

A ÉTICA DA PALAVRA NA RELAÇÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE-PACIENTES

*Andrea Caprara**

*Josiane Vasconcelos Rodrigues***

A doença tem sido sempre um tema literário por excelência. As obras literárias permitem aprofundar aspectos da vida humana, como o fato de saber gerir emoções, elementos constitutivos importantes, por exemplo, da relação entre profissionais de saúde e pacientes. O grande escritor John Coetzee, Prêmio Nobel de Literatura em 2003, autor de romances memoráveis como *Esperando os Bárbaros* (2006), *Desonra* (2000), entre outros, em um de seus romances, *Homem Lento* (2007), aborda o tema do cuidado, o cuidado do outro.

O protagonista do romance, Paul Rayment, um fotógrafo profissional, enquanto está fazendo um passeio de bicicleta é atropelado por um carro e, por causa das consequências desastrosas do acidente, perde a perna direita. Paul não quer que os médicos coloquem uma prótese e deixa o hospital para voltar ao seu apartamento de solteiro.

* Graduado em Medicina e Cirurgia pela Faculdade de Medicina Universidade de Modena, Itália (1981) e Doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal (1994). Professor Adjunto no Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: andreacaprarabigi@gmail.com

** Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Aborrecido com a situação de dependência que a deficiência envolve, Paul passa momentos de desespero, refletindo sobre seus sessenta anos de vida. Recupera a confiança somente a partir da relação estabelecida com uma enfermeira de origem croata. A enfermeira se compromete acima de tudo a fazer bem o seu trabalho e a cuidar do marido e filhos, mas ao mesmo tempo estabelece uma relação terapêutica com Paul, baseada não somente em conhecimentos técnicos e científicos, mas acima de tudo em uma relação de cuidado amoroso. É propriamente essa relação de cuidado amoroso que irá ajudar Paul a superar diversos momentos de sofrimento, de dor, de angústia e a encontrar novos significados na própria vida.

A relação entre profissionais de saúde e pacientes é, de fato, inevitavelmente acompanhada por emoções, às vezes a partir da angústia e do sofrimento. A Linguagem científica, ao contrário, tende a ocorrer de forma impessoal, sem emoção, sem paixão. É por esta razão que, em situações de sofrimento, de doença, procura-se o texto literário, a poesia, como formas de expressão da vida humana (Scliar, 1996).

Desde a década de 1980 vêm sendo desenvolvidos sempre mais estudos sobre os aspectos relacionais entre profissionais de saúde e pacientes (dentistas-pacientes, enfermeiros-pacientes, nutricionistas etc.), mas certamente a produção maior sobre esse tema é ligada à relação médico-paciente (Branch, 1991; Starfield, 1981; Stewart; McWhinney; Buck, 1979). Desde o nascimento da clínica, os médicos começaram a separar a percepção do paciente sobre a sua doença e o diagnóstico clínico. A eliminação do ponto de vista do paciente ocorre em decorrência da ideia de que ele traz consigo um conjunto de elementos que poderiam dificultar o diagnóstico clínico. Dois exemplos: hoje a formação de residentes nos Estados Unidos e a prática médica são fortemente caracterizadas pela leitura dos dados eletrônicos dos pacientes, na observação das imagens diagnósticas e nos dados laboratoriais (Verghese, 2008). Os médicos ficam sentados em frente a monitores de computador examinando os resultados de exames diagnósticos e laboratoriais, mas o contato com o paciente é sempre mais

redundante. No Brasil, no setor público, o excesso de demanda, o número insuficiente de médicos nas equipes, a sobrecarga de trabalho e o tempo de consulta (menos de 15 minutos), são prejudiciais à humanização e à qualidade do atendimento dispensado aos pacientes (Caprara; Rodrigues, 2004).

A necessidade da relação médico-paciente vai em direção oposta: o médico teria que analisar não somente os aspectos biomédicos do problema de saúde, mas também a experiência da doença vivida pelo próprio paciente. Estudos de revisão sistemática de literatura mostram que quando o paciente é informado e envolvido na tomada de decisões tem maior adesão às recomendações médicas, modifica com mais facilidade comportamentos de saúde, o médico também fica mais satisfeito (Andruccioli; Raffaelli, 2005). Por isso é determinante a constituição de um vínculo terapêutico com a pessoa considerando também o ponto de vista do paciente. O elemento que favorece o vínculo é a confiança, a expressão da intimidade do paciente em um diálogo aberto.

Neste artigo gostaríamos de abordar o tema da relação entre médicos e pacientes a partir de três problemáticas centrais que podemos identificar nas seguintes formulações: o cuidado de si versus o cuidado dos outros; a ética da palavra; e as capacidades de escuta.

O cuidado de si para cuidar dos outros

O primeiro tema de reflexão é dirigido principalmente a todos os profissionais de saúde envolvidos em trabalhos de grande responsabilidade, que são cuidadores profissionais que escolheram como profissão a arte do cuidar/curar o outro. Essa escolha pode trazer um adoecer, como mostram os estudos sobre o adoecimento dos profissionais de saúde (Cusimano; Yonke; Tucker, 1999; Nogueira-Martins, M., 1998; 2002; Ramirez et al., 1995). Meleiro (1999) reforça esses dados quando apresenta, em sua pesquisa com os profissionais de medicina, como esta profissão está entre as profissões com maiores índices de suicídio, e esses

índices elevados estão relacionados com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por muitos aspirantes a carreira médica e a crescente ansiedade pelo temor em falhar. Surge, então, a importância do cuidar de si para não adoecer, mas também a compreensão de que para cuidar dos outros é preciso cuidar de si. Como a importância do cuidar de si pode ser conduzida e reconhecida na formação e exercício da profissão médica? De que maneira esse autocuidado irá interferir na qualidade da relação consigo e com o outro, paciente/equipe de saúde e família? Questões que podemos discutir e refletir sob uma ótica filosófica, utilizando alguns conceitos apresentados por Michel Foucault nas suas aulas no *Collège de France* (Foucault, 2004).

Para cuidar dos outros é preciso cuidar de si. Essa é uma temática já bem discutida na Antiguidade, assim como também exposta nas aulas que Michel Foucault pronunciou em 1982, no seu curso no *Collège de France*, intitulado “A Hermenêutica do sujeito”. O curso, transcrito sucessivamente num volume homônimo, aborda uma série de práticas importantes ligadas ao conceito grego de *epimeleia heautou*, traduzido em latim pelo termo *cuidado sui* (Foucault, 2004). Esse termo ultrapassou os limites da filosofia e alcançou progressivamente as dimensões de uma verdadeira cultura do cuidado de si.

Os pontos trazidos por Foucault são referentes à compreensão que se tinha na Antiguidade sobre o cuidar como uma questão básica na formação do sujeito. Para ingressar na vida política era preciso saber cuidar de si para então poder cuidar dos outros. Esse percurso começa com a análise da primeira noção de cuidado de si mesmo, que foi abordada principalmente nos escritos de Platão com os relatos sobre os pensamentos de Sócrates acerca do “conhece a ti mesmo” e “cuida de ti mesmo” para poder cuidar dos outros.

Este tema é discutido por Foucault a partir da análise da obra *Alcibiades* de Platão, que trás um compêndio magnífico das principais teses políticas no que se refere ao tema da relação entre ética e política. A obra de Platão, *Alcibiades*, trata de um jovem de família ilustre, discípulo de Sócrates, e que tinha que ser, se transformar, em um dirigente da democracia ateniense,

mas que vivia uma vida livre e libertina. É nessa obra que Foucault enfatiza a necessidade, a importância de preparar a personalidade e o espírito humano antes de lançar-se nas tarefas públicas, ressaltando que isso é importante em todas as fases da vida e não somente com os jovens.

“É preciso que te ocupes contigo mesmo, que tenhas o cuidado contigo mesmo”: é uma proposta destacada por Sócrates, que estimula e desafia continuamente seus discípulos a essa proposta de desenvolvimento moral. Foucault coloca que, principalmente nos séculos sucessivos I e II d.C., a necessidade de cuidar de si foi uma função geral de toda a existência e não somente da formação de jovens, e que também se vinculava ao exercício do poder. No entanto, a organização sobre o estudo do cuidado de si era uma formulação filosófica precoce que apareceu desde o século V a.C. e percorreu toda a filosofia grega, helenística e romana, até o século IV e V d.C. (Muchail, 2011).

A atualidade dessas questões é importante para todos os profissionais de saúde envolvidos principalmente em áreas com forte presença de estresse emocional, sintomas físicos e psicológicos: por exemplo, os profissionais com dupla jornada de trabalho em oncologia pediátrica, nas emergências, nas cirurgias e outras áreas da saúde que exigem mais e indiretamente expõem esses profissionais a lidarem constantemente com questões de profundo estresse emocional que forcem um “esquecer-se de si” para cuidar do outro, e que ao mesmo tempo, exigem um profundo conhecimento técnico e pessoal sobre como lidar com essas situações. É quando o profissional adoce o físico e o emocional, podendo chegar ao limite com a manifestação da síndrome de *burnout*. (Nash, 2002; Beckman; Fang, 2002; Linzer et al., 2001; Thomas, 2004).

A verdade de si na busca do cuidado

Um segundo elemento abordado na obra de Foucault, que constitui a relação entre médico e paciente assim como entre mestre

e aluno, é o conceito de *parrhesía*, palavra grega, que pode ser compreendida como: franqueza, liberdade da palavra, fala franca, dizer-verdadeiro, que são definições amplas para a compreensão desse sentido dado a palavra *parrhesía*, mas que podemos resumir como “[...] que faz com que se diga, com que se diga o que se tem que a dizer, com que se diga o que se tem vontade de dizer, com que se diga o que se pensa dever dizer porque é necessário, porque é útil, porque é verdadeiro.” (Foucault, 2006, p. 450; Castro, 2009).

Esse termo é apresentado inicialmente pelo filósofo epicurista Filodemo, que viveu em Roma no século I a.C. e escreveu um texto, do qual se conhecem fragmentos, chamado *Parrhesía*, que Foucault traduz como “ética da palavra” e que desenvolve nos seus últimos cursos no *Collège de France*: “Hermenêutica do sujeito” (1982), “O governo de si e dos outros” (1983) e “A coragem da verdade” (1984). Ele enfatiza o sentido moral dessa palavra na filosofia porque, apesar de ser complexo e ambíguo, é reconhecido como constituindo a prática do cuidado de si (Gros, 2004). Para Muchail: “[...] ela é de fato construída no interior, não ao lado, das práticas de si.” (Muchail, 2011, p. 104). Ela (*parrhesía*) perpassa todo o processo de busca e encontro de si nas reflexões filosóficas sobre “o cuidado de si” que Foucault aborda quando reflete: “Como se estabelece, como se fixa e se define a relação entre o dizer verdadeiro (a veridicção) e a prática do sujeito? Ou ainda de modo mais geral: como o dizer-verdadeiro e o governar (a si mesmo e aos outros) se vinculam e se articulam um ao outro?” (Foucault, 2004, p. 281).

Outra interpretação da palavra *Parrhesía* é a abertura do coração, cuja necessidade, entre os pares, é de nada esconder um ao outro do que pensam e se falar francamente (Foucault, 2004, p. 169); um princípio, a ética da palavra, que pode ser exercitado na relação de amizade entre colegas e na relação com o paciente. É através da prática de si que se desenvolvem as práticas com o outro, no exercício da fala franca que busca, através de uma relação social, produzir algo novo que é referente a uma nova ética, não tanto da linguagem ou do discurso em geral, mas da relação verbal com o outro (Foucault, 2004, p. 202). O novo surge desse encontro

que possibilita ao discípulo/paciente a reflexão da fala franca de seu mestre/médico acerca do que se espera modificar, compreendendo também que a *parrhesía* é uma qualidade, ou melhor, uma técnica utilizada nessas relações que faz com que, no campo dos conhecimentos verdadeiros, possamos utilizar aquele que é pertinente para a transformação, a modificação, a melhoria do sujeito (Foucault, 2004, p. 295).

Essa compreensão da *parrhesía* como uma qualidade e uma técnica é também encontrada na segunda hora da aula de Foucault, do dia 10.03.82, que apresenta a discussão de Galeno, médico grego que viveu em Roma no segundo século e que escreveu o texto “Tratado das Paixões”. Galeno afirmava que, para curar, o médico, o mestre tinha que saber o que se queria curar. E com isso, ele aborda alguns aspectos voltados para as paixões e os erros: “Não se trata de um técnico da alma: mas que o que se requer de quem deve dirigir são algumas qualidades morais. Primeiro a franqueza (*parrhesía*), o exercício do franco falar” (Foucault, 2004, p. 483). A *parrhesía*, apesar de ser um discurso que se adapta ao ouvinte, é muito mais um comprometimento, um pacto entre o que é dito e a própria conduta de quem fala. Por ser um elo entre o que se diz e o que se faz, ela pressupõe o modelo exemplar (Foucault, 2004, p. 492).

A *Parrhesía* tem duas figuras adversas que precisamos abordar para melhor compreender esse discurso e seus dois aspectos, o técnico e o moral. O seu adversário moral é a lisonja, que na época era relacionada também à cólera, duas questões que geravam reflexões sobre o domínio de si e do outro. O uso da lisonja era considerado uma forma de manipulação, pois buscava a obtenção de favores e poderes, quando o poder sobre o outro ocorria através da mentira ou do uso exagerado de galanteios. Esse discurso bajulador impedia o sujeito de saber quem era realmente e como deveria desenvolver formas de cuidar de si: “O lisonjeador introduzirá um discurso que é um discurso estranho, que depende justamente do outro, dele, o lisonjeador. E este será um discurso mentiroso [...] compreendendo que o objetivo da *parrhesía* é fazer com que, em um dado momento,

aquele a quem se endereça a fala se encontra em uma situação tal que não necessite mais do discurso do outro” (Foucault, 2004, p. 457-458).

Essa autonomia do outro a partir desse discurso verdadeiro é o que poderíamos considerar como o “empoderamento do paciente” no contexto da relação médico-paciente, em que este passa a ser um sujeito atuante e autônomo.

O outro adversário da *parrhesía* é a retórica, que é o aspecto técnico e se volta para a conquista da razão, independente de estar sendo verdadeiro ou não, a intenção é o convencimento, o persuadir o outro. É considerada uma arte que se ensina, que é organizada por procedimentos metódicos. Essa é uma questão a se pensar: Será que durante o encontro entre médico e paciente é feito o uso da retórica? E o uso da *Parrhesía*? E quando o médico deve usar? Seria um exemplo o momento de comunicar uma má notícia?

Sabemos que é necessário que o médico tenha outras habilidades, além da *parrhesía* e da retórica, e uma delas é a sensibilidade e a percepção aguçada pela experiência e meditação, como observado por Foucault na sua aula do dia 03 de março de 1982:

Trata-se, portanto, de fazer com que a verdade seja gravada no espírito de maneira que dela nos lembremos tão logo haja necessidade, de maneira a tê-la, como já vimos, *prókheiron* (à mão) e, por conseguinte, a fazer dela imediatamente um princípio de ação (Foucault, 2004, p. 430).

Como exemplo da nossa contemporaneidade, podemos considerar a condução de uma consulta de má notícia, em como utilizar da técnica do dizer a verdade tendo a atenção cuidadosa no paciente e a intenção de contribuir positivamente nesse momento de sofrimento. Uma técnica que pode ser utilizada é o Protocolo Spikes: protocolo desenvolvido por Baile e Buckman para a comunicação de uma má notícia, que treina os profissionais para tal situação, dividindo o processo em 6 etapas que viabilizam

uma melhor comunicação e acolhimento para o paciente neste momento difícil (Baile et al., 2000). O primeiro passo é chamado de *Setting up*, porque seria a preparação da entrevista, tanto a escolha do lugar ideal, como a forma de se apresentar ao paciente. O segundo passo consiste em avaliar o que o paciente já conhece sobre sua doença e a percepção que tem dela, *Perception*. O terceiro seria a fase em que se avalia até que ponto o paciente deseja saber de sua condição, para que o médico não ultrapasse o limite do paciente e transmita detalhes que este não desejava ouvir; por isso é chamado de *Invitation*. O quarto, *Knowledge*, seria o momento em que o médico transmite, de fato, a má notícia. *Emotions* é a fase em que se trabalham as reações emocionais do paciente de forma empática. Por fim, o sexto passo, *Strategy and Summary*, seria o momento de apresentar e discutir o plano terapêutico e o prognóstico, alimentando expectativas reais e considerando a autonomia do paciente na escolha do tratamento. (Heil Silva et al., 2011)

Uma relação que apresenta questões polêmicas e de manejo delicado é a relação médico-paciente na oncologia, que mostra uma grande variabilidade de práticas sobre o fato de revelar ou não o diagnóstico (Andruccioli; Raffaelli, 2005). Trata-se de um tema complexo bem descrito pelos resultados de algumas pesquisas: por exemplo, um estudo realizado na Espanha, com 97 pacientes com câncer avançado, mostra que 68% desses pacientes não eram informados sobre o diagnóstico (Centeno-Cortes; Nun-Olarte, 1994). Na Itália, Morasso et al. (1997) entrevistaram 54 pacientes, sendo que 37% sabia conscientemente, mas 27,8% não sabia nada sobre a própria doença. Em Bangalore, na Índia, foi feita uma pesquisa com 294 pacientes e constatou-se que 54% sabiam o diagnóstico e 46% não (Chandra et al., 1999). O estudo de Lin (1999) em Taiwan apresentou que o 79% dos pacientes informados sobre o diagnóstico se mostravam mais satisfeitos com a gestão da dor por parte de médicos e enfermeiros, porque seus níveis de dor diminuam.

Na Itália, o estudo de Grassi (2000) com mais de 600 médicos observou que 45% desses consideravam importante revelar o

diagnóstico de câncer ao paciente, mas somente 25% comunicava o reconhecimento desse aos pacientes. A pesquisa de Leydon et al. (2000), na Inglaterra, mostra que todos os pacientes queriam ser informados, mas nem todos recebiam alguma comunicação sobre o diagnóstico.

Escuta ética: o cuidado com o outro

Um terceiro aspecto importante na relação refere-se à capacidade de escuta do médico. Muitas das críticas feitas a respeito da relação dos profissionais de saúde com os pacientes colocam hoje esta questão como aspecto fundamental da construção do vínculo. Já no final do século XIX, William Osler (1849-1919), importante médico canadense, descrito como o pai da medicina moderna, afirmava: *"If you listen carefully to the patients they will tell you the diagnosis"* ("Se você escutar com cuidado os pacientes, eles te dirão o diagnóstico"). Passado um século desde os preceitos de William Osler, a prática médica sofreu profundas mudanças, e os médicos escutam sempre menos. Este tema da escuta abre a discussão sobre o contraponto entre a perspectiva centrada no médico e a perspectiva centrada na pessoa.

Estudos de revisão sistemática de literatura (Beck et al., 2002) mostram que quando o paciente é informado e envolvido na tomada de decisões tem maior adesão às recomendações médicas, modifica com mais facilidade comportamentos de saúde, o médico também está mais satisfeito. Considerar o ponto de vista do paciente, analisar também a experiência da doença vivida pelo próprio paciente, reduz o número de visitas de acompanhamento, os procedimentos diagnósticos, as referências para especialistas. O trabalho de um grupo de médicos de família canadenses descreve a evolução da relação médico-paciente que foi acrescentando aos objetivos convencionais de diagnóstico e cura metas mais amplas de apoio e cuidado, considerando as mudanças na prática médica e a possibilidade de métodos clínicos centrados na pessoa (Stewart, 2005).

A perspectiva centrada na pessoa foi influenciada por diversas abordagens de pesquisa entre as quais a medicina narrativa, desenvolvida nos anos 1970-80, colocando, ao centro do interesse, o significado da experiência da doença por parte da pessoa mais que do ponto de vista biomédico, orgânico da doença (Kleinman, 1988).

Esta distinção foi expressa, já nos anos 1970, por Eisenberg e Kleinman, com a famosa distinção entre doença diagnosticada pela biomedicina (*disease*) e experiência subjetiva da doença vivenciada pelo paciente (*illness*), e sucessivamente com a introdução do conceito de dimensão social da doença por Good (*sickness*) (Kleinman; Eisenberg; Good, 1978). Entende-se assim por *illness* a experiência do paciente em relação ao mal-estar que o aflige e que está influenciada pela sua formação, personalidade e contexto cultural no qual está inserido. Já a doença, *disease*, representa a explicação médica em termos fisiopatológicos. Por um lado, temos uma abordagem baseada na doença *versus* uma abordagem centrada no significado.

Escutar o paciente expressar a percepção sobre a sua doença e seu adoecer é um exercício novo e, ao mesmo tempo, antigo na história da medicina e na formação e exercício desses profissionais, como vimos nas aulas proferidas por Foucault sobre a importância do cuidar de si.

Considerando a aula proferida por Foucault, em 3 de março de 1982 no Curso Hermenêutica do Sujeito, que aborda a importância do cuidar de si para cuidar do outro, do governar a si para governar o outro, levantamos a questão da escuta de si para poder escutar o outro. Como e quando o médico escuta seus medos e temores? Quando o médico escuta os medos e ansiedades do paciente? Nessa aula Foucault reflete sobre o tema da escuta como primeiro passo no processo de ascese retomando o texto de Plutarco *De audiendo: tratado da escuta*. Para Plutarco, nós podemos recusar olhar, podemos recusar degustar, mas não podemos “não ouvir” (Foucault, 2006, p. 403). Trata-se de um sentido que Plutarco considera como o mais *pathetikós* (“passivo”) de todos os sentidos, mas que ao mesmo tempo é capaz de

enfeitiçar a alma, sendo sensível à música e a muitos outros elementos. Relembra-nos Foucault, como exemplo, a passagem da *Odisséia*, na qual Ulisses fica enfeitiçado pelo canto das Sereias (Foucault, 2006, p. 403). Enquanto os outros sentidos dão acesso aos prazeres da visão, do gosto, do toque, a escuta dá acesso ao *lógos*, à razão, e é através disso que se pode adquirir a virtude. O ato de escuta é tão difícil quanto aquele de falar, porque podemos escutar com proveito, mas também de modo inútil. Assim como para falar, é preciso uma *téchne*, uma arte; também para escutar é preciso de *empeiria* (capacidade adquirida) e de *tribé*, de aplicação, de prática contínua, de experiência, de atenção (Foucault, 2006, p. 408).

A questão levantada é: Como então se traduzir a aplicabilidade dessa escuta? Como se concretizar e/ou se expressar a escuta lógica? Segundo o referido autor, através de três meios: a) o silêncio; b) uma atitude ativa; e c) que o orador seja estimulado, incitado por parte do ouvinte (Foucault, 2006, p. 410-417). Cita, por exemplo, o texto *Vida de Pitágoras*, de Porfírio, que descreve as comunidades pitagóricas. Nessas comunidades todos os ingressados tinham que respeitar cinco anos de silêncio:

[...] quando se ingressava nestas práticas e exercícios do discurso verdadeiro, quem não passava de um noviço não tinha o direito de falar. Devia escutar, escutar somente, nada mais fazer senão escutar sem intervir, sem objetar, sem dar sua opinião e, bem entendido, sem ensinar (Foucault, 2006, p. 410).

Para Plutarco, não apenas o silêncio, nominada educação dos deuses, deve ser o princípio fundamental da educação dos seres humanos, mas também é preciso fazer reinar em si mesmo, por toda a vida, uma espécie de “economia estrita da palavra” (Foucault, 2006, p. 411). Calar-se o quanto possível não significa somente que não se deve falar quando um outro está usando da palavra, mas que quando se acaba de ouvir uma lição ou um poema, é preciso retê-lo e evitar reconvertê-lo de imediato em palavras.

Naturalmente, o silêncio, embora fundamental, não é suficiente para promover a escuta; é necessário assumir uma atitude ativa: primeiro uma atitude física, com o corpo que permanece calmo e com uma postura que permita a alma de acolher a palavra que lhe é endereçada (Foucault, 2006, p. 412). O grupo chamado dos “Terapeutas” e descrito por Fílon de Alexandria na sua obra *De Vita Contemplativa*, aplicava uma série de regras estritas; todos tinham que olhar para o orador e manter a imobilidade e a atenção fixa. A imobilidade, o controle do corpo, a postura, a gestualidade eram carregados de valor semântico e altamente ritualizados. A incongruência de gestos e a contínua mobilidade do corpo, em diversos textos da Antiguidade, eram consideradas expressões físicas da *stultitia*, a contínua agitação da alma do homem que não consegue exercer um controle sobre si mesmo.

Em trecho sucessivo Foucault esclarece melhor o que significa ser um bom ouvinte de filosofia, retomando a carta 108 de Sêneca. O discurso filosófico deve ser escutado através de uma atenção ativa por aquele ouvinte que procura a verdade. A atenção, neste caso, não deve ser dirigida para a beleza da forma, para o vocabulário, mas ao que é dito, ao *lógos*, para o que é chamado o *tò prágma*, a referência da palavra, a proposição verdadeira (Foucault, 2006, p. 419).

Conclusão

A relação entre profissionais de saúde e pacientes ainda é um desafio para implementação de práticas mais humanizadas em saúde, considerando sua relevância e a emergência da problemática da humanização como necessidade social. O médico no passado tratava principalmente patologias agudas e contagiosas de forma episódica e reativa. Podemos chamar isso de modelo tradicional, centrado no médico, episódico e reativo mais que pró-ativo. Agora nós temos que pensar em um modelo futuro no qual o médico cuide da pessoa, principalmente com doença crônica, dentro de um modelo integrado, proativo

e centrado no paciente. A assistência é fornecida por uma equipe de saúde. Se os pacientes são mais informados, envolvidos e responsabilizados, eles interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde e tentam realizar ações que produzem resultados de saúde. Nessa perspectiva, entendemos o papel do médico como de um facilitador, de um tutor em um processo, de conselheiro de um paciente sempre mais ativo na gestão da própria doença. Precisa repensar não somente a prática médica, mas também a formação em Medicina, quase sempre ancorada a uma visão biomédica e tecnicista da doença; cada encontro com o paciente tem uma dimensão técnica, mas também experiencial e ética. O médico tem que entender o paciente de um ponto de vista científico, utilizando os instrumentos e os conhecimentos da literatura, de maneira que ele possa tomar as melhores decisões no processo diagnóstico e terapêutico. Estas ações, tomadas a partir da Medicina baseada nas evidências, são necessárias, mas não suficientes. O médico teria que adequar sua intervenção clínica, considerando o paciente como sujeito, tomando em conta a experiência da doença, as percepções do paciente, adquirindo uma sensibilidade e uma capacidade de escuta que vão além da dimensão biológica. Estes aspectos podem ser desenvolvidos somente mediante uma formação mais abrangente, que incorpore elementos das ciências humanas no desenvolvimento educacional (Caprara; Gomes; Schraiber, 2012). Os conteúdos relacionados às habilidades comunicacionais teriam que ser incorporados em todos os cursos de medicina, nos programas de residência médica e de educação permanente para os médicos das diversas especialidades.

Bibliografia

ANDRUCCIOLI, J.; RAFFAELI, W. "La consapevolezza di malattia nel paziente oncologico". *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, v. 3, p. 41-50, 2005.

- BAILE, W. K. et al. "A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer". *Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.
- BECK RS, DAUGHTRIDGE R, SLOANE PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15:25-38.
- BECKMAN, J. A.; FANG, J.C. "Resident burnout [letter]". *Annals of Internal Medicine*, v. 137, p. 698-700, 2002.
- BRANCH, W. T. et al. "Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship". Course for Faculty and first-year Medical students. *Annals of Internal Medicine*, v. 114, p. 482-489, 1991.
- BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002, p.56-68.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. V. "A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; SCHRAIBER, L. B. "Humanidades médicas: mapeando questões e respostas no âmbito da formação de médicos". In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (OrgS.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medbook, 2012, p. 623-631.
- CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- CENTENO-CORTES, C.; NUN-OLARTE, J. M. "Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients responses". *Palliative Medicine*, v. 8, p. 39-44, 1994.
- COETZEE, J. M. *Desonra*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2000.

- _____. *À espera dos bárbaros*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2006.
- _____. *Homem lento*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2007.
- CUSIMANO, M. D.; YONKE, A. N.; TUCKER, W. S. "An analysis of attrition from Canadian neurosurgery residency programs". *Academic Medicine*, v. 74, n. 8, Aug. 1999.
- FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FOUCAULT, M. *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- FOUCAULT, Michel. *A Coragem da Verdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- GRASSI, L. et al. "Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients". *Supportive Care in Cancer*, v. 8, n. 1, p. 40-45, 2000.
- GILMORE; GILMORE (eds). *A safer death: multidisciplinary aspects of terminal care*. New York: Plenum Press, 1988, p. 191-204.
- GROS, F. *Foucault: a coragem da verdade*. São Paulo: Parábola, 2004.
- HEIL SILVA, C. M. G. C. et al. "Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE)". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2011.
- KLEINMAN, A. *The illness narratives*. New York: Basic Books, 1988.
- KLEINMAN A, EISENBERG L, GOOD B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*.1978; 88: 251-258.

- LEYDON, G. M. et al. "Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study". *British Medical Journal*, v. 320, n. 7239, p. 909-913, 2000.
- LIN, C. C. "Disclosure of the cancer diagnosis as it relates to the quality of pain management among patients with cancer pain in Taiwan". *Journal of Pain and Symptom Manage*, v. 18, p. 331-337, 1999.
- LINZER, M. et al. "Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and The Netherlands". *American Journal of Medicine*, v. 111, n. 2, p. 170-175, 2001.
- MELEIRO, A. M. A. S. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.
- NASH, I. S. "Resident burnout [letter]". *Annals of Internal Medicine*, v. 137, p. 698-700, 2002.
- MORASSO, G. et al. "Illness awareness in cancer patients: a conceptual framework and a preliminary classification hypothesis". *Psychooncology*, v. 6, n. 3, p. 212-217, Sep. 1997.
- MUCHAIL, S. T. *Foucault, mestre do cuidado*. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. "O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente". *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, v. 24, n. 2, p. 59-64, 1998.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A. "Saúde mental dos profissionais de saúde". In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 56-68.
- RAMIREZ, A. et al. "Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians". *British Journal of Cancer*, v. 71, p. 1263-1269, 1995.
- SCLIAR, M. *A paixão transformada*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1996.

STARFIELD, B. "The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care". *American Journal of Public Health*, v. 71, p. 127-131, 1981.

STEWART M. Reflections on the Doctor-Patient Relationship: from evidence and experience, *British Journal of General Practice*, 2005, pp. 793-801.

THOMAS, N. K. "Resident burnout". *Journal of the American Medical Association*, v. 292, n. 23, p. 2880-2889, 2004.