. Ou seja, para além do conhecimento científico não existe outro universo, contrapeso ou preocupação. Mas tudo tem um lado obscuro. O desta tecnocracia médica revela-nos uma clivagem fundamental entre os meios técnicos e os fins originais e humanos da prática médica, questionando no mais íntimo a natureza do acto médico. Nunca estivemos tão necessitados de visitar a noção de acto médico quanto agora. Este tipo de revolução de valores levanta, naturalmente, questões éticas. Esta progressiva aproximação dos limites da vida e da morte impõe que nos interroguemos: como se constrói um código de valores que nos permita decidir quando o conhecimento ou o poder técnico causa mais danos do que benefícios?

Ora, entramos precisamente numa franja que constitui um grande desafio actual e futuro: o da formação médica. Já vimos como a tecnomedicina define “um bom médico”. Importa agora perceber se um bom “tecnomédico” é um “bom médico”. Esta incursão reveste-se de alguma delicadeza que tem que ver com o papel desempenhado pelo diagnóstico de uma determinada patologia: para o médico e para o doente. Analisemos o quadro. O doente apresenta ao médico sintomas e não doenças. Aqueles, através das modernas e potentes tecnologias, são cada vez mais facilmente “convertidos” em doenças, pelos procedimentos de diagnóstico médico. Esta conversão tem um impacto tão forte no doente que lhe provoca sempre uma alteração do seu ser. Repare o leitor que quando uma dor de cabeça se torna numa neoplasia ou quando o futuro é antecipado (seja sob a forma de prognóstico, seja sob a forma de avaliação de riscos), um novo estado ontológico é criado no doente.

As consequências são, contudo, diversas em função do tipo de relação estabelecida entre o médico e o seu doente. No caso de a nova “verdade” ser usada no contexto de uma relação de reciprocidade assimétrica, este poder médico contribui para que o doente possa fazer escolhas informadas acerca da sua vida. Mas, se pelo contrário, essa “verdade” (resultante quer do diagnóstico, do prognóstico ou da avaliação de riscos) for usada para reificar a doença e estigmatizar o doente, então apenas reforçam o poder médico: a “verdade” transforma-se numa outra assimetria da vida. Estamos a aproximarmo-nos do centro da questão – as relações entre a doença e o estar-doente, o médico e o doente.

Não nos podemos esquecer que a doença comporta uma dimensão objectiva e que o médico tem uma responsabilidade profissional face a ela, face ao seu doente e face à sociedade. É clássico opor-se o “médico conhecedor mas pouco empático” ao “médico empático mas pouco conhecedor”. Esta oposição não faz sentido porque nenhum deles é capaz de estabelecer uma relação terapêutica com os seus doentes. O conhecimento do 1º está tão distante do seu doente que se torna incomunicável; o calor afectivo e a compaixão do 2º, muito embora seja temporariamente reconfortante, também não é terapêutico, na medida em que o médico trai a sua responsabilidade profissional. Uma e outra perspectiva extremam a dimensão relacional num plano disjuntivo, já que nem a dimensão subjectiva, nem a objectiva, num e noutro caso, preenchem a legitimação do acto médico. Contudo, nenhum dos aspectos pode ser abandonado, já que ambos são componentes constituintes da relação médico-doente.



Mas a pressão tecnocrática que actualmente reveste a prática médica força à atitude disjuntiva, pelo que se torna obrigação ética da educação médica promover o desenvolvimento de atitudes de equilíbrio entre as duas dimensões. Tal obrigação só poderá ser conseguida se fundamentada nos postulados antropológicos envolvidos numa dada situação clínica. Os aportes de von Gebattel foram rapidamente esquecidos pela comunidade científica, muito embora apontassem, já em 1953, as linhas mestras da educação médica com estes requisitos. A relação médico-doente era concebida segundo 3 níveis distintos: (1) o grau imediato da relação – o sentido elementar de simpatia face à necessidade de alguém; (2) grau de distanciamento da relação – o sentido da reflexão técnico-profissional na qual se procede ao diagnóstico e se elabora a estratégia de intervenção; (3) grau pessoal da relação – que abarca as anteriores e constitui a unidade solidária médico-doente. Cada um destes graus de sentido da relação são vividos de forma diferente pelos dois intervenientes. Ao médico cabe actuar como próximo que foi solicitado, actuar como profissional e como associado pessoal do doente, o “tu” de outro “tu” sobre a base da solidariedade da condição humana que inclui a culpa, o sofrimento, a morte e o amor. Neste sentido, a relação médico-doente nunca se pode transformar num tracto anónimo ou num mero serviço puramente objectivo.

Constituirá, por isso, uma das principais tarefas da formação e da ética médicas estabelecer, explicar e justificar qual dos níveis de sentido e de significado é relevante num momento particular da relação médico-doente, para daí retirar conclusões práticas e éticas. Na óptica do “cuidado” médico interessa nunca perder de vista a totalidade da existência do doente, a qual se vai revelando através do diálogo que, muitas vezes, não é mais do que a presença da presença para, a partir daí e com base na competência profissional, ética e comunicacional do médico poder decidir qual dos níveis de significação (subjectivo, objectivo ou pessoal) é relevante num determinado momento dessa relação particular. Neste contexto, não só os aspectos relacionais e os resultados dos estudos empíricos têm de ser tomados em consideração, como também os relacionais e os legais. A tensão que daí resulta dá uma forma concreta ao enquadramento clínico, fazendo emergir a necessidade ética de definição clara dos padrões que regulam a correcta distância na qual a intimidade vai ser equacionada. Neste sentido, o cuidado ou ajuda deve ser entendido como a resposta do “homem-profissional” ao pedido do “homem-doente” que, envolvido no seu estado de necessidade, requer a sua eliminação, seja em silêncio, seja pedindo-a expressamente. E, de imediato, uma nova questão se levanta: a da possibilidade de acesso à necessidade alheia. Nem toda a necessidade é acessível à ajuda (há situações de necessidade que se caracterizam pelo facto de o homem se fechar a toda a ajuda com a energia do desespero). Esta questão levanta ainda uma outra, de índole iminentemente ética: qual o grau de liberdade do doente e do técnico, na abertura à ajuda e na pre-ocupação em cuidar? Até onde devemos ou podemos ir? E de onde não devemos passar? Sintetizando, para que o acto médico se actualize numa ajuda ao doente em sofrimento, deve responder a duas exigências: a eficácia e a autenticidade. A eficácia exige uma perspectiva exacta do estado de necessidade do Outro, correlativa da competência profissional. Esta primeira exigência remete-nos para a necessidade de um cuidado consigo próprio, por parte do profissional: o cuidado com a sua competência. A autenticidade exige uma reflexão permanente acerca da própria atitude. Dito de outro modo: as exigências de uma ética do cuidado médico comprometem o profissional a dois níveis – ao nível do saber e das técnicas, e ao nível das qualidades pessoais. Talvez agora possamos iluminar a questão que nos guiou nestas reflexões: para que um tecnomédico seja “um bom médico” tem de ser mais do que um simples tecnomédico. Necessita de ser ajudado a superar dentro de si a oposição entre a objectividade e a subjectividade que caracteriza o acto médico, operando uma síntese entre o saber advindo



da ciência abstracta e o conhecimento captado a partir do doente concreto. Tem que ser capaz de o fazer no seio das complexas organizações que constituem o sistema da tecnomedicina. Organizações supra-individuais, mas alimentadas de individuos, estruturadas para a prestação de cuidados de saúde, mas que não escapam às pressões da tecno-lógica. Às necessidades de organização, automatismo, equilíbrio, finalidade próprias de uma sócio-anthropologia da saúde, opõe-se a pressão tecnocrática cujos efeitos se traduzem por vivências de rotina, de repetição, de esclerose e de desvio, hoje baptizadas com o nome pomposo de “burn-out”, expressas pelos profissionais que as alimentam. Um “bom médico” na era da tecnomedicina tem de ser capaz de encontrar um dispositivo que lhe permita criar a diversidade na unidade, a criatividade nos automatismos, os desvios no equilíbrio, a individualidade na colectividade, a pessoa no mundo, a vida na morte. Esse “dispositivo” só pode ser o projecto. Mas não um projecto qualquer. Terá de ser um projecto que, sendo profissional, seja simultaneamente vital, cultural, metódico. Sendo vital é o antídoto da replicação e da “morte profissional”; sendo cultural é o antídoto da regressão e da marginalização; sendo metódico é o antídoto da impulsividade e da improvisação. Terá de ser, por isso, um projecto múltiplo cuja unidade se constitui a partir da permanente projecção existencial, dando assim sentido ao absurdo e ao acaso.



João Marques-Teixeira

