

O exercício da alteridade em lévinas na tomada de decisões éticas em medicina sob o viés tecnológico

El ejercicio de la alteridad por lévinas en la toma de decisiones éticas en medicina bajo la perspectiva tecnológica

The exercise of alterity by lévinas in ethical decision-making in medicine under the technological perspective

Giovanna Hespanhol Gutschow

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

gihespanholl@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-3567-0433>

Anor Sganzerla

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

anor.sganzerla@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8687-3408>

Fecha de Recepción: 25 de mayo de 2023

Fecha de Aceptación: 23 de junio de 2023

Fecha de Publicación: 14 de septiembre 2023

RESUMO

A dinâmica da relação médico-paciente, e, conseqüentemente, da tomada de decisão clínica passou por diversas alterações ao longo da história, pelo fato de refletir as transformações próprias da humanidade. Como consequência, novos desafios surgiram para a medicina, bem como novos paradigmas e novos dilemas éticos. Apesar dos benefícios da maior precisão técnica atingida, a deliberação foi prejudicada – pode-se observar uma tendência da expansão do viés objetivo pela hipervalorização da técnica e sua conseqüente sobreposição sobre o viés subjetivo; dessa forma, suprime-se a conversa que forma a base da relação médico-paciente. Esse novo paradigma na prática médica pressupõe o estudo e

análise ética desta, com a finalidade de compreender e humanizar o processo de tomada de decisões em medicina. O presente estudo pode ser classificado como uma pesquisa bibliográfica de caráter analítico-crítica.

Palavras-chave: Bioética. Tomada de Decisão. Tratamento médico. Tecnologia.

RESUMEN

La dinámica de la relación médico-paciente y, en consecuencia, de la toma de decisiones clínicas, ha sufrido diversos cambios a lo largo de la historia, pues refleja las transformaciones propias de la humanidad. Por tanto, han surgido nuevos retos para la medicina, así como nuevos paradigmas y nuevos dilemas éticos. A pesar de los beneficios de mayor precisión técnica lograda, la deliberación se vio perjudicada – se puede observar una tendencia a la expansión del sesgo objetivo debido a la sobrevaloración de la técnica y su consecuente superposición sobre el sesgo subjetivo; de esta manera, se suprime la conversación que forma la base de la relación médico-paciente. Este nuevo paradigma en la práctica médica supone su estudio y análisis ético, con el objetivo de comprender y humanizar el proceso de toma de decisiones en medicina. El presente estudio se clasifica como una investigación bibliográfica de carácter analítico-crítico.

Palabras clave: Bioética. Toma de decisiones. Tratamiento médico. Tecnología.

ABSTRACT

The dynamics of the doctor-patient relationship, and, consequently, of clinical decision-making, has undergone several changes throughout history, since it reflects the transformations that are characteristic of humanity. Therefore, new challenges have arisen for medicine, as well as new paradigms and new ethical dilemmas. Despite the benefits of greater technical precision achieved, the deliberation was impaired – one can observe a tendency towards the expansion of the objective bias due to the overvaluation of the technique and its consequent overlapping over the subjective bias; in this way, the conversation that forms the basis of the doctor-patient relationship is suppressed. This new paradigm in medical practice assumes its ethical study and analysis, with the aim of understanding and humanizing the decision-making process in medicine. The present study is classified as a bibliographical research of analytical-critical character.

Keywords: Bioethics. Decision Making. Medical Treatment. Technology.

Introdução

A dinâmica da relação médico-paciente, e, conseqüentemente, da tomada de decisão clínica e cirúrgica passou por diversas alterações ao longo da história, pelo fato de refletir as transformações próprias da humanidade – estas refletem as manifestações culturais da sociedade, as quais acompanham o desenvolvimento tecnológico. Como consequência desse avanço, novos desafios surgiram para a medicina, bem como novos paradigmas e dilemas éticos.

Apesar dos benefícios da maior precisão técnica atingida, a deliberação foi prejudicada – pode-se observar uma tendência da expansão do viés objetivo pela hipervalorização da técnica e sua conseqüente sobreposição sobre o viés subjetivo; dessa forma, suprime-se a conversa que forma a base da relação médico-paciente. Esse novo paradigma na prática médica pressupõe o estudo e análise ética desta, com a finalidade de compreender e humanizar o processo de tomada de decisões.

A reflexão e exercício do conceito de alteridade proposto por Lévinas designa mecanismo de esclarecimento e neutralização das repercussões causadas pelo alargamento do objetivo (as tecnologias) sobre o subjetivo (a deliberação) na prática médica. Esse conceito pode ser observado a partir do encontro do Eu em relação ao Outro, que, segundo o autor, revela a responsabilidade sobre ele. A partir dessa concepção, a tecnologia passa a representar nova maneira de visualizar o Outro, pelo Rosto se revelar de forma inovadora em relação ao passado.

A transcendência proporcionada pelo encontro face-a-face permite a ressignificação da relação médico-paciente; assim, o reequilíbrio entre a utilização da técnica e da deliberação para a tomada de decisões pode ser reestabelecido – o que torna esse processo mais humanizado.

Este estudo objetiva compreender como o conceito de alteridade de Lévinas pode contribuir para a tomada de decisão em medicina. Para tal, reconhecer as alterações históricas da relação médico-paciente decorrentes do avanço tecnológico e suas conseqüências para a tomada de decisões, compreender o conceito de tomada de decisão em medicina e os principais fundamentos envolvidos nesse processo, analisar a questão apresentada sob a ótica levinasiana e demonstrar os conceitos de Alteridade e Responsabilidade propostos por Lévinas como mecanismo de ressignificação da relação médico-paciente.

O presente texto se trata de uma pesquisa bibliográfica de caráter analítico-crítica. Primeiramente, foram realizadas buscas nas bases de dados e bibliografia por publicações relevantes relacionadas à tomada de decisão em medicina e as transformações históricas da relação médico-paciente pelo avanço tecnológico, juntamente à das principais correntes filosóficas que acompanharam esse processo. As referências foram pesquisadas a partir das seguintes palavras-chave: “Bioethics”, “Medical Technology”, “Science, Technology and Society”, “Physician-Patient Relations”, “Clinical Decision-Making”. A principal base de dados utilizada nessa pesquisa foi o PubMed. Em seguida, foi realizada uma

leitura das principais obras de Emmanuel Lévinas: Tempo e o Outro (1947), Totalidade e Infinito (1961), Ética e Infinito (1982), Entre Nós: ensaios sobre alteridade (1991). Posteriormente, esses conceitos foram aplicados aos estudos prévios com o objetivo de elucidar as contribuições de Lévinas para essa área da Bioética.

1. Tomada de Decisões Clínicas

O tema “tomada de decisão” foi abordado na história da filosofia com perspectivas diversas. A ele relaciona-se conceitos centrais do mundo filosófico como liberdade e livre-arbítrio, entre outros.

No que se refere à tomada de decisões éticas em campo profissional, o processo visa a identificação do problema, a busca de alternativas viáveis e a capacidade de analisá-las sob a ótica dos valores morais do indivíduo¹; dessa forma, a escolha representa um balanço entre a possibilidade que permita alcançar a finalidade pretendida de forma que se maximize os mais importantes valores referentes à moralidade envolvida. Nesse contexto, a ética representa a reflexão sobre o conjunto de princípios que envolvem determinada profissão em relação à sociedade.

“Entende-se por ética profissional o conjunto de regras de conduta a que se devem considerar submetidas as pessoas que praticam determinada atividade. Tais regras geralmente diferem das normas da moral comum ou por excesso ou por defeito, vale dizer, ou porque impõem aos membros da corporação obrigações mais rígidas ou porque os isentam de obrigações impraticáveis, como a de dizer a verdade no caso do médico diante do paciente atingido por uma doença incurável”².

Na medicina, especificamente, a tomada de decisão se aplica a inúmeras situações, por englobar todas as especialidades, ambientes e pacientes, independente da natureza e gravidade da patologia. Pelo fato de a prática médica estar inserida em um contexto sociocultural e ser reflexo deste, a medicina pode ser descrita como um paradigma em constante mudança³. O próprio conceito de saúde e doença teve diferentes interpretações ao longo da história. As consequências dessas mudanças podem ser avaliadas a partir de uma análise histórico-cultural da prática médica.

¹ Maria E. Pereira Kraemer. “Ética, sigilo e o profissional contábil”. Revista Contabilidade Vista & Revista Vol: 12 num 2 (2001): 33-48.

² Norberto Bobbio. Elogio da Serenidade e outros escritos morais. [tradução de] Marco Aurélio Nogueira. (São Paulo: Editora Unesp, 2002), 64.

³ William Tierney “Improving clinical decisions and outcomes with information: a review”. International Journal Of Medical Informatics Vol: 62 num 1 (2001): 1.

2. Análise retrospectiva das mudanças na medicina

Os primeiros registros sobre medicina remontam a Hipócrates, o qual definiu a teoria dos “humores”, sendo que o corpo seria constituído por quatro fluidos – bÍlis negra, bÍlis amarela, sangue e fleuma⁴. Segundo ele, o equilíbrio entre esses componentes pressupõe o estado de saúde, e, o desequilíbrio, o de doença. Dessa forma, a função do médico consistia em elucidar esse desequilíbrio e facilitar a cura benevolente da natureza – através de sangramento, eméticos ou até mesmo cirurgias, o médico ajuda no processo de reequilíbrio entre humores e qualidades.

Já no século V e primórdios do século IV a. C em Roma, Galeno discutiu a relação de causa e efeito com a finalidade de compreender a origem das doenças. Médico e filósofo, demonstra o fato de a causa antecedente à patologia não ser imperativa sobre o corpo, pelo fato desta depender também da resistência corporal⁵.

No que se refere à era moderna, Paracelso revolucionou a concepção acerca de saúde, doença e tratamentos, pois conseguiu demonstrar uma interpretação ontológica destas. Segundo ele, doenças individuais teriam causas e quadros clínicos específicos. Assim, tornou-se possível o conceito de terapia sintomática e etiológica⁶.

No século XIX, com a criação do método de pasteurização e da primeira vacina antirrábica, Pasteur revolucionou novamente a teoria da origem das doenças – fundamentou a teoria microbiológica e a origem infecciosa das patologias⁷.

A descoberta do raio X em 1895, pelo físico alemão William Conrad Roentgen, consistiu em outro marco na história da medicina. A primeira radiografia foi feita na mão esquerda de sua esposa Bertha Roentgen. Afirma Galvão⁸ que “após a revelação, comprovou a propriedade dos raios X penetrarem os tecidos moles e serem retidos pelo mais densos, como os ossos e o anel de ouro que a esposa portava”. Esta foi a primeira imagem de uma parte interna do corpo realizada sem processo cirúrgico ou dissecação. Por essa descoberta inovadora, o físico recebeu o Prêmio Nobel de Física, em 1901. Esse marco contribuiu para diversos avanços para a medicina diagnóstica, por meio do desenvolvimento de exames de imagem cada vez mais precisos.

⁴ Ludwig Edelstein, L. *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987), 480.

⁵ Flavio Fontenelle Loque. *Notas sobre Galeno, a noção de saúde e o debate médico-filosófico sobre a causalidade*. (Brasília: Revista Archaí, 2009): 60.

⁶ Tristram Engelhardt, “The Concepts of Health and Disease”, em *Philosophy And Medicine*. Engelhardt H. T. e Spicker S. F. (Boston: Springer Netherlands, 1975), 128.

⁷ Joel Mokyr e Rebecca Stein. “Science, Health, and Household Technology: The Effect of the Pasteur Revolution on Consumer Demand”, em *The Economics of New Goods*, editado por Bresnahan T. F., Gordon R. J. (Massachusetts: National Bureau Of Economic Research, 1996). 143.

⁸ Paulo Bezerra de Araújo Galvão, “Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente”, *Bioética* Vol: 8 num 1 (2000): 128.

“No início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isto não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio. Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo ver e dizer; às vezes, em um discurso realmente tão «ingênuo» que parece se situar em um nível mais arcaico de racionalidade, como se se tratasse de um retorno a um olhar finalmente matinal”⁹.

Pode-se observar, a partir dessa análise, que a incorporação de tecnologias na medicina é inerente ao processo do próprio amadurecimento da prática médica ao longo do tempo: esta reflete as manifestações culturais da sociedade, a qual acompanha o desenvolvimento tecnológico. Essas alterações nos paradigmas proporcionadas pelo avanço da técnica e, como consequência, na relação médico-paciente, refletem no formato pelo qual a tomada de decisão é realizada.

3. Tecnologia e medicina atualmente

No que se refere à tecnologia aplicada à medicina atualmente e sua dinâmica, pode-se observar indiscutível melhora técnica. Isso ocorre pelo fato desse avanço proporcionar maior precisão no diagnóstico (pelos exames de imagem e laboratoriais) e tratamento (técnicas para procedimentos mais modernas, novos instrumentos cirúrgicos, dentre outros)¹⁰. Além disso, é evidente o crescimento do uso da inteligência artificial para auxílio desses processos.

Apesar da maior precisão técnica adquirida, contudo, emanam novos desafios na relação médico-paciente: a forma com que se lida com os dilemas éticos que surgiram pelo avanço tecnológico e o prejuízo da deliberação, como consequência deste. Há ainda para se considerar as repercussões dessas mudanças para a tomada de decisão em medicina.

“Corre-se o risco que o uso da tecnologia provoque uma distorção na capacidade de percepção da essência não-tecnológica da tecnologia. O desvelamento desta poderia ser a libertação de uma possível tirania. [...] Não é o caso de virar as costas ao progresso da ciência, pois nós estamos inseridos em um mundo de tecnologia. Faz-se

⁹ Michel Foucault, O Nascimento da Clínica (Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977), 10.

¹⁰ Marcio José de Almeida, “Tecnologia e medicina: uma visão da Academia”, Revista Bioética Vol: 8 num 1 (2000): 69-70.

necessária uma avaliação da essência da técnica e não uma simples contabilidade de resultados positivos e negativos”¹¹.

Um dos aspectos inerentes ao processo de tomada de decisão clínica é a presença de incertezas; estas podem ser descritas em três categorias principais: técnica, pessoal e conceptual. A incerteza técnica refere-se à falta de informações sobre determinado processo ou resultado; a pessoal tem origem na relação médico-paciente, e a conceptual surge da variável aplicação de critérios gerais a indivíduos (*guidelines*) e a incerteza geral acerca do futuro¹².

A presença de incertezas, portanto, é inerente à prática médica em si. Uma das reações naturais em relação à essa insegurança é a própria negação de incerteza, e busca incessante de mecanismos que tragam a sensação de segurança. Esse processo pode ser observado pelo maior acesso da população à informação proporcionado pela internet e meios de comunicação no geral, que cria, como consequência, maiores expectativas em relação à capacidade de resolução de problemas por parte das novas tecnologias.

Esse fenômeno proporciona uma sensação de segurança pela maior precisão técnica atingida; vale ressaltar, contudo, que esses novos instrumentos constituem mecanismo de auxílio na prática médica, não a solução dos problemas propriamente ditos. Com a incorporação de novas tecnologias pode haver diminuição de incertezas técnicas e conceituais, mas as inseguranças em âmbitos pessoais tendem a aumentar. “Apesar de se basear em evidências científicas e estatísticas, a medicina não é uma ciência exata”¹³.

A busca incessante de exatidão na ciência médica inexata repercute em maior fluidez para a relação entre médico e paciente – como descrito por Bauman:

“O que todas as características dos líquidos representam, em uma linguagem simples, é que os líquidos, ao contrário dos sólidos, não podem facilmente manter sua forma. Os líquidos, pode-se dizer, não se fixam no espaço nem se ligam ao tempo [...] e estão sempre prontos para mudar”¹⁴.

Com base no conceito de liquidez de Bauman, conclui-se que a utilização da técnica como mecanismo neutralizador de incertezas para a tomada de decisões médicas cria um ciclo problemático retroalimentado: a hipervalorização da técnica torna as relações mais fluidas, da mesma maneira que a fluidez tende a

¹¹ Paulo Ricardo Cerveira Cardoso, “Entre a ética e a tecnologia: um diálogo com Emmanuel Lévinas” (Tese de doutorado do Curso de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008), 41.

¹² Inês Morgadinho Barros de Mesquita, “Tomada de decisão clínica: processo e implicações” (Tese de doutorado do Curso de Medicina na Universidade de Coimbra, 2010), 7-8.

¹³ Jaci Corrêa Leite e Libânia Rangel de Alvarenga Paes, “O uso da Informática no Processo de Tomada de Decisão Médica: Um Estudo de Casos em Hospitais de Cardiologia na Cidade de São Paulo” (Tese de mestrado em Administração na FGV-EAESP, 2002), 1.

¹⁴ Zigmunt Bauman, *Modernidade Líquida* (Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007), 6-7.

tornar as relações mais técnicas. A partir disso, questiona-se: por quais mecanismos a tecnologia influencia de maneira pontual na relação médico-paciente, e como reverter esse processo?

Na prática médica, o complexo processo da tomada de decisão pode ser analisado sob a perspectiva de 3 principais variáveis: fatores inerentes ao paciente, ao médico e ao ambiente de assistência. Os fatores inerentes ao paciente englobam sua capacidade como informantes de sua sintomatologia e grau de compreensão da terapêutica proposta. Os fatores inerentes ao médico envolvem formação técnica, prática, desgaste mental e físico pelas condições e rotina de trabalho. Em relação ao ambiente, os fatores inerentes englobam recursos humanos e tecnológicos disponíveis para a propedêutica. De fato, conclui-se que o mecanismo que realmente reduz incertezas para a tomada de decisões clínicas é o equilíbrio pleno da interação entre esses três fatores¹⁵.

O resultado da hipervalorização da técnica é justamente o desequilíbrio entre essas três entidades: fatores inerentes ao médico e ao paciente tornam-se desvalorizados enquanto os fatores inerentes ao ambiente tornam-se hipervalorizados. Dessa forma, conclui-se que a tentativa de supressão de incertezas a partir da tecnologia repercute no próprio aumento de incertezas – incertezas pessoais, em detrimento de incertezas técnicas.

A relação interpessoal entre médico e paciente reflete, dentre outros fatores, a maneira pela qual a anamnese é conduzida – a conversa com o paciente durante a consulta. A importância desta reside no fato de, além da formulação de hipóteses diagnósticas e descrição de condutas, este ser o momento da deliberação entre médico e paciente. “A anamnese [...] é uma ferramenta essencial para a experiência profissional. Esse diálogo com o paciente fornece as informações mais valiosas para o atendimento médico”¹⁶.

Proposto inicialmente pelo Dr. Lawrence Weed, o modelo SOAP para a anamnese é, contemporaneamente, difundido de maneira ampla nos sistemas de saúde, de forma que separa os fatos em quatro categorias: Subjetivo (descreve o ponto de vista do doente, a cronologia de acontecimentos de sua queixa principal e sentimentos); Objetivo (registro de dados sem viés, inclusive resultados de testes diagnósticos); Avaliação (identifica o problema e seu grau de resolução à data, inclui o exame físico do paciente) e Plano (propõe a conduta e as medidas terapêuticas)¹⁷.

Contemporaneamente, considerando o modelo SOAP como referência, há uma tendência da expansão do viés objetivo (pela hipervalorização da técnica) e

¹⁵ Guilherme Almeida Rosa da Silva, “O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte”, *Rev Bras Clin Med* Vol: 1 num 11 (2013): 77.

¹⁶ Javier Jiménez Benito e Sonia Ester Rodríguez García, “Informed consent in the ethics of responsibility as stated by Emmanuel Lévinas”, *Medicine, Health Care And Philosophy* Vol: 19 num 3 (2016): 449.

¹⁷ Maria João Queiroz, “SOAP revisitado”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral* Vol: 25 num 2 (2009): 223.

sua conseqüente sobreposição sobre o viés subjetivo (a deliberação); dessa forma, suprime-se a conversa que forma a base da relação médico-paciente.

Essa problemática resulta justamente da busca da tecnologia como neutralizadora de incertezas presentes na prática médica, mencionada anteriormente. Reflexo de uma sociedade fluida, em que além do médico, o próprio paciente deseja a hipervalorização técnica – tornou-se cultural a crença de que mais exames e mais tratamentos solucionariam plenamente quaisquer problemas de saúde; a confiança sobre a resolutividade da técnica tornou-se maior do que sobre a subjetividade da pessoa.

Ora, mas não seria essa utilização técnica desproporcional também um motivo de iatrogenia? As repercussões desse processo envolvem a despersonalização e fragmentação na tomada de decisões e a supressão do tratamento holístico e humanizado do paciente – deixa-se de lado as faces biopsicossociais para ao foco em análise técnica de resultados de exames e prescrição exagerada de medicamentos e intervenções, sem que sejam avaliados os reais benefícios de tais práticas.

Com base nas pesquisas efetuadas, observa-se a dimensão das mudanças na prática médica ao longo do tempo, e como a incorporação de novas tecnologias acompanhou esse processo – sendo estas inerentes à próprias manifestações culturais da sociedade e que refletem na maneira pela qual a relação médico-paciente se manifesta.

Em relação à prática médica, concluiu-se que esta é permeada de incertezas e que a hipervalorização da tecnologia tornou-se uma espécie de tentativa de fuga em relação a elas. Apesar disso, sabe-se que esse processo repercute no próprio aumento de incertezas, já que a prática médica em sua excelência demanda o equilíbrio entre os fatores inerentes ao médico, ao paciente e ao ambiente.

Esse fenômeno pode ser expresso como um desequilíbrio entre as entidades clínicas propostas pelo modelo SOAP – expansão do viés objetivo e supressão do viés subjetivo durante as consultas clínicas, o que exprime a liquidez da relação médico-paciente contemporânea. Com isso, suprime-se o tratamento holístico e humanizado do paciente, assim como uma fragilização da tomada de decisões em medicina.

Com o objetivo de neutralizar esse fenômeno, o estudo da ética torna-se fundamental ferramenta. Na obra “O Princípio Responsabilidade”, Hans Jonas evidenciou a insuficiência da ética tradicional para lidar com as questões que surgiram em decorrência do intenso desenvolvimento tecnológico¹⁸. No caso da medicina, a existência dos novos desafios por esse avanço pressupõe um estudo ético da relação médico-paciente e da tomada de decisão em medicina de forma a neutralizar a insuficiência mencionada e suas repercussões na sociedade.

¹⁸ Hans Jonas, O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica (Rio de Janeiro: Contraponto, 2006), 39.

4. A filosofia de Emmanuel Lévinas

Emmanuel Lévinas (1906-1995), judeu na Lituânia, emergiu como filósofo em um contexto Pós-Moderno (período de desilusão consequente da II Guerra Mundial). Em sua época as duas principais correntes eram o Existencialismo e a Fenomenologia.

A partir do estudo fenomenológico, Lévinas discute a exterioridade e transcendência proporcionada pelo encontro com o Outro. De forma que se preocupa com fundamentos da intersubjetividade vivida. A fenomenologia existencial do encontro face-a-face proposta pelo autor se torna extremamente relevante para a filosofia contemporânea.

Segundo Lévinas, o encontro com o Outro revela a responsabilidade sobre ele – capacidade platônica de resposta do “bem além do ser”. O conceito de responsabilidade é abordado pelo autor como algo natural do encontro entre dois seres humanos; não é escolhida, mas sim provocada por esse processo: “é a descoberta do fundo de nossa humanidade, a própria descoberta do bem no encontro de outrem (...); a responsabilidade para com o outro é o bem”¹⁹.

Lévinas demonstra que o encontro com o Outro é intermediado pelo Rosto, conceito definido como a representação passível de ser percebida pelo Eu; assim, torna-se possível o conhecimento apenas de uma parcela de Outro – representação espaço-temporal deste, em contraposição com a impossibilidade de compreender completamente o Outro em sua essência. “O modo como o Outro se apresenta, ultrapassando a ideia do Outro em mim, chamo-lo, de facto, rosto”²⁰.

“O Outro que se manifesta no Rosto perpassa, de alguma forma, sua própria essência plástica, como um ser que abre a janela onde sua figura, no entanto, já se desenhava. Sua presença consiste em se despir da forma que, entretantes, já a manifestava. Sua manifestação é um excedente sobre a paralisia inevitável da manifestação. É precisamente isto que nós descrevemos pela fórmula: o Rosto fala”²¹.

Esse reflexo espontâneo de responsabilidade demonstra a infinidade e transcendência da alteridade – da “heterogeneidade radical do Outro”²²; isso ocorre pelo fato de transcendência remeter à exterioridade descoberta, à extensão ao estranho proporcionada por esse encontro, enquanto “infinito” se refere ao que não tem limites (pela imprevisibilidade do encontro com o Rosto).

“O rosto, contra a ontologia contemporânea, traz uma noção de verdade que não é o desvendar de um Neutro impessoal, mas uma

¹⁹ François Poirié, Emmanuel Lévinas: Ensaio e Entrevistas (São Paulo: Perspectiva, 2007), 83.

²⁰ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito (Lisboa: Edições 70, 1980), 37.

²¹ Emmanuel Lévinas, O humanismo do outro homem (Petrópolis-RJ: Vozes, 2009), 51.

²² Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 24.

expressão: o entre atravessa todos os invólucros e generalidades do ser, para expor na sua <<forma>> a totalidade do seu <<conteúdo>>, para eliminar, no fim das contas, a distinção de forma e conteúdo”²³.

Segundo Lévinas, essa ideia de infinito pressupõe a existência separada do Eu. “Ora, a ideia do Infinito é a própria transcendência, o transbordamento de uma ideia adequada”²⁴.

Há ainda para se considerar que, no que se refere à prática médica, o exercício da responsabilidade do Eu (médico) pelo Outro (paciente) pressupõe que se estabeleça o contato entre ambos. O cuidado, para o profissional da saúde, demanda que essa relação seja estabelecida. “Essa relação representa um acesso inestimável à existência do outro, ao corpo, pensamentos e mundo emocional dessa pessoa, o que tornará possível cuidar bem dela”²⁵.

No que se refere às repercussões decorrentes do avanço tecnológico na prática médica, sob ótica levinasiana, tem-se que:

“A democratização da informação, ou pelo menos, a possibilidade de maior obtenção de opiniões ou dados abre uma brecha que proporciona uma qualificação da relação médico-paciente. Utilizando um linguajar levinasiano digo que houve uma ruptura na totalidade representada pela medicina como entidade. Por esta fissura surge a possibilidade de irrupção da alteridade”²⁶.

Essa irrupção da alteridade decorre, entre outros motivos, pela tendência em suprimir a deliberação na anamnese observada contemporaneamente. A concepção de Outro proposta por Lévinas, contudo, é inseparável da linguagem; através da compreensão e exercício desta, torna-se possível a real comunicação entre o Eu e o Outro. A revelação do Rosto, entidade pela qual é possível visualizar o Outro, ocorre nesse encontro. A partir da conversa, cria-se uma conexão íntima com o outro ser humano envolvido.

Lévinas esclarece que o diálogo “ensina e introduz algo de novo num pensamento”²⁷, de forma que este representa o próprio exercício da alteridade – transcendência e infinitude, imprevisibilidade do encontro do Eu em relação ao Outro. Isso se deve ao fato de a experiência da linguagem introduzir o ser à vontade da razão – por não ser *a priori* – “a linguagem não se limita ao despertar maiêutico de pensamentos, comuns aos seres; não acelera a maturação interior de uma razão comum a todas”²⁸.

²³ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 38.

²⁴ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 66.

²⁵ Mireille Lavoie; Thomas de Koninck e Danielle Blondeau, “The nature of care in light of Emmanuel Lévinas”, Nursing Philosophy Vol: 7 num 4 (2006): 229.

²⁶ Paulo Ricardo Cerveira Cardoso, Entre a ética e a tecnologia... 48.

²⁷ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 196.

²⁸ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 196.

“Abordar Outrem no discurso é acolher a sua expressão onde ele ultrapassa em cada instante a ideia de que dele tiraria um pensamento. É, pois, receber de Outrem para além da capacidade do Eu; o que significa, exatamente: ter a ideia do infinito. Mas isso significa também ser ensinado. A relação com Outrem ou o Discurso é uma relação não-alérgica, uma relação ética, mas o discurso acolhido é um ensinamento”²⁹.

Assim, pode-se observar que, para o autor, a linguagem promove a própria existência social de humanos, ao passo que origina responsabilidade de maneira pré-intencional e universal. Afirma Lévinas que “[...] na transcendência envolvida na linguagem existe um relacionamento que não seja discurso empírico, mas responsabilidade”³⁰.

No caso da medicina, a deliberação a qual ocorre na anamnese constitui mecanismo de exercício da alteridade, é o que traz sentido à essa relação; como constatado por Benito e García:

“A profissão médica pode ser definida pela ideia do Outro como aparição, nas palavras de Lévinas, como epifania. É o paciente que nos define como médicos. Sem o nosso Outro, o paciente, o medicamento não existiriam. Não podemos ignorar, especialmente na medicina, que a relação com o Outro é a base do conhecimento humano. A relação com o Outro não é, portanto, ontologia, no sentido de Husserl; mas na medicina, como em Lévinas, a relação com o Outro é o factum original, o fato absoluto em que tudo começa”³¹.

A deliberação, contudo, não se resume meramente ao ato de falar palavras. Lévinas ressalta o fato de o dizer transcender o significado do senso comum da linguagem; ao afirmar que a ética representa a filosofia primeira, o autor reforça que a maneira pela qual se dirige ao Outro gera a responsabilidade por este, e, simultaneamente, cria a expectativa e clama por sua resposta³². “É para que a alteridade se produza no ser que é necessário um pensamento e que é preciso um Eu”³³.

O autor esclarece que a linguagem não falada também constitui fruto da alteridade. A mensagem transmitida por gestos, expressões, fâcias geram responsabilidade por outrem tanto quanto palavras. “O rosto é uma presença viva,

²⁹ Emmanuel Lévinas, *Totalidade e Infinito*, 38.

³⁰ Emmanuel Lévinas, *Time and the Other* (Pittsburgh: Duquesne UP, 1987), 120.

³¹ Javier Jiménez Benito e Sonia Ester Rodríguez García, *Informed consent...* 447-448.

³² Carlos Eduardo Pompilio, “Comunicação em saúde: Habermas e Lévinas no consultório”, *Via Atlântica* Vol: 1 num 29 (2016): 72.

³³ Emmanuel Lévinas, *Totalidade e Infinito*, 27.

uma expressão (...) O rosto fala. A manifestação do rosto é já discurso (...). Através da máscara penetram os olhos, a indisfarçável linguagem dos olhos. O olho não reluz, fala.”³⁴.

“Mas é por isso que a linguagem instaura uma relação irreduzível à relação sujeito-objeto: a revelação do Outro. É nessa revelação que a linguagem, como sistema de signos, somente pode constituir-se. (...) A linguagem, longe de supor universalidade e generalidade, torna-as apenas possíveis. A linguagem supõe interlocutores, uma pluralidade. (...) O seu comércio, di-lo-emos desde já, é ético”³⁵.

No que se refere à relação médico paciente no contexto de incorporação de novas tecnologias e à problemática envolvida na supressão da subjetividade, cabe ao médico a ressignificação desses novos instrumentos. Segundo Lévinas, significação se torna possível a partir da linguagem por meio do exercício da alteridade. “Ter um sentido é ensinar ou ser ensinado, falar ou poder ser dito”³⁶.

“A significação dos seres manifesta-se não na perspectiva da finalidade, mas na da linguagem. Uma relação entre termos que resistem à totalização, que se dispensam da relação ou que a precisam – só é possível como linguagem. (...) Ter um sentido é situar-se em relação a um absoluto, isto é, vir da alteridade que não se assimila na sua percepção. Uma tal alteridade só é possível com uma abundância miraculosa, acréscimo inesgotável de atenção que surge no esforço sempre recomeçado da linguagem em ordem a clarificar a sua própria manifestação”³⁷.

Dessa forma, a percepção de novas tecnologias como instrumentos de significação e visualização do Outro neutralizam e reverterem a hipervalorização da objetividade em relação à subjetividade, na relação médico-paciente. A utilização da técnica como novo mecanismo que aproxima o Eu do Rosto permite maior visualização deste e maior interação entre ambos – a alteridade em sua plenitude, a expressão da responsabilidade pela interpretação da tecnologia como mecanismo auxiliar de linguagem. Ora, se exames de imagem ou laboratoriais permitem uma visualização do Outro sob novas perspectivas – mesmo que de maneira objetiva – se somada e equilibrada à linguagem subjetiva verbal, permite uma visualização completa do outro. Visualização que une subjetivo e objetivo, que aproxima a visão do Outro em diversas perspectivas e que, interpretadas juntas, permitem a expressão do infinito e do transcendente.

³⁴ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 53.

³⁵ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 60.

³⁶ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 83.

³⁷ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 83.

“A maneira de desfazer a forma adequada ao Mesmo para se apresentar como Outro é significar ou ter um sentido. Apresentar-se, significando, é falar. Essa presença, afirmada na presença da imagem como a ponta do olhar que vos fixa, é dita. A significação ou a expressão talha e decide assim sobre todo o dado intuitivo, precisamente porque significar não é dar. A significação não é uma essência ideal ou uma relação oferecida à intuição intelectual, análoga ainda nisto à sensação oferecida ao olho. Ela é, por excelência, a presença da exterioridade. O discurso não é simplesmente uma modificação da intuição (ou do pensamento), mas uma relação original com o ser exterior (...). Ele é, isso sim, a produção de sentido”³⁸.

5. Discussão

A partir das pesquisas realizadas, constatou-se a intrínseca relação entre os avanços tecnológicos e o próprio amadurecimento sociocultural da humanidade, os quais refletem diretamente na dinâmica da relação médico-paciente. Isso ocorre pelo fato de técnicas influenciarem a maneira que as pessoas se comportam em relação às outras.

A palavra “tecnologia” deriva do grego *tékhne* + *lógos* pode ser definida como o conjunto de conhecimentos técnicos, métodos e ferramentas aplicados a um campo de conhecimento³⁹; no caso da medicina, tecnologia se refere a instrumentos incorporadas ao longo do tempo em sua prática, que vão desde conhecimentos de fisiologia humana até a incorporação de fios de sutura, técnicas de antisepsia para procedimentos e uso de exames de imagem.

Atualmente, novas tecnologias – como a telemedicina, engenharia genética, inteligência artificial, novos métodos diagnósticos e cirurgias minimamente invasivas – têm rapidamente sido englobadas à prática médica, de forma que pouco se questiona as repercussões sociais dessas mudanças. Apesar de inquestionável melhora técnica para diagnósticos e tratamentos, surgiram novos dilemas éticos e, conseqüentemente, novos desafios para a relação médico-paciente.

Em relação ao processo de tomada de decisões clínicas, a principal influência dessas mudanças se refere à maneira de se lidar com inseguranças. Apesar de diminuição de incertezas técnicas, em âmbitos pessoais as incertezas tendem a um aumento progressivo, principalmente devido às expectativas desproporcionais criadas em relação à técnica – e a falsa sensação de segurança que esta proporciona.

A hipervalorização da técnica desequilibra justamente o real mecanismo neutralizador de incertezas – as três entidades clínicas mencionadas

³⁸ Emmanuel Lévinas, *Totalidade e Infinito*, 53.

³⁹Michaelis, *Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa*. Tecnologia. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=tecnologia>. Acesso em: 30 jun. 2021.

anteriormente: fatores inerentes ao médico, ao paciente, e ao ambiente⁴⁰. O aumento de incertezas decorrente desse desequilíbrio faz com que se busque cada vez mais a técnica, sendo que isso aumenta ainda mais o desequilíbrio e as incertezas⁴¹.

Em termos práticos, baseando-se nos conceitos propostos por Weed no protocolo SOAP⁴², esse fenômeno pode ser definido como uma expansão do viés Objetivo de forma que este se sobreponha ao viés Subjetivo suprimido. Como consequência, a anamnese e a deliberação necessárias para tomar decisões éticas em medicina são prejudicadas – e o tratamento humanizado do paciente.

A filosofia de Lévinas traz inúmeras contribuições para o estudo e neutralização desse problemático fenômeno, principalmente no que tange ao conceito de Alteridade: “heterogeneidade radical do Outro”⁴³. Segundo o autor, o encontro do Eu com o Outro – intermediado por meio do Rosto – revela a responsabilidade inerente a essa relação, “a própria descoberta do bem no encontro de outrem”⁴⁴.

A responsabilidade do Eu perante o Outro revela a ideia de transcendência e infinitude, devido à dimensão da exterioridade e imprevisibilidade desse encontro. O principal mecanismo que permite essa percepção da responsabilidade, segundo autor, é a linguagem. Por meio da deliberação, cria-se uma conexão íntima entre pessoas, e torna possível real comunicação entre elas – permite a visualização do Rosto, a experiência do infinito e transcendente; o diálogo é, em sua essência, o exercício da alteridade.

Vale ressaltar que a linguagem representa sentido mais amplo que o senso comum da palavra: além do ato de falar, compreende todo o universo que compõe a comunicação, desde gestos e símbolos a expressões. “O rosto é uma presença viva, uma expressão (...) O rosto fala. A manifestação do rosto é já discurso”⁴⁵. Lévinas relata que o próprio exercício da linguagem – a comunicação entre seres em sua forma mais essencial – por si só é ético.

Considerando os conceitos levinasianos em uma análise da relação médico-paciente, torna-se possível a ressignificação do uso de novas tecnologias como mecanismos adicionais e complementares de visualização do Rosto, de forma que os novos instrumentos técnicos sejam interpretados como auxiliares para a linguagem. O resgate da deliberação restaura o equilíbrio entre a subjetividade e a objetividade presentes no processo de tomada de decisões clínicas, de forma a diminuir as incertezas e torná-lo mais ético e humanizado.

Conclusão

⁴⁰ Guilherme Almeida Rosa da Silva, O processo de tomada de... 77.

⁴¹ Hans-Georg Gadamer, O caráter oculto da saúde (Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2011), 131.

⁴² Maria João Queiroz, SOAP revisitado, 223.

⁴³ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 24.

⁴⁴ François Poirié, Emmanuel Lévinas: Ensaio... 83.

⁴⁵ Emmanuel Lévinas, Totalidade e Infinito, 53.

Ao término dessa reflexão que pretendeu ressignificar a relação médico-paciente a partir do conceito de alteridade desenvolvido por Lévinas, conclui-se que a concepção de alteridade permite-nos reconhecer a importância do outro, enquanto outro, com sua visão de mundo, mas também rever a própria compreensão de ser humano presente na medicina. Se historicamente o ser humano foi compreendido de modo objetivo, pela racionalidade do saber técnico e científico, representado no papel do médico, a alteridade proposta por Lévinas privilegia a dimensão ética, mais do que a dimensão técnica e objetiva. A ética nesse sentido, não representa um saber teórico, mas sim uma relação entre os humanos. Relação de reconhecimento do outro, de encontro de alteridades. Não há alteridade sem o cuidado e reconhecimento do outro.

E para concluir, pode-se dizer que o médico virtuoso é aquele que em sua relação com o paciente é capaz de reconhecer que o diálogo não represente apenas a oportunidade de fala do paciente, ou parte do processo de anamnese, ou mesmo a preparação para o tratamento, mas que o diálogo com o paciente já é parte do tratamento em vista da cura. Se usarmos a expressão de Lévinas pode-se afirmar que a relação de alteridade entre médico e paciente já constitui parte do tratamento para alcançar a cura e o equilíbrio da saúde.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. J. “Tecnologia e medicina: uma visão da Academia”. Revista Bioética Vol: 8 num 1 (2000): 69-78.

Aristóteles. A ética de Nicômaco. São Paulo: Atena. 1944.

Baffi, M. A. T. Modalidades de pesquisa: um estudo introdutório. Disponível em: <http://usuarios.upf.br/~clovia/pesq_ens/textos/texto02.pdf>. Acesso: 22/02/2021.

Bauman, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2007.

Benito, J. J.; García, S. E. R. “Informed consent in the ethics of responsibility as stated by Emmanuel Lévinas”. Medicine, Health Care And Philosophy Vol: 19 num 3 (2016): 443-453. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-016-9700-y>.

Bobbio, N. Elogio da Serenidade e outros escritos morais. [tradução de] Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Editora Unesp. 2002.

Cardoso, P. R. C. “Entre a ética e a tecnologia: um diálogo com Emmanuel Lévinas”. Tese de doutorado do Curso de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

Edelstein, L. *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1987.

Engelhardt, H. T. "The Concepts of Health and Disease". Em *Philosophy And Medicine*, editado por Engelhardt H. T. e Spicker S. F. Boston: Springer Netherlands. 1975. 125-141. ISBN: 978-94-010-1769-5.

Figueiredo, A. M. "Ética: origens e distinção da moral". *Saúde, Ética & Justiça* Vol: 13 num (2008): 1-9. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v13i1p1-9>.

Figueiredo, A. M., Guilhem, D. "Ética Moral". *Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis* Vol: 5 num 1 (2008): 29-46. <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2008v5n1p29>.

Foucault, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária. 1977.

Gadamer, H. G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes. 2011.

Galvão, P. B. A. "Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente". *Bioética* Vol: 8 num 1 (2000).

Guy, M. E. *Ethical Decision Making in Everyday Work Situations*. Westport: Quorum Books. 1990.

Japiassú, H.; Marcondes, D. *Dicionário Básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2001.

Jonas, H. *O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto. 2006.

Kraemer, M. E. P. "Ética, sigilo e o profissional contábil". *Revista Contabilidade Vista & Revista* Vol: 12 num 2 (2001): 33-48.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas. 2003.

Lavoie, M.; Koninck, T.; Blondeau, D. "The nature of care in light of Emmanuel Lévinas". *Nursing Philosophy* Vol: 7 num 4 (2006): 225- 234. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769x.2006.00279.x>.

Leite, J. C.; Paes, L. R. A. "O uso da Informática no Processo de Tomada de Decisão Médica: Um Estudo de Casos em Hospitais de Cardiologia na Cidade de São Paulo". Tese de mestrado em Administração na FGV-EAESP, 2002.

Lévinas, E. De l'évasion. Montpellier: Fata Morgana / On escape, trans. Bettina Bergo.(2003). 1935.

Lévinas, E. Entre Nós: ensaios sobre alteridade. Petrópolis: Vozes. 2005.

Lévinas, E. Ética e Infinito. Lisboa: Edições 70. 2014.

Lévinas, E. O humanismo do outro homem. Petrópolis-RJ: Vozes. 2009.

Lévinas, E. Otherwise than being or beyond essence. Springer Science & Business Media. 1981.

Lévinas, E. Time and the Other. Pittsburgh: Duquesne UP. 1987.

Lévinas, E. The theory of intuition in Husserl's phenomenology. Northwestern University Press. 1995.

Lévinas, E. Totalidade e Infinito. Lisboa: Edições 70. 1980.

Lévinas, E. Totality and Infinity: An Essay on Exteriority. 1961. Trans. Alphonso Lingis. Pittsburgh: Duquesne UP. 1969.

Loque, F. F. Notas sobre Galeno, a noção de saúde e o debate médico-filosófico sobre a causalidade. Brasília: Revista Archai. 2009.

Mora, J. F. Dicionário de filosofia. São Paulo: Loyola. 2005.

Mesquita, I. M. B. Tomada de decisão clínica: processo e implicações. Tese de doutorado do Curso de Medicina na Universidade de Coimbra, 2010.

Michaelis, Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. Tecnologia. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=tecnologia>. Acesso em: 30 jun. 2021.

Mokyr, J.; Stein, R. Science, Health, and Household Technology: The Effect of the Pasteur Revolution on Consumer Demand. Em *The Economics of New Goods*, editado por Bresnahan T. F., Gordon R. J. Massachusetts: National Bureau Of Economic Research. 1996. 143-206. ISBN: 0-226-07415-3.

Poirié, F. Emmanuel Lévinas: Ensaio e Entrevistas. São Paulo: Perspectiva. 2007.

Pompilio, C. E. "Comunicação em saúde: Habermas e Lévinas no consultório". *Via Atlântica* Vol: 1 num 29 (2016): 51-77. <http://dx.doi.org/10.11606/va.v0i29.108322>.

Queiroz, M. J. "SOAP revisitado". Revista Portuguesa de Clínica Geral Vol: 25 num 2 (2009): 221-227. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i2.10610>.

Rother, E. T. "Revisão sistemática X revisão narrativa". Acta Paulista de Enfermagem Vol: 20 num 2 (2007): 5-6. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>.

Rebollo, R. A. "O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno". Scientiae Studia Vol: 4 num 1 (2006): 45-81.

Salanskis, J.M. Lévinas vivo. Paris: Les belles lettres. 2006.

Silva, G. A. R. "O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte". Rev Bras Clin Med Vol: 1 num 11 (2013): 75-79.

Tierney, W. M. "Improving clinical decisions and outcomes with information: a review". International Journal Of Medical Informatics Vol: 62 num 1 (2001): 1-9. [http://dx.doi.org/10.1016/s1386-5056\(01\)00127-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1386-5056(01)00127-7).

Weed, L. L. "Medical Records That Guide and Teach". New England Journal Of Medicine Vol: 278 num 11 (1968): 593-600. <http://dx.doi.org/10.1056/nejm196803142781105>.

Licencia Creative Commons Attribution
Nom-Comercial 3.0 Unported (CC
BY-NC 3.0) Licencia Internacional



**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y
no necesariamente reflejan el pensamiento de la Revista