

Ato Médico, Tecnologia e Humanidades

Medical Practice, Technology and Humanities

João M. Videira Amaral
NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Acta Pediatr Port 2015;46:261-3

1. A medicina no século XXI é bem diferente da que era praticada em séculos distantes. Pode afirmar-se que os progressos operados ao longo do tempo são explicados por fatores diversos, tais como a evolução da sociedade, a ampliação da informação e conhecimento, assim como o espantoso desenvolvimento da ciência e da tecnologia. A propósito desta última, na atualidade fala-se mesmo numa cultura emergente em torno da tecnologia.¹

2. O exercício da medicina, consubstanciado no ato médico clássico, pressupõe uma relação direta médico - doente (pessoa) centrada na realização da história clínica. Esta, na sua essência, consta de uma metodologia sequencial, englobando vários passos, exigindo tempo a gerir. Iniciando-se pela anamnese, seguem-se o exame objetivo, a formulação do diagnóstico provisório e, finalmente, o recurso racional e sensato a exames complementares tendo em vista chegar ao diagnóstico definitivo, a atuação condizente com o quadro clínico, e ao prognóstico, explicando a situação. Em pediatria, designadamente nas primeiras idades e nos casos de doentes hospitalizados, estão previstas variantes desta metodologia, acrescentando-se a especificidade relacionada com a intervenção de um terceiro elemento – membro da família ou representante. Embora na execução prática possa verificar-se certa versatilidade, o relato final (oral, escrito manual ou eletrónico), utilizando eventualmente estratégias baseadas em estruturação dos dados, por exemplo o método SOAP, deverá incluir todos os passos, sem hiatos, em prol do rigor.²⁻⁴

3. Para a realização da anamnese, que estabelece uma primeira relação interpessoal que se deseja empática, exige-se um conjunto de competências, não só nas vertentes técnica e científica, mas também na de humanidades ou de certos valores humanos. Ou seja, torna-se também fundamental que quem procede à anamnese se coloque na posição do doente, promova a vinculação e tenha em consideração os aspetos vividos para além da doença, de vária ordem. Procedendo deste modo, considerando o doente / pessoa inserido na sua circunstância de vida familiar e atendendo a aspetos espirituais, crenças, aspetos emocionais, facetas sociais, económicas, entre outros, o médico, cumprindo exemplarmente o seu dever, estará em consonância com os princípios éticos de solidariedade, altruísmo, honesti-

dade, confidencialidade e beneficência. A este propósito importa referir que da valorização das humanidades no desempenho clínico (teoria do renascimento englobando várias disciplinas como sociologia, história, ética, antropologia, línguas, literatura, ciência da comunicação, ética, filosofia, entre outras) nasceu um ramo do conhecimento designado medicina narrativa, em franca expansão.^{2,5-7}

4. Entre as novas tecnologias surgidas a partir da última década de 80, foram as baseadas nas ciências da imagem as que maior repercussão tiveram na prática clínica. Considerando-se, como exame complementar, a radiografia simples convencional uma “vulgaridade mais antiga”, emergiram outros como a ecografia, a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética, englobando modalidades altamente sofisticadas permitindo avaliar a função de órgãos e sistemas para além da morfologia.⁸

Sem dúvida de grande utilidade, e mesmo indispensáveis em certas situações, na atualidade as referidas técnicas passaram a substituir parte da perícia do clínico (com o risco de desabitação do mesmo em “puxar pela cabeça”), o qual utilizava nos primórdios, como únicos instrumentos, apenas a história clínica (anamnese e exame objetivo) e o seu raciocínio na avaliação de cada caso; de salientar que técnicas “ancestrais” utilizando o estetoscópio, o esfigmomanómetro, o oftalmoscópio, a balança e a fita métrica ou craveira, constituem uma inerência do referido exame objetivo.^{8,9}

Nesta perspetiva, com a incorporação das tecnologias e outros exames, importará acautelar a eventualidade de vários tipos de perversão metodológica no que se refere ao relato oral ou escrito, interpares, da situação clínica em causa; perversão que será inversamente proporcional ao tempo despendido para a realização da anamnese e exame objetivo. Essencialmente^{10,11}:

- A descrição dos resultados dos exames complementares antes de completar os passos anteriores da história clínica, nomeadamente eliminando ou menosprezando a anamnese;
- A tendência de “observar” resultados de exames ou “documentos” em vez de “doentes”, quebrando-se seriamente o princípio de relação empática e direta médico - doente;
- A tendência de observar “partes” do organismo em

detrimento do “todo”, desobedecendo ao conceito holístico que deve presidir ao ato médico humanizado.

5. A parte final da história clínica diz respeito à atuação prática, tratamento e cuidados a prestar. A este respeito, parece-me pertinente a abordagem do conceito de medicina integrativa (MI), área do conhecimento que associa práticas da medicina clássica, ensinada nas nossas universidades, com práticas da medicina alternativa ou complementar (MA/C), integrando certas modalidades da medicina tradicional chinesa com valor científico comprovado e já reconhecido pela comunidade científica (acupuntura, osteopatia e quiropraxia).

As práticas de MA/C, baseando-se em teorias filosóficas e determinados estilos de vida, cultivam de modo especial a empatia na relação médico - doente, as vivências que extravasam a “questão puramente clínica” do doente, assim como a “arte” de não apenas saber tratar, mas também de saber cuidar. Será esta seguramente a chave do “êxito” que é proclamado pelos seus mentores e utilizadores.^{12,13}

Por outro lado, importa uma referência à investigação realizada no âmbito da MI, demonstrando que o stress psíquico influencia os sistemas nervoso, endócrino e imunitário; e de tal verificação resultou uma nova área do conhecimento designada por psico-neuro-endócrino-imunologia. Trata-se, pois, de um ramo da ciência em franca expansão mundial, com publicações em revistas internacionais indexadas na PubMed. E, sobre esta matéria, a Organização Mundial de Saúde, a Academia Americana de Pediatria e a Ordem dos Médicos já se pronunciaram favoravelmente.^{14,15}

6. Relativamente às “ideias-chave” do título deste escrito ocorre referir ainda que há sítios eletrónicos interativos com atendimento feito por médico 24 horas por dia (“consulta médica” por via eletrónica), propiciando respostas imediatas; neste contexto poderá admitir-se que os aconselhamentos em geral (citando igualmente os contactos feitos por via telefónica) serão de grande utilidade em determinadas situações. Com este cenário estabelece-se uma relação doente / família - *net*, o que tem implicações éticas importantes em termos de “responsabilidade profissional” nos casos de terapêuticas efetuadas “a conselho da *net*”.

De acordo com a literatura, confrontando a relação médico - doente convencional (relação pessoal, direta) com o cenário descrito, está provado que quanto menor o tempo de contacto dos médicos com os seus doentes na consulta, maior a probabilidade de as famílias dos consulentes recorrerem com mais expectativa e confiança à informação via *internet*. E um dos fatores suscetíveis de influenciar o referido tempo de contacto, que se deseje empático e direto, é constituído pela “bar-

reira” do computador, instrumento que se tornou banal, mesmo indispensável face à legislação vigente. Ou seja, esbate-se o lado humano da relação.

Relativamente às tecnologias, permitindo a transmissão de imagens estáticas e dinâmicas, importa uma alusão ao papel daquelas no ensino / aprendizagem à distância e em tempo real (designadamente no âmbito da simulação do ato médico), assim como na telemedicina e videoconferência; ainda no mesmo âmbito, terá interesse referir o uso, que se tornou banal, da nova geração de *smartphones* permitindo uma relação médico - doente não convencional, mas de grande utilidade.^{8,11,16}

7. Em suma, o médico de hoje é confrontado com novas realidades que não podemos ignorar, com novos paradigmas da relação médico - doente, a qual poderá agregar um ingrediente poderoso que é a tecnologia, mais ou menos sofisticada.

Sendo a medicina uma profissão *sui generis*, “humanística na origem e humanitária na ação”, (noção que aprendi com um dos mestres que mais me marcaram na faculdade - Jaime Celestino da Costa), pode inferir-se que a sociedade precisa de médicos com competências globais, tecnicamente competentes, mas humanamente conscientes.^{10,17}

Desmistificando o poder absoluto da ciência e da tecnologia para a resolução de todos os problemas de saúde das crianças e adolescentes (afinal, dos cidadãos) verifica-se hoje uma tendência altamente louvável de incluir, já na pré-graduação em medicina, áreas opcionais do conhecimento relacionadas com as humanidades.

Enfim, com esta estratégia enriquecendo os conteúdos no campo da educação médica, poderá afirmar-se que a nova geração de estudantes e internos de pediatria (e não só) poderá colher frutos que se traduzirão no futuro em melhor e mais humanizado serviço prestado à comunidade.

Conflitos de Interesse

O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência

João M. Videira Amaral
jmvamaral@fcm.unl.pt

Recebido: 29/04/2015

Aceite: 02/05/2015

Referências

1. Kelly K. The third culture. *Science* 1998; 279:992-3.
2. Videira Amaral JM. Aspetos metodológicos da abordagem de casos clínicos. In: Videira Amaral JM, editor. *Tratado de clínica pediátrica*. Lisboa: Abbott Ed; 2013.
3. Carmona da Mota H. Para uma história clínica (I). *Acta Pediatr Port* 2011;42:43-8.
4. Carmona da Mota H. Para uma história clínica (II). *Acta Pediatr Port* 2011;42:84-9.
5. Videira Amaral JM. As humanidades e a formação médica pediátrica. *Acta Pediatr Port* 2005;36:159-62.
6. Golden RL. Osler's legacy: the centennial of *The Principles and Practice of Medicine*. *Ann Intern Med* 1992;116:255-60.
7. Lewis BE. Narrative medicine and healthcare reform. *J Med Humanit* 2011;32: 9-20.
8. Herrington J, Herrington A, Mantei J, Olneu I, Ferry B. New technologies, new pedagogies: mobile learning in higher education [consultado em abril 2015]. Disponível em <http://ro.uow.edu.au/newtech>
9. Howells RJ, Davies HA, Silverman JD, Archer JC, Mellon AF. Assessment of doctor's consultation skills in the pediatric setting. *Arch Dis Child* 2010;95:323-9.
10. Celestino da Costa J. *Um certo conceito de medicina*. Lisboa: Gradiva; 2001.
11. Fromm E. *The revolution of hope, toward a humanized technology*. New York: Harper Collins; 1968.
12. Lesley R, Weil A. Integrated medicine. *BMJ* 2001;322:119-20.
13. Maizes V, Schneider C, Bell I, Weil A. Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona. *Acad Med* 2002;77:851-60.
14. Kemper KJ, Breuner CC. Complementary, holistic, and integrative medicine: headaches. *Pediatr Rev* 2010;31:e17-20.
15. Mendes JT. Terapêuticas complementares. *Rev Ordem Médicos* 2015;31: 56-7.
16. Videira Amaral JM. A internet como veículo de informação na área biomédica –ética e qualidade. *Acta Pediatr Port* 2002;33:217-22.
17. Fernandes I, Ferreira MA. Formação de médicos - entrevista. *Artes Entre Letras* 2015;141:4-5.