

## A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ERA DA INFORMATIZAÇÃO

Carlos Frederico de Almeida Rodrigues<sup>1</sup>  
Isadora Cavenago Fillus<sup>2</sup>

Área de conhecimento: Medicina  
Eixo Temático: Problemas Éticos em Saúde

### RESUMO

Analisar criticamente os reflexos das inovações tecnológicas na relação médico paciente de modo a identificar não só os benefícios do conhecimento técnico para a formação e fortalecimento da autoconfiança do médico em seu ofício, mas também, resaltar as possíveis perdas da humanização em prol da mecanização. Desta forma, será realizado uma revisão de artigos científicos e literatura que abordem aspectos bioéticos da influência sobre a era da informatização na relação médico-paciente. Como resultado foi observado que a maravilhosa mente humana avança cada vez mais na elaboração de novas técnicas e conhecimentos, que realmente podem facilitar o diagnóstico e tratamento do paciente. No entanto, reconhecer essa ideia não é o mesmo que aceitar toda “evolução” tecnológica como boa, sem analisar se a mesma não pode estar afastando do médico o elemento que define sua própria essência: o paciente. Portanto, o aperfeiçoamento técnico e a disponibilidade de recursos tecnológicos dos profissionais médicos devem estar aliados à sensibilidade ao lidar com outra pessoa: o olhar nos olhos, a compaixão pelo ser humano que sofre e busca auxílio e o reconhecimento do ser biopsicossocial que vai muito além da doença que o paciente trás consigo. Em outras palavras: técnica e humanização devem se combinar a fim de estabelecer uma boa relação médico paciente e facilitar o diagnóstico e tratamento. Durante toda a profissão o médico precisa tratar seres humanos e não doenças. Atender ao chamado de pacientes, e não ao de aparelhos.

Palavras-chave: Bioética. Humanização. Informatização.

### INTRODUÇÃO

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Carl Jung).*

As tecnologias são um conjunto de conhecimento aplicado nas mais diversas áreas, dentre as quais está presente a medicina. Essa interação da área médica com a informatização vem se tornando cada vez mais forte nos últimos 20 anos e contribui para uma maior eficiência nos exames e cirurgias, mais agilidade nos diagnósticos e diversidade nos tratamentos. No entanto, todas essas melhorias, dentre tantas outras, podem fragilizar uma das mais importantes bases da medicina: a relação médico paciente (ALMEIDA, 2000).

<sup>1</sup> Professor de Neuroanatomia e Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste - campus de Francisco Beltrão. – rodriguescfa@hotmail.com

<sup>2</sup> Aluna do primeiro ano da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste – campus Francisco Beltrão – isadora.fillus@hotmail.com



---

---

Para melhor expressar o que acima foi citado Costa Neto apud Almeida, 2000 cita que

O cientificismo excessivo atual das práticas de saúde, desvinculado do humanismo e da ética, levou o setor a uma linha de ação cuja ligação entre o profissional e o usuário do sistema passou a ser muito mais o exame e o equipamento, em detrimento do relacionamento pessoal e profissional.

Esse olhar aos aparelhos em detrimento da relação pessoal faz com que o profissional perca cada vez mais sua sensibilidade ao lidar com outro ser humano, dificultando a interação e por consequência o maior sucesso no diagnóstico e tratamento.

A ética vem contrabalanceando as tecnologias desde a Grécia Clássica com Aristóteles, onde se expressava com a máxima “*recta ratio factibilium*”, ou seja, a razão requer com referência às coisas que somos capazes de fazer. A razão nos permite vislumbrar aquilo que podemos fazer, mas também o que não devemos. A partir desse pensamento, ao longo do tempo desenvolvemos diversos questionamentos para tentar nos basear na relação médico paciente: existem limites para o uso de tecnologias? Se existe, quais são? Quando devemos deixar a natureza seguir seu curso? Quando é que devemos intervir? São estes dentre tantos questionamentos que podem não nos trazer respostas – inclusive nem deve ser esse o nosso objetivo – mas buscam discutir e reavaliar diariamente as ações médicas perante o tratamento para com os pacientes (JAMES; PESSINI, 2005).

Desde o século XIX começa-se a ter presente na medicina várias tecnologias que ajudam nos exames de diagnóstico ou tratamentos, como: remédios, máquinas de diálise, transplantes ou maquinários utilizados em cirurgias, dentre tantas outras coisas que são altamente compensadoras. No entanto, cada conhecimento novo acaba gerando novos problemas éticos. O direito de se praticar a medicina vem acompanhada com todos os deveres, mas principalmente, com os limites éticos ao lidar com outras vidas. Por esse motivo na medicina costumamos olhar pela óptica do utilitarismo, ou seja, a contraposição entre os riscos e benefícios (JAMES; PESSINI, 2005).

Ao imaginarmos um futuro em que se continue um desenvolvimento tecnológico cada vez maior, poderemos até nos deparar com a cena de uma pessoa sendo examinada e diagnosticada por uma máquina, em poucos segundos e talvez até sem grandes custos. O que não deixa de ser um grande “avanço” nas ciências



---

---

médicas, de nada adianta se for em substituição o insubstituível: o olhar de uma alma por outra alma (GALVÃO, 2000).

Por melhores que sejam as máquinas nunca farão o que um ser humano pode fazer pelo outro, principalmente quando se refere à relação médico paciente. O olhar para um desconhecido e sofrer junto com ele – não é sinônimo de perder a racionalidade, mas se colocar no lugar do outro – é também papel do médico (GALVÃO, 2000).

Quando se perde o contato humano na relação médico paciente acaba por se estabelecer uma relação de duplo anonimato: de um lado um médico que desconhece seu paciente, porque não o está tratando a uma pessoa, mas sim a uma doença, e do outro lado o paciente que desconhece seu médico, pois acaba sendo “cliente” de uma instituição e não por procurar o profissional em específico e de sua confiança (GALVÃO, 2000).

Conhecer outro ser humano por completo é impossível, um pouco desse anonimato permanecerá sempre. No entanto, é através do tocar, olhar e escutar que se permite que o outro se revele em partes, mesmo que nunca consiga conhecê-lo e tenhamos sempre uma ideia do outro, mas nunca o outro verdadeiramente. Mas ao menos ver o ser humano se revelar em sua face e sofrer com o outro em uma responsabilidade sem escapatória que o médico se apodera no momento da consulta, faz com que esse anonimato se dilua, e assim o diagnóstico e tratamento se deem de maneira mais fluida e eficiente (CARDOSO, 2008).

O problema não está nas novas tecnologias ou na era da informatização, mas sim no nosso aceitar, sem questionar, de que toda a “evolução” é benéfica. As inovações surgem dia após dia com uma velocidade muito acima da nossa de refletir sobre elas, fazendo com que não racionalizemos o que nos é “vendido” como a melhor opção. Todo o avanço tecnológico só se justifica quando usado para a melhor qualidade de vida dos pacientes (DRUMOND, 2007).

São os diversos embates de ideias entre o uso de tantas inovações tecnológicas vistas pelo viés da bioética que serão apresentadas no desenvolvimento deste artigo. Não cabe aqui esgotar nenhum dos temas abordados, tanto porque isto não seria possível, mas sim, levantar discussões de importância ética que surgem no desenvolver da relação médico-paciente.



---

---

Todas as informações apresentadas no artigo foram coletadas em uma pesquisa bibliográfica de vários textos, referentes à relação médico-paciente na era da informatização, na bibliografia médica. Com todos esses dados, o objetivo foi reuni-los em um texto que pretende levar o referido assunto aos profissionais e estudantes de medicina, como também a todos os demais interessados. A tecnologia é sem dúvida inerente ao processo de desenvolvimento dos estudos médicos, no entanto, deve sua utilização em outros seres humanos deve ser pensada e repensada por meio de questionamentos que a bioética levanta, para que a ética possa ser utilizada como fundamento e não como discussão de problemas já instalados. Na hora de estabelecer a relação com seus pacientes, é necessário para o médico o conhecimento de várias técnicas e teorias, mas no lidar com outra alma humana deve ser apenas outra alma humana.

## **2 METODOLOGIA**

O presente trabalho foi realizado com base em revisões bibliográficas de artigos científicos e literatura que abordem aspectos bioéticos da influência sobre a era da informatização na relação médico-paciente.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

O desenvolvimento da medicina através do tempo é substancialmente atrelado ao contexto a que pertence e por consequência às questões éticas que suscita. Quando tratamos então da questão tecnológica na ciência médica, essa relação é ainda mais evidente, pois, como cita Albuquerque (apud DRUMOND, 2007) a estruturação da área da saúde é de "origem de um fluxo de informações que apoia o surgimento de inovações que afetam a prática médica e a saúde". O olhar otimista da influência das novas tecnologias na relação médico paciente é comprovado com a disponibilidade de novos aparelhos, técnicas de exames e uma gama de conhecimento científico que a fabulosa mente humana já ousou criar. No entanto, os bônus não isentam a necessidade de um olhar crítico para os ônus. A capacidade do homem de transformar a natureza vem também causando perplexidades científicas e éticas: tanto no macro, como no microcosmo; tanto na



---

---

geração de novas formas de vida, como na destruição das diferentes formas de vida. (DRUMOND, 2007).

Perdemos o chamado médico de cabeceira, que cuidava de toda a família, sabia e acompanhava todo o histórico do paciente, as alterações e progressos. Sem dúvida, muito da doação de um ser humano (médico) por outro (paciente), se justifica pelo pouco conhecimento que se tinha a respeito das doenças e seus tratamento, restando ao médico a doação de sua humanidade e de seus cuidados para alentar uma pessoa que sofre, do que propriamente oferecer técnicas. Entretanto, o doar-se ao paciente não precisa ser um sinal de desconhecimento técnico, mas sim, a base de toda a estruturação da boa relação médico paciente. A inovação diária do conhecimento científico deveria ser o sustento que traz confiança no trabalho do profissional da saúde, no entanto, o que vem representando é a retaliação do paciente em partes anatômicas que serão atendidas por médicos específicos. Anula-se por completo a pessoa a que pertence o pulmão que está sendo consultado e a consulta é dita “bem sucedida” e chega ao fim quando o paciente pode ser “etiquetado” com o nome de uma doença. Essa visão fragmentada do paciente começa a ser mais difundida no início do século XXI, quando o educador americano Abraham Flexner (1866-1959) cria a residência médica e por consequência as especializações (SIMÕES, 2011).

O modelo biomédico foi im muito útil no desenvolver da microbiologia, da descoberta das doenças, biotecnologia, dentre outras áreas que fazem a análise simples de causa efeito por meio de uma visão mecanicista que ve o comportamento dos seres humanos variando em relação a um padrão considerado “normal”, e define os sintomas, que correspondem a uma determinada patologia. Entretanto, a visão do homem puramente como uma máquina não leva à conclusões verdadeiras de seu diagnóstico, muito menos proporciona a visibilidade dos melhores meios de amenizar seu sofrimento. É para englobar o ser humano como um todo que substituímos o conceito biomédico pelo biopsicossocial, o qual contempla as relações psicológicas e sociais que o paciente desenvolve em seu cotidiano. Essas informações são de total importância, para que, aliadas ao conhecimento técnico, possam colaborar com as hipóteses levantadas pelo médico e os fatores que devem ser considerados ao receitar o tratamento (CAMPRARA e FRANCO, 1999).



---

---

O setor da saúde é um dos que mais tem crescido na economia mundial. Números apontam “evoluções”, “desenvolvimento” e inovações. Mas o que está por trás de números frios que nos são apresentados? A arte de cuidar de outra pessoa realmente cabe em dados e estatísticas sem desumanizar-se? A assistência médica tem uma singularidade que não permite ser comparada com uma categoria econômica (DRUMOND, 2007). A medicina é algo que não possui preço, pois não pode ser substituída por um equivalente, logo possui dignidade (KANT, 1988 apud RODRIGUES, 2009).

O atendimento médico se diferencia de qualquer serviço prestado em indústrias, pois não se baseia em padronizações. O médico, cita Claude Bernard (apud DRUMONS, 2007), “não é o médico dos seres vivos em geral, nem mesmo o médico do gênero humano, mas o médico do indivíduo humano”. Logo, nenhuma ação médica pode ser baseada no bem de uma maioria, ou pensando em um suposto progresso científico, mas sim no ser humano individual que procura o serviço do profissional. Em outras palavras: em uma emergência, por exemplo, mesmo que estatísticas digam que não há procura recorrente de soro antiofídico para pacientes que sofreram picadas de cobra, e ainda o custo de armazenagem do fármaco seja alto, mesmo assim é necessário que o local de socorro de emergências o tenha, pois é inadmissível que não haja o atendimento de um só ser humano que precise, em decorrência de estatísticas (DRUMOND, 2007). Afinal, qual é o valor de uma vida? Ver pacientes como cifrões que arrancam o dinheiro de instituições públicas e privadas é perder a sensibilidade de se ter vidas nas mãos, e acaba-se por não saber entender o ser biopsicossocial único que tem problemas físicos, psíquicos, sociais e uma família a ser tratada (RODRIGUES, 2009).

Escutar, olhar, tocar. Verbos que traduzem a sensibilização do médico e do paciente no contato de um com o outro. A relação médico paciente é interagir com alguém que não se conhece, que é *Outrem*, que continuará eternamente estranho a você. O médico nunca vai saber tudo sobre o paciente e é neste estranhamento, nesta incompletude, que se inicia uma relação através do rosto que, em uma epifania, se revela e das palavras proferidas no discurso. Ainda que se saiba muito do outro não é o outro, mas apenas o que eu sei sobre ele e não podemos reduzir o outro ao que eu penso que ele é. O médico é responsável por aquele que nem conhece, mas procura considerar ao máximo todas as informações que possa reunir



---

---

sobre aquele que lhe vem pedir ajuda, e assim, pensando no ser humano como um todo, desenvolver a arte de curar sem querer fazer com que essa complexa relação caiba em uma simples interação médico-doença (CARDOSO, 2008).

O atendimento personalizado e centrado na relação entre dois seres humanos começa desde o momento da recepção, se desenvolve durante a anamnese, permanece durante o diagnóstico e vai além: mesmo quando o poder técnico atinge seus limites, a responsabilidade sem escapatória do médico em relação ao paciente o mantém preso à relação, por estar em eterna dívida com o outro (RODRIGUES, 2012). E nessa relação respeita-se a autonomia, o direito a informação e o consentimento informado do paciente (SIMÕES, 2011).

A autonomia do paciente é colocada em cheque em uma relação médico-paciente superficial, fruto do desenvolvimento tecnológico pós-moderno. Se parece um contrassenso tal afirmação, visto que cada vez mais se preconiza a liberdade de escolha e a inclusão no processo daqueles que recebem o tratamento, cabe o questionamento: como podemos ter a autonomia se não temos a informação? Como podemos ser autônomos na escolha, se as opções não estão ao nosso alcance? Em termos práticos: de nada adianta o médico oferecer várias opções de tratamento se o paciente não tem a noção da diferença entre eles e suas respectivas consequências, pois cabe ao médico, detentor do conhecimento, adequar a sua linguagem de modo que chegue clara ao paciente. Também de nada adianta os melhores tratamentos, se não forem enquadrados na realidade cultural ou financeira do enfermo, ou ainda, não se saiba reconhecer que o mesmo pode nem aceitar que está doente e não querer tratamento algum (SIMÕES, 2011). Essa relação é dita paternalista, em que o paciente se torna dependente dos julgamentos e ideias do médico, e não toma decisões por suas próprias escolhas. (CAPRARA; FRANCO, 1999) A autonomia vai muito além de um respeito as decisões, mas um buscar incessante de conhecer ao máximo o ser humano que busca cuidados médicos, para que se possa realmente oferecer, e se fazer entender, as opções possíveis a sua doença. E isso só é possível se colocando fazer como a alma humana faz (SIMÕES, 2011).

O modelo paternalista acima citado, em que o médico praticamente toma as decisões pelo paciente, também pode ser substituído pelo modelo dito “informativo”, em que muitos estudiosos veem como sendo o mais adequado na relação médico



---

---

paciente. Este último respeitaria o direito à informação que o paciente tem, e ainda se aparenta propício na era da informatização, que facilita os meios de comunicação entre as pessoas. No entanto, o modelo informativo esconde outro problema à relação médico-paciente, pois quem é visto de maneira puramente técnica nesse modelo é o médico. O profissional só seria responsável pelo repasse das informações, como uma máquina. É justamente essas duas formas de diálogo que deve ser superadas, e assim darem lugar ao modelo “comunicacional”, em que prevalece a comunicação bilateral entre médico e paciente, proporcionando melhor aproveitamento da conversa e divisão da responsabilidade daquela vida que precisa de ajuda, dentro do que cada um pode oferecer nessa relação (CAPRARA; FRANCO, 1999).

A tecnologia só se justifica se estiver condicionada a uma efetiva melhora da qualidade de vida e saúde dos pacientes e não quando simplesmente faz parte de estratégias de melhoria de gestão, ideologia cientificista ou da lógica de mercado. O poder fascinante e corrosivo que a busca incessante por inovações exerce sobre o pensamento humano é muito devido à velocidade desproporcional entre a rapidez das descobertas e o tempo para a reflexão ética sobre elas (DRUMOND, 2007). Aceitamos dia após dia todos os “avanços” descobertos, principalmente quando relacionados à saúde, e sempre esperamos pela novidade, pela nova cura, pela técnica mais rápida, e não paramos para questionar quais as implicações dos mesmos na qualidade de vida dos seres humanos. Não nos importamos com o “olho no olho” e preferimos ficar “de olho”, à distância, na vida de conhecidos e desconhecidos. Trocamos o “face a face” por mensagens rápidas no facebook. Deixamos de ver o outro como parte de nós e passamos a nos resguardar dele como se fosse um inimigo, vivendo assim cada ser humano em ilhas ARTIFICIAIS - enfatizo aqui “artificiais”, pois a ideia de ilha contraria totalmente nosso extinto gregário. Matamos o todo pela parte e a qualidade pela quantidade (SALLES, 2010).

Todo o avanço científico tecnológico da medicina acaba por gerar três utopias: a da eternidade, a da beleza e a do prazer, que respectivamente buscam alcançar a longevidade, a busca de corpos “perfeitos” e maior prazer físico e psíquico (DRUMOND, 2007). A contradição da busca dessas três utopias que muitas vezes vai de antemão a manutenção da saúde, gera uma angústia e insatisfação por nunca alcançar os objetivos e falsamente cria uma imagem da necessidade de criar



---

---

algo novo, que vá além, mesmo que assim se perca o controle do equilíbrio de corpo e mente. Assim, vivemos com uma eterna sensação do não pertencer, não estar, não ter (SALLES, 2010).

O ideal de progresso do positivismo científico tem suas falhas. Pensar no desenvolvimento a qualquer custo é. Metaforicamente é como se fosse um animal selvagem furioso em uma sala com muitos objetos sensíveis e preciosos, cada um com sua beleza peculiar. Em nome de sua liberdade esse animal tentará sair da sala em detrimento do estilhaço de muitos dessas peças raras, que se perderão. Cada artefato único desses são as várias formas de vidas perdidas em prol da busca do progresso sem limites, e por mais que se tenha a biodiversidade e muitos exemplares de cada espécie, não há retorno para cada vida que se vá. A vida é insubstituível (SOUZA). Por isso a ética, no nosso caso mais específico, a bioética – embora não haja ética sem vida- é encarregada de levantar questões não em busca de respostas, mas de reflexões que nos levem a pensar no limite do poder fazer e do dever fazer (CARDOSO, 2008). Nem todas as apostas são permitidas no tabuleiro do jogo da vida (HANS JONAS apud SIQUEIRA, 2000).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tecnologias e a constante renovação dos recursos disponibilizados aos profissionais médicos são de total importância para o serviço que é oferecido aos pacientes. No entanto, toda essa inovação deve estar aliada à sensibilidade de se lidar com outra pessoa: o olhar nos olhos, a compaixão pelo ser humano que sofre e o reconhecimento do ser biopsicossocial. Essa visão do paciente como um todo vai muito além do olhar direcionado somente para a doença que ele trás consigo, pois durante toda a profissão o médico precisa saber tratar seres humanos e não doenças. Uma boa relação médico paciente é o início para que se tenha um diagnóstico mais claro e preciso e esse contato entre duas pessoas é insubstituível por qualquer máquina. Uma alma humana estará sob bons cuidados quando nas mãos de outra, e o ouvido do médico deve estar sensibilizado ao grito ensurdecido de sofrimento desse ser, e não somente ao ruído dos aparelhos.

## REFERÊNCIAS



---

---

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L.; Silva, A. relação médico-paciente: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.15, 1999.

CARDOSO, P. R. C. **Entre a ética e a tecnologia**: um diálogo com Emmanuel Levinas, 2008. 82f. Dissertação – Faculdade de filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2008.

DRAME, J. F.; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

DRUMOND, J. G. F. Ética e inovações tecnológicas em medicina. **Revista BIOETHIKOS**, São Paulo, n. 1, 2007.

RODRIGUES, C. F. A. **A Morte Como definição de Caminhos**, 2009. 71f. Dissertação - Faculdade de filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2009.

SALLES, A. A. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. **Revista Bioética**, Brasília, n. 18, 2010.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Revista Bioética**, Brasília, n. 8, 2000.

SIMÕES, J. C. Breves Relação Médico-Paciente. **Revista do Médico Residente – Conselho de Justiça Federal, Paraná**, n. 13, 2011.

