

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

MÁRCIO FABIANO CHAVES BASTOS

**VALORES PRESENTES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
CONTRIBUIÇÃO PARA UMA MEDICINA BASEADA NO CUIDADO**

CURITIBA

2015

MÁRCIO FABIANO CHAVES BASTOS

**VALORES PRESENTES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
CONTRIBUIÇÃO PARA UMA MEDICINA BASEADA NO CUIDADO**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética junto ao programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Marcia Regina Cubas

CURITIBA

2015

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

B327v Bastos, Márcio Fabiano Chaves
2015 Valores presentes na relação médico-paciente : contribuição para uma
medicina baseada no cuidado / Márcio Fabiano Chaves Bastos ; orientadora,
Marcia Regina Cubas. – 2015
[84] f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2015
Bibliografia: f. 73-77

1. Médico e paciente. 2. Cuidados primários (Medicina). 3. Bioética. I. Cubas,
Marcia Regina. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de
Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

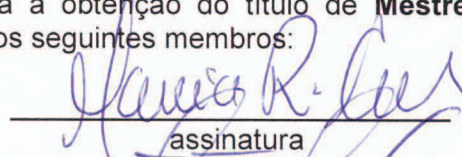
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 14/2015

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

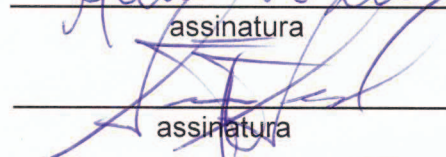
Aos vinte e nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e quinze, às 14 horas, na sala 2 do mestrado realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: "**VALORES PRESENTES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CONTRIBUIÇÃO PARA MEDICINA BASEADA NO CUIDADO**", apresentada pelo aluno **Marcio Fabiano Chaves Bastos**, sob orientação da **Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas
PUCPR (Orientadora e presidente)



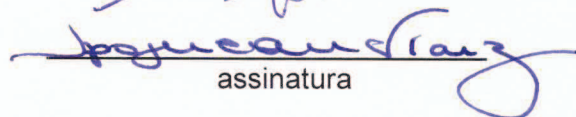
assinatura

Prof. Dr. Anor Sganzerla
PUCPR (Examinador interno)



assinatura

Prof. Dr. Ipojucan Calixto Fraiz
UFPR (Examinador externo)



assinatura

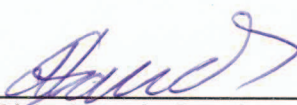
Início: 14h 05min Término: 15h 45min

Conforme as normas regimentais do PPGB e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: **Marcio Fabiano Chaves Bastos**

MFBastos



Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
Coordenador do PPGB PUCPR

À Andrea, minha querida esposa e companheira em todos os momentos.

Aos meus filhos Arthur e Ricardo, pela alegria dispensada todos os dias.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dra. Marcia Regina Cubas pela dedicação e empenho na orientação desta dissertação, bem como no constante ensino das técnicas de pesquisa.

Ao Prof. Dr. Mario Antônio Sanches, coordenador do Programa de Pós-graduação em Bioética das PUC/PR, pela orientação sempre presente nos assuntos relacionados à bioética, e pela oportunidade dispensada de participar deste mestrado.

Aos Professores doutores: Anor Sganzerla, Beatriz Sottile França, José Eduardo Siqueira, Jussara Maria Leal de Meirelles e Waldir Souza, pela excelência de suas aulas ministradas, e pelo convívio sempre edificante nas suas formas de ensinar.

Aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Bioética das PUC/PR, pelo aprendizado sempre constante.

Aos colegas do mestrado em Bioética da PUC/PR, pelo companheirismo e estímulo em todos os momentos do curso.

À secretaria do Programa de Pós-graduação em Bioética das PUC/PR, Sandra Maria Lopes, pela ajuda sempre presente nas dúvidas surgidas ao longo do curso.

Como é meu intento escrever coisa útil para os que se interessarem, pareceu-me mais conveniente procurar a verdade efetiva das coisas, do que pelo que delas se possa imaginar. E muita gente imaginou repúblicas e principados que nunca se viram nem jamais foram reconhecidos como verdadeiros.

Maquiavel

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar como são identificados os elementos formadores do cuidado humano no espaço da relação médico-paciente, e a existência de valores bioéticos e humanos presentes nesta relação. Foi realizado um estudo observacional, analítico, de abordagem qualitativa, na cidade de Curitiba/PR, nos anos 2014 e 2015, em que os participantes da pesquisa foram médicos que atuam no atendimento de saúde suplementar de dois grandes hospitais da cidade e em um centro de atendimento ambulatorial que atende um plano de saúde empresarial. Estes médicos foram selecionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão específicos. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um caso clínico sobre bioética e disponibilizado para utilização em pesquisa, associado a um questionário de perguntas semiestruturadas. As entrevistas com os médicos foram gravadas e transcritas, sendo que para a análise dos dados utilizou o Discurso do Sujeito Coletivo elaborado por Lefèvre, baseado na teoria das representações sociais. Desta análise emergiram ideias centrais, expressões chaves e discursos do sujeito coletivo, que expressam através da teoria de representações sociais, o pensamento dos sujeitos de pesquisa sobre o tema proposto. Com isso, correlacionamos as ideias centrais com os respectivos discursos para discussão do caso, encontrando alguns elementos que julgamos serem importantes na relação médico-paciente, e que podem contribuir para a efetivação de um cuidado adequado ao paciente. Identificamos dentro destas ICs valores bioéticos contidos na ética principialista tais como: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Também identificamos outros valores importantes para uma medicina baseada no cuidado como: relação médico-paciente e diálogo médico, importância da saúde, qualidade de vida, influência da família, princípios éticos do médico e respeito à opinião do paciente. Todos estes valores e elementos foram importantes com base no discurso médico, para a efetivação de uma medicina baseada no cuidado.

Palavras chave: Cuidado, Discurso do sujeito coletivo, Teoria das representações sociais, Relação médico-paciente, bioética principialista.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate how they are identified trainers elements of human care within the doctor-patient relationship, and the existence of bioethics and human values present in this relationship. An observational, analytical, qualitative approach was carried out in the city of Curitiba / PR, in the years 2014 and 2015, in which the participants were doctors working in the supplementary health care of two large hospitals in the city and a center outpatient care that meets a business health plan. These physicians were selected according to specific inclusion and exclusion criteria. The instrument used for data collection was a case on bioethics and made available for use in research, together with a questionnaire semi-structured questions. Interviews with doctors recorded and transcribed form, and for data analysis used the Collective Subject Discourse prepared by Lefèvre, based on the theory of social representations. This analysis emerged central ideas, key expressions and discourse of the collective subject, expressing through the theory of social representations, the thought of the subject of research on the theme. With this, we correlated the main ideas in their speeches to discuss the case, finding some elements we think are important in doctor-patient relationship, and that can contribute to the realization of an adequate patient care. Identified within these ICs bioethical values contained in principlialist ethics such as: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. We also identified other important values for a medicine based on care such as doctor-patient relationship and medical dialogue, importance of health, quality of life, family influence, the medical ethical principles and respect for the opinion of the patient. All these elements were important values and based on medical discourse, for the realization of the care based medicine.

Keywords: Care, collective subject discourse, theory of social representations, doctor-patient relationship, bioethics principlialist.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - IC E RESPECTIVO DSC.....	31
-------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSC - Discurso do sujeito coletivo

DSCs - Discursos do sujeito coletivo

EC - Expressões chaves

IC - Idéia-central

ICs - Idéias-centrais

OMS - Organização Mundial da Saúde

PUC/PR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

RMP - Relação médico-paciente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 ÉTICA DA ALTERIDADE	18
3.2 ÉTICA DO CUIDADO	19
3.3 O CUIDADO INSERIDO NA SAÚDE	21
3.4 BIOÉTICA E SUAS ESCOLAS PRINCIPAIS	23
3.4.1 Bioética principialista	24
3.4.1.1 autonomia.....	24
3.4.1.2 beneficência	25
3.4.1.3 não maleficência	26
3.4.1.4 justiça	27
3.4.2 Bioética utilitarista	28
3.4.3 Bioética universalista.....	28
3.4.4 Bioética personalista	29
3.5 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	30
3.5.1 Funções da representação social.....	31
4. MATERIAL E MÉTODOS	34
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	34
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	34
4.3 METODOLOGIA.....	34
4.4 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	35
4.5 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	36
5. RESULTADOS	37
5.1 AUTONOMIA PARA TOMAR DECISÕES.....	38
5.1.1 Expressões chaves	38
5.1.2 Discurso do sujeito coletivo 1	38
5.1.3 Discurso do sujeito coletivo 2	39
5.2 RESPEITO À OPINIÃO DO PACIENTE.....	39
5.1.1 Expressões chaves	39
5.2.2 Discurso do sujeito coletivo 1	40
5.2.3 Discurso do sujeito coletivo 2	40
5.2.4 Discurso do sujeito coletivo 3	40
5.3 BENEFICÊNCIA.....	41
5.3.1 Expressões chaves	41
5.3.2 Discurso do sujeito coletivo 1	41
5.3.2 Discurso do sujeito coletivo 2	42
5.3.3 Discurso do sujeito coletivo 3	42
5.4 INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA	42
5.4.1 Expressões chaves	42
5.4.2 Discurso do sujeito coletivo 1	43
5.4.3 Discurso do sujeito coletivo 2	43
5.5 ASPECTOS IMPORTANTES DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	44
5.5.1 Expressões chaves	44

5.5.2 Discurso do sujeito coletivo 1	45
5.5.3 Discurso do sujeito coletivo 2	45
5.3.4 Discurso do sujeito coletivo 3	46
5.6 DIÁLOGO COM O PACIENTE	46
5.6.1 Expressões chaves	46
5.6.2 Discurso do sujeito coletivo 1	47
5.7 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE	47
5.7.1 Expressões chaves	47
5.7.2 Discurso do sujeito coletivo 1	47
5.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS DO MÉDICO	48
5.8.1 Expressões chaves	48
5.8.2 Discurso do sujeito coletivo 1	48
5.9 DIREITO DO PACIENTE	49
5.9.1 Expressões chaves	49
5.9.2 Discurso do sujeito coletivo 1	49
5.10 QUALIDADE DE VIDA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO	49
5.10.1 Expressões chaves	49
5.10.2 Discurso do sujeito coletivo 1	50
5.11 NÃO MALEFICÊNCIA	50
5.11.1 Expressões chaves	50
5.11.2 Discurso do sujeito coletivo 1	51
6. DISCUSSÃO	52
6.1 RESPEITO À OPINIÃO DO PACIENTE	54
6.2 AUTONOMIA PARA TOMAR DECISÕES	56
6.3 BENEFICÊNCIA	58
6.4 NÃO MALEFICÊNCIA	60
6.5 DIREITO DO PACIENTE	61
6.6 QUALIDADE DE VIDA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO	63
6.7 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE	64
6.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS DO MÉDICO	66
6.9 ASPECTOS IMPORTANTES DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	67
6.10 DIÁLOGO COM O PACIENTE	69
6.11 INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
8. REFERÊNCIAS	75
9. ANEXOS	80

1. INTRODUÇÃO

Observamos no mundo atual, e mais precisamente no mundo da saúde, dificuldades no relacionamento interpessoal e falta de uma preocupação adequada com o outro ser humano que participa da nossa existência. Esta falta de preocupação com o outro aparece sob a forma de descuido, descaso e abandono. Esta falta de cuidado para com o outro reflete-se mais na área de saúde, na qual o profissional de saúde, e mais precisamente o médico, objeto de nosso estudo, necessita estabelecer um vínculo de cuidado para com o outro para que possa estabelecer um tratamento adequado dentro de seu dever profissional (BOFF, 2012).

Fica claro pelo profissional de saúde, e no caso específico do médico, a percepção que o significado da vida está muito além do contexto hospitalar. A vida passa necessariamente por valores, princípios e atitudes que guiam o nosso modo de ser, por carências que as pessoas demonstram e pelas potencialidades que as constituem. Compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas a capacidade de perceber e entender o ser humano no mundo que ele está inserido, e como ele constrói e desenvolve a sua identidade (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

Buscamos identificar como o homem pode se aproximar de seu semelhante através de valores, atitudes e virtudes que são inerentes à pessoa humana. Entendemos o valor como uma representação cognitiva das necessidades humanas, no qual o homem busca o valor como meio de se conseguir realizar uma necessidade primordial. O encontro destes valores e a sua correta utilização permitirá ao homem encontrar respostas aos dilemas éticos e morais que o afligem na sociedade atual (GOUVEIA, 2003).

Entendemos que a contribuição do nosso estudo é de suma importância, pois o reencontro destes valores pelo médico fornecerá elementos para que se possa efetivar um cuidado adequado para com o outro, tendo como objetivo o melhor tratamento a ser empregado por ocasião de enfermidade físicas, psicológicas ou mentais. Baseamos a nossa busca no profissional médico, que atua como um técnico, com a função de atender um ser humano que o procura em decorrência de um problema de saúde. Necessita o profissional neste contato efetivar um processo de saúde, no qual o outro deve ser beneficiado de alguma forma. Este processo

inicia-se com uma interação entre estes dois sujeitos, processo este conhecido como relação médico-paciente. O profissional técnico saberá através de uma entrevista detectar muitos elementos do mal-estar físico deste outro sujeito, porém uma entrevista técnica deixará muitos elementos sociais, psicológicos e espirituais de lado, não conseguindo identificar por completo o ser humano com quem ele está se relacionando. Há uma necessidade de despojar-se da técnica e vestir-se de humano, buscando através de sentimentos para com o outro, encontrar respostas para efetivar o cuidado. Que tipo de valores existem nesta relação médico-paciente (RMP) que são importantes para uma medicina baseada no cuidado?

Soar Filho (1998) estudando as habilidades médicas para uma adequada RMP, definiu estas habilidades como qualidades desejáveis e as denominou de atitudes terapêuticas, valores que na sua forma de pensar, contribuem para um melhor relacionamento médico-paciente. Dentre estas atitudes podemos citar:

a) empatia: Que significa a capacidade do médico se colocar no lugar do paciente, de compreender o seu sofrimento, suas angústias e dúvidas, sem se confundir com ele,

b) continência: Este atributo diz respeito a capacidade de conter, ou seja, de tolerar dentro de si toda a carga de pensamentos e sentimentos (alguns culturalmente percebidos como negativos) que o paciente possa expressar durante o atendimento, sem que haja da parte médica revides e retaliações. Aí se incluem o choro, a raiva, as dúvidas, as fantasias, os ataques, os boicotes ao tratamento, dentre outros,

c) humildade: O termo é aqui utilizado não no sentido de uma autodepreciação diante do paciente, mas sim como sinônimo da capacidade de reconhecimento pelo médico, de suas limitações humanas e profissionais, assim como o respeito às verdades e crenças do paciente. Este atributo por muitas vezes pode se confundir com o seguinte,

d) respeito para com as diferenças: Ter respeito para com o paciente significa respeitar o seu paciente na sua forma de ser, com suas verdades e crenças, e não querer fazer com que os pacientes aceitem a verdade entendida dos médicos. Uma atitude de respeito significa também não desqualificar as queixas do paciente: uma conduta relativamente comum é a de afirmar, quando os sintomas não parecem ter uma clara origem orgânica, como p. exemplo: “isso não é nada, é só nervos”. Essa

resposta está associada à crença de que um mal-estar, para ser real, não pode ser natureza emocional, ou mesmo psiquiátrica,

e) curiosidade: Estar aberto ao permanente questionamento das próprias hipóteses, e as hipóteses construídas pelo paciente constitui um atributo fundamental para o médico,

f) capacidade de conotar positivamente: este atributo refere-se à disponibilidade interna para buscar novos sentidos para os comportamentos, nos quais fiquem ressaltados os seus aspectos adaptativos e socialmente valorizados (o que não deve implicar na perda da continência para com os aspectos regressivos). Por exemplo, o paciente na impossibilidade de entrar em contato com o médico deixa de usar a medicação em função do aparecimento de um novo sintoma, e é preciso que nos lembremos de valorizar sua tentativa de contribuir para a cura, antes de criticá-lo, caso sua decisão não tenha sido a mais acertada do ponto de vista médico,

g) capacidade de comunicação: Esta atitude refere-se à competência para o estabelecimento de uma comunicação eficiente, ou seja, a capacidade de captar nexos comunicativos e de comunicar as próprias hipóteses, dentro de um ambiente de respeito para com as diferenças culturais que separam o médico e o paciente. Esta atitude deve incluir não apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e interagir a este nível com ele.

Podemos conjuntamente aos atributos descritos, selecionar outros que são importantes no relacionamento interpessoal, porém, mais notadamente no RMP, pois são atributos que interagem diretamente como as relações humanas. Dentre eles podemos citar: Amor à verdade, paciência, solidariedade, flexibilidade de opiniões e criatividade. A falta de algumas destas características que são importantes na RMP, pode contribuir negativamente na RMP, trazendo distorções neste primeiro contato que é extremamente importante para a formação do cuidado e efetivação do tratamento (SOAR FILHO, 1998).

Merhy (2002) comenta que o médico nesta interação médico-paciente lança mão de três tipos de mecanismos, os quais ele denomina de valises. Estas valises médicas interferem nesta relação em virtude de suas características. Na valise vinculada à sua mão, cabem equipamentos que identificam o atuar médico, tais como o estetoscópio, o otoscópio, dentre outros, instrumentos estes que

demonstram a tecnologia dura para a elucidação diagnóstica. Somada a esta valise existe à valise vinculada à sua cabeça, onde o conhecimento médico da medicina, associado aos aspectos interpessoais da relação humana atuam na relação médico-paciente. Este mecanismo é chamado de tecnologia leve-dura. A terceira e última valise encontra-se presente no espaço interrelacional trabalhador-usuário e que contém as tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre estes dois sujeitos, materializando a ação e resultado desta relação (MERHY, 2002).

Grinberg (2004), de forma semelhante vislumbra a medicina em um espaço interrelacional médico-paciente, em que estes dois indivíduos relacionam-se mutuamente. Esta conexão forma-se em uma via de duas mãos: uma que flui do paciente para o médico na forma de sinais e sintomas, e a outra via, que flui do médico para o paciente na forma de atributos que o médico deve possuir para exercer seu ofício. Estes atributos englobam o conhecimento científico, a capacitação técnica e a atitude do médico. O conhecimento científico são aquelas informações que o médico se apropria durante a sua formação e no decorrer da sua atividade profissional. Estas informações fazem parte do seu patrimônio científico, as quais ele preserva e renova, ampliando continuamente os seus conhecimentos ao longo da sua vida. Por capacitação técnica entende-se a posse de determinadas habilidades que o médico deve ter para exercer sua profissão. Esta capacitação técnica é aprendida e aperfeiçoada durante a sua formação médica, e permite ao médico interagir com o doente em diversas etapas do contato com o paciente: anamnese e exame físico, interpretação de exames, capacidade terapêutica para selecionar fármacos e prescrever, bem como capacidade prognóstica da doença, sobrevida e avaliação da qualidade de vida. A terceiro atributo proposto por Grinberg (2004), é chamada de atitude do médico, e é importante que esteja dentro do arsenal do médico em questão, visto que conhecimento científico e capacitação técnica, não são suficientes para o exercício adequado da medicina. As atitudes do médico envolvem um compromisso que este profissional tem com relação ao seu semelhante, e neste caso específico o seu paciente. Para que ocorra uma interação adequada, cabe ao médico saber identificar valores, juízos e comportamentos do paciente para que esta relação seja a mais harmônica possível. É claro que para que ocorra esta identificação por parte do médico, o mesmo deve ser utilizar valores existentes em sua pessoa, e caso não os possua, estes valores devem ser aprendidos e aperfeiçoados na sua formação (GRINBERG, 2004).

Estas características humanas que o médico deve possuir, e identificadas como valores, virtudes, atitudes e qualidades, são importantes para que o profissional médico trabalhe dentro de um conceito de medicina centrada no paciente, buscando um entendimento global do seu semelhante e o bem-estar daquele que ele está tratando. A busca por um cuidado adequado encontra-se no cerne da medicina centrada no paciente, sendo que o médico deve possuir as qualidades necessárias para esta prática (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- a) Avaliar como são identificados os elementos formadores do cuidado humano no espaço da relação médico-paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Verificar a existência de valores bioéticos na relação médico-paciente que são importantes para uma medicina baseada no cuidado.
- b) Verificar a existência de outros valores, virtudes, qualidades e atitudes médicas presentes na relação médico-paciente que são importantes para uma medicina baseada no cuidado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ÉTICA DA ALTERIDADE

Emmanuel Lévinas (2012) propõe uma nova filosofia a partir da ética como filosofia primeira, abordando o conceito de alteridade como princípio da relação humana. Por alteridade entende-se ser o outro, ou constituir-se como outro. Significa que através da outra pessoa, conseguimos ter ciência do próprio eu, e da necessidade de responsabilidade e sensibilidade para com a outra pessoa. Ao me identificar com o outro ser humano que está na minha frente, consigo entender a minha própria pessoa, e o sentido da minha própria existência. Lévinas fundamenta sua ética no conceito de Rosto do outro ser humano. Conceito este que expressa de forma indelével a essência do ser humano em toda a sua plenitude:

O outro que se manifesta no rosto perpassa, de alguma forma, sua própria essência plástica, como um ser que abrisse a janela onde, sua figura, no entanto já se desenhava. Sua presença consiste em se despir da forma que, entrementes, 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. A manifestação do rosto é o primeiro discurso (LÉVINAS, 2012).

Nos princípios da sua ética da alteridade contidos na sua principal obra *Humanismo do outro homem*, Lévinas faz uma crítica na forma como os homens se relacionam com o próximo. Lévinas afirma que no mundo contemporâneo, as pessoas não agem tendo responsabilidade para com o seu próximo, sendo que cada um fecha-se dentro de um egoísmo, preocupando-se apenas com o seu próprio ser. O homem necessita deixar-se tocar pelo rosto do outro, e sensibilizado, procurar agir de forma mais humana, fraterna e solidária para com o seu semelhante (COSTA; CAETANO, 2014).

A preocupação com o outro, essência da ética da alteridade de Lévinas, está diretamente relacionada com o cuidado, pois ambos procuram entender o outro ser humano como ele realmente é, e baseado nisto, propor ações para que ele possa ser beneficiado de alguma forma.

3.2 ÉTICA DO CUIDADO

A palavra que denominamos cuidado, do ponto de vista filológico deriva do latim *cura* (cura), que constitui um sinônimo erudito do cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra *cura* era escrita como *coera*, e era usada num contexto de relação de amor e amizade, para expressar uma atividade de cuidado, de desvelo, de preocupação com o ser amado, ou por um objeto de estimação. Estudos filológicos mais aprofundados indicam que a palavra “cuidado” deriva de *cogitare-cogitatus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Como podemos perceber, a natureza da palavra “cuidado” inclui dois significados básicos, estreitamente ligados entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro, e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Desta forma, analisando a palavra “cuidado”, verificamos que o ato de cuidar é mais que um ato singular, é um modo de ser do humano, que se completa relacionando-se com o outro (ZOBOLI, 2004).

Estas noções de cuidado como preocupação e solicitude, e o entendimento de que cuidar é essencial para o ser humano estão descritas na fábula Greco-romana do cuidado, que ganha expressão literária definitiva na Roma do final da era pré-cristã.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele, o que Júpiter fez de bom grado. Quando o Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu de repente a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você Júpiter, deu-lhe o espírito, receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte da criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando esta criatura morrer. Cuidado, você foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto viver. E uma vez

que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de Húmus, que significa fértil.

Mais do que qualquer outra fonte, esta alegoria encontrada em uma coletânea mitológica do segundo século da era cristã tem influenciado a ideia do cuidado na literatura, na filosofia, na ética e na psicologia através dos séculos (ZOBOLI, 2004).

O mito do cuidado carrega um entendimento de como o cuidar é central para o ser humano e sua vida. Apresenta uma imagem alegórica da humanidade na qual a característica mais notável de sua origem, vivência e finalidade é o cuidado. Provê desta forma, uma genealogia do cuidar, iluminando o repensar do seu valor e do seu sentido para a vida. Oferece uma imagem diferente da sociedade, com diferentes implicações para a ética e também para a bioética (ZOBOLI, 2004).

Segundo palavras de Leonardo Boff (2012), a crise generalizada que atualmente afeta a humanidade ocorre pela falta de cuidado do homem nas diversas fases da sua vida, e nas suas interações cotidianas. Percebe-se claramente que esta crise é intrínseca da civilização atual. Para sair desta crise, existe a necessidade de um nascimento de uma nova ética do ser humano. Para Boff, a essência humana reside muito mais no cuidado do que na razão e na vontade. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Outro grande estudioso do cuidado, Martin Heidegger, em uma de suas principais obras: *Ser e Tempo*, entende que o cuidado, do ponto de vista existencial, é anterior à toda atitude ou situação do ser humano. O cuidado encontra-se no âmago do ser humano, e representa um modo de ser essencial, presente, irreduzível e constitui-se em uma das bases da existência humana (BOFF, 2012).

O cuidado surge quando a existência do outro adquire importância para mim. Ou seja, eu me disponho a participar da sua existência e este modo de ser, ao perceber o outro e dar a ele a importância devida denomina-se cuidado (MALVAREZ, 2007).

O cuidado é uma forma de ser do homem. Inclui comportamentos, atitudes, valores e princípios que são vivenciados pelas pessoas em inúmeras circunstâncias. Porém diz respeito, antes de tudo, ao próprio ser, ao próprio ser humano. O potencial de cuidado já nasce com o ser humano e isto significa que todas as pessoas apresentam a capacidade de cuidar. Esta capacidade será desenvolvida conforme as etapas de vida de cada pessoa. O ser humano é um ser de cuidado. Esta é a sua essência. É no cuidado que o ser humano encontra o *ethos* necessário

para a sociabilidade humana e para identificar a essência do ser. Podemos reconhecer que todo ser humano necessita de cuidado para se desenvolver. Em maior grau na infância e na velhice, mas também nas doenças que acometem o ser humano em suas diversas etapas da vida, quando fica explícito uma maior dependência na execução de suas atividades, sejam elas físicas, mentais ou sociais. A doença, a incapacidade transitória ou permanente, e o sofrimento são algumas das circunstâncias que conferem um estado de vulnerabilidade, e assim como a infância e a senescência são condições que nos levam ao cuidado (WALDOW; BORGES, 2008).

3.3 O CUIDADO INSERIDO NA SAÚDE

O cuidado em saúde pode ser dividido em dois tipos, para melhor entendimento. O cuidado na macropolítica de saúde, relacionado com as organizações de saúde, e o cuidado na micropolítica de saúde, relacionado ao profissional atuante na saúde (CECÍLIO, 2011).

O cuidado realizado nos serviços de saúde é marcado por uma dimensão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Neste setor, insere-se a gestão do cuidado, que utiliza de inúmeros dispositivos, que são compartilhados por todos os atores que participam deste contexto, tais como: fluxos e regras de atendimento, agendas, protocolos específicos, reuniões de equipe, planejamento e avaliação de metas (CECÍLIO, 2011).

Do ponto de vista do profissional, o cuidado em saúde pode ser entendido, como aquele que ocorre no encontro entre profissionais de saúde e usuários, e que habita no território da micropolítica em saúde. É um encontro privado, que ocorre em espaços protegidos, e que não possuem um olhar externo de controle. Este encontro é regido por três elementos principais, que conferem sua maior ou menor capacidade na produção do cuidado:

- a) competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que o profissional tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para os problemas vivenciados pelo usuário;
- b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que este coloca para

mobilizar tudo o que pode fazer em suas condições reais de trabalho, para atender da melhor forma possível, as necessidades do usuário;

c) de forma também importante, a capacidade de estabelecer vínculos com as pessoas que necessitam do cuidado (CECÍLIO, 2011).

O profissional de saúde, e notadamente o médico, ao se deparar com um paciente que deva ser atendido, deve refletir constantemente e em todo o tempo do seu atendimento nas suas atitudes e cuidados para com o outro. Este paciente deve ser visto em toda a sua dignidade, pois está fragilizado e vulnerável, pois procura o médico em uma situação de enfermidade, que pode ser física, psíquica, ou mesmo espiritual. A integridade física, psíquica e moral do ser humano encontra-se diretamente ligada à vida, e o direito à vida relaciona-se com a dignidade humana. O direito à vida é o princípio fundamental do ser humano. A medicina, ciência que trata deste ser humano em suas enfermidades, tem como finalidade o bem-estar do paciente, a manutenção da sua vida, e o alívio da dor e do sofrimento (PUGGINA, SILVA, 2009).

O cuidado, é o ponto inicial de todo este contato médico-paciente. Necessita o médico colocar-se ao lado do doente, sentir sua dor, ampará-lo em suas necessidades, e estar disposto e engajado a ajudar aquele ser humano que lhe procura (VOLICH, 2011).

Se negligenciamos o cuidado, negligenciamos o ser humano. Se não cuidarmos das relações interpessoais elas fenecem. Isto relaciona-se com o amor conjugal, as relações familiares, as relações profissionais, e também a relação médico-paciente. O processo relacional deve ser dinâmico e constante para com o outro. Jamais podemos ser indiferentes, e sempre devemos demonstrar a nossa posição para o outro, com atenção, carinho e solicitude. Ao realizarmos uma atividade técnica, devemos entender o outro de forma integral, pois caso não façamos isto, estaremos apenas realizando um procedimento, e o paciente em questão torna-se apenas um objeto de manipulação. Quando ocorre a interação entre o ser cuidado e o cuidador, e no caso em questão entre médico-paciente, estas duas individualidades se complementam e crescem mutuamente nas suas intenções, pois o cuidar envolve sempre uma ação interativa. Esta ação e comportamento baseiam-se em valores e no conhecimento do ser que cuida para com o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de ajuda, de solidariedade no sentido de promover o bem, e no caso da medicina na

ação de beneficência para com o próximo, motivo este o principal objetivo da arte médica (PUGGINA; SILVA, 2009).

Atualmente, busca-se através da humanização do atendimento médico, a possibilidade de que o compartilhamento de experiências e vivências destes dois indivíduos, resultem na excelência do cuidar. Humanizar o cuidar é dar qualidade e eficiência na relação profissional médico-paciente (PUGGINA; SILVA, 2009).

Porém, o médico ao procurar entender o ser humano em toda a sua totalidade e plenitude, deparou-se com diversas questões relacionadas à saúde e vida de seus pacientes. Algumas questões éticas tornaram-se complexas decisões éticas e morais, que a medicina não conseguiu resolver, tais como: morte iminente, morrer com dignidade, até quando prolongar a vida do paciente? Qual é o real sentido da medicina? Até onde devemos investir recursos terapêuticos em um paciente terminal? Para isso foi necessário o auxílio de um ramo da ética, ou melhor uma ética aplicada na resolução de problemas deste tipo que denominamos de bioética (PONTES *et al.*, 2007).

3.4 BIOÉTICA E SUAS ESCOLAS PRINCIPAIS

Como exposto acima, consideramos a bioética uma ética aplicada, que serve de ferramenta conceitual e pragmática para a resolução de conflitos e dilemas morais que surgem com as práticas nas ciências da vida e na saúde. As práticas humanas podem ter efeitos irreversíveis sobre os outros humanos, os seres vivos em geral e no ambiente natural que circunda o homem (SCHARAMM, 2002).

A bioética surgiu com o bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter, estudioso da oncologia, quando este criou o neologismo *bioethics*, relacionando a palavra ética com a palavra *bio*, que significa vida. Potter, em seu livro *Ponte para o Futuro*, lançado em 1971, refletiu de forma integrada sobre a abrangência das relações entre os seres vivos, incluindo relações interpessoais e do homem com a natureza. Relacionou que a sobrevivência da humanidade dependeria do entendimento desta relação (SCHARAMM, 2002; GOLDIM, 2009).

De forma quase simultânea no início da década de 70, André Hellegers, médico ginecologista norte-americano, propôs uma rediscussão baseada na ética médica. Hellegers afirmava que a atuação do médico deveria ser ampliada para uma reflexão mais ampla sobre temas de saúde, e não somente de ética médica,

incluindo aspectos sociais envolvidos no contexto médico-paciente. O pensamento inicial de Hellegers contribuiu para o surgimento do Kennedy Institute of Ethics, em Washington, entidade responsável pela difusão inicial do pensamento bioético mundial (GOLDIM, 2009).

Os primeiros princípios da bioética principialista foram formulados no ano de 1978, pela “Comissão norte-americana para a proteção da pessoa humana na pesquisa biomédica e comportamental”, o chamado *Relatório Belmont*. Este texto consagrava inicialmente três princípios: o princípio da beneficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça (DUSILEK, 1979).

Posteriormente, Tom L. Beauchamp, filósofo e membro do Kennedy Institute of Ethics, e James F. Childress, filósofo, teólogo, e professor da Universidade de Virginia, lançaram as bases da corrente principialista de bioética, com o lançamento do seu livro *Princípios de Ética Biomédica* (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Neste livro, os autores elaboraram um paradigma moral para aqueles que trabalham com saúde, a fim de proporcionar uma referência prática e conceitual para servir de orientação nas situações concretas vivenciadas por médicos e pacientes. Este paradigma está apoiado nos princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (GARCIA, 2013).

Porém, a bioética não ficou baseada apenas na corrente principialista, pois surgiram elementos de outras correntes da bioética, tais como a bioética utilitarista e a bioética personalista, com princípios diversos, que deram margem a outras deliberações. Dentre as principais podemos citar:

3.4.1 Bioética principialista

A corrente principialista propõe quatro princípios fundamentais, descritos a seguir:

3.4.1.1 autonomia

O princípio da autonomia, em linhas gerais, exprime a capacidade para o indivíduo, de decidir por ele mesmo, o que implica que ele seja racionalmente informado e que influências externas não determinem a sua ação (SÁ; OLIVEIRA, 2007). A palavra autonomia, derivada do grego *autos* (“próprio”) e *nomos* (“regra”,

”governo” ou “lei”), foi primeiramente empregada como referência à autogestão ou ao autogoverno das cidades-estados gregas. Posteriormente, o termo autonomia se estendeu aos indivíduos e adquiriu outros sentidos, como autogoverno, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, dentre outros. Portanto, a autonomia refere-se ao governo pessoal do eu que é livre de influências controladoras e limitações pessoais, estas se referindo à plena compreensão das expressões vigentes. O indivíduo com plena autonomia age de forma livre e de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma que um governo administra seu estado. Pessoas com autonomia reduzida, em decorrência de um controle externo, são incapazes de deliberar corretamente, ou agir baseadas em seus desejos e planos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

3.4.1.2 beneficência

A prática médica, sempre teve como princípio fundamental, e que norteia toda a sua conduta a beneficência. Esta visa sempre o bem do paciente, o seu bem-estar e os seus interesses. Beneficência também deve significar promoção da saúde e prevenção da doença. A beneficência não deve causar danos, mas sim, maximizar benefícios e minimizar prejuízos, como descrito inicialmente no *Relatório Belmont* (USA, 1979). O médico jamais poderá exercer a beneficência de forma absoluta, mas sim, dentro de limites previamente estabelecidos pela dignidade da pessoa humana, respeitando-se a liberdade desta de decidir sobre si mesma, na qual a liberdade recebe o nome de autonomia. Nota-se que os diversos princípios bioéticos sempre estão interligados entre si. Necessitamos para uma melhor compreensão, diferenciar a beneficência da época de Hipócrates da beneficência atual. Esta se distingue através de quatro fatores limitantes da sua ação: a) a necessidade de se definir o que é “bem” para o paciente, ou seja, muitas vezes aquilo que achamos que seja benéfico para o paciente, pode ser maléfico no seu ponto de vista, e ao invés de fazermos o bem com uma atitude, estamos na verdade lhe fazendo um mal; b) a não aceitação do paternalismo incrustado na beneficência médica tradicional, ou seja, muitas vezes, o médico em uma postura paternalista, e ditatorial, define, no seu ponto de vista o que é melhor para o paciente, sem ouvi-lo, e muitas vezes,

sem refletir nas consequências do seu ato; c) a autonomia do paciente em decidir o que é melhor para si, e d) a utilização dos critérios de justiça na saúde, que se traduz por equidade ou garantia de prioridade de acesso daqueles mais excluídos socialmente aos serviços de saúde (DRUMMOND, 2000). Fundamenta-se a beneficência como um princípio básico a ser seguido na profissão médica, e também como parte da atitude médica, objetivando-se sempre o benefício do paciente, devendo-se sempre se tomar o cuidado para analisarmos o que é benéfico para o paciente em questão (DRUMMOND, 2000, BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

3.4.1.3 não maleficência:

O princípio da não maleficência, assim como o princípio da beneficência, encontram-se entre os mais antigos valores existentes. Este princípio já norteia a arte de Hipócrates há milênios. “*Primum non nocere*”, que significa: antes de tudo não prejudicar. Isto nos remete que desde os primórdios da medicina, na antiguidade clássica, existia uma preocupação que o médico na sua arte, não prejudicasse jamais o paciente. Confunde-se muitas vezes este princípio com o da beneficência, e alguns autores acham que os dois princípios são semelhantes, pois você não pode beneficiar sem deixar de prejudicar, e também o fato de não causar mal não deixa de ser um benefício (ATALLAH, 2010).

O princípio da não-maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os pacientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. O profissional, no caso o profissional médico, se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis com o tratamento proposto. Para seguir este princípio, não basta que o profissional de saúde tenha boas intenções de não prejudicar o paciente. É preciso evitar qualquer situação que signifique riscos para o paciente e verificar se o método de agir não está prejudicando o paciente de forma individual ou coletiva, e também, se determinada técnica não oferece riscos, e ainda se existe outra técnica de execução com menos riscos (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

3.4.1.4 justiça

O princípio da justiça sugere a equidade no acesso aos serviços de saúde e na distribuição dos recursos. Desta forma, sujeitos participantes de experimentos biomédicos devem ser tratados de modo imparcial por parte do pesquisador, sem que haja qualquer forma de discriminação: racial, social, ou qualquer outro fator relacionado à sua identidade, uma vez que benefícios alcançados devem ser distribuídos obrigatoriamente, de forma equânime entre eles. O princípalismo, fundamentado na tradição da ética utilitarista por Mill e Kant, tem como base referencial a *Teoria Contratual da Justiça*, de John Rawls (2008), para explicar o conceito de justiça. Em 1971, na publicação de sua obra, Rawls interpretou o termo justiça relacionando à equidade, como sendo normas comuns que incluem direitos iguais para todos os indivíduos sem quaisquer tipos de distinção. Na concepção de Rawls, uma sociedade somente seria justa se (RAWLS, 2008):

“Todos os valores sociais, liberdade e oportunidades, ingressos e riquezas, assim como as bases sociais e o respeito a si mesmo forem distribuídos de maneira igual, a menos que uma distribuição desigual de algum ou de todos estes valores redunde em benefício para todos, em especial para os mais necessitados”.

Por outro lado, Beauchamp e Childress definem o princípio da justiça como sendo uma expressão da justiça distributiva, a qual seria uma expressão justa, equitativa e apropriada na sociedade. A justiça distributiva refere-se à distribuição de todos os direitos (inclusive os direitos civis e políticos) e responsabilidades na sociedade. Os autores definem a eficácia do modelo de medicina preventiva em relação à medicina curativa. Para eles as questões de justiça geralmente são direcionadas a problemas relacionados à distribuição de seguros de saúde, equipamentos médicos de alto custo, e compra de órgãos artificiais, quando na verdade, deveriam ser pensadas políticas públicas de prevenção de assistência primária. Eles sugerem aos gestores da área de saúde uma reavaliação da distribuição dos recursos na tentativa de determinar as necessidades médicas mais essenciais nas pesquisas e terapias, e questionam se os traumatismos, males e doenças deveriam ter alguma relação de importância com os outros (FORTES, 2008, COELHO; COSTA; LIMA, 2013).

Percebe-se claramente no exposto acima, que o princípio da justiça está relacionado a fornecer ao paciente uma igualdade de acesso aos serviços médicos e suas possibilidades, bem como uma adequada efetivação do seu tratamento, sem que ele sofra qualquer tipo de preconceito. Torna-se importante na formação do cuidado, à medida que oferece oportunidades e condições para a implantação deste (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

3.4.2 Bioética utilitarista

Seu princípio básico é: “O bem maior deve ser fornecido para o maior número de pessoas”. Ou seja, os valores dos indivíduos estão baseados nos valores da sociedade em que eles vivem. Neste enfoque as decisões éticas têm que estar relacionadas com a utilidade que servem para as pessoas, para as instituições ou para a sociedade. Para que seja aplicada, há a necessidade de um cálculo cuidadoso do custo-benefício das decisões e dos resultados obtidos na sua provável aplicação. Outro aspecto importante da bioética utilitarista é aquele que assinala o conceito de pessoa. Nesta corrente da bioética, o conceito de pessoa relaciona-se à capacidade de ter consciência e de ter atos de razão. Logo o embrião, o anencefálico, e o indivíduo em coma não podem ser denominados como pessoas. Este conceito, na ética e razão utilitarista, deriva posições em que são permitidas a eutanásia e o aborto (PICASSO; COSME, 2010).

3.4.3 Bioética universalista

Nesta corrente da bioética, as decisões devem considerar a opinião da maioria das pessoas envolvidas no dilema ético. Para se ter um objetivo no juízo ético, deve-se levar em consideração as opiniões subjetivas do maior número de pessoas envolvidas no problema. Na impossibilidade de se chegar à uma ética universal, a única possibilidade é o consenso e o contrato social. O consenso neste caso é a fonte singular de autoridade, pois sem o consenso, qualquer outra fonte de autoridade não é válida. Os comitês de bioética hospitalares na sua maioria adotam esta corrente filosófica. Nestes comitês, as etapas do embate bioético do caso em questão incluem a participação do maior número de pessoas possíveis (médicos, enfermeiras, farmacêuticos, fisioterapeutas, teólogos, etc....), assim como familiares

do paciente em questão. Apesar da discussão bioética ter uma variedade grande de opiniões, a recomendação final sempre seguirá o consenso da maioria (PICASSO; COSME, 2010, LLUECA, 2013).

3.4.4 Bioética personalista

A bioética personalista engloba o conceito do personalismo cristão, que também é personalismo ontológico, o qual supera o subjetivismo e o relativismo existente em outras correntes da bioética. Surgiu em virtude disto uma antropologia integral da pessoa humana, baseada em conceitos cristãos e na teologia moral. O conceito já se encontra implícito nos principais filósofos gregos. Sócrates encoraja a capacidade do homem no dever de buscar a verdade e o bem verdadeiro, além de afirmar a espiritualidade do homem, e também combater o relativismo dos sofistas. Platão apresenta o corpo como sendo o cárcere da alma. Aristóteles introduz o conceito de unidade entre alma e corpo. Nesta fase, vemos apenas os elementos da pessoa enquanto sujeito. A palavra pessoa vem aplicada ao homem somente após o cristianismo. O personalismo cristão, difundido pela igreja, de inspiração católica valoriza a razão e a fé, que reconhece a dignidade da vida humana desde o seu início até a morte natural. O pensamento bioética na visão personalista considera o homem nas diversas fases da sua vida, como pessoa, em uma totalidade unificada. Nesse sentido, o embrião é pessoa e tem valor de pessoa. Assim como a criança nascida e o enfermo tem a mesma dignidade da pessoa adulta, ou de qualquer raça, ou ainda de qualquer capacidade intelectual (SGRECCIA, 2009). Os princípios da ética personalista são:

- a) Princípio da defesa da vida física: Determina que a vida física, corpórea, é o valor fundamental da pessoa, pois a pessoa não pode existir sem um corpo. Tão pouco a liberdade não pode existir sem uma vida física. Para ser livre é necessário estar vivo. A vida é anterior à liberdade, por isso, quando a liberdade suprime a vida, a liberdade suprime a si mesma.
- b) Princípio da totalidade da pessoa humana: o organismo corpóreo constitui uma totalidade. Aqui deriva um princípio terapêutico no qual é lícito intervir em uma parte do corpo quando não há outra forma para tratar a totalidade do corpo. Requerem-se neste caso as seguintes condições: Consentimento informado da pessoa, esperança de êxito e impossibilidade de curar a totalidade sem intervenção.

c) Princípio da liberdade e da responsabilidade: Engloba o conceito de que a pessoa é livre para conseguir o bem em si mesmo e o bem das outras pessoas e de todo o mundo, pois ao mundo foi confiado a responsabilidade humana. Não se pode celebrar a liberdade sem se celebrar a responsabilidade. Deve-se procurar uma bioética de responsabilidade frente as outras pessoas, frente a si mesmo e à própria vida, e de todos os seres vivos.

d) Princípio da sociabilidade e da subsidiaridade: A pessoa está inserida em uma sociedade, na qual deve ser beneficiada com toda a organização social desta, pois a sociedade beneficia a pessoa e todos os homens que nela estão inseridos. A relação social também é ajudada pelo conceito de solidariedade. Todo o bem que pode ser feito a uma pessoa deve ser ampliado para as outras pessoas inseridas neste contexto social. Este princípio também afirma que devem ser ajudados todos aqueles que não podem ser ajudados por si mesmos, ou que não podem buscar o necessário para suas vidas (alimentação, saúde, educação, etc...). A sociedade só será verdadeiramente uma sociedade quando puder ser solidária com todos os seus membros. (GARCIA, 2013).

No Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUC/PR, do qual fazemos parte, e onde este estudo foi realizado, predomina um conceito amplo da bioética, sem predileção por nenhuma escola específica, procurando fornecer ao aluno uma abordagem global dos princípios de bioética, bem como uma noção global de todas as escolas referentes ao tema.

3.5 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para que possamos analisar os valores implicados no cuidado em saúde e seus aspectos bioéticos utilizamos a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici em 1961 na sua obra intitulada *La Psychanalyse: son image e son public* (MOSCOVICI, 2001)

A teoria das representações sociais (TRS) aborda a produção dos saberes sociais, que são os saberes que o indivíduo apresenta dentro da coletividade na qual ele está inserido. Este conceito de representação social é dinâmico e explicativo, envolvendo a realidade social como física e cultural, estando presente nas mentes dos indivíduos e no meio no qual ele vivencia suas sensações. Portanto é uma

realidade presente nos sujeitos e nos objetos, ou seja, um conceito relacional do homem com seu meio social. A produção dos saberes sociais está centrada na construção e na transformação do conhecimento social. Estes saberes estão relacionados ao cotidiano do indivíduo e pertencem ao seu mundo social. Portanto, a TRS procura operacionalizar o pensamento social em toda a sua dinâmica e diversidade. Esta teoria nos revela que existem diferentes formas de conhecimento e de comunicação, que são interpretadas por formas diferentes, e que sempre são dinâmicas, pois a coletividade e o mundo social modificam-se constantemente com o passar do tempo (MOSCOVICI, 2001, DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

3.5.1 Funções da Representação Social

Para Moscovici (2001), as representações sociais apresentam duas funções:

- a) Nesta primeira função, as representações sociais correlacionam-se com as pessoas, os objetos e os acontecimentos. Isto quer dizer que pessoas, objetos e acontecimentos apresentam uma forma específica e localizada em determinada categoria, na qual serve de modelo para um determinado grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam neste modelo e se misturam a ele. Muitas vezes, pessoas, objetos e acontecimentos não se englobam perfeitamente ao modelo existente, porém gradativamente vão se tornando parte do modelo inicial, pois necessitam ser compreendidos e interpretados como uma representação da sociedade a qual pertencem. Nossos pensamentos traduzem uma linguagem oculta, que está inserida em um sistema já condicionado, que traduz a nossa cultura no meio social,
- b) As representações sociais podem ser consideradas prescritivas. Ou seja, elas exercem no indivíduo da coletividade uma força avassaladora. Esta força já está presente em nós antes de nos relacionarmos com o meio, e esta tradição irá direcionar os nossos pensamentos e atitudes dentro do meio social que estamos inseridos.

As representações sociais, conforme descrito acima, são compartilhadas pelas pessoas, e as influenciam. Para Abric (2001) representações sociais tem papel fundamental na dinâmica das relações humanas e nas práticas sociais das coletividades específicas, respondendo a quatro funções que as justificam:

- a) Função de saber: As representações sociais nos permitem compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os indivíduos que atuam no meio social adquiram saberes práticos de um quadro assimilável e compreensível, e de acordo com seu grau cognitivo e os valores do meio social circundante,
- b) Função identidade: As representações sociais definem a identidade e permitem proteger a especificidade dos grupos sociais. Estas representações tem como função situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social, compatível com a convivência em um meio social dentro da coletividade,
- c) Função de orientação: As representações sociais orientam os comportamentos e práticas dos indivíduos dentro dos meios sociais a que pertencem. As representações definem o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um determinado contexto social.
- d) Função justificadora: As representações sociais permitem posteriormente, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos efetuados dentro dos grupos sociais (ABRIC, 2001).

Procuramos compreender o fenômeno das representações sociais e como que estas representações são criadas. Moscovici afirma que representações sociais tem como finalidade tornar como familiar algo que não é familiar. Ele considera que os universos consensuais são universos familiares, nos quais não existem conflitos e nos quais as pessoas desejam se manter. Neste universo, tudo o que é dito ou realizado confirma as crenças e as interpretações adquiridas. Esta dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização em que indivíduos, objetos e fatos são compreendidos de forma antecipada. O não-familiar são todas as ideias, ações e acontecimentos que nos perturbam e não trazem tensão. Esta tensão entre o familiar e o não-familiar é estabelecida entre universos consensuais, sempre em favor da representação familiar. Eventualmente, a representação social não-familiar pode modificar nossas crenças e atitudes no nosso grupo social. Para que ocorra a assimilação do não-familiar, dois processos podem ser identificados: a ancoragem e a objetivação (MOSCOVICI, 2001).

A ancoragem é o processo pelo qual procuramos classificar e encaixar no meio social a representação não-familiar. A ancoragem mantém a memória em

movimento, a qual é dirigida para dentro, e está sempre armazenando e excluindo objetos, pessoas e acontecimentos. A objetivação, ao contrário da ancoragem, é direcionada de forma externa (para outros), elabora conceitos e imagens, para que possam ser reproduzidos no mundo exterior (REIS; BELLINI, 2011).

Portanto, é através da Teoria das Representações Sociais, que buscamos uma explicação para a análise dos valores presentes em uma medicina baseada no cuidado. Através desta TRS conseguimos obter as respostas necessárias para a compreensão do fenômeno que estamos estudando (MOSCOVICI, 2001).

4. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, analítico, de abordagem qualitativa, que foi realizado na cidade de Curitiba- Paraná, nos anos de 2014 e 2015. Os participantes da pesquisa foram médicos que atuam no atendimento de saúde suplementar, de dois hospitais privados da cidade e num centro de atendimento ambulatorial, que atende um segmento de plano de saúde empresariais.

Os médicos foram selecionados através da lista do corpo clínico das respectivas instituições, referente às grandes áreas da medicina, por meio dos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- a) Um médico de cada grande área da medicina: clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia-obstetrícia e pediatria;
- b) Um médico de cada sexo;
- c) Médico que atue em áreas sem contato com pacientes, p.ex. administração hospitalar, auditoria médica;
- d) Médicos com diferentes tempos de formado, p. ex. menor que 10 anos, entre 11 e 20 anos, entre 21 e 30 anos, e acima de 30 anos de formado;
- e) Médicos de estado civil diversos, como p. ex. solteiros, casados, viúvos, separados;
- f) Médicos acometidos previamente por doença grave, como p. ex. infarto agudo do miocárdio, câncer.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- a) Médicos com formação prévia em bioética.

4.3 METODOLOGIA

Efetou-se um sorteio aleatório, e após este se realizou contato telefônico convidando para participar da pesquisa. Os participantes que aceitaram e que se enquadravam nos critérios de inclusão foram entrevistados em local especificado por eles. Foi estipulado inicialmente uma amostra de 18 participantes. Devido a saturação dos dados este número foi limitado a 10 médicos. O instrumento utilizado para coleta

de dados foi um caso clínico sobre bioética (ANEXO 1), validado em Congresso Brasileiro de Bioética e disponibilizado para utilização em pesquisa. Os participantes da pesquisa forneceram opiniões sobre o caso clínico e responderam perguntas específicas aos objetivos da pesquisa (ANEXO 2). A organização e análise dos dados obtidos foram realizadas por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de uma fonte verbal obtidos de depoimentos. Esta técnica fundamenta-se na teoria de representação social e seus pressupostos sociológicos. O DSC é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas que tem nos depoimentos sua matéria-prima sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, forma esta que visa expressar o pensamento de uma coletividade emissora do discurso. Esta técnica consiste em selecionar de cada resposta individual às questões elaboradas Expressões-Chave (EC), que são os trechos mais significativos das respostas, e suas Ideias-Centrais (ICs), que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões-chave. A partir destes elementos constroem-se discursos-síntese na primeira pessoa do singular, que são os Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs), onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003; FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

4.4 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os médicos participantes eram seis homens e quatro mulheres; com idade entre 31 a 54 anos; cinco casados, três solteiros e dois separados; e sete com filhos.

Nove médicos eram formados há mais de 10 anos e sete deles possuíam especialização nas áreas de clínica médica, cardiologia, cirurgia cardiovascular, medicina do trabalho, e ginecologia e obstetrícia.

Em relação à religião, 08 médicos se declararam católicos, um médico se declarou sem religião, e um médico se autodenominou de espiritualista.

4.5 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Aprovado sob o número: 27256814.1.0000.0020

5. RESULTADOS

Foram identificadas 11 ICs, com as respectivas ECH, que derivaram 19 DSCs (Quadro 1).

QUADRO 1 – IC E RESPECTIVO DSC

Ideia Central	Número de Discursos do Sujeito Coletivo
Autonomia para tomar decisões	2
Respeito à opinião do paciente	3
Beneficência	3
Influência da família	2
Aspectos importantes da relação médico-paciente	3
Diálogo com o paciente	1
Importância da Saúde	1
Princípios Éticos do Médico	1
Direito	1
Qualidade de vida e a necessidade de tratamento	1
Não-maleficência	1

5.1 AUTONOMIA PARA TOMAR DECISÕES

5.1.1 Expressões chaves

...a decisão de tentar melhorar a sua vida ou não é dele.

...a decisão é dele.

...ele que decide.

...eu acho que a autonomia do paciente tem que ser preservada.

...mas a decisão final é sempre do paciente.

...acho que a autonomia do paciente é fundamental na decisão.

...então se o paciente está bem para decidir, depois de explicado isto tudo, é o paciente que decide.

...e deixar que o paciente decidisse por ele.

...o doente tem que decidir o que ele quer.

...a decisão é do paciente na minha maneira de pensar.

...tem que ter liberdade de se expressar e de tomar a decisão final.

...este caso a gente vê que ele tem total autonomia.

...eu acho que enquanto ele tem esta autonomia e discernimento, eu acho que a gente pode explicar quanto aos riscos, a parte técnica.

...ele tem autonomia sobre o seu organismo.

...então eu acho que a autonomia do paciente é fundamental.

...primeiro, que o paciente tem autonomia sobre o seu corpo e suas condutas.

...eu acho que a autonomia do paciente é um dos principais aspectos do relacionamento médico-paciente. Ela tem que ser respeitada.

...mas a autonomia deste paciente no meu ver, no que foi apresentado até o momento de dados é absoluta. A decisão do paciente é absoluta.

...ele tem realmente autonomia sobre os seus atos a soberania sobre o seu corpo.

...mas ele tem, tem autonomia.

...o médico do paciente sou eu.

5.1.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho que a autonomia do paciente é fundamental e deve ser preservada. É um dos aspectos principais da relação médico-paciente. Eu acho que enquanto

ele tem autonomia sobre os seus atos, soberania sobre o seu corpo e discernimento, a gente pode explicar até os riscos, a parte técnica. Se o paciente está bem para decidir, depois de explicar tudo, é ele quem decide. Ele tem que ter liberdade de se expressar e a decisão de tentar melhorar a sua vida é dele.

5.1.3 Discurso do sujeito coletivo 2

Eu sou o médico do paciente.

5.2 RESPEITO À OPINIÃO DO PACIENTE

5.2.1 Expressões chaves

...e eu entendo que ele tem que ser respeitado nisso.

...acho que como médico eu devo respeitar a opinião dele.

...eu acho que você conseguiria conversar com um jeito respeitoso com ele.

...primeiro eu vou respeitar o que ele pensa.

...primeiro é respeitar a opinião dele.

...eu acho que é um filho que não está respeitando o pai.

...Dr., a única coisa que eu quero é que o senhor me respeite. Nunca mais esqueci aquilo.

...mas eu acho que tenho que ter maturidade para respeitar os outros.

...o paciente deve ser respeitado.

...mas eu respeitaria a vontade do paciente.

...eu acho é que tem que respeitar a vontade do doente.

...tem que respeitar sempre o doente.

...eu respeitaria a vontade do doente, sempre, sem dúvida.

...jamais iria fazer uma coisa que o paciente não quisesse.

...o médico não pode querer impor a sua vontade à vontade dos pacientes.

...a gente tem que aceitar a vontade do paciente.

...por isso que na decisão final tem que se respeitar a ideia do paciente.

...e como filho tem que respeitar a opinião do pai.

...a gente vê que a opinião e a vontade do paciente não está sendo respeitada.

...eu acho que a vontade do paciente tem que prevalecer.

...eu respeitaria a vontade do meu pai.

...eu acho que a opinião dele deve ser respeitada.

...acho que a vontade dele deve ser respeitada sempre.

...acho que tem que ser levada em consideração a vontade do paciente, e não do filho.

...em primeiro lugar fazer a vontade do paciente.

...eu respeitaria a vontade do paciente.

...mas a minha ideia é sempre respeitar o desejo do paciente.

...eu respeito a sua vontade.

...eu respeito a vontade do paciente.

...ele como filho tem que respeitar a opinião do pai.

5.2.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho que conseguiria conversar de um jeito respeitoso com ele. Primeiro, eu vou respeitar o que ele pensa e a opinião dele. Eu também respeitaria a vontade do paciente e sempre respeitarei seu desejo, jamais iria fazer uma coisa que o paciente não quisesse.

Acho que tenho que ter maturidade para respeitar os outros. Quando escutei: “Doutor, a única coisa que eu quero é que o senhor me respeite”, nunca mais esqueci aquilo. Por isso, que na decisão final tem que se respeitar a ideia do paciente. O médico não pode querer impor a sua vontade à dos pacientes.

5.2.3 Discurso do sujeito coletivo 2

A gente vê que a opinião e a vontade do paciente não estão sendo respeitadas. Acho que tem que ser levada em consideração a vontade do paciente e não do filho, que deve, como filho, respeitar a opinião do pai.

5.2.4 Discurso do sujeito coletivo 3

Eu respeitaria a posição do paciente, desde que ele esteja lúcido.

5.3 BENEFICÊNCIA

5.3.1 Expressões Chaves

...você quer fazer uma coisa boa, é só a gente organizar isso, e todo mundo consegue fazer as coisas boas que quer.

...vamos fazer tudo. Todos os remédios, tudo que tiver de melhor e existem também os doentes bem graves, que tem que ter o benefício clínico.

...eu acho que o médico deve buscar o benefício do paciente como um todo.

...eu tentaria explicar para ele os benefícios da cirurgia.

...o benefício é fazer concordar com a atitude que ele tem.

...o melhor benefício que eu posso fazer para ele é respeitar o que ele quer.

...o médico sempre deve buscar o melhor.

...trata-se de aplicar o recurso da medicina no que ele tem de mais decente que é preservar a vida do doente.

...ou porque você acha que aquele tratamento cirúrgico não vai lhe beneficiar em termos de qualidade de vida.

...mas a gente otimizando o tratamento clínico ele vai se beneficiar em muito.

...entendo que você tem que mostrar isso, e mostra o benefício, o que vai acontecer.

...eu entendo que o nosso benefício é através da informação.

...a gente oferece o benefício dando a informação devida.

...então o médico deve reunir a família e expor a situação, e que os argumentos destes familiares sejam diretamente discutidos em benefício do próprio paciente que é o objetivo em questão, e que é a maior preocupação do médico neste momento.

...tem que ajustar o que é bom para os dois e o que é seguro para o paciente.

5.3.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho que o médico deve buscar o benefício do paciente como um todo e sempre buscar o melhor. Trata-se de aplicar o recurso da medicina no que ele tem de mais decente que é preservar a vida do doente. Você quer fazer uma coisa boa. É só a gente organizar isso e todo mundo consegue fazer as coisas boas que quer. Vamos fazer tudo. Todos os remédios, tudo que tiver de melhor e existem também

os doentes bem graves, que tem que ter o benefício clínico. Mas otimizando o tratamento clínico ele vai se beneficiar em muito.

5.3.3 Discurso do sujeito coletivo 2

A gente oferece o benefício dando a informação devida. Entendo que você tem que mostrar o benefício, o que vai acontecer. Eu tentaria explicar para ele os benefícios da cirurgia ou porque você acha que aquele tratamento cirúrgico não vai lhe beneficiar em termos de qualidade de vida.

Então o médico deve reunir a família e expor a situação. Os argumentos destes familiares devem ser diretamente discutidos em benefício do próprio paciente que é o objetivo em questão e a maior preocupação do médico neste momento. Tem que ajustar o que é bom para os dois e o que é seguro para o paciente.

5.3.4 Discurso do sujeito coletivo 3

O benefício é fazer concordar com a atitude que ele tem e o melhor benefício que eu posso fazer para ele é respeitar o que ele quer.

5.4 INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA

5.4.1 Expressões chaves

...o paciente deve ser bem orientado com a família, sempre com o familiar junto.

...eu acho que a família não está influenciando.

...a família na tomada de decisão do tratamento não influencia, mas as vezes em uma investigação diagnóstica, eu acho que pode influenciar.

...uma reunião familiar para tentar um consenso é importante.

...a família também faz parte importante na tomada de decisão do paciente.

...a família ajuda ele a pensar, a reavaliar a decisão dele e muitas vezes a gente vê a orientação, orientando todos, que com o passar dos dias eles mudam de opinião.

...eu acho eu a família ela pode ajudar na tomada de decisão do paciente.

...acho que aí é que reside a questão do relacionamento saudável com a família.

...eu acho que a família acaba influenciando também, principalmente quando tem estas coisas mais radicais, e a gente acaba cedendo um pouco mais à família.

...tem que haver um relacionamento médico com a família.

...o médico assistente deveria chamar a família para uma conversa muito franca na presença de todos, uma reunião familiar.

...então o médico deve reunir a família e expor a situação.

...claro que a opinião da família a gente sempre vai ouvir, mas deve-se ponderar isto com a família, a sua família acha isso, e às vezes o médico é um interlocutor entre a família e o paciente mesmo.

5.4.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Uma reunião familiar para tentar um consenso é importante, pois a família faz parte na tomada de decisão do paciente. Ela ajuda o paciente a pensar, a reavaliar a sua decisão, e muitas vezes a gente vê, orientando todos, que com o passar dos dias eles mudam de opinião.

Tem que haver um relacionamento do médico com a família e ele deveria chama-la para uma conversa muito franca, na presença de todos. Então o médico deve expor a situação. Acho que aí é que reside a questão do relacionamento saudável com a família. Claro que a opinião da família a gente sempre vai ouvir, mas deve-se ponderar e, às vezes, o médico é um interlocutor entre a família e o paciente. Eu acho que ela influenciando também, principalmente quando tem estas coisas mais radicais e a gente acaba cedendo um pouco mais à família.

5.4.3 Discurso do sujeito coletivo 2

Eu acho que a família não está influenciando. A família na tomada de decisão do tratamento não influencia, mas às vezes em uma investigação diagnóstica, eu acho que pode influenciar.

5.5 ASPECTOS IMPORTANTES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

5.5.1 Expressões chaves

...eu acho que a relação médico-paciente pode ser influenciada pela família sim.

...eu acho que esta situação poderia ser revertida, eu acho que ele poderia aceitar a cirurgia e ele ter o melhor tratamento para ele, para tudo ficar bem, mas o que diferencia aí é a relação médico-paciente.

...a gente dá uma filtrada, e consegue, sabe, harmonizar esta relação, mas não dá para fazer milagres, não quer operar não opera.

...é interessante para você lembrar que a relação primordial não é médico-família, não é médico sociedade, é médico-paciente, então eu acho que isto sempre tem que ser respeitado na medida do possível.

...o tema que você levantou é interessante para discutir e saber até que ponto vai essa confiança médico-paciente, e qual é o limite que você não pode infringir.

...mas acho importante esta relação médico-paciente.

...eu acho que o que fundamenta a relação médico-paciente é a transparência que o médico tem e que saiba o que está fazendo.

...primeiro, o relacionamento médico-paciente precisa ser muito franco em primeiro lugar, se estabelecer com simpatia, e com muita confiança.

...se nós conseguirmos estabelecer este vínculo, que é o objetivo do relacionamento médico-paciente, um relacionamento de amizade e com a confiança do paciente, colocando-se na situação do paciente, muitas vezes empaticamente, relacionar situações que o médico vivenciou, que poderia ser semelhante na sua própria vida, ou na vida de outros pacientes.

...eu creio que um relacionamento de afetividade, um relacionamento de amizade, ele seria extremamente válido para se obter a confiança deste paciente, a confiança real, talvez ele respeitasse melhor os acontecimentos, mas levando-se em conta a decisão do paciente.

...um relacionamento médico-paciente é fundamental em tudo isso, um relacionamento de confiança e muita amizade, para realmente sentir à vontade desta pessoa.

...eu acho que a autonomia do paciente é um dos principais aspectos do relacionamento médico-paciente.

...hoje, o grande problema do relacionamento médico-paciente é justamente a falta dele, a falta de comunicação.

...o paciente tem que ter confiança no médico dele.

...se o paciente confia, ele vai saber que para ele é melhor a cirurgia, e acho que ele vai confirmar.

5.5.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho que o que fundamenta a relação médico-paciente é a transparência que o médico tem e que saiba o que está fazendo. Primeiro, o relacionamento médico-paciente precisa ser muito franco, se estabelecer com simpatia e com muita confiança. Eu creio que um relacionamento de afetividade e de amizade seria extremamente válido para obter a confiança deste paciente, a confiança real. O paciente tem que ter confiança no médico dele. Pois se ele confia no médico ele vai saber que para ele é melhor a cirurgia e acho que ele vai confirmar.

O médico, colocando-se na situação do paciente, muitas vezes empaticamente, relacionando situações que ele vivenciou que poderiam ser semelhantes na sua ou de outros pacientes, talvez respeitasse melhor os acontecimentos, levando em conta a decisão do paciente. Eu acho que a autonomia do paciente é um dos principais aspectos do relacionamento médico-paciente. A situação exposta pelo caso poderia ser revertida, ele poderia aceitar a cirurgia e ter o melhor tratamento para tudo ficar bem, mas o que diferencia aí é a relação médico-paciente.

5.5.3 discurso do sujeito coletivo 2

O tema que você levantou é interessante para discutir e saber até que ponto vai essa confiança médico-paciente e qual o limite que você não pode infringir. A gente dá uma filtrada e consegue harmonizar esta relação, mas não dá para fazer milagres, não quer operar não opera. É interessante para você lembrar que a relação primordial não é médico-família, não é médico sociedade, é médico-paciente, então eu acho que isto sempre tem que ser respeitado na medida do possível. Mas eu acho que a relação médico-paciente pode ser influenciada pela família sim.

5.5.4 Discurso do sujeito coletivo 3

Hoje, o grande problema do relacionamento médico-paciente é justamente a falta dele, a falta de comunicação.

5.6 DIÁLOGO COM O PACIENTE

5.6.1 Expressões chaves

...eu acho que você conseguiria conversar com um jeito respeitoso com ele.

...conversando com ele, já no início do atendimento, conversando com ele, explicando para ele, colocando os prós e contras de todo o tipo de tratamento, nunca eu ia dizer para ele não fazer o procedimento.

...então eu acho que é explicar e conversar.

...eu tentaria explicar para ele os benefícios da cirurgia.

...acho que a forma mais adequada é o diálogo, conversando, esclarecendo de uma forma mais aprofundada possível e dando tempo para o paciente decidir.

...daí se a gente tiver um bom diálogo com a família e com o paciente muitas vezes ele acaba tendo uma real noção do que está acontecendo com ele.

...eu acho que ele tem que conversar com o paciente, que o médico está convicto realmente da sua indicação cirúrgica.

...e chamaria as filhas de Brasília, para elas tentarem vir para cá, e não o paciente para lá, para elas virem para cá para a gente conversar junto.

...eu tentaria conversar com o paciente, ver se ele aceita.

... eu tentaria conversar com o outro filho que é médico.

...a gente sempre tenta um meio-termo.

...então eu acho que quem tem que saber da sua doença é paciente.

...a gente tem diretrizes, a gente tem embasamento literário para a gente achar que aquilo é o melhor caminho.

...um colega da área de saúde, deve ser consciência também do que está acontecendo.

...mas quero que o senhor esteja ciente dos riscos que pode correr, eu seria bem franca.

5.6.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho que a forma mais adequada é o diálogo. Conversando, já no início do atendimento, esclarecendo de forma mais aprofundada possível, colocando os prós e contras de todo o tipo de tratamento e dando tempo para o paciente decidir. Eu acho que é explicar os benefícios da cirurgia, mostrar que o médico está convicto realmente da sua indicação cirúrgica e tentar conversar com o paciente, ver se ele aceita. Eu seria bem franco, pois eu quero que o paciente esteja ciente dos riscos que pode correr. Nunca ia dizer para ele não fazer o procedimento. Mas acho que quem tem que saber da sua doença é paciente e que você conseguiria conversar com um jeito respeitoso com ele. A gente sempre tenta um meio-termo. Eu também tentaria conversar com o outro filho que é médico. Um colega da área de saúde deve ser consciência também do que está acontecendo. A gente, como médico, tem diretrizes e embasamento literário para achar que aquilo é o melhor caminho. E chamaria as filhas de Brasília, para elas tentarem vir para cá, e não o paciente para lá, para elas virem para cá para a gente conversar junto. Daí se a gente tiver um bom diálogo com a família e com o paciente muitas vezes ele acaba tendo uma real noção do que está acontecendo com ele.

5.7 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE

5.7.1 Expressões chaves

...eu acho que o principal aqui, pelo menos para mim, é que é assim, a gente consiga organizar a saúde como um bem maior, e a partir deste bem maior da saúde, você pode ou não resolver outros aspectos da tua vida.

...a saúde é um bem maior.

...eu acredito que esse é o aprendizado, a saúde como um bem maior e com saúde você resolve outras coisas e sem saúde você não resolve nada.

5.7.2 Discurso do sujeito coletivo 1

A saúde é um bem maior. Eu acho que é assim, a partir deste bem maior você pode resolver outros aspectos da tua vida. Eu acredito que esse é o aprendizado, a saúde

como um bem maior. Com saúde você resolve outras coisas e sem saúde você não resolve nada.

5.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS DO MÉDICO

5.8.1 Expressões chaves

...depende da vontade do paciente, isto está no nosso juramento e é eticamente o que se espera do médico.

...eu acho que qualquer coisa que você faça com o paciente lúcido, sem a aquiescência dele, sem a sua concordância, você está sujeito a ser denunciado, e está sujeito a estar infringindo códigos de moral, de ética, aquilo que é de bom senso.

...eu acho que isto é antiético, você não pode forçar o paciente a fazer um tratamento cirúrgico se ele não está a fim.

...mas eu não posso obrigar o paciente, eu não posso obrigar o paciente.

...não cabe eu julgar a conduta moral do paciente.

...o médico não tem direito de se impor perante ao doente.

5.8.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho que qualquer coisa que você faça com o paciente lúcido, sem a aquiescência e concordância dele, você está sujeito a ser denunciado e infringindo códigos de moral, de ética, aquilo que é de bom senso. Tudo depende da vontade do paciente, isto está no nosso juramento e é eticamente o que se espera do médico. Mas eu não posso obrigar o paciente, eu acho que isto é antiético. Você não pode forçar o paciente a fazer um tratamento cirúrgico se ele não está a fim. O médico não tem direito de se impor perante ao doente e não cabe a ele julgar a conduta moral do paciente.

5.9 DIREITO DO PACIENTE

5.9.1 Expressões chaves

...eu acho que o paciente tem o direito de prevalecer a sua opinião.

...é um direito dele não querer, e não tratar, e buscar outro tratamento talvez.

...então é um direito dele.

...o direito dele deve ser levado em conta.

...o médico não tem direito de se impor perante ao doente.

5.9.1 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho que o paciente tem o direito de prevalecer a sua opinião e este direito deve ser levado em conta. É um direito dele não querer, e não tratar, e buscar talvez outro tratamento. O médico não tem direito de se impor perante ao doente.

5.10 QUALIDADE DE VIDA E A NECESSIDADE DO TRATAMENTO

5.10.1 Expressões chaves

...eu acho que primeiro a gente tinha que reforçar a necessidade do tratamento cirúrgico e que talvez a qualidade de vida deste paciente e o prognóstico dele a longo prazo melhorasse, e talvez isso fosse mudar a ideia do paciente.

...ele tem um medo, ele tem uma ideia errônea do que é o tratamento, ele não sabe o que tratamento visa a fornecer para ele de prognóstico a longo prazo, mas com uma qualidade de vida melhor, e muitas vezes se o paciente não for operado, teremos uma limitação no tratamento clínico.

...ou por achar que o tratamento cirúrgico não vai lhe beneficiar em termos de qualidade de vida, ele não tem uma informação global e completa do que está acontecendo.

...ou se ele tivesse uma boa qualidade de vida e uma quantidade de vida para usufruir deste relacionamento que possivelmente ele poderia estabelecer com as filhas.

5.10.2 Discurso do sujeito coletivo 1

O paciente tem um medo. Eu acho que primeiro a gente tinha que reforçar a necessidade do tratamento cirúrgico e que talvez a qualidade de vida e o prognóstico em longo prazo melhorassem. Talvez isso fosse mudar a ideia dele. O paciente tem uma ideia errônea do que é o tratamento, pois ele não sabe que o mesmo visa fornecer um melhor prognóstico, com uma qualidade de vida melhor e muitas vezes, se o paciente não for operado, teremos uma limitação no tratamento clínico. Por achar que o tratamento cirúrgico não vai lhe beneficiar em termos de qualidade de vida, ele não tem uma informação global e completa do que está acontecendo. Ou se ele tivesse uma boa qualidade de vida e uma quantidade de vida para usufruir do relacionamento que possivelmente ele estabeleceria com as filhas.

5.11 NÃO MALEFICÊNCIA

5.11.1 Expressões chaves

...acho que a conduta reprovável é o filho estar impondo e coagindo a equipe médica a impor o tratamento que o pai nega.

...um familiar médico que está tentando ter uma interferência, daí eu acho este ponto negativo.

...sim, eu creio que se o médico assistente, vamos dizer assim, aceitar a imposição do filho médico, e registrar em cartório de co-responsabilidade, e fatalidades e complicações do caso clínico decorrentes de uma alta hospitalar, isto é uma arbitrariedade sem tamanho.

...o erro talvez de obriga-lo a fazer uma situação é muito maior do que seguir a autonomia do paciente.

...está, está influenciando, a gente se sente mais acuado. Imagina, o cara fez um documento, e a gente se sente mais acuado, mas não que vá tratar diferente.

5.11.2 Discurso do sujeito coletivo 1

Eu acho um ponto negativo um familiar médico que está tentando ter uma interferência. É reprovável a conduta do filho que está impondo, influenciando e coagindo a equipe médica a impor o tratamento que o pai nega. Imagina, o filho fez um documento e a gente se sente mais acuado, mas não que vá tratar diferente. O erro talvez de obriga-lo a fazer a cirurgia é uma situação muito maior do que seguir a autonomia do paciente. Eu creio que se o médico assistente, vamos dizer assim, aceitar a imposição do filho médico e registrar em cartório responsabilidades, fatalidades e complicações do caso clínico decorrentes de uma alta hospitalar, isto é uma arbitrariedade sem tamanho.

6. DISCUSSÃO

Os DSCs foram analisados correlacionando-os com a IC de cada discurso. Obtivemos 19 DSCs, os quais nos forneceram 11 ICs, a saber: autonomia para a tomada de decisões, beneficência, não-maleficência, direito do paciente, respeito à opinião do paciente, aspectos importantes da relação médico-paciente, diálogo com o paciente, influência da família, importância da saúde, princípios éticos do médico, e qualidade de vida e necessidade de tratamento.

Entendendo que algumas das ICs se fundem com outras, discutimos algumas destas em conjunto para melhor compreensão das mesmas.

Em resposta aos objetivos propostos na pesquisa, buscamos identificar os valores presentes em uma medicina baseada no cuidado, e que possam ser identificados na relação médico-paciente. Através do encontro destes valores, buscamos entender como se estabelece uma medicina baseada no cuidado e quais são as características necessárias para este processo.

Utilizamos para esta análise valores bioéticos e morais previamente estabelecidos, associado a questões amplas dentro do tema proposto como a saúde, a qualidade de vida e o relacionamento médico-paciente. Também observamos que existe um valor basilar, que é a família, valor no qual, o aprendizado dos valores fundamentais que norteiam o ser humano inicia-se desde cedo. Percebemos que valores bioéticos e éticos se encontram presentes nos DSCs estando inseridos na prática clínica dos médicos entrevistados, e orientam estes na conduta adequada que deva ser tomada.

Para que se estabeleça uma medicina baseada no cuidado para com o outro, o médico, no caso da nossa pesquisa, deve ter um contato com o paciente, contato este que ocorre inicialmente através da relação médico-paciente. Esta conexão ocorre em uma dupla via, uma na qual parte do paciente para o médico, na forma de sinais e sintomas fornecidos pelo paciente, e que o médico vai interpretar; e a outra via, que parte do médico para o paciente através de alguns atributos que o médico deve possuir tais quais: conhecimento científico, capacidade técnica e atitude do médico. Além destes atributos, observamos a importância de outros valores e características, que também se mostraram importantes para uma medicina baseada no cuidado.

Dentre estes atributos podemos fazer algumas considerações. O conhecimento médico é aquele que o médico se apropria de informações pertinentes sobre a doença e sua história natural, tornando-se seu patrimônio científico, bem como aquele conhecimento relacionado de como a doença interfere no ser humano, e suas respectivas reações à enfermidade. A experiência do médico no tratamento da doença, também faz parte do conhecimento por ele adquirido, e interfere na forma de atendimento de outros doentes. A capacitação técnica diz respeito às habilidades específicas que o médico deve ter para que efetive o tratamento proposto com qualidade. A anamnese e o exame físico, bem como a capacidade de interpretar diversos exames, também faz parte destas habilidades. Estas habilidades técnicas também incluem a capacitação terapêutica para selecionar fármacos, ajustar os medicamentos ao longo do acompanhamento médico, promover e incentivar mudanças de hábitos, realizar procedimentos específicos, e fazer uma capacitação prognóstica, de qualidade de vida e sobrevivência. Porém, estes atributos citados não bastam para o exercício da medicina. Existe a necessidade de uma atitude médica. Esta atitude engloba valores e preceitos não técnicos na relação entre duas pessoas, notadamente o médico e o paciente. O paciente espera do médico uma ação específica para o seu tratamento, demonstrando antes de tudo seu desejo de ser entendido e respeitado, sentimentos estes que serão base para a sua autonomia. Do outro lado, o médico busca compartilhar com o paciente sua melhor forma de tratar, demonstrando a este a sua intenção de lhe fazer o bem, e esperando uma resposta positiva deste paciente (GRINBERG, 2004).

Percebemos que determinadas atitudes é que irão mobilizar as competências necessárias para integralizar o cuidado. Estas atitudes correlacionam-se com valores indissociáveis na formação do cuidado. Existem valores éticos da profissão, que são especificados na deontologia, e no caso específico do médico, na deontologia médica. Estes valores éticos são um conjunto de normas que indicam como os indivíduos devem se comportar na qualidade de membros de um determinado corpo profissional. Esta deontologia é denominada também como ética profissional (DEPRESBITERIS, 2011).

Porém, a ética profissional não nos fornece as respostas necessárias para que possamos atender ao outro, e entendê-lo. Neste caso, entender o paciente em toda a sua plenitude como ser humano. Em decorrência dos inúmeros dilemas morais surgidos com a nova prática biomédica em um mundo com intenso progresso

tecnocientífico, houve a necessidade de ser repensar a ética aplicada e discutir novos conceitos aplicados no relacionamento com seres humanos. A bioética nasce da necessidade de se discutir a sobrevivência do planeta e dos seres humanos, em um mundo de crescente progresso científico, em que a técnica prevalece sobre os valores humanos (GONDIM, 2006).

Percebemos por meio dos DSC produzidos pelos entrevistados, que valores de diversas correntes bioéticas estão sedimentados nos discursos, demonstrando uma representação social de valores importantes para a efetivação do correto tratamento do paciente em seus diversos aspectos.

6.1 RESPEITO À OPINIÃO DO PACIENTE

No DSC 1 relacionado à esta IC, verificamos que o tema principal deste DSC se relaciona ao respeito à dignidade humana. A ideia de respeito ao outro já se encontrava presente nas ideias iniciais de Fritz Jahr, em 1927, quando introduziu o termo bioética em seu artigo na revista Kosmos. Jahr definiu o conceito de Imperativo Bioético: “Respeitar cada ser vivo em princípio como um fim em si próprio e trata-lo se possível, como tal”. Albert Schweitzer, famoso médico alemão e ganhador do prêmio Nobel da paz em 1952, concebeu uma filosofia ética de respeito à vida que foi concebida em sua prática humanista ao longo da sua vida. Schweitzer definiu em suas obras publicadas em 1923, *Cultura e ética e Decadência e Regeneração da Cultura*, os preceitos fundamentais da ética do respeito à vida. Ele afirma em sua obra que o homem será realmente ético quando cumprir com a obrigação de ajudar toda a vida à qual possa acudir, e quando for possível evitar de causar prejuízo a outras criaturas vivas. Para Schweitzer, toda a vida será sagrada em sua ética do respeito à vida. Ele não reconhece nenhuma ética relativa, e apenas qualifica como bom o que conserva vidas. Qualquer destruição e dano à vida, sejam quais forem as circunstâncias são consideradas como más ações (MARQUES FILHO; HOSSNE, 2013).

O conceito de respeito está ligado ao conceito de dignidade humana, conceito este estabelecido há mais de 200 anos. Kant em uma de suas obras principais, *Fundamentação da Metafísica de Costumes* afirma: “Age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto em tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao

mesmo tempo como um fim, nunca realmente como um meio” (SCHÖNECKER; WOOD, 2014).

Para Weber (2013), tratar uma pessoa como meio significa impedi-la de consentir com a pessoa como será tratada. É possível tratar uma pessoa como meio, desde que ela expresse seu consentimento, ou seja, desde que concorde com a ação do outro, e ao mesmo tempo tenha conhecimento da intenção presente na ação (WEBER, 2013).

Verificamos neste DSC 1 relacionado à IC respeito à opinião do paciente que o respeito à dignidade humana constitui um valor fundamental nos preceitos éticos e bioéticos relacionados com o entendimento da pessoa humana.

No DSC 2 desta mesma IC, verificamos o conceito de respeito à dignidade humana presente no DSC anterior, porém também percebemos um conceito de necessidade de respeito à uma autoridade paterna, ou a uma pessoa com autoridade sobre o indivíduo. Isto também evidencia, de forma mascarada, um conceito de vulnerabilidade da pessoa, pois, se uma pessoa necessita ser amparada por uma autoridade superior, está pessoa é um vulnerável.

Segundo Beauchamp e Childress (2011), o termo paternalismo é da década de 1880 (portanto posterior à Kant e Mill) dando como significado original o princípio e a prática da administração paterna, ou seja, o governo feito por um pai. Evidencia a pretensão ou a tentativa de suprir as necessidades ou de regular a vida de uma nação ou comunidade da mesma forma como um pai serviria a seus filhos. A analogia com o pai pressupõe características da função paterna: a de que o pai age de modo beneficente, ou seja, de acordo com a sua concepção dos interesses dos filhos. Neste caso o pai toma todas as decisões relacionadas aos filhos, em vez de deixá-los tomar decisões. Quando se coloca este paternalismo relacionado à saúde, a analogia é mais ampliada, pois um profissional tem treinamento, conhecimento e discernimento superiores, e está em uma posição de autoridade para determinar os melhores interesses do paciente. Nesta perspectiva, um profissional de saúde é como um pai dedicado que tem filhos dependentes, com pouca informação e cheios de medo. O paternalismo sempre envolve alguma forma de interferência ou de recusa em aceitar as preferências de uma outra pessoa acerca de seu próprio bem. Os atos paternalistas geralmente envolvem força ou coerção, por um lado, ou mentiras e manipulação de informações, por outro. O paternalismo, portanto, é a ação de contrariar as preferências ou ações concebidas de outra pessoa, na qual a

pessoa que contraria justifica a sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada, ou de evitar que ela sofra danos. Esta definição é normativamente neutra, portanto, não presume que o paternalismo seja justificado ou injustificado. Embora a definição assume um ato de beneficência análoga à beneficência parental, ela não determina se essa beneficência é justificada, inoportuna ou obrigatória (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

No DSC 3 desta IC ocorre a manutenção do respeito ao paciente e à pessoa humana, porém observamos um fator condicionante, pois o respeito só ocorreria se o paciente estivesse lúcido. Isto evidencia uma associação da bioética utilitarista com o funcionalismo, corrente filosófica que assinala que para ser pessoa, se requer a capacidade de ter consciência e lucidez. Por isto esta pessoa só seria digna de respeito e útil, caso pudesse estar consciente para interagir com os seus atos (PICASSO; COSME, 2013).

6.2 AUTONOMIA PARA TOMAR DECISÕES

No DSC 1 da IC autonomia, percebemos a nítida ênfase dada à autonomia, princípio bioético já determinado na ética principialista de Beauchamp e Childress. O princípio da autonomia, em linhas gerais, exprime a capacidade para o indivíduo, de decidir por ele mesmo, o que implica que ele seja racionalmente informado e que influências externas não determinem a sua ação (SÁ; OLIVEIRA, 2007, BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Entendemos que na avaliação dos valores existentes na relação médico-paciente, tema principal do nosso trabalho, a autonomia se identifica como a autonomia da vontade do paciente, ou de seu representante legal. Após o diagnóstico pelo médico da enfermidade que acomete o paciente, percebe-se claramente a relação entre estas duas pessoas, relação está que possui diferentes interpretações. O paciente, de um lado, procura fazer prevalecer a sua vontade, no tocante à sua saúde e a sua vida, reconhecendo em si uma pessoa dotada de direitos e aspirações e que deve ser respeitada em sua plenitude. Do outro lado, encontra-se o médico, que percebe a necessidade de apontar tratamentos pertinentes e procedimentos médicos para a terapêutica do paciente, porém sem ter o direito de obrigar o paciente a aceitar a sua proposta. Em todos os atos da sua vida civil, o homem fornece a sua aquiescência, ou seja, fornece sua autorização

para que estes atos ocorram. Mas para que o homem forneça o seu consentimento, ele necessita de informações e esclarecimentos precisos, em um linguajar simples e que ele possa entender, para ele não tenha nenhuma dúvida a respeito da proposta, neste caso específico, uma proposta de tratamento médico que ele deva se submeter (OLIVEIRA JÚNIOR; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

O código deontológico médico, denominado de Código de Ética Médica (BRASIL, 2010) engloba em alguns dos seus artigos, a importância da autonomia do paciente, e de seus representantes, legais, tornando a autonomia, além de um valor bioético, um dever legal que deve ser respeitado. O capítulo IV, regulamentado no código para proteção dos direitos humanos, estabelece:

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado, e na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

O mesmo código, no seu capítulo V, ao tratar da relação médico-paciente estabelece:

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

No DSC 2, desta IC, observa-se um único discurso relacionado à autonomia, e que valoriza um aspecto da autoridade médica e da medicina paternalista.

Percebe-se pelo exposto, a importância da autonomia na saúde, e um modelo paternalista na relação médico-paciente. Antigamente, a assistência médica residia na obrigatoriedade do médico em cuidar do bem-estar do paciente, dentro de uma visão absolutista e paternalista. A decisão a respeito do tratamento indicado era unicamente unilateral, por parte do médico, sem qualquer permissão para manifestação por parte do paciente. Atualmente, dentro de uma medicina deliberativa que norteia a relação médico-paciente, o médico divide com o paciente a responsabilidade de escolha do tratamento adequado. Caso o paciente não apresente condições de escolha, ou seja, não possua uma autodeterminação, como nos casos de menores, idosos, deficientes mentais, pacientes em coma, ou psiquiátricos, a determinação sobre a escolha do tratamento recairá em familiares ou terceiros representados de forma legal (SIQUEIRA, 2008)

Desta forma, podemos perceber que o princípio da autonomia do paciente e o respeito pela pessoa humana é fundamental, dentro da medicina atual, para que possamos fornecer o tratamento mais apropriado do caso em questão, definirmos os melhores cuidados a serem realizados, e evitarmos conflitos éticos e morais, advindos de uma prática irregular sem o devido respeito ao paciente.

6.3 BENEFICÊNCIA

A beneficência como IC foi bastante relatada nas entrevistas com os médicos. Observou-se a existência de 03 DSCs relacionados ao tema.

Nos DSC 1 e 2 desta IC, observamos a beneficência como uma meta a ser atingida para que se beneficie o paciente em todos os seus aspectos. Na linguagem comum, a beneficência significa atos de compaixão, bondade e caridade. A beneficência refere-se a uma ação realizada em benefício de outros. O princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros. Muitos atos de beneficência não são obrigatórios, mas um princípio de beneficência afirma a obrigação de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Segundo Drummond, a beneficência bem como a não maleficência, são os princípios bioéticos mais antigos, que estão estabelecidos desde a época de Hipócrates. Estão sedimentados como princípios a serem seguidos no famoso juramento de Hipócrates, que gerações sucessivas de médicos no mundo todo

declamam em suas formaturas. A prática médica, sempre teve como princípio fundamental, e que norteia toda a sua conduta a beneficência. Esta visa sempre o bem do paciente, o seu bem-estar e os seus interesses. Beneficência também deve significar promoção da saúde e prevenção da doença. A beneficência não deve causar danos, mas sim, maximizar benefícios e minimizar prejuízos, como descrito inicialmente no *Relatório Belmont* (USA, 1979). O médico jamais poderá exercer a beneficência de forma absoluta, mas sim, dentro de limites previamente estabelecidos pela dignidade da pessoa humana, respeitando-se a liberdade desta de decidir sobre si mesma, na qual a liberdade recebe o nome de autonomia. Nota-se que os diversos princípios bioéticos sempre estão interligados entre si. Necessitamos para uma melhor compreensão, diferenciar a beneficência da época de Hipócrates da beneficência atual (DRUMMOND, 2000).

Esta se distingue através de quatro fatores limitantes da sua ação: a) a necessidade de se definir o que é “bem” para o paciente, ou seja, muitas vezes aquilo que achamos que seja benéfico para o paciente, pode ser maléfico no seu ponto de vista, e ao invés de fazermos o bem com uma atitude, estamos na verdade lhe fazendo um mal; b) a não aceitação do paternalismo incrustado na beneficência médica tradicional, ou seja, muitas vezes, o médico em uma postura paternalista, e ditatorial, define, no seu ponto de vista o que é melhor para o paciente, sem ouvi-lo, e muitas vezes, sem refletir nas consequências do seu ato; c) a autonomia do paciente em decidir o que é melhor para si, e d) a utilização dos critérios de justiça na saúde, que se traduz por equidade ou garantia de prioridade de acesso daqueles mais excluídos socialmente aos serviços de saúde (DRUMMOND, 2000).

O DSC presente nos entrevistados caracteriza a autonomia e a beneficência, como os princípios bioéticos principais no grupo estudado. Correlacionando-se com a literatura, percebemos que estes dois princípios são responsáveis por um grande dilema bioético existente nos dias atuais. Devemos respeitar a liberdade dos pacientes (autonomia) ou fazer o melhor para eles (beneficência)? Muitas vezes estes dois princípios e estas duas condutas não tomam o mesmo caminho, motivo pelo qual surgem dilemas morais na prática médica. A solução para estes dilemas está no encontro de um equilíbrio entre os dois princípios, equilíbrio que em certos casos pode ser difícil de conseguir (WANSSA, 2011).

O DSC 3 correlaciona a beneficência com o respeito, assunto este já discutida na IC relacionada ao respeito.

Portanto, fundamenta-se a beneficência como um princípio básico a ser seguido na profissão médica, e também como parte da atitude médica, objetivando-se sempre o benefício do paciente, devendo-se sempre se tomar o cuidado para analisarmos o que é benéfico para o paciente em questão.

6.4 NÃO MALEFICÊNCIA

O DSC desta IC aborda o princípio da não maleficência. Este princípio descrito na ética principialista de Beauchamp e Childress (2011) determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente a outro ser humano, e no caso da medicina ao paciente. Percebemos que o princípio da não maleficência e da beneficência são muito semelhantes no seu conteúdo, mas tem particularidades diferentes entre eles.

Não maleficência

- a) Não devemos infligir mal ou dano

Beneficência

- a) Devemos impedir que ocorram males ou danos,
- b) Devemos sanar males ou danos,
- c) Devemos fazer ou promover o bem.

O conceito de não maleficência refere-se à obrigação de não prejudicar e de não impor riscos de dano. Uma pessoa pode prejudicar uma outra ou expô-la a um risco sem uma intenção maldosa, e o agente causador do dano pode ser ou não responsável pelo caso, sendo esta responsabilidade moral ou legal. Em alguns casos os agentes são casualmente responsáveis por um dano que não queriam produzir ou por um dano que não tem conhecimento. Os tribunais frequentemente determinam a responsabilidade e a imputabilidade dos danos porque um paciente, ou cliente, buscam uma compensação e uma punição dos responsáveis pelos danos ou ambas as coisas. Existe um modelo legal e moral de responsabilidade dos profissionais que atuam na área de saúde, notadamente os médicos, sujeitos estes da nossa pesquisa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Segundo Beauchamp e Childress (2011) existem alguns elementos essenciais dentro do modelo profissional de assistência médica, que se não forem seguidos, levariam à uma quebra no princípio da não maleficência e consequente prejuízo ou dano ao paciente:

- a) o profissional tem que possuir um dever para com a parte afetada,
- b) o profissional deve atuar baseado neste dever para com o paciente,
- c) a parte afetada tem que sofrer um dano,
- d) o dano tem de haver sido causado pela falha no cumprimento do dever.

A má conduta profissional é um exemplo de negligência na qual os padrões profissionais de assistência não foram seguidos. Para os profissionais de saúde, os padrões morais e legais de assistência incluem: treinamento adequado, habilidade e diligência. Ao oferecer serviços, o médico aceita a responsabilidade de observar estes padrões. Se a conduta do médico estiver abaixo destes padrões, o médico estará sendo negligente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Os princípios de ética médica da Associação Médica Americana exigem que os médicos proporcionem serviços médicos competentes e que continuem a estudar, aprimorar e desenvolver o conhecimento científico. Embora os requerimentos da devida assistência não possam eliminar todos os danos e prejuízos na sua origem, podem de certa forma reduzir a probabilidade de resultados prejudiciais nos diagnósticos e tratamentos (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA-ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA).

Percebemos com a exposto acima, que o princípio da não maleficência encontra-se bastante sedimentado na prática médica desde a sua formação. Os agentes atuantes neste contexto, os médicos, procuram seguir e exercer este princípio na sua prática médica diária, sendo que a não observância dele causará dano ao paciente e a si próprio, por infração de sua prática profissional.

6.5 DIREITO DO PACIENTE

O último princípio bioético da ética principialista presente nos discursos coletivos dos entrevistados, embora em menor grau que os anteriores foi o princípio da justiça, traduzido nos DSCs como direito do paciente. Através de afirmações que

o paciente é portador de direitos, e que estes devem ser respeitados, o médico percebe a importância deste princípio presente na RMP. É claro que em virtude deste princípio da justiça estar ligado mais a direitos da pessoa humana, e por ser uma área de conhecimento diferente do conhecimento médico, que é a área jurídica, é de se esperar que seja menos citado pelos profissionais. Percebe-se através do princípio da justiça que o paciente tem o direito de ser cuidado por outrem, apesar do médico entender o cuidado como um benefício ao outro e não como um dever, um direito.

Nota-se desta forma, dentro do princípio da justiça, uma preocupação com o outro, com a sua essência e com a sua dignidade. Esta dignidade da pessoa humana, como preceito ético e fundamento constitucional, exige do estado não somente respeito e proteção, mas também uma garantia que efetivamente os direitos do ser humano serão respeitados e efetivados. Toda pessoa é sujeito de direitos e deveres e como tal deve ser tratada. Quando comentamos a existência de um mínimo existencial, falamos a respeito da realização dos direitos fundamentais, que representam a concretização da dignidade da pessoa humana. A ideia básica refere-se à preservação e garantia das condições e exigências mínimas de uma vida digna. Isto significa que o direito ao mínimo existencial está sedimentado no direito à vida e na dignidade da pessoa humana (WEBER, 2013).

Mattos (2007) comenta que o princípio da justiça exige uma distribuição equânime por parte do governo das conquistas alcançadas dentro da área da saúde, conquistas estas nos campos de pesquisa, tecnologia e de serviços. Este princípio da justiça deve ser aplicado de uma forma imparcial na distribuição dos riscos e dos benefícios, e vinculado à critérios éticos na consagração da distribuição dos recursos relacionados a saúde (MATTOS, 2007).

Nobre et al. (2015) comentando a ética principialista de Beauchamp e Childress (2011), afirma que a justiça deve ter um caráter distributivo, ou seja, deve contemplar uma ordenação equitativa dos direitos e benefícios. Porém, estes direitos e benefícios devem ser explicitados em situações de escassez de recursos, demonstrando uma nítida preocupação social com aqueles que são menos favorecidos e se encontram mais necessitados (NOBRE, 2015).

Observamos no DSC relacionado à esta IC, que o médico tem plena consciência dos direitos que o paciente possui, e o respeitando desta forma,

inclusive, considerando a autonomia do paciente como uma característica básica desta relação que deve ser respeitada.

6.6 QUALIDADE DE VIDA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

O DSC desta IC, demonstra a ênfase dada à uma característica especial da vida do ser humano, que é a qualidade de vida. Percebemos uma preocupação com a qualidade de vida do paciente, advinda da sua saúde. Ou seja, busca-se por uma excelência em saúde, para que esta esteja relacionada com uma qualidade de vida adequada do indivíduo. Neste caso, para que haja uma busca pela saúde, devemos implementar cuidados específicos em prol desta.

Nobre (1995) afirma que a qualidade de vida é dos objetivos que devem ser alcançados pela humanidade no mundo atual. O prolongamento da vida, hoje em dia, é cada vez mais possível com o advento de técnicas específicas. Porém conflitos morais deste prolongamento emergem na nossa sociedade e são difíceis de resolver. Podemos nos deparar com pacientes em estados terminais, ou mesmo vida vegetativa, nas quais a qualidade de vida desfrutada por eles é mínima ou ausente, apesar de serem um organismo vivo. Com isso, cada vez mais valoriza-se a qualidade de vida, em detrimento a um prolongamento de uma vida sem perspectivas (NOBRE, 1995).

A qualidade de vida pode estar relacionada com um conceito mais genérico, ou relacionada à saúde do ser humano. No primeiro caso, a conceituação de qualidade de vida apresenta uma acepção mais ampla, influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência à doenças e disfunções orgânicas. Com base nisto e após a realização de estudos multicêntricos, e aplicação de instrumentos de mensuração da qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um conceito de qualidade de vida que pode ser definida como:

“A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações”.

Esta definição, caracterizada por ser mais genérica, incluem pessoas saudáveis da população, e nunca se referindo a pessoas portadoras de enfermidades.

O conceito de qualidade de vida relacionado à saúde tem sido utilizado com objetivos semelhantes à conceituação geral. Porém, este conceito implica na relação de informações mais diretas e específicas relacionadas à saúde do indivíduo, ou às intervenções necessárias em saúde. Percebe-se que neste conceito de qualidade de vida dois aspectos principais, a subjetividade e multidimensionalidade. Os instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionados à saúde, tem uma tendência a manter o caráter multidimensional e avaliar a percepção geral da qualidade, de vida (dado subjetivo), embora a ênfase da análise relaciona-se com os sintomas apresentados, incapacidades orgânicas e limitações decorrentes das enfermidades. Esta avaliação subjetiva geralmente baseia-se em três aspectos: saúde mental, saúde física, e fatores sociais que interferem na qualidade de vida. De forma análoga, a multidimensionalidade presente também analisa aspectos que são semelhantes à subjetividades, que são: a) aspecto físico, que analisa a percepção do indivíduo sobre a sua condição física, b) psicológica, que analisa a percepção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva, c) aspecto do relacionamento social, que analisa a percepção social do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e a sua inserção em determinado meio social, e d) aspecto ambiental, que analisa a percepção do indivíduo sobre diversos aspectos relacionados ao ambiente onde ele vive (SEIDL; ZANNON, 2004).

Com o exposto acima, percebe-se que a qualidade de vida é um fim que se busca ao se tratar um paciente. Este deve ter uma condição de desfrutar de benefícios para sua pessoa, com a sua saúde preservada, após o advento de um cuidado e de um tratamento corretos.

6.7 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE

O DSC relacionado à esta IC, deixa bem claro, que a saúde é o bem maior que deve ser alcançado. A saúde neste contexto será o fim pelo qual a medicina almeja, pois, o paciente com saúde terá necessariamente um bem-estar. Também emerge a ideia que a vida digna que vale a pena, é a vida com saúde. Percebemos pelo exposto, que assim como a qualidade de vida tem a sua importância no discurso coletivo dos médicos, e segue como uma finalidade no cuidado do paciente, a saúde de forma global é a meta que deve ser atingida. Apesar de pouco

citada nos discursos, observa-se que as citações referenciam à saúde como um bem maior, que deve ser buscado em todas as circunstâncias do atendimento.

A importância da saúde é fundamental para a existência da vida humana, e todos os esforços devem ser feitos para a manutenção da saúde humana. O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNESCO, 1998) já nos demonstra esta importância:

“Toda a pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, bem como direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle”.

Entendemos pelo artigo citado acima, que existe uma determinação para que se busque o mais elevado padrão de saúde existente, apesar das diversidades entre os povos e países, no que tange a disponibilidade de recursos humanos e financeiros. Existem países com elevada expectativa de vida ao nascer (80 anos) e outros que não chegam a 50 anos, e ao se deixar de buscar a excelência em saúde para todas, estaríamos contrariando o princípio da justiça, onde condições equitativas e igualitárias devem ser fornecidas a todos. Também iríamos contra o princípio da beneficência, pois não poderíamos levar o bem-estar a todos que tem este direito (SEMPlici, 2012).

O conceito de saúde adotado pela OMS em 1948, pode ser definido como: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Este conceito apresenta-se longe de ser uma realidade que vivemos, e simboliza um objetivo que devemos alcançar, muitas vezes um objetivo utópico. Traduz a ideia que devemos sempre ter uma saúde excelente, para que possamos ter uma adequada qualidade de vida. A saúde é um conceito dinâmico, que oscila através das fases da vida, e apresenta caráter instável, como instável é a pessoa humana. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação (MEC).

Se levarmos em consideração o conceito de saúde da OMS, nenhum indivíduo ou população estará totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo de uma vida, uma pessoa ou grupo de pessoas viverão ciclos de saúde/doença, de

acordo com suas condições de vida e o meio onde eles se inserem. Além disso, a condição de saúde individual pode ser determinada pela realidade social que o indivíduo vivencia, como também pode ser determinada pelo poder público, na forma de políticas de promoção de saúde. Atualmente entende-se que qualquer modificação no processo saúde/doença é dever de todos, e não se deve deixar o paciente à mercê dos acontecimentos. Médicos, sociedade, profissionais de saúde, o poder público, e mesmo o paciente, devem fazer esforços em busca da saúde mais ideal que possam atingir, dentro de suas individualidades e coletividades (MEC).

Percebemos no DSC apresentado, que a saúde é o bem maior que deve ser alcançado, estando presente esta necessidade nos discursos dos médicos. Entende-se saúde como um conceito mais amplo e abrangente, muitas vezes utópico, mas que sempre deve ser buscado pelo médico no atendimento do paciente.

6.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS DO MÉDICO

Esta IC está relacionada à um DSC que nos remete à ética normativa da profissão médica e suas atribuições. Fica claro através deste DSC que o médico atua baseado em normas que derivam em direitos e deveres dos médicos e direitos dos pacientes, regras estas que estão contidas no Código de Ética Médica.

Percebe-se claramente no DSC a ênfase dada ao respeito ao paciente e à sua autonomia, demonstrando que o DSC enfatiza uma RMP deliberativa, ao invés da antiga RMP paternalista que existia no trato com o paciente.

O juramento de Hipócrates foi uma das primeiras formas de normatizar a medicina e é considerado um marco do início da profissão médica. Neste juramento, fica claro que o médico tem deveres com o paciente e deve agir da forma mais correta e ética possível, buscando sempre o bem-estar do paciente e não o prejudicando de nenhuma forma. Estabelece dois princípios bioéticos que permanecem válidos até os dias atuais, e que foram marcos decisivos nos princípios éticos e bioéticos atuais. Fica claro na medicina hipocrática, que o médico tinha como dever prescrever e administrar o melhor tratamento para beneficiar o paciente, não se preocupando se o paciente tivesse alguma objeção ao tratamento. Ou seja, o paciente apenas se submetia à vontade do médico, sendo que este tinha autoridade

inquestionável para tratar o paciente da melhor forma que lhe aprouvesse (BEIER; IANNOTTI, 2010).

Porém, o DSC em questão, nos evidencia uma atitude de respeito e consideração do médico pelo paciente, não demonstrando neste DSC nenhum aspecto paternalista da medicina. Percebemos nitidamente no DSC apresentado, conceitos normativos técnicos, associado ao respeito do paciente e a valorização da sua autonomia. O princípio da autonomia rompe com o antigo conceito paternalista da medicina, na qual o médico era a única parte da RMP que possuía o poder de decisão, e determinava de forma inquestionável o tratamento que o paciente deveria realizar. Este direito arbitrário do médico baseava nos princípios da beneficência e não maleficência, sendo que a autonomia do paciente era deixada de lado, e o paciente não tinha nenhuma informação sobre a sua saúde (MONTE, 2002).

Percebe-se neste DSC, que médicos tem ciência da responsabilidade da sua profissão, e seu trabalho encontra-se sob normas éticas bastante rígidas. A medicina paternalista não aparece nos DSC, demonstrando que a medicina deliberativa, e a autonomia do paciente já se encontram relacionadas à prática médica atual.

6.9 ASPECTOS IMPORTANTES DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

Esta IC nos forneceu 3 DSCs, com ideias diferentes entre eles. Esta diversidade, demonstra a importância da RMP, e que suas características ainda são bastante questionadas pelos próprios médicos, atores desta relação.

O DSC 1 desta IC nos demonstra a importância dada à RMP pelos próprios médicos. Os sujeitos de pesquisa em questão enfatizam a necessidade da franqueza, confiança e simpatia nesta relação, sendo que esta interação também deve ser efetuada com sentimentos de afeto e de amizade para com o paciente. O médico deve também sempre se colocar no lugar do paciente, para que de forma empática, possa se sensibilizar com a dor e as dificuldades deste no tratamento. Neste discurso também percebemos, a importância da autonomia do paciente nesta relação.

Podemos considerar, que a RMP surgiu com o advento da medicina Hipocrática, onde se percebeu que para que haja um diagnóstico e um posterior

tratamento deve haver uma relação primária entre o médico e o paciente em questão (COSTA, AZEVEDO, 2010).

Falasco (2005) afirma que a RMP sofreu uma mudança substancial quando se compreendeu que os fins não justificavam os meios utilizados para que aqueles fossem alcançados. Durante séculos, a pessoa enferma perdeu a sua individualidade, sendo reconhecida apenas como um órgão doente que necessitava tratamento. Esta era uma medicina paternalista, autoritária e vertical. A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 (UNESCO, 1998), novos ares surgem no entendimento dos direitos humanos, e de forma associada nos direitos dos pacientes. Iniciou-se um movimento de valorização da pessoa humana, e de sua autonomia. Pela primeira vez o médico, do seu alto grau hierárquico e de decisão reconhece o paciente como portador de autonomia e de direitos, aceitando sua opinião no diagnóstico e tratamento de suas enfermidades, desde que, este paciente estivesse são. Esta visão se sustenta em três regras fundamentais que visam proteger a saúde física, mental, espiritual e social do paciente. Dentre elas podemos citar: a) a verdade expressa de forma clara na informação requisitada pelo paciente, b) a confidencialidade no segredo médico, respeitando-se o paciente, c) o consentimento do paciente, visto que este deveria ser previamente informado do seu estado de saúde e inquirido sobre a sua concordância ou não com o tratamento proposto (FALASCO, 2005).

Caprara e Franco (1999), sugerem que o médico procure inicialmente compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares, e somente em uma segunda etapa, procurar entender a doença. Este processo de comunicação com paciente e familiares irá desenvolver no médico o senso de responsabilidade, bem como melhorar a adesão do tratamento por parte do paciente, melhorando a sua efetividade, e também aumentando o grau de satisfação do paciente e da sua família. Necessita o médico abandonar o modelo informativo, no qual ele apenas transmite informações para o paciente e familiares, muitas vezes sem o entendimento destes, para um novo modelo de relacionamento, que emerge nos dias atuais para uma corresponsabilidade mútua, entre médico e paciente. Este modelo denominado de deliberativo, permite ao médico interagir amplamente com o paciente e seus familiares, fazendo que haja um melhor entendimento e compreensão do caso em questão, com todos os envolvidos trabalhando para um bem-comum. Fica implícito que para que haja uma medicina deliberativa exercida na

sua melhor forma, o ponto principal e primário em questão é uma adequada RMP (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Caprara e Rodrigues (2004), em um estudo posterior de revisão de literatura, sobre a RMP, observaram que os médicos devem possuir algumas habilidades específicas, para uma adequada RMP. Dentre estas habilidades, eles citam que são fundamentais as técnicas de comunicação, a observação e o trabalho em equipe. A falta desta comunicação adequada, ou seja, uma habilidade de comunicação, foi citada por médicos em um DSC desta IC como sendo um dos problemas encontrados na RMP (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

O DSC 2 desta IC ressalta a importância da confiança e da harmonia na RMP, porém enfatiza que esta relação tem limitações e não resolve todos os problemas. Neste DSC a RMP não tem vínculos com a família e com a sociedade, apesar de poder sofrer influências de ambas. Percebemos na literatura consultada, que a família pode, de várias formas influenciar nesta RMP.

No DSC 3 desta IC, observamos a influência do fator família nesta relação. Percebe-se que os médicos reconhecem a sua importância dos familiares para a prestação de informações. É também importante a dinâmica familiar na história do paciente, a qual, quando favorável, concorre para o bem-estar do doente. Os médicos não destacam, entretanto, outras formas de participação familiar no cuidado ou mesmo no controle social dos serviços, como preconizado pela política da atenção primária (BARCELLOS; ANDRADE, 2009, BARRETO; AMORIM, 2010).

6.10 DIÁLOGO COM O PACIENTE

O diálogo com o paciente emergiu dos discursos dos entrevistados como uma IC isolada e que deve ser valorizada. Esta IC relaciona-se com um DSC que nos enfatiza a importância do diálogo e da comunicação com o paciente, sendo estes fundamentais na gênese de uma RMP adequada. Discutimos esta IC junto com um DSC 3 relacionado à RMP, pois este discurso que não citamos no tópico acima, se contrapõe aos demais DSCs da RMP ao afirmar que o grande problema da RMP é realmente a falta de diálogo e comunicação. Portanto, a IC do diálogo com paciente se complementa com o DSC que nos indica que a falta de diálogo é o grande problema da RMP.

Eksterman (1977) afirma que o relato de um doente é possível dentro de um campo próprio de diálogo com o médico, no qual, o que o paciente diz possa fazer sentido. Esse campo do diálogo, que é ao mesmo tempo o campo do diagnóstico, é o que podemos chamar de RMP. Portanto, para Eksterman, sem um diálogo adequado, não existe uma RMP efetiva (EKSTERMAN, 1977).

Segundo Sucupira (2007), a RMP ainda se constitui um tema marginal, frente a hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica atual. Porém, em virtude do reconhecimento por parte dos pacientes (clientes) de seus direitos, busca-se atualmente implementar uma RMP mais personalizada e humanizada, entre as duas figuras principais desta interação: médico e paciente. Um dos aspectos importantes para esta valorização da RMP é o diálogo, pois permite entender o paciente como o centro e o objeto da atenção médica (SUCUPIRA, 2007).

Para Bohorquez e Jaramillo (2004), o diálogo adequado dentro da RMP pode se denominar de um diálogo terapêutico dentro desta relação, o qual emerge dentro da medicina como fator de emancipação, autonomia e reconhecimento. Neste diálogo, médico e paciente são sujeitos que se transformam e contribuem para a transformação do outro. A doença é vista como opção de evolução, redenção e de crescimento individual, e não apenas como uma calamidade humana. Para que a palavra do médico seja curativa, o meio pela qual ela irá transitar será o diálogo entre médico e paciente em busca de um bem maior que é a saúde (BOHORQUEZ; JARAMILLO, 2004).

Percebemos nas opiniões acima, que a IC diálogo com o paciente é imprescindível na RMP, condição está que se estiver ausente, ou não for adequada, irá trazer transtornos definitivos na formação do cuidado para com o paciente e busca da saúde adequada do mesmo.

6.11 INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA

Verificamos pela análise do DCS dos entrevistados, que à IC influência da família está bastante presente e exerce forte influência na opinião dos entrevistados. Percebemos, que embora haja divergência entre os DSCs apresentados, houve uma forte preponderância do DSC em que a família exerce um papel principal na tomada

de decisões da paciente e do próprio médico, apesar da existência de um DSC contrário.

O DSC 1 desta IC demonstra a importância favorável da família na tomada de decisões por parte do paciente, e também exerce influência na conduta médica, pois busca um cuidado mais efetivo e um tratamento mais adequado. Este DSC valoriza a participação da família e reforça a necessidade da interação família-paciente-médico, para que se alcancem os objetivos propostos.

Podemos considerar, analisando os DSCs presentes no nosso estudo, que os cuidados em saúde podem ser exercidos em duas frentes: A primeira diz respeito ao setor oficial de serviços relacionados à equipe de saúde, ou seja, a equipe biomédica responsável pelo atendimento do doente, em que há necessidade de habilidades específicas por parte do profissional, associado à incorporação das modernas terapêuticas tecnológicas, que auxiliam na produção do cuidado. De outra parte, existe uma rede informal produtora de cuidados, que é a família, na qual vislumbra-se a importância de valores afetivos na formação do cuidado. A família é importante para que ocorra o desenvolvimento de uma saúde mental adequada do paciente em questão, bem como por uma maturidade em procedimentos de higiene e nutrição, alcançando o máximo de seu efeito na aceitação do paciente ao tratamento proposto (dietas, medicações, e condutas preventivas (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

A família atualmente exerce influência direta na produção e na transmissão de valores fundamentais do ser humano, valores estes que se refletem em toda a sociedade. A família participa de forma direta nos fenômenos contínuos que ocorrem na nossa sociedade, sendo que estes fenômenos são dinâmicos e inter-relacionados, muitas vezes fazendo que os valores atuais sejam reinterpretados e possam adquirir novos significados. Percebemos que as interpretações dos valores, na sua forma e no seu conteúdo variam de uma sociedade para a outra, e também variam conforme a época relacionada. Porém isto não impede que o ato de transmissão de valores seja uma regra comum em todas as sociedades desde o início dos tempos, ou seja, a família participa como elemento primaz na formação de valores da pessoa humana. A educação, característica humana universal, recebe suas primeiras informações advindas da família, pois fornece ao homem sua primeira noção de ser social e político, e que pertence a uma determinada sociedade. A família através do seu papel, fornece às crianças por elas criadas,

princípios de uma socialização saudável com o meio em que elas vivem através da transmissão de valores fundamentais da pessoa humana. É claro que, com a modernidade do mundo atual, valores também são transmitidos por outros elementos da nossa sociedade, tais como: televisão, internet, escola, amigos, dentre outros, porém, os valores transmitidos no âmbito familiar, se adequados, são fundamentais na constituição e papel do homem no mundo atual (LEANDRO; LEANDRO, 2003).

Por outro lado, desta IC derivou-se um segundo DSC, antagônico ao primeiro, na qual afirma que a família não influencia na RMP. Este DSC 2 demonstra de certa forma um grau de autonomia do paciente, pois nos mostra que o paciente é capaz de tomar decisões por si próprio, exercendo sua autonomia com propriedade, e não dependendo de outros para isso.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No nosso estudo que verificou o DSC de médicos relacionados a um determinado caso clínico, pudemos observar a emergência de determinadas ICs que são importantes para uma medicina baseada no cuidado. Abordando-se a relação médico-paciente, o médico procura analisar o paciente como um todo durante a entrevista médica, baseando a conduta a ser tomada nas necessidades que o paciente apresenta. Para isto o médico deve possuir valores e elementos intrínsecos a sua pessoa que o auxiliem na interpretação do outro ser humano como um ser merecedor de cuidado e respeito.

Inicialmente, o médico deve identificar o paciente como um ser humano portador de dignidade e merecedor de todo o seu respeito e consideração. Deve considerar o outro como sendo parte de si próprio, procurando atuar de forma fraterna e solidária, visando estabelecer um vínculo com esta pessoa que implicará no cuidado que deverá ser tomado.

Observamos nas ICs estabelecidas nos DSCs apresentados, a emergência de valores bioéticos de uma ética principialista, já estabelecida por Beuachamp e Childress. Esta corrente bioética propõe os seguintes princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Interpretamos o afloramento destes discursos em virtude dos mesmos serem já discutidos de forma exaustiva na formação médica, não como conceito bioético, mas sim como assunto normativo na deontologia médica. Esta ética fundamenta-se em conceitos médicos já estabelecidos, e é de se esperar que fosse bastante citada nos discursos.

Outros valores e elementos foram citados nos DSCs como importantes para uma medicina baseada no cuidado. A relação médico-paciente, como forma inicial do contato médico-paciente foi citada como elemento primordial deste vínculo, emergindo uma IC associada de diálogo, em decorrência da sua importância nesta comunicação.

Identificamos também a importância dada pelo médico aos princípios éticos que ele deve seguir, demonstrando uma preocupação com os seus deveres e limitações na prática médica. Identificamos também nos discursos apresentados a importância da saúde como elemento central da medicina, e de uma qualidade de vida que deve ser buscada em todo o paciente. Também observamos no discurso médico uma

preocupação com a família, fato este que demonstra que o médico tem consciência da importância da família no tratamento do paciente e no seu bem-estar.

Um valor que chamou atenção foi a IC relacionada ao respeito à opinião do paciente, que embora não seja um valor bioético na sua essência, foi bastante citada nos discursos. Este respeito como IC contém em seu significado uma ideia importante para uma medicina do cuidado, pois significa que o médico observa ao outro, e neste caso, o paciente, como um ser merecedor de justiça e portador de direitos, e para o qual ele possui um dever de beneficiar. Também implica em perceber o paciente como um ser portador de autonomia e que deve ser respeitado na sua opinião.

Concluindo, pudemos evidenciar que uma medicina baseada no cuidado está relacionada a um processo complexo de RMP, em que o médico dentro desta interação, necessita em um prazo de tempo definido, analisar o outro ser humano para que possa estabelecer cuidados para com o outro. Percebe-se que o médico deve possuir um amplo conhecimento técnico para exercer sua profissão, porém também deve possuir características e atitudes humanísticas para que possa beneficiar aquele que o procura.

REFERÊNCIAS

- 1-ABRIC, J. C. **Prácticas sociales y representaciones**. Cidade do México, Presses Universitaires de France-Ediciones Coyoacán, S. A. de C, V, 2001. Disponível em: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403019/Entorno_de_Conocimiento/Lecturas_Complementarias/Abric_JC_Practicas_Sociales_y_Representaciones.pdf. Acesso em: 12/08/2015.
- 2- ATALLAH, a. n. Direito à saúde e a não maleficência. Uma definição da medicina baseada em evidências. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 15, n. 3, p. 103, 2010.
- 3-BARCELLOS, E. S.; ANDRADE, M. Atendimento domiciliar: a família como co-responsável no processo de cuidar do idoso. **Informe-se em Promoção de Saúde**, v. 5, n. 1, p. 01-03, 2009.
- 4-BARRETO, T. S.; AMORIM, R. C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 18, n 3, p. 462-467, 2010.
- 5- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 2. ed. São Paulo, Edições Loyola, 2011.
- 6-BEIER, M.; IANONOTTI, G. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. **Revista Brasileira Materno Infantil**, v. 10, suppl. 2, p. S383-389, 2010.
- 7-BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L.; Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 231-239, 2003.
- 8-BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis: 18. Ed, 2012.
- 9-BOHORQUEZ, F.; JARAMILLO, L. G.; El diálogo como encontro: aproximaciones a la relacion médico-paciente. **Hacia la promocion de la salud**, v. 9, p. 79-91, 2004.
- 10-BRASIL. Código de ética médica-código de processo ético-profissional. **Conselho Federal de Medicina**, Brasília, 2010.
- 11-CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.
- 12-CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- 13-CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **INTERFACE**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.
- 14-CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA-ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page>? Acesso em 16/09/2015.
- 15- COELHO, A. F. V. C. M. B.; COSTA, A. K.; LIMA, M. G. Da ética principialista para a bioética de intervenção: sua utilização na área de saúde. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 239-253, 2013.

- 16-COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.
- 17-COSTA, J. X. S.; CAETANO, R. F. A concepção de alteridade em Lévinas: caminhos para uma formação mais humana no mundo contemporâneo. **Revista Igarapé**, n. 3, p. 195-209, 2014.
- 18-DEPRESBITERIS, I. Valores, atitudes e comportamentos na área de saúde: o cuidado na dimensão ética. **Boletim Técnico do Senac**, v. 37, n. 1, p. 17-24, 2011.
- 19-DRUMMOND, J. G. F. O princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. In: I Simpósio Iberoamericano de Direito Médico, 2000. Montevideu. Disponível em: http://www.ibemol.com.br/sodime/artigos/BIOETICA_DIREITO_MEDICO.htm. Acesso em: 21/07/2015.
- 20-DUARTE, S. J. H; MAMEDE, M. V; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, v; 18, n. 4, p; 620-626, 2009.
- 21-DUSILEK, D. Os desafios contemporâneos da bioética. PALESTRA PROFERIDA EM COMEMORAÇÃO AO DIA DO MÉDICO, Rio de Janeiro. Disponível em: http://fanut.ufg.br/up/128/o/BIOETICA_DESAFIOS_CONTEMPORANEOS.pdf >. Acesso em: 11/08/2015.
- 22-EKSTERMAN, A. relação médico-paciente na observação clínica. In: XV CONGRESSO PANAMERICANO DE GASTROENTEROLOGIA, 1977, Rio de Janeiro. **Curso de Medicina Psicossomática**. Disponível em http://medicinapsicossomatica.com.br/doc/relacao_medicipaciente_obsclinica.pdf. Acesso em: 11/08/2015.
- 23-FALASCO, M. Relación médico-paciente: jerarquización de la autonomía del paciente. **Acta Bioquím Clín Latinoam**, v. 39, n. 2, p. 253-254, 2005.
- 24-FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1. p. 129-136, 2013.
- 25-FORTES, P. A. C. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 25-29, 2008.
- 26-GARCÍA, J. J. Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. **Cuadernos de Bioética**, XXIV, p. 67-76, 2013.
- 27-GONDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Revista HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.
- 28-GOLDIM, J. R. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 1, p. 58-63, 2009.
- 29-GOUVEIA, V. V. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 431-443, 2005.
- 30-GRINBERG, M. Conheço&aplico&comporto-me identidade bioética do cardiologista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n.1, p. 91-95, 2004.

- 31- GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, suppl. 1, p. 1497,1508, 2010.
- 32-KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 106-110, 2005.
- 33- LEANDRO, A. S. S.; LEANDRO, M. E. Transmissão de valores no seio da família, persistências e mudanças. **Actas dos ateliêrs do Vº Congresso Português de Sociologia**.
- 34-LEFEVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade**, v; 12, n. 2, p; 68-75, 2003.
- 35-LÉVINAS, E. **Humanismo do outro homem**, Petrópolis: 4 ed,2012.
- 36-LLUECA, E. O. Bioética personalista y bioética utilitarista. **Cuadernos de Bioética**, XXIV, p. 57-65, 2013.
- 37-MALVAREZ, S. El reto de cuidar em um mundo globalizado. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 520-530, 2007.
- 38-MARQUES FILHO, J.; HOSSNE, W. S. Albert Schweitzer e a filosofia da "ética de respeito a vida". **BIOETHIKOS**, v. 7, n. 3, p. 206-210, 2013.
- 39-MATOS, G. E. C. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. **Revista Bioética**, v. 15, n. 2, p. 196-213, 2007.
- 40- MEC. **SAÚDE**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em 21/07/2015.
- 41-MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In: MERHY, E.E. **Saúde- a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: 2002, p. 93-112.
- 42-MONTE, F. Q. A ética na prática médica. **Revista BIOÉTICA**, v. 10, n. 2, p. 31-46, 2002.
- 43-MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2001. P. 45-66.
- 44-NOBRE, M. R. C. Qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v. 64. n. 4, p. 299-300, 1995.
- 45-NOBRE, A. L. S. D.; DIAS, O. V.; LEITE, M. T. S.; FREITAS, D. M.; COSTA, S. M. Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 373-86, 2015.
- 46-OLIVEIRA JÚNIOR, E. Q.; OLIVEIRA, E. Q.; OLIVEIRA, P. B. Q. Autonomia da vontade do paciente x autonomia profissional do médico. **Relampa**, v. 26, n. 2, p. 89-97, 2013.
- 47-PICASSO, E. E.; COSME, A. L. E. Principales Corrientes filosóficas en bioética. **Bol Med Hosp Infant Mex**, v. 67, p. 196-203, 2010.
- 48-PONTES, A. C.; ESPINDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; SANTOS, M. Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. **BIOETHIKOS**, v.1, n.1, p. 68-75, 2007.

- 49-PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 599-605, 2009.
- 50-RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo, 3. ed. Martins Fontes, 2008.
- 51-REIS, S. L. A; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.
- 52- RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.
- 53- SÁ, L. V.; OLIVEIRA, R. A. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 12, n. ½, p. 5-14, 2007.
- 54-SCHARAMM, F. R. A bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 609-615, 2002.
- 55-SCHÖNECKER, D.; WOOD, A. W. A “fundamentação da metafísica dos costumes” de Kant- um comentário introdutório. 1. ed. São Paulo, Edições Loyola, 2014.
- 56-SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.2. p. 580-588, 2004.
- 57-SEMPlici, S. Um direito fundamental: o mais elevado padrão de saúde. In.: PORTO, D.; GARRAFA, V.; MARTINS, G. Z.; BARBOSA, S. N. **Bioéticas, Poderes e Injustiças-10 Anos Depois**, Brasília, 2012, p. 323-340.
- 58- MEC. **SAÚDE**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em 21/07/2015.
- 59-SGRECCIA, E. A bioética personalista. **BIOETHIKOS**, v. 3, n. 2, p. 265-267, 2009.
- 60-SIQUEIRA, J. E. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos do Brasil. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 85-95, 2008.
- 61-SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 35-43, 1998.
- 62-SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface**, v. 11, n. 23, p. 619-635, 2007.
- 63-UNESCO.Declaração Universal dos Direitos Humanos. Brasília, 1998. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acesso em 21/07/2015.
- 64-USA-Department of Health & Human Services. The Belmont Report. 18 de Abril de 1979, 11 páginas. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>. Acesso em 21/07/2015.
- 65-VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar. Por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2011. P. 71-85.
- 66-WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008.

- 67-WANSSA, M. C. D. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p.105-117, 2001.
- 68-WEBER, T. A idéia de um “mínimo existencial de J. Rawls”. **KRITERION**, n. 127, p. 197-210, 2013.
- 69-ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm USP**. v. 38, n. 1, p. 21-27. 2004.

ANEXOS

ANEXO 1 - CASO CLÍNICO DE BIOÉTICA

Paciente de 72 anos, do sexo masculino, dentista. Portador de doença arterial coronariana grave, apresentando dor torácica anginosa típica aos esforços moderados. Submetido a investigação cardiológica, com cateterismo cardíaco demonstrando presença de lesões coronarianas obstrutivas críticas em principais artérias coronárias associado à disfunção ventricular esquerda. Indicativo de tratamento cirúrgico de revascularização do miocárdio em virtude da gravidade das lesões coronarianas.

Paciente viúvo de 02 casamentos. Atualmente vive em Londrina/PR, com filhos e netos deste segundo casamento. Após separação do primeiro casamento deixou duas filhas que moram em Brasília/DF. Abandonou as filhas deste primeiro casamento, tendo pouquíssimo contato com elas durante sua vida. Esposa do primeiro casamento já falecida.

Paciente ciente do seu caso clínico explica ao médico assistente que não quer ser submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio. Diz que está cansado, que já viveu bastante, e que a única coisa que quer antes de morrer é se reconciliar com as suas filhas do primeiro casamento.

O filho do paciente, oriundo do segundo casamento, médico de profissão, manifesta desejo que seu pai seja submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, para tratamento das lesões coronarianas críticas. Não aceita que seu pai receba alta hospitalar, fazendo inclusive um termo em cartório responsabilizando o hospital e o médico assistente por qualquer dano que ocorra caso seu pai seja liberado de alta do hospital.

Netos do paciente, originários do segundo casamento, falam com o avô solicitando que o mesmo se reconcilie com as suas filhas, porém somente após a cirurgia de revascularização do miocárdio. Pedem ao avô que inicialmente seja submetido ao procedimento cirúrgico, a após a recuperação do procedimento viaje para Brasília para se reconciliar com suas filhas.

ANEXO 2 - QUESTÕES NORTEADORAS DO CASO CLÍNICO

- 1) Dê sua opinião sobre a conduta a ser tomada frente este caso. Justifique a sua resposta.
- 2) Como você acha que deveria ser a abordagem do médico assistente para se estabelecer uma adequada relação médico-paciente?
- 3) Frente a este caso, comente sobre a autonomia do paciente com relação à decisão sobre sua doença.
- 4) Responda qual a relação da frase a seguir com o caso exposto. “O médico deve sempre buscar o benefício do paciente em todas as circunstâncias”.
- 5) Para assistir este caso, você identifica condutas que não deveriam ser tomadas? Justifique sua resposta.
- 6) Com relação aos familiares, como você percebe a influência deles na tomada de decisão da assistência médica?
- 7) Neste caso, você acredita que a relação médico-paciente pode ser influenciada pela família? Justifique sua resposta.

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,,
nacionalidade:, idade....., estado civil....., médico (a),
endereço:.....
....., RG:....., estou sendo convidado a
participar de um estudo denominado:

VALORES BIOÉTICOS E HUMANOS PRESENTES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO CUIDADO.

Os objetivos do presente estudo são:

OBJETIVOS GERAIS:

- a) Avaliar como são identificados os elementos formadores do cuidado humano no espaço da relação médico-paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- b) Verificar a existência de valores bioéticos na relação médico-paciente que possam influenciar na formação do cuidado
- c) Verificar a existência de elementos humanos que influenciam na formação do cuidado
- d) Demonstrar como se desenvolve o cuidado humano e as características necessárias para este processo

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um caso clínico sobre valores bioéticos, bem como responder algumas perguntas relacionadas ao caso. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita, sendo que o original da mesma será guardado pelo pesquisador até a publicação dos resultados da pesquisa e posteriormente será destruído.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios indiretos, tais como: **(melhor conhecimento da relação médico-paciente e dos elementos humanos e bioéticos importantes para a formação do cuidado).**

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos indiretos decorrentes do estudo. Assim, **(pode haver certo grau de desconforto e constrangimento da minha parte em responder ao caso clínico proposto).**

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são (**Márcio Fabiano Chaves Bastos, médico, aluno de mestrado em Bioética da PUC/PR, e Profª Dra. Marcia Regina Cubas, professora orientadora da dissertação de mestrado e do curso de Pós-graduação de Bioética da PUC/PR**) e com eles poderei manter contato pelos telefones:

(41-99303838 e 41-30765505).

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento mediante depósito em conta-corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, ... de ... de 2014.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)

Márcio Fabiano Chaves Bastos

Prof. Dra. Márcia Regina Cubas

ANEXO 4 - MODELO PARA AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A LISTA DO CORPO CLÍNICO

AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A LISTA DO CORPO CLÍNICO

Eu....., abaixo assinado, responsável pela(o)....., autorizo a realização do estudo **VALORES BIOÉTICOS E HUMANOS PRESENTES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO CUIDADO.**

a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Curitiba,..... dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Márcio Fabiano Chaves Bastos
Prof. Dra. Márcia Regina Cubas