

A evolução dos cuidados de saúde: dos cuidados arcaicos aos cuidados altamente científicos

Carlos Manuel Torres Almeida
Joaquim José Jacinto Escola
Vitor Manuel da Costa Pereira Rodrigues

Resumo

Por vezes, é a realidade da doença que desperta a consciência de que somos seres de cuidado e de cuidar. Neste sentido, também quando procuramos a história dos cuidados de saúde facilmente chegámos à conclusão que eles se encontram intimamente ligados à génese do próprio Homem. É perante a consciência da morte e do adoecer, que o Homem descobre a necessidade do cuidado. A consciência da fragilidade da vida faz realçar no humano a necessidade de cuidá-la, a importância de “tomar conta” da vida, de modo a garantir a sua permanência por um período maior de tempo e, por isso, o Homem começa a cuidar dos mais fracos, dos doentes, dos feridos, de si próprio, revelando o humano essencialmente como um ser que cuida e é cuidado, sendo esta talvez a característica mais distinta da humanidade. Assim, podemos encontrar o cuidar como a “arte que precede todas as outras”¹. Mas, se esta versão de cuidado “original” se baseia em práticas arcaicas, muitas vezes instintivas ou mais ou menos empíricas, atualmente os cuidados de saúde são altamente científicos e tecnológicos. Assim, desde as concepções mágico-religiosas que apontavam as doenças como resultantes dos maus espíritos ou das iras de Deus contra os pecados humanos, até aos modelos biomédicos atuais, foi um longo caminho percorrido. Neste sentido, procuraremos analisar a evolução dos cuidados de saúde a partir das seguintes etapas: Do cuidar arcaico ao modelo helenista e do humanismo helénico ao tecnicismo moderno.

Palavras-chave: Cuidado, Saúde, Evolução

Abstract

There are few things nowadays as capable of bringing Humanity into the realm of existential reflection as the moment when we are faced with the need for Healthcare. Sometimes, it is the reality of a disease that awakens the awareness that we are creatures of care and caring. when we look at the History of Healthcare we easily conclude that it is closely linked to the genesis of Humanity itself. It is faced with the consciousness of death and sickness that Humanity discovers the need for care. The awareness of life's fragility rouses a person to care for it; to realise the importance of 'take care' of life, in order to guarantee its permanence for a longer period. Therefore, Humanity begins to care for the weakest, the sick, the wounded, and for itself, revealing the human being essentially as a creature who cares for and is cared for: perhaps the most distinctive feature of humanity. It is in this sense that we can see caring as the "art that precedes all others, without which it would not be possible to exist"². If this original care is based on archaic practices, instinctive or empirical, nowadays we live in a time of highly scientific and technological Healthcare. Thus, it has been a long way from the magical-religious conceptions that interpreted illness as the result of evil spirits or God's wrath against human sins, to the biomedical models of today. In this sense, we will analyze the evolution of Healthcare from the archaic Healthcare to the modern technicality.

Keywords: Care, Health, Evolution

INTRODUÇÃO

Na atualidade, poucas coisas existirão que sejam tão capazes levar o Homem para os domínios da reflexão existencial como o momento em que nos deparamos com a necessidade de cuidados de saúde.

¹ Marie F. Collière, Cuidar... a primeira arte da vida. (Loures: Lusociência, 2003), 19.

² Marie F. Collière, Cuidar... a primeira arte da vida 19

Muitas vezes, é a realidade da doença que alerta no Homem a consciência de que somos seres de cuidado e de cuidar. Neste sentido, também quando procuramos a história dos cuidados de saúde facilmente chegámos à conclusão que eles se encontram intimamente ligados à génese do próprio Homem.

A incessante procura do homem pelo seu lugar na natureza foi fomentada ao longo dos tempos pelas questões tradicionais sobre a existência humana – o quem sou, de onde vim e para onde vou? Foram formuladas ao longo de toda a existência de acordo com o grau de complexidade do pensamento presente em cada momento da evolução. Mas, foi sobretudo a realidade da morte que tornou sempre presente esta inquietação, esta angústia, esta necessidade de procura de respostas por parte do Homem. É, também, associado à experiência da morte que surge no homem a consciência da doença e do adoecer... o ficar mais fraco, a experiência da dor e do sofrimento precedem normalmente a morte (exceto quando ela é repentina). Dá-se, assim, a constatação no ser humano de que não é inatingível, imortal mas sim sujeito à erosão, ao desgaste, às influências da natureza, factos que se vão manifestando na doença ou de outra forma na ausência de saúde.

Mas, se atrás referíamos que a autoconsciência e a presciência da morte própria são sinal de rutura do homem com o animal, surge ainda, na nossa opinião, um outro sinal não menos importante – o cuidado. De facto, ao ter consciência da morte e do adoecer, o Homem descobre ao mesmo tempo a necessidade do cuidado como resposta ao mesmo adoecer e ao morrer. A consciência da fragilidade da vida faz realçar no humano a necessidade de cuidá-la, a importância de “tomar conta” da vida, de modo a garantir a sua permanência por um período maior de tempo e, por isso, o Homem começa a cuidar dos mais fracos, dos doentes, dos feridos, de si próprio, revelando o humano essencialmente como um ser que cuida e é cuidado sendo esta talvez a característica mais distinta da humanidade. É neste sentido que podemos encontrar o cuidar como a “...arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir...”³

O Homem é cuidado desde que veio ao mundo, daí que talvez possamos encontrar no “cuidado maternal” o primeiro exemplo deste fenómeno: nascemos e cuidaram de nós, mas o cuidado jamais nos pode abandonar pois, ao longo de toda a existência, seremos confrontados com a necessidade da abertura compassiva e de atenção ao outro. De facto, a mãe cuida por natureza do seu filho e, “este cuidar é um velar contínuo, de dia e de noite e cuida-o para que possa Ser, para que possa existir e alcançar progressivamente quotas de autonomia no seu existir pessoal”⁴, mas sem nunca o deixar completamente só ou abandonado a todos os perigos ou dificuldades.

De acordo com Collière, este “velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar

³ Marie F. Collière, *Cuidar... a primeira arte da vida*, 19.

⁴ Francesc Torralba i Roselló, *Ética del cuidar*. (Madrid: Editorial MAPFRE, 2002), 115.

a vida do grupo”⁵, encontrando, desta forma, duas orientações marcantes de toda a história dos cuidados de saúde: em primeiro lugar, a procura de assegurar a manutenção da vida e da espécie e, em segundo, a constante tentativa de fazer recuar, adiar ou utopicamente vencer a morte.

A primeira orientação transporta-nos para o domínio das necessidades básicas ou vitais e, por isso, tão elementares como a alimentação e hidratação como meio de manter o equilíbrio energético, as necessidades de proteção do corpo das agressões da natureza que levam aos cuidados com o vestuário ou à descoberta de abrigo ou habitação, bem como um conjunto de práticas de tratamentos às feridas e lesões resultantes dos infortúnios da caça ou das atividades do dia a dia. Daqui resulta um conjunto de práticas correntes que se foram perpetuando, gerando rituais e crenças que atravessaram gerações. Este conjunto de cuidados que girava em torno de tudo o que gera vida, o que é fecundo, muitas vezes identificado como práticas meramente femininas, terão ao longo da evolução resultado numa orientação marcante para o que viriam a ser considerados os “cuidados de enfermagem”⁶. A segunda, orientada para fazer recuar a morte, era dotada de outra complexidade. De facto, perante a precariedade das condições de vida, a permanência e a inevitabilidade da morte adensa gradualmente o clima de medo e de mistério. A intangibilidade de um fenómeno tão presente e ao mesmo tempo tão “distante” como a morte abre a porta para a busca de orientações metafísicas e a concepções de bem e de mal onde, normalmente a doença e a morte representam a ideia do supremo mal. Desta forma, a interpretação dos fenómenos de saúde/doença fica também associada ao mágico e ao sagrado.

Estas duas orientações foram, sem dúvida, desenvolvendo-se em paralelo pois, conjuntamente com a preocupação do cuidar do próximo, principalmente em situação de doença, foi aumentando a preocupação com a compreensão dos fenómenos saúde/doença, de modo que à medida que se iam incrementando novas concepções sobre as noções de saúde ou de doença, também a forma de cuidar ou tratar dos doentes se ia atualizando. Assim, desde as concepções mágico-religiosas que apontavam as doenças como resultantes dos maus espíritos ou das iras de Deus contra os pecados humanos, até aos modelos biomédicos dos dias de hoje, foi um longo caminho percorrido, fazendo, no entanto, sobressair a importância daquele que se dedica à cura/combate da doença, seja ele o mago, o xãma, o feiticeiro tribal ou o bruxo que usa a força dos espíritos e da magia, seja o sacerdote dotado do poder espiritual e da moral, seja o curandeiro com as suas práticas mais ou menos empíricas ou, sejam os médicos e os enfermeiros ou, de uma forma mais global, os profissionais de saúde da atualidade, dotados de um vasto leque de conhecimentos científicos.

⁵ Marie F. Collière, *Promover a vida*. (Lisboa: Lidel, 1999), 29.

⁶ Marie F. Collière, *Promover a vida*

Quando se fala da história dos cuidados de saúde, muitas vezes confundida com a história da medicina, a tendência geral é de iniciar o seu conto a partir de Hipócrates, por muitos considerado o Pai da medicina e, de facto, dificilmente encontramos figura mais marcante nos cuidados de saúde. Apesar de os seus escritos serem datados do séc. V ou IV a.C., ainda nos dias de hoje influenciam o modo de exercer a medicina e, por isso, também com facilidade, quando se fala de cuidados de saúde a tendência é de organizá-los em antes e depois de Hipócrates.

1. Do cuidar arcaico ao modelo helenista

Como referimos atrás, os cuidados de saúde evoluem conjuntamente com o processo de hominização e aculturação do ser humano. A procura da proteção da vida e do adiamento da morte impulsionaram a busca de melhores cuidados com a saúde, sendo que a forma de prestar esses cuidados dependiam do grau de conhecimento e tipo de cultura existente ao longo das diferentes épocas. Assim, antes de Hipócrates poderemos dizer que existiam três formas distintas de cuidar. Um primeiro modo de cuidar, que foi permanecendo no tempo até aos dias de hoje, é o que resulta dos normalmente denominados cuidados espontâneos ou instintivos. A mais fácil representação desta forma de cuidar encontra-se, sem dúvida, nos gestos instintivos da mãe que fervorosamente abraça o seu filho e o projeta contra si para desta forma o melhor proteger do frio. Trata-se, aqui, de gestos simples, quase primitivos, resultantes das capacidades naturais de todo o ser humano e que ao longo dos tempos sempre emergem no homem quando perante o perigo ou as agressões da natureza. A segunda forma de cuidados são os denominados de “cuidados empíricos”, que consistiam no uso repetido de práticas e terapêuticas pelo simples facto de terem apresentado alguns resultados benéficos em casos similares, mas sem a preocupação de saber o porquê dessa ação ou remédio apresentar essas qualidades particulares. Por fim, os cuidados “mágico-religiosos”, baseados essencialmente nas crenças de que quer a doença quer a cura resultam de ação sobrenatural ou divina⁷.

Estas duas últimas formas de cuidar estiveram muito presentes durante o tempo das primeiras civilizações, de modo que os cuidados de saúde resultavam de uma combinação de empirismo e de magia. As práticas dos tratamentos, a aplicação de “remédios” eram influenciadas pela incorporação de crenças nos espíritos, de modo que as superstições se vinculavam fortemente à etiologia das doenças⁸. Assim, durante largos séculos e distintas civilizações surgem essencialmente duas figuras de médico: O “médico sacerdote”, figura mediadora dos espíritos, referência espiritual e por vezes representante das próprias leis

⁷ Pedro L. Entralgo. “Professional-patient relationship.” In Encyclopedia of bioethics (Org. Stephen G. Post, 3rd ed, 2004):2132-2141.

⁸ Patricia Donahue, Historia de la enfermeira, (Barcelona: Ediciones Doyma,1985)

e da moral; e o “médico-artesão”, de formação puramente empírica e praticante de manobras curativas elementares nos níveis inferiores da sociedade⁹. É na Grécia antiga, e principalmente a partir de Alcmeón de Crotona e de Hipócrates, que se procura efetuar uma passagem do pensamento mítico para o pensamento racional: do «Mythos» ao «Logos». Para Hipócrates não chegava encontrar a justificação para a saúde ou para a doença na obra dos espíritos, demónios ou deuses. A compreensão dos fenómenos de saúde e doença teriam de resultar do conhecimento da «Physis», ou seja, na perceção das leis e dos ritmos normais da natureza, de modo que “o verdadeiro acto médico consistia em ajudar a natureza a proporcionar um remédio”¹⁰. Assim, frente ao empirismo, conhecimento derivado apenas da prática da repetição, este grupo de sábios procura, agora, uma prática médica que traga alguma precisão científica, capaz de responder a questões tão simples, como o que se faz e porque se faz qualquer prática médica. Podemos dizer que surge agora uma quarta forma de cuidar – cuidados científicos – a partir do que se pode denominar de primeiro esboço de “técnica médica” («tekhne iatriké»), que impõe a quem cuida da saúde do outro a posse de um conhecimento composto por três ordens de saberes: o que é a doença e o homem enquanto doente, o que é o remédio usado para curar e porque atua o remédio numas doenças e não em outras¹¹.

O método hipocrático baseava-se, então, essencialmente em quatro princípios: i) observar o doente no seu todo; ii) estudar o doente mais do que a doença; iii) fazer uma avaliação imparcial; iv) ajudar a natureza. A estes princípios devia acrescentar-se o espírito profissional e preocupação fundamental com a ética¹². Surgem aqui dois aspetos que nos parece importante realçar. Primeiro, este poder fazer da “Tekhne” surge num sentido bem diferente daquele que lhe é atribuído muitas vezes na atualidade e que mais à frente desenvolveremos. Este poder fazer, apresenta-se com a particularidade de respeitar os limites da natureza. Como refere Gadamer “o seu saber e a sua capacidade subordinam-se completamente ao curso natural, a procurar restabelecê-lo onde se viu perturbado e a fazê-lo de tal forma que a sua ação desapareça dentro do equilíbrio natural da saúde...”¹³.

De facto, há já em Hipócrates uma preocupação pelo respeito deste equilíbrio que apela a que o “médico” se preocupe com o conhecimento total da natureza e muito particularmente da totalidade da natureza humana, representando, no fundo, a ideia de um holismo muito próprio da cultura helénica, sendo este o segundo aspeto que queremos salientar – a preocupação em adotar uma visão holística do Homem. Vigorando na cultura grega uma conceção do Homem como ser dotado de uma existência dual – corpo e espírito – seria nesta realidade complexa que se deveria entender a doença e o seu tratamento. Assim,

⁹ Pedro L. Entralgo, *El médico y el enfermo* (Madrid: Tracastela, 2a ed, 2003).

¹⁰ Patricia Donahue, *Historia de la enfermeira*, 72.

¹¹ Pedro L. Entralgo, *El médico y el enfermo*

¹² Patricia Donahue, *Historia de la enfermeira*

¹³ Hans G. Gadamer, *O mistério da saúde. O cuidado da saúde e a arte da medicina*, (Lisboa: Edições 70, 1997), 41.

desde os escritos hipocráticos que os cuidados de saúde vão alternando a ideia que o desvelamento do doente não afeta apenas o corpo mas também a alma, a sua vontade e o seu sentido moral, no fundo afeta a totalidade do Homem. Também nesse sentido se poderá afirmar que o Homem era o objetivo central dos cuidados de saúde, pelo que era fundamental o seu conhecimento biológico¹⁴ (os órgãos e os sistemas) e o conhecimento do que era considerado o essencial humano – a alma – o conhecimento de toda a natureza e leis naturais que o envolvem. Não havia, assim, dúvida da priorização do Homem sobre a “profissão”, sobre a técnica e, nesse sentido, “antes que ajuda técnica, antes que atividade diagnóstica e terapêutica, a relação entre médico e doente é - ou deve ser – amizade, philía”¹⁵.

Chega-se, aqui, a um dos aspetos mais importantes dos cuidados de saúde e que é a relação doente/profissional de saúde, comumente designada como relação terapêutica e que, nesta época, onde a técnica é rudimentar e os conhecimentos científicos davam apenas os primeiros passos, adquiria superior importância. Não podemos esquecer que a capacidade do médico de fazer diagnósticos dependia muito dos seus conhecimentos, do seu sentido de observação e da sua capacidade de compreensão, pelo diálogo, da pessoa doente, pelo que a relação terapêutica adquiria um papel determinante, já que do bom desenvolvimento da confiança mútua dependeria, em muito, a transmissão de informações necessárias para um bom diagnóstico. Para os gregos, o fundamento desta relação terapêutica encontrava-se na ideia de amizade (philía), modo genérico de relação inter-humana aqui transformada em “amizade médica”.

Na opinião de Pedro Laín Entralgo, é neste último conceito de amizade que se encontra a essência da arte dos cuidados de saúde. Assim, de forma muito sintética poderíamos referir que a ideia de amizade em Aristóteles traduzida para a ideia de amizade terapêutica referiria o esforço do médico/profissional de saúde na procura do bem para o seu doente e, neste sentido, a amizade desenvolvida entre o médico e o seu doente representava uma relação de respeito, atenção e busca do bem, se quisermos de outra forma assente na beneficência.

Encontramos, assim, a partir da philía aristotélica duas características que marcam a relação terapêutica, não só na medicina hipocrática, mas ao longo de muitos séculos: i) “Paternalismo”, que representa uma relação em que o doente confiará que o seu médico com sabedoria, retidão moral e benevolência elegerá sempre o melhor tratamento possível, da mesma forma que um filho confia nas decisões de um pai; ii) “Beneficência”, aliás bem presente no juramento hipocrático, texto em que fica bem expressa a obrigação do médico em fazer sempre o bem, respeitando dessa forma a integridade e dignidade pessoal do seu doente. Assim, na medicina helénica, a relação médico/doente fundava-se numa ideia clara

¹⁴ Dentro das limitações do conhecimento da época.

¹⁵ Pedro L. Entralgo, *El médico y el enfermo*, 48

de beneficência, onde a fundamental obrigação de médico era libertar o doente da doença, do sofrimento, propondo-se fazer o bem do doente.

2. Do humanismo helénico ao tecnicismo moderno

Na idade média, a difusão do cristianismo traz algumas mudanças na forma de exercer a relação terapêutica. Para além da ideia de “amizade” – “phília” como referência da relação de benevolência entre cuidador e o doente, surge agora a ideia da proximidade, onde “A condição de ser «próximo» de outro homem, consiste em procurar o seu bem apenas pelo facto de que ele é um homem, portanto, sem necessidade de o conhecer”¹⁶. Assim, enquanto na ideia clássica de amizade o médico procura o bem do amigo por ser a pessoa que é, ação recíproca entre virtuosos, agora, o próximo atende o seu próximo, enquanto a pessoa deste se realiza como pessoa humana

A relação que se estabelece aqui baseia-se na assunção de um imperativo moral de resposta a todo e qualquer necessitado de ajuda, a qualquer desvalido encontrado no caminho, ou próximo... No fundo, falamos de uma livre e ativa abertura da pessoa à realidade das necessidades das outras pessoas, independentemente de serem amigos ou simples próximos. Perante aquele que nos surge no caminho, perante qualquer apelo, impõe-se uma resposta seja ela tratar as feridas, aliviar as dores, dar alojamento ou assumir os seus encargos... A philía dá assim lugar a um novo conceito de “Ágape” ou “Caritas”, que representa uma responsabilidade incondicional pelo outro e pela promoção do bem a todos os que dele necessitam – ideia mais exata do amor cristão. No fundo, “não estamos já perante o amor da physis ou da «natureza» universal como individualizada na pessoa doente, mas sim diante um ele ou ela, pessoa única”¹⁷ que se apresenta como um vizinho, ou melhor, um próximo.

Esta cristianização dos cuidados de saúde acrescenta-lhe novas atitudes e novas práticas inexistentes até então. Contrariamente à ideia helénica de que perante os limites da natureza (doenças incuráveis) se deviam reduzir as medidas terapêuticas, ou a ação dos cuidadores, aqui não há limites para a assistência, pois onde cessa o papel da assistência técnica aumenta a necessidade de ação espiritual e, neste sentido, as preces e atos sacramentais como a extrema-unção passam a incorporar os cuidados a prestar aos doentes. Por outro lado, e de acordo com o novo conceito de proximidade, o “próximo” não tem estatuto social, é aquele que necessita de cuidados e que deve suscitar no prestador de cuidados uma resposta caritativa, estabelecendo, desta forma, a natureza igualitária do tratamento bem como o carácter gratuito da assistência, facto que a difere da prática grega onde o médico comumente obtinha como

¹⁶ Pedro L. Entralgo, *El médico y el enfermo*, 75

¹⁷ Pedro L. Entralgo. “Professional-patient relationship, 2134

contrapartidas para a sua ação várias gratificações ou, pelo menos, aumento do prestígio social. A construção de casas e hospitais para doentes é um aspeto marcante deste período.

3. Da modernidade à atualidade

A época moderna, que vê comumente reconhecido o seu início com o surgimento da corrente renascentista ou a partir de meio do séc. XV, marca uma profunda alteração no pensamento humano, nomeadamente no que diz respeito à forma como são abordadas as questões mundanas e sociais, ao surgir de novas concepções de ciência, à racionalização da vida e essencialmente à consciencialização da ideia de progresso. No entanto, as raízes deste paradigma poderão encontrar-se na passagem entre o séc. XIII e o séc. XIV, época em que o voluntarismo e o nominalismo do pensamento Franciscano começaram a influenciar o pensamento europeu. William de Occam, por exemplo, apontava a liberdade humana, bem como a sua habilidade criativa como resultantes de uma similaridade entre Deus e a própria pessoa, facto que eliminava a necessidade de limites “naturais” ao conhecimento científico e técnico, começando, dessa forma, a criar-se a ideia do “progresso infinito”.

É claro que um paradigma como o de uma sociedade moderna não se impõe de imediato e só a partir do séc. XVI é que o chamado “surto científico” ganha de facto novo alento, essencialmente impulsionado pelos estudos “revolucionários” de Keppler, Copérnico e Galileu.

Não é, por isso, de estranhar que os cuidados de saúde tenham sofrido significativa influência e que várias alterações fossem surgindo no seu exercício e que afetam não só o modo de tratar ou cuidar dos doentes, mas também o modo de estabelecer a relação terapêutica.

No fundo, salienta-se a crescente convicção de que a religião deve estar confinada ao tratamento da vida do espírito e a medicina deve debruçar-se sobre a vida do corpo, embora os cientistas e os médicos se esforcem em encontrar pontos de comunicação entre estes dois mundos¹⁸.

A partir do séc. XVIII, a sociedade deixou de se chamar a si própria de cristã e secularizou-se. Este fenómeno resulta essencialmente do facto de o Homem ter decidido que a orientação da sua vida deve partir, exclusivamente, das possibilidades e dos seus recursos naturais – a sua razão, a sua imaginação, a sua própria vontade e, neste sentido, também as atitudes do exercício dos cuidados de saúde se foram secularizando levando à criação de uma “filantropia moderna” assente numa crença crescente de que o Homem deve ser visto exclusivamente enquanto natureza cósmica... é uma visão apenas naturalista do Homem, mas que levada ao extremo o pode desprover da noção de Pessoa e, nesse sentido, a amizade médica converte-se apenas em camaradagem, simples associação de parceiros, unidos por um único

¹⁸ Pedro L. Entralgo. “Professional-patient relationship

objetivo que é a cura de determinada patologia. Este comportamento incita, mesmo que inconscientemente, o cuidador a uma sobrevalorização da doença sobre o próprio doente. A excessiva focalização sobre o conhecimento científico da natureza e sobre o domínio dos fenómenos por si produzidos, que no mundo da saúde se traduz pela obsessão por um diagnóstico objetivo e rigoroso, pode reduzir a pessoa doente a um simples “objeto de conhecimento racional”¹⁹.

Esta nova “philoteckhnia moderna” é talvez o melhor exemplo da utopia técnica de Bacon e do seu desejo de que o médico deixasse de ser um simples servidor da natureza para se tornar num “Tutor, educador e escultor da natureza”²⁰, pois este pensador defendia que a generalização do pensamento científico deveria levar a um intervencionismo crescente na natureza, ao ponto de lhe poder corrigir os defeitos e de tornar, inclusive, o Homem num Ser melhorado²¹. Este objetivo encontra eco em René Descartes, aliando-o, de forma clara, à prática da medicina, afirmando mesmo que “se for possível encontrar algum meio que comumente torne os homens mais sábios e mais hábeis do que foram até aqui, creio ser na medicina que deve procurar-se”²², prevendo de certa forma os imparáveis avanços da ação tecnocientífica nos cuidados de saúde. Assim, para este filósofo, os cuidados de saúde seriam uma área onde o seu método traria claramente vantagens. Neste sentido, os apelos à sobrevalorização da evidência científica, à divisão do todo em quantas partes quantas seja possível examinar e ao pensamento metódico acabam por influenciar de forma decisiva a ação dos profissionais de saúde até aos dias de hoje, não se podendo, de todo, esquecer a visão “dualista” do Homem enquanto corpo e mente, que levou a medicina a concentrar-se exageradamente no corpo e a desvalorizar os aspetos psicológicos, sociais, ambientais e espirituais do processo saúde doença. É a chamada visão mecanicista do homem e que no fundo constitui a base do chamado “modelo biomédico”.

Cria-se, então, uma nova forma de olhar para o homem e a sua doença, a qual passa agora a ser vista apenas como resultante de alterações sofridas nos processos biológicos e químicos que atuam no organismo, e cujas causas é fundamental investigar. Daí o aumento da preocupação em encontrar diagnósticos corretos e mais objetivos que leva indiretamente à tentativa de compreensão da doença de uma forma mais individualizada, mais mecanizada, através do emprego de medidas numéricas resultantes dos exames médicos. O diagnóstico passa a ser quase exclusivamente derivado dos sinais e sintomas, de forma a que a doença seja decodificada essencialmente com base na existência de lesões anatómicas ou como patologias meramente biológicas que, inclusive, possam ser comprovadas a partir de autópsias. Desta forma, com a rápida penetração da ciência na medicina vai-se criando um clima que tornará possível a

¹⁹ Pedro L. Entralgo, *El médico y el enfermo*, 117

²⁰ Pedro L. Entralgo, *El médico y el enfermo*, 117

²¹ Roberto Andorno, *Bioética e dignidad de la persona*, (Madrid: Ediciones Tecnos, 1998)

²² René Descartes, *O discurso do método*, (Sintra: Livros de Bolso Europa/América, 1977), 83

conversão do “ofício de curar” na “arte de curar” e, portanto, numa assistência de saúde cada vez mais científica e mais instrumental. Estas alterações, na opinião de Capra²³, trouxeram para a evidência a índole mecânica dos fenómenos dos seres vivos, podendo considerar-se que a noção de um universo orgânico e espiritual, com o qual o homem desenvolvia relações harmoniosas, é substituída pela de um mundo que passa a ser tido como uma máquina, convertida na metáfora dominante da era moderna²⁴. Não é por isso de estranhar que um dos primeiros aspetos visíveis na alteração da relação terapêutica tenha sido o aumento do seu carácter instrumental. Esta evolução instrumental foi de tal modo avassaladora ao longo dos últimos séculos, que dos pequenos instrumentos como o simples relógio ou termómetro, já atrás referidos, até aos aparelhos altamente sofisticados de tomografia axial computadorizada (TAC), endoscopias, cirurgias computadorizadas, foi um salto que transformou a tecnicização instrumental dos cuidados de saúde no seu aspeto mais visível deste início de século²⁵. É evidente que este curso empolgante do conhecimento tecnológico e do progresso do poder médico gerou “um conhecimento clínico, nunca antes existente, das formas, manifestações e decurso das doenças e acerca das conceções verificáveis – anatómicas e fisiológicas – do acontecimento patológico”²⁶, no entanto, como refere Jonas “em virtude do seu carácter e a magnitude do seu efeito bola de neve, a capacidade tecnológica empurra-nos até metas outrora reservadas às utopias...”²⁷ e este é um risco bem real na atualidade: a criação de uma visão utópica da técnica ao serviço da saúde, quer por parte do doente, que pensa tudo ter solução, quer por parte dos técnicos de saúde, que chegam a considerar-se onipotentes. No que concerne à doença, à medicina e aos cuidados de saúde, os profissionais da era da técnica vão desenvolvendo com alguma firmeza convicções como a da não existência de doenças mortais ou incuráveis; de que todas as doenças que hoje parecem incuráveis serão tratáveis pela medicina do amanhã; que todas as doenças podem ser evitadas ou ainda a convicção de que o progresso técnico permitirá uma penetração muito próxima nos segredos de todas as alterações patológicas²⁸. O resultado destas utopias é, quase sempre, um efeito “cegador” no ser humano, permitindo que esta cientificidade tecnológica passe de um simples meio (função que lhe é destinada) a fim ou vocação última da humanidade e, paralelamente, dos cuidados de saúde.

²³ Fritjof Capra, O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente, (São Paulo: Cultrix. 1982)

²⁴ Carlos Almeida, Vitor Rodrigues & Joaquim Escola, “A representação da vulnerabilidade humana em saúde” In Promoção da saúde e actividade física. Contributos para o desenvolvimento humano (Org. Cidesd, Vila Real: Cidesd, 2010): 557-568.

²⁵ Pedro L. Entralgo, La relación médico-enfermo, (Madrid: Alianza Editorial, 1983)

²⁶ Karl Jaspers, O médico na era da técnica, (Lisboa: Edições 70, 1986), 39

²⁷ Hans Jonas, El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica, (Barcelona: Editorial Herder, 1995), 55

²⁸ Pedro L. Entralgo, El médico y el enfermo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste sentido, na atualidade, os avanços tecnológicos representam muito para os profissionais de saúde e tudo leva a crer que a sua importância crescerá ainda mais no futuro. Os instrumentos e os recursos biotecnológicos modernos, enquanto recursos técnicos para a ampliação das possibilidades cognitivas e operativas dos técnicos de saúde, cumprem a função de aumentar a confiança do doente na medicina e, por conseguinte, nas pessoas que os usam para o seu tratamento²⁹. No entanto, eles não podem representar tudo nos cuidados de saúde, sob o risco de se cair numa prática meramente científica que seria, na verdade, pretensiosa e reducionista. Os cuidados de saúde devem ser capazes de se manter assentes em dois pilares, “por um lado, no conhecimento científico-natural e no poder técnico; por outro no ethos da humanidade”³⁰, que impede o profissional de saúde de se esquecer da dignidade ou do valor insubstituível de cada ser individual. Quando se atribui importância exagerada aos recursos técnicos, a instrumentalização, como refere Entralgo “pode-se transformar num muro de separação entre clínico e doente”³¹ e, neste sentido, o “aparato” tecnológico converte-se em causa de incomunicação.

Assim, na nossa opinião são três os principais desafios ao ensino dos profissionais de saúde: a especialização, a cultura organizacional e o domínio tecnológico:automação.

O primeiro desafio, já prevista por Hans Jonas, será a “especialização” do saber em saúde. O enorme aumento da matéria de conhecimento, das suas divisões e subdivisões, a existência de métodos, cada vez mais específicos e mais subtis, provocam uma fragmentação extrema do saber total, disponível entre os técnicos de saúde³². Como refere Gadamer “a especialização da investigação superou, há muito, a orientação geral que possibilitou o saber enciclopédico do séc. XVIII”³³. Daí que, muitas vezes, o profissional de saúde especializado caia num estado de desorientação semelhante ao de um leigo quando se deparara com situações que vão para além do seu estreito domínio de área de conhecimento, revelando, no fundo, que o profissional de saúde da atualidade possui, cada vez mais, conhecimentos da “parte” ou “segmento” que lhe compete, mas cada vez menos da totalidade do Homem. Desta realidade resulta a tendência, por parte do profissional, a reduzir a pessoa doente à sua patologia, ou mesmo, ao “segmento” que ele trata, denotando uma evidente inversão de ordem e a destruição do holismo necessário para um bom desempenho.

²⁹ Pedro L.Entralgo, El médico y el enfermo

³⁰ Karl Jaspers, O médico na era da técnica,7

³¹ Pedro L.Entralgo, La relación médico-enfermo,348

³² Hans Jonas, El principio de responsabilidad

³³ Hans G. Gadamer, O mistério da saúde,17

O segundo desafio é a necessidade de desenvolvimento de uma cultura organizacional. Outro problema, que pode resultar da especialização da saúde, é a necessidade de alargamento do número de profissionais envolvidos no processo de tratamento de um doente, sendo este, também, um fator dificultativo do estabelecimento de uma relação de confiança.

Por outro lado, este aumentar do número de profissionais e de especialidades transforma as instituições de saúde em organizações extremamente pesadas e difíceis de gerir, sendo esta, para nós, outra das razões evidentes da desumanização dos cuidados de saúde.

Atualmente, poucas empresas existirão em Portugal que possuam tão elevado número de funcionários e tão grande procura de serviços como um hospital. Assim, estas instituições vêm-se confrontadas com a necessidade não só de dar uma resposta cada vez mais eficiente a quem a procura, como também em obter melhor rendimento possível de todos os seus recursos humanos. Nada nos pareceria incorreto, nesta filosofia, se a saúde não se tratasse de um “mundo” cheio de particularidades. Efetivamente, o objetivo central das instituições de saúde terá de ser sempre a qualidade dos cuidados prestados aos diferentes doentes que as procuram, o que os deveria transformar, em prioridade absoluta, no centro de toda a organização. Poderá parecer uma frase corrente mas, na verdade, os hospitais e outras instituições de saúde existem para os doentes, para “servir” os doentes, por conseguinte, eles são o ponto mais importante no sistema.

Por fim, referimos o “domínio tecnológico: automação dos cuidados” como um desafio a evitar a desumanização dos cuidados de saúde que poderá resultar de um possível desequilíbrio na relação existente entre humanismo/tecnologia. Deste desequilíbrio do domínio tecnológico resulta o fenómeno, a que resolvemos chamar, “automação da prestação dos cuidados”. No seu livro “A condição humana”, Hannah Arendt refere, a propósito das várias alterações sociais que afetaram o homem ao longo dos tempos, que surgiria, de forma decisiva e ameaçadora, “o advento da automação...”³⁴. Sendo certo que, a autora, se referia à possibilidade de substituição do Homem, nas suas funções laborais, por autómatos, parece-nos que as manifestações da automação surgiram antes dessa realidade... Surgiram quando o próprio Homem, o profissional, não só passou a comportar-se em função das máquinas ou aparelhos, que devia dominar, como passou, mesmo, a agir, muitas vezes, de forma mecanizada, como autómato, fazendo o mínimo de uso dos seus recursos racionais, representando, dessa forma, “...o silencioso avanço do domínio técnico e do automatismo racional, que substituem a decisão pessoal do indivíduo e do grupo”³⁵.

³⁴ Hana Arendt, A condição humana, (Lisboa: Relógio D'água Editores, 2001),15

³⁵ Hans G. Gadamer, O mistério da saúde,17-18

SOBRE OS AUTORES:

Carlos Manuel Torres almeida,
Universidade Trás-Os-Montes e Alto Douro
calmeida@utad.pt

Joaquim José Jacinto Escola
Universidade Trás-Os-Montes e Alto Douro
jescola@utad.pt

Vitor Manuel da Costa Pereira Rodrigues
Universidade Trás-Os-Montes e Alto Douro
vmcpr@utad.pt