

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA**

**MARIO MACHADO FILHO**

**AUTONOMIA E BENEFICÊNCIA NA RELAÇÃO MÉDICO-  
PESSOA: Uma Perspectiva Humanística**

**Florianópolis  
2019**



Mário Machado Filho

AUTONOMIA E BENEFICÊNCIA NA RELAÇÃO MÉDICO-  
PESSOA: Uma Perspectiva Humanística

Dissertação submetida apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Filosofia.

Orientador: Prof. Dr. Darlei Dall’Agnol

Florianópolis  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Machado Filho, Mario  
Autonomia e beneficência na relação médico  
pessoa : Uma Perspectiva Humanística / Mario  
Machado Filho ; orientador, Prof. Dr. Darlei  
Dall'Agnol , 2019.  
152 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Filosofia,  
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Filosofia. 2. autonomia. 3. beneficência. 4.  
confiança. 5. médico, pessoa. I. Dall'Agnol , Prof.  
Dr. Darlei . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Filosofia.  
III. Título.

Mário Machado Filho

**“AUTONOMIA E BENEFICÊNCIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PESSOA:  
UMA PERSPECTIVA HUMANÍSTICA”**

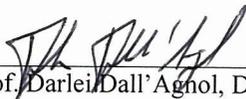
Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Filosofia”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia.

Florianópolis, 05 de julho de 2019.



Prof. Ivan Ferreira da Cunha, Dr.  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

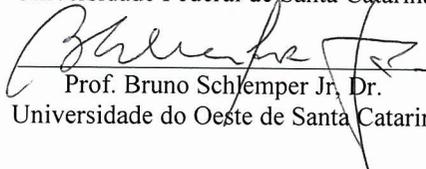


Prof. Darlei Dall'Agnol, Dr.  
Orientador

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof<sup>a</sup> Milene Consenso Tonetto, Dr<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Bruno Schlemper Jr., Dr.  
Universidade do Oeste de Santa Catarina



*A minha querida mãe, Adenide da  
Costa Machado (in memorium), que  
sempre me incentivou e jamais mediu  
esforços para que eu pudesse estudar..*



## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o resultado de uma longa caminhada, por isso preciso inevitavelmente agradecer a todas as pessoas que me apoiaram no decorrer da pós-graduação e contribuíram para o alcance do objetivo, assim como para a construção deste trabalho.

Agradeço as minhas irmãs, sobrinhos e sobrinhos-netos que sempre me acompanharam e incentivaram a seguir buscando por conhecimento.

Ao meu grande amigo, Mestre em Filosofia, Laércio Lopes Scandellari, pelo apoio e incentivo durante o curso de pós-graduação.

Ao povo brasileiro que através de seu trabalho possibilita a existência da Universidade Federal de Santa Catarina, instituição pública que oferece ensino de excelente qualidade e, que me outorgou os títulos de Médico e de Bacharel e Licenciado em Filosofia.

Ao orientador, Prof. Dr. Darlei Dall’Agnoll, que me acompanhou e apoiou desde antes do início dessa empreitada, auxiliando na busca do tema, indicando fontes bibliográficas e participação em cursos. Obrigado por compartilhar seu conhecimento, apontando sugestões importantes, sendo paciente com minhas dificuldades, sempre demonstrando seu apoio pessoal.

Aos membros da banca examinadora pelo tempo dedicado a leitura da dissertação e por emitir suas considerações.

Enfim, a todas as pessoas que, mesmo não citadas, de alguma maneira contribuíram para que meus objetivos fossem alcançados. Muito obrigado!



*Considera-se que toda arte, toda investigação e igualmente todo empreendimento e projeto previamente deliberado colimam algum bem, pelo que se tem dito, com razão, ser o bem a finalidade de todas as coisas.*

*Aristóteles*



## RESUMO

A partir do iluminismo verifica-se um importante movimento de reivindicação pelo direito individual à autonomia. Esse fato, associado ao questionamento de atitudes paternalistas em medicina e ao intenso desenvolvimento tecnológico na área biomédica, produziram prejuízos na relação entre os médicos e as *peessoas* por eles cuidadas. Insatisfeitos com esse processo, os envolvidos no ambiente clínico começam a apresentar reivindicações por humanização nos atendimentos de saúde. O método da *Medicina Centrada na Pessoa*, de Moira Stewart e colaboradores, por caracterizar-se pela valorização da narrativa dos aspectos subjetivos do enfermo e pelo caráter democrático na tomada de decisões, traz de volta o caráter humanístico para essa interação. Focalizando-se na tensão entre os princípios da autonomia e da beneficência na relação médico-pessoa, Edmundo Pellegrino & David Thomasma apresentam o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, o qual inspira-se numa filosofia da medicina focada nas virtudes e na confiança, onde a definição de qual é o *bem* da *pessoa*, quais são seus melhores interesses, dando enfoque ao ponto de vista da mesma, servem como via de abordagem humanística para dilemas que possam se estabelecer nas relações em saúde.

**Palavras-chave:** autonomia, beneficência, confiança, médico, pessoa.



## ABSTRACT

Since the Enlightenment there is an important movement of claim for the individual right to autonomy. This fact, associated to the questioning of paternalistic attitudes in medicine and the intense technological development in the biomedical area, produced damages in the relationship between the physicians and the people they care for. Unhappy with this process, those involved in the clinical set begin to present claims for humanization in health care. The method of *Person Centered Medicine*, by Moira Stewart and al., for being characterized itself by the valorization the patient's subjective narrative aspects and by the democratic character in the decision making, brings back the humanistic character to this interaction. Focusing on the tension between the principles of autonomy and beneficence in the physician-person relationship, Edmundo Pellegrino & David Thomasma present the *Beneficence-in-trust* model, which draws on a philosophy of medicine focused on virtues and trust, where the definition of what is the good of the person, which are his best interests, giving focus on your point of view, serve as a way of humanistic approaching on conflicts that can be established in health relations.

**Keywords:** autonomy, beneficence, trust, physician, person.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Sobreposições de saúde, doença e experiência da doença. ... 55

Figura 2 – Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença. ... 56



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>1. RELAÇÃO MÉDICO-PESSOA</b> .....	<b>27</b>
1.1 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	27
1.2 A ESQUIZOFRENIA: UM CASO CLÍNICO .....	36
1.3 MEDICINA CENTRADA NA.....	42
<b>2. AUTONOMIA</b> .....	<b>67</b>
2.1 CONCEITOS GERAIS E HISTÓRIA DA AUTONOMIA .....	67
2.2 O PRINCÍPIO DO RESPEITO À AUTONOMIA .....	72
2.3 OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A AUTONOMIA .....	86
<b>3. BENEFICÊNCIA</b> .....	<b>95</b>
3.1 A BENEFICÊNCIA E O BEM ENQUANTO TELOS DA MEDICINA.....	95
3.2 FILOSOFIA DA MEDICINA: ALGUNS ASPECTOS ONTOLÓGICOS, EPISTEMOLÓGICOS E ÉTICOS .....	104
3.3 BENEFICÊNCIA BASEADA NA CONFIANÇA .....	124
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>147</b>



## INTRODUÇÃO

A presente dissertação justifica-se em decorrência de clamores por humanização do atendimento em saúde e das relações estabelecidas entre médicos e demais profissionais da saúde e as pessoas por eles cuidadas. A autonomia é um dos conceitos pilares em bioética, e está profundamente enraizada na moralidade das sociedades ocidentais contemporâneas. Sua observação visa o respeito pelas escolhas realizadas pela pessoa, no que se refere a defesa de seus interesses em diferentes aspectos de sua vida, incluindo as decisões relacionadas a condução de sua saúde. O avanço das conquistas referentes a autonomia individual e questionamentos sobre atitudes paternalistas por parte dos profissionais, geraram tensões entre os princípios da autonomia e da beneficência, tornando-se importante encontrarmos mecanismos que orientem sua prevenção e abordagem. Nesse sentido, apresentamos reflexões sobre o método clínico da Medicina Centrada na Pessoa e o modelo bioético da Beneficência Baseada na Confiança, enquanto perspectivas humanísticas para a relação médico-pessoa, como orientação para a tomada conjunta de decisões em saúde.

Partindo desses pressupostos, objetivamos construir um texto que possibilite aos leitores realizar uma reflexão filosófica dentro de um prisma bioético em saúde. Seguimos destacando a importância da construção de uma ética médica e de uma filosofia da medicina que venham ao encontro dos anseios por humanização dos serviços, através da horizontalização das interações entre profissionais e usuários do sistema de saúde, valorizando a fala das pessoas e sua experiência da doença. Esse viés democrático, associado a consideração das virtudes do agente, da referência ao bem do paciente enquanto telos da medicina e da defesa dos melhores interesses de quem adoece, podem funcionar como orientação na dinâmica das consultas, prevenindo e amainando possíveis conflitos no ambiente clínico. Outro ponto importante é o incentivo a tomada de perspectivas holísticas visando a resolução dos males infligidos ao corpo, resultando na cura, vista também como recuperação da autonomia do enfermo para o retorno a uma vida considerada por ele normal. Através da descrição de um caso clínico fictício de esquizofrenia, apresentamos aspectos importantes relacionados a autonomia do paciente e atitudes de beneficência para com o mesmo, aplicando esses conhecimentos a ética prática.

Nas últimas décadas, o termo “humanização” tem estado em destaque tanto no âmbito das políticas públicas quanto das ações privadas em saúde, demonstrando uma crescente preocupação com as relações

interpessoais nessa área. Estabelecer um vínculo cordial e respeitoso entre a *pessoa* que busca atendimento sanitário e os profissionais que irão acompanhá-la tornou-se uma importante meta a ser alcançada. Esse fato não se deve apenas ao incremento de ações judiciais que possam advir de relações conflituosas, mas também da reivindicação popular e da reflexão realizada por muitos profissionais, seja no meio acadêmico ou em ambientes restritos de trabalho, de que é preciso questionar os modelos de atendimento em saúde que estão presentes, nos pressionam, e nos são impostos sem que ao menos tenhamos consciência de a eles ter aderido.

Percorrendo a história da medicina, percebe-se o distanciamento gradativo entre os médicos e as *pessoas* por eles cuidadas, a partir do advento da modernidade, com o predomínio da técnica e da ciência frente a subjetividade das experiências humanas. Outro fato importante que contribuiu para esse afastamento, decorre do advento do iluminismo e seu crescente clamor por respeito e reconhecimento da autonomia individual, no que se refere a tomada de decisões no âmbito privado. Coloca-se, então, em marcha, uma série de ponderações sobre os modelos de medicina que dominam a prática profissional em saúde, na atualidade. O médico, que sempre exerceu forte poder sobre o “seu paciente”, tem seu papel paternalista questionado enquanto pretensão detentor do conhecimento do que é melhor para a *pessoa* enferma, ainda que seja esse último aquele que realmente vivencia a todo momento a doença e suas consequências.

O resultado é um rompimento paulatino com as tradições da medicina e a passagem da visão do corpo enquanto “nossa morada” para uma concepção mecanicista do mesmo enquanto uma máquina que raciocina. Essas mudanças de concepção se caracterizaram cada vez mais pela valorização do conhecimento científico e realização de exames complementares, do que propriamente ouvir o que a *pessoa* tem a falar sobre o que sente e examinar o corpo que porta a doença. Isso decorre do fato da formação médica ter passado a focar-se no ensino das competências técnicas necessárias ao conhecimento profissional, em detrimento do aprimoramento do processo clínico em sua totalidade.

Os profissionais e a sociedade envolvidos com o sucesso das novas descobertas científicas, corroboram sem perceber, para o deslocamento da *pessoa* do cerne da atenção do médico, substituindo-a pela doença, seu diagnóstico e o estabelecimento de uma terapêutica eficaz. Esse cenário levou à supremacia do modelo chamado *Biomédico*, que apesar de suas contribuições e eficiência, reduz o ser humano ao seu conteúdo biológico percebido, valorizando a técnica a tal ponto que a relação entre o médico e a *pessoa* que busca sua atenção, fica destituída de seu aspecto interativo.

O resultado é a perda da capacidade do profissional em lidar com as questões da existência humana que estão diretamente relacionadas com o processo de adoecer e as concepções de mundo construídas individualmente a partir de vivências comunitárias.

Cada um de nós tem uma história de vida própria, interpretamos o mundo a partir de perspectivas peculiares, temos concepções religiosas, morais e políticas que influenciam nossa vida cotidiana, nossa tomada de decisões, o que não é diferente em relação ao processo de adoecer. É na contramão do modelo *Biomédico*, centrado na doença, que apresentamos o método da *Medicina Centrada na Pessoa*, de Moira Stewart et al, enquanto referência clínica de abordagem em medicina que recoloca a *pessoa* no centro da atenção do médico, como uma espécie de revolução copernicana em saúde, que põe o sujeito em foco, dando-lhe toda atenção necessária, em detrimento da doença enquanto objeto a ser encontrado via uso ostensivo da técnica. Não que a doença não seja importante, mas há um modo individual de vivenciá-la que não pode ser esquecido e que faz parte do contexto, sob risco de desconsiderarmos o valor da *pessoa* e supervalorizarmos os meios, aqui representados pelos recursos tecnológicos a disposição na área da saúde.

A *Medicina Centrada na Pessoa* vem a calhar com as reivindicações de redimensionamento da relação médico-pessoa e sua proposta de abordagem clínica valorizando a *pessoa* e sua fala, procurando compreendê-la em sua plenitude, construindo em conjunto o entendimento do quadro clínico e a tomada de decisão sobre medidas diagnósticas e terapêuticas. Por valorizar a interação entre as partes envolvidas, tem-se nesse método uma importante redução dos dilemas relacionais. No entanto, tomando em consideração as tensões existentes entre autonomia e beneficência, e o papel desempenhado por esses princípios nos conflitos em saúde, no intuito de dar uma orientação aos médicos em sua relação com as *pessoas* por eles assistidas e, melhor conduzir dilemas que possam advir dessa interação, Edmund Pellegrino & David Thomasma, em *For The Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care* (1988), propõem o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*.

Tal modelo se inscreve num amplo movimento de restauração da relevância e seriedade da ética de virtudes, além de destacar a importância do caráter fiduciário na relação médico-pessoa. Outras características são a existência de um *telos* da medicina, o *bem* do paciente, o qual culminaria com a cura da enfermidade apresentada, ou ao menos, no alívio de seu sofrimento e, a colocação sempre em destaque da defesa dos melhores interesses da *pessoa*. Pellegrino & Thomasma salientam a importância,

além da confiança, no respeito mútuo nessa relação, pois a *pessoa* deve estar segura que não se sentirá desprotegida pelo médico, que continuará a prestar cuidados paliativos, mesmo quando sua recuperação não for mais possível. Por outro lado, o médico deve estar seguro que lhe são trazidos todos os fatos referentes a doença e, que as orientações estabelecidas são observadas. A determinação de qual seria o *bem* do paciente e quais são seus melhores interesses devem ser estabelecidos a partir da boa relação médico-pessoa, dentro de uma interação de dedicação e confiança.

Através do modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* é possível abarcar-se tanto a preocupação com os melhores interesses do paciente quanto com sua autonomia, evitando atitudes paternalistas fortes e garantindo que autonomia e beneficência, que são base de importante preocupação ética em medicina, sejam sempre levadas em consideração, com vistas a evitar as tensões que podem se interpor entre ambas. Apontam, então, um guia prático para a condução de conflitos que podem se estabelecer na relação médico-pessoa, o qual se baseia no estabelecimento de quatro elementos que devem ser considerados quando da definição do que seria o *bem* do paciente. Esses elementos, que serão abordados com maiores detalhes ao longo desta dissertação, se autolimitam entre si, assegurando que suas diferentes concepções sejam estabelecidas a partir de um equilíbrio que advém da reflexão das partes.

Os autores propõem, também, quatro axiomas que objetivam preservar o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* frente a conflitos morais que possam surgir na relação médico-pessoa em decorrência de diferentes concepções filosóficas e religiosas, e que possam abalar a boa atmosfera do ambiente terapêutico. Os axiomas são: 1) a liberdade de ambas as partes de informar suas decisões e agir como agentes morais, 2) a consciência do médico de sua maior responsabilidade por ser ele o detentor do conhecimento de fato, 3) a necessidade de integridade moral no caráter do médico e, 4) o dever do médico em compreender e respeitar os diferentes valores morais do paciente sem abandoná-lo frente ao que é certo e melhor em cada decisão.

A aplicação de uma ética que valoriza o compartilhamento de decisões, confiança, beneficência e virtudes, deve-se a sua fundamentação em uma filosofia da medicina de cunho humanístico, o que proporcionaria o alívio de tensões existentes entre teorias deontológicas e utilitaristas, entre o paternalismo histórico dos médicos e as reivindicações de respeito à autonomia das *pessoas*. Sua implementação, carece de mudança no comportamento de todos os envolvidos nos processos em saúde.

O reconhecimento da importância da humanização em saúde gera uma necessidade de implementação prática de modelos que possam contribuir para a disseminação desse conceito entre os médicos. Nesse sentido, um ponto importante a ser destacado é a opção por denominarmos, em nossa pesquisa, aquele que procura os serviços de saúde como *pessoa*, e não como *paciente*, ainda que essa última expressão seja também encontrada ao longo da dissertação.

A *pessoa* é um agente capaz de autodeterminação, portadora de direitos e deveres, que tem uma história de vida onde agregou valores e construiu visões de mundo, enquanto o *paciente* se caracteriza por sua passividade, não sendo assimilado a partir de seus próprios sentidos e perspectivas. Assim, a denominação *pessoa* nos parece estar mais de acordo com as perspectivas tanto da assistência clínica quanto da relação entre a profissional e quem é por ela cuidado, além de vir ao encontro tanto do método da *Medicina Centrada na Pessoa* quanto do modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, devido as características humanísticas de ambos.

O médico habituado a atitudes paternalistas fortes e a definir tratamentos unilateralmente, vê-se diante das crescentes reivindicações de respeito à autonomia individual, necessitando de diretrizes atualizadas para se situar diante dos novos desafios que se impõem no exercício de suas atividades. A pessoa que faz uso do sistema de saúde, pelo fato de ter sua autonomia respeitada e ter acesso a informações sobre doenças e tratamentos, pode perceber-se portadora de conhecimentos e capacidades plenas de decidir de modo isolado o que é melhor para si. Esquece que nem toda informação reflete conhecimento e que o discernimento sobre determinada condição advém, também, de anos de formação teórica e experiência prática. Assim, destacamos a importância do diálogo entre as partes interessadas e, nesse quesito, tanto a *Medicina Centrada na Pessoa* quanto a *Beneficência Baseada na Confiança* são pródigios, possibilitando que os mais diferentes aspectos inerentes ao contexto clínico, sejam amplamente discutidos de forma humana e democrática, o que incrementa seu êxito.

Iniciamos o primeiro capítulo abordando a questão da humanização em saúde e o ponto central que ocupa nas relações interpessoais que se estabelecem nessa área do conhecimento. Em seguida apresentamos uma breve descrição sobre o quadro nosológico conhecido como esquizofrenia, ilustrado com um caso clínico (fictício), o qual pretende-se ser o ponto de referência para as considerações éticas práticas a serem realizadas ao longo da explanação, no embricamento com as considerações teóricas. O capítulo se encerra com a descrição do método

da *Medicina Centrada na Pessoa*, como surgiu, sua proposta enquanto técnica holística de abordagem em saúde, sua oposição ao modelo tradicional dito *Biomédico* e, a importância da mudança de paradigma que o mesmo representa.

O ponto central do segundo capítulo é o conceito de autonomia, sendo abordado em suas peculiaridades quando teorizado por diferentes autores, procurando agregar conteúdo que contribua para o debate referente a esse tema. Alguns dados que merecem destaque sobre a história da autonomia são citados. Apresentamos com mais detalhes o princípio do respeito à autonomia conforme desenvolvido por Beauchamp & Childress, suas implicações em bioética, seus limites teóricos e tensões que podem ser estabelecidas a partir dele.

No terceiro capítulo, discorremos sobre a beneficência, diferenciando-a da benevolência, apresentando suas implicações dentro da teoria principialista de Beauchamp & Childress, tecendo algumas considerações de outros autores sobre a mesma, até chegarmos no modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, suas contribuições para a resolução de conflitos no *set* clínico, suas relações com outras teorias, assim como suas limitações. O conceito de *bem*, a definição do que seria o *bem* da *pessoa* e a explanação de alguns aspectos da filosofia da medicina, também são abordados.

Assumimos aqui o desafio de apresentar uma dissertação em ética prática que visa uma abordagem humanística em saúde. Escolhemos um caso clínico de psiquiatria por considerarmos as dificuldades inerentes a essa área da medicina. Desse modo, nos mantemos em sintonia com a aplicação de um modelo de medicina abrangente que não permite que se desvie o olhar daquele que deve ser o centro da atenção do médico, a *pessoa* que adoece e procura os serviços de saúde com vistas a receber suporte e acolhimento para se restabelecer. Aproveitamos a ocasião para destacarmos que as traduções das referências bibliográficas em língua estrangeira, constantes ao longo do presente texto, são todas de nossa autoria.

## 1. RELAÇÃO MÉDICO-PESSOA

As reivindicações por humanização se tornaram importante foco de debate na área da saúde. A implementação de modelos de relação<sup>1</sup> entre os médicos e as *pessoas* que buscam por atendimento clínico, que se caracterizam por apresentar em seu bojo uma preocupação com uma atenção holística, converteram-se em objetivo a ser alcançado tanto por políticas públicas quanto iniciativas privadas. Segundo Pellegrino (2008), a humanização em saúde caracteriza-se pela adoção de uma teoria ética que tenha em conta as limitações causadas a uma *pessoa* inerente ao fato da mesma estar sob o impacto de determinada doença que a impede de viver sua vida plenamente, levando-a a uma situação de desigualdade perante os demais saudáveis.

Ao professar a medicina os médicos assumem a obrigação intrínseca de restaurar o caráter humanístico da relação com quem assistem, uma vez que obrigações específicas derivam do exercício profissional. É fundamental o respeito à dignidade humana para que o indivíduo não se torne vulnerável em decorrência do sofrimento causado por uma doença. Passamos, então, a seguir, a fazer algumas considerações sobre determinadas questões que envolvem a humanização em saúde. Para uma melhor compreensão do contexto da pesquisa e o que pretendemos em termos práticos, fazemos uma explanação sobre a esquizofrenia, acompanhada de um caso clínico fictício sobre a mesma. Encerramos o capítulo discorrendo sobre o método clínico da *Medicina Centrada na Pessoa*, o qual está relacionado aos anseios de humanização em saúde.

### 1.1 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O contexto cultural no qual estamos inseridos têm demasiada influência sobre nossas concepções de “cura” e “doença”. O desenvolvimento tecnológico realizado pela ciência moderna possibilita o manuseio de diversas patologias através de intervenções médicas antes impensadas. Essas inovações também estão presentes na área da saúde mental, onde o progresso das pesquisas em neurociências demonstram

---

<sup>1</sup> “Relação é o modo de ser ou comportar-se dos objetos entre si” (ABBAGNANO, 2012, p. 990). Por conseguinte, uma relação nunca se dá numa via de mão única, é necessário que existam pelo menos dois elementos em questão.

cada vez mais o cérebro como um órgão físico no mesmo sentido dos demais, afastando concepções metafísicas que costumam povoar de sentidos mágicos o seu funcionamento.

Desse modo, os transtornos mentais passaram a ser percebidos como mal desempenho do sistema nervoso, possibilitando uma abordagem mais compreensiva e tolerante de seus portadores, deixando-se de culpar a *pessoa* por seu infortúnio. Por outro lado, a psiquiatria por considerar os fatores psicossociais que envolvem a saúde e o bem-estar do indivíduo e sua inter-relação com o processo de adoecer, tem demonstrado preocupação com a supervalorização da técnica que pode levar a possibilidade, de modo sistêmico, de se negligenciar os cuidados relacionados ao “ouvir” o paciente (SADOCK & RUIZ, 2017).

A descaracterização da relação médico-pessoa ao perder seu aspecto interativo, fez com que surgissem queixas referentes ao excesso de tecnicismo e predomínio do conhecimento científico frente aos aspectos inerentes a medicina enquanto “arte”. A consulta médica foi restringida a uma mera narrativa de fatos e números, estritamente relacionados a queixa do paciente, visto como um conjunto de órgãos e sistemas em mal funcionamento e, para o qual, o médico recorrerá aos mais modernos recursos tecnológicos com o objetivo de proporcionar o restabelecimento de sua saúde.

No Reino Unido, onde primeiro se verificou a necessidade de investigar os descontentamentos da população com o atendimento prestado nos serviços de saúde, pesquisas demonstraram que havia uma queixa frequente de desumanização do atendimento e um clamor pelo retorno do chamado “bom médico”, concebido como aquele que “escuta”. O resultado foi uma guinada no sentido de aprofundar os estudos e incluir no currículo das faculdades de medicina uma preocupação com a formação humanística dos novos profissionais. Esse movimento foi gradativamente alcançando outros países ao redor do mundo (SOUSA, GALLIAN & MACIEL, 2012).

A vontade de ajudar seu semelhante em sofrimento, decorre da empatia natural que se estabelece entre os seres humanos. Assim, “as pessoas tendem a reconhecer o termo ‘bom médico’ como sendo um rótulo descritivo que denota que o médico alcançou determinadas competências desejadas” (SOUSA, GALLIAN & MACIEL, 2012, p. 165), através da incorporação do que costumamos chamar de virtudes. Partindo dessa perspectiva, a ética de virtudes funciona como parâmetro para o funcionamento da medicina dentro de um contexto que aponta diretrizes práticas almejadas no exercício da profissão. Embora seja difícil alcançar um consenso sobre quais características são patognomônicas do

perfil do “bom médico”, é evidente que a educação médica deve acrescentar ao caráter dos futuros profissionais qualidades humanas e, evitar vícios de comportamentos não desejáveis.

A relação médico-pessoa humanizada é uma ferramenta que incrementa a confiança entre as partes. Assim, enquanto as disciplinas da área de humanas se ocupam em registrar e interpretar as experiências humanas, as humanidades médicas fazem o mesmo ao documentar as experiências vivenciadas no processo de adoecer e tornar-se dependente em consequência de sequelas ou intervenções médicas. É importante que não se perca a perspectiva do corpo humano enquanto encontro das dimensões naturais e existenciais da vida da *pessoa*, e esse é um ponto enfatizado pelas humanidades médicas que nos fornecem ferramentas para reconhecermos e sabermos lidar com essa problemática, ao fornecer conhecimento interdisciplinar integrado e substancialmente filosófico. Esse último dado é importante devido a ser característica do filósofo manter-se curioso e obstinado na busca de novas e melhores respostas diante do que já nos é dado como certo (EVANS, 2002).

As ciências biológicas se dedicaram a compreender, explicar e delimitar seu campo de estudo no que se refere ao nosso aspecto animal, ao nosso corpo. Mas, o corpo não representa apenas nosso aspecto natural, ele é também o veículo de nossas experiências existenciais. A reflexão filosófica a ser feita é a de que todo o nosso conhecimento e experiências são o onhecimento e experiência de criaturas animais, que são “carne”<sup>2</sup>. Desse modo, ao intervir no corpo, a medicina não age apenas sobre o componente físico, afetando também as vivências logradas pelo mesmo. Além disso, é dessa interação que decorrem variadas respostas apresentadas por diferentes indivíduos às mesmas situações presenciadas. O corpo responde às experiências cotidianas, não somente em decorrência de sua constituição. O entendimento de tal constatação envolve a

---

2 Em Merleau-Ponty “o designio da carne, como elemento, comunga com a noção pré-socrática de liberdade como *physis*, em que não há separação entre as dimensões física, orgânica, social ou sagrada. A noção ‘carne’ refere-se a natureza humana, à essência entre a matéria, a mente e o espírito, compreendendo essa relação dentro da reversibilidade, revelando a maleabilidade do humano, sua flexibilidade e abrangência (...) A metáfora da carne amplia a concepção fenomenológico-existencial do corpo, sobretudo ao enfatizar a experiência sensível. O sensível não é a aparência confusa que precisa ser eliminada pela consciência, nem a simples objetivação da matéria física. O sensível é uma realidade constitutiva do ser e do conhecimento que se manifesta nos processos corporais” (NOBREGA, 2000, p. 95-108).

compreensão dos limites de diferentes epistemologias que caracterizam as ciências naturais e as humanidades, pondo em evidência a importância de ter-se em consideração o engajamento crítico mútuo da filosofia e da medicina (EVANS, 2001).

Remetendo-nos a história da medicina e suas tradições, encontramos referência à mesma não somente enquanto ciência, mas também como "arte", e dessa associação decorre à busca da compreensão da vida humana em sua plenitude. No entanto, com o avanço do modelo *Biomédico* de abordagem nas ciências médicas, as técnicas de interpelação passam a ser cada vez mais reducionistas, focando-se na doença, seus sinais e sintomas. Aqueles aspectos relacionados a "arte" foram sendo cada vez mais deixados de lado, mas gradativamente tem voltado a pauta de prioridades em decorrência da demanda por uma melhor assistência médica. Dessa verificação, seguem as reivindicações por humanização em saúde, e atitudes efetivas em direção a sua concretização, objetivando a redução do abismo entre médicos e pacientes, criado pelo desenvolvimento tecnológico. Pesquisas passaram a ser feitas no âmbito das humanidades em saúde, demonstrando que para a realização de um diagnóstico preciso são necessárias tanto habilidades técnicas quanto humanas (SOUZA, GALLIAN & MACIEL, 2012).

É importante que o conceito de humanização não seja banalizado e reduzido a expressões relacionadas simplesmente a atenção e educação, no sentido de cordialidade do agente, no caso, o médico. A humanização do sujeito faz parte de um processo milenar de evolução cultural e transmissão de valores através da comunicação entre pessoas. O humano se estabelece através de um processo ontológico de constituição do sujeito vinculado a vivência inter-relacional, determinando a qualidade da construção do mundo psíquico de cada um. Várias são as descobertas das ciências que apontam para a dimensão da construção do desenvolvimento moral entre nós humanos.

As neurociências têm demonstrado que processos cerebrais como empatia e inteligência social, estão relacionados a complexidade e variedade cultural de nosso mundo social repleto de códigos morais. O denominado sistema de "neurônios-espelho", ao que tudo indica, parece refletir ações realizadas através da codificação de uma correspondência funcional entre a ação motora e sua percepção funcional. Assim, a base moral de nossa evolução social está relacionada as bases biológicas de nossa capacidade empática, a qual, determina a construção de papéis sociais dos quais decorrem distintas expectativas e sanções a que seremos submetidos (MOLNAR-SZAKACS, 2011).

Ao aderir a um modelo de ciência baseada na experimentação, foi possível uma ampliação dos conhecimentos em medicina, que agregado a novas tecnologias, impulsionou consideravelmente suas práticas. Todavia, esse modelo hoje conhecido como *Biomédico* passou a desconsiderar a vida psíquica das *pessoas* e os fenômenos a ela relacionados, afirmando que os mesmos não são mais que uma compilação de dados inúteis ao diagnóstico e terapêutica, que tomam o tempo do profissional e o confundem, sendo apenas um estorvo na condução dos casos. Assim, no contexto atual, o modelo biomédico passou a ser o:

Paradigma da medicina da modernidade e em vários sentidos bastante eficiente, o modelo “biomédico” trabalha com a visão do ser humano limitado ao escopo biológico apreensível pelas ciências naturais e desenvolveu uma técnica de intervenção, nesse âmbito biológico, reduzida ao uso da tecnologia destituída de seu potencial interativo, caracterizando uma técnica na pós-modernidade (ou modernidade tardia ou ainda supermodernidade) a que se pode chamar de tecnicismo. Tecnicismo seria então a valorização excessiva dos recursos tecnológicos em detrimento de outras dimensões partícipes de uma situação técnica, isto é, uma situação em que a relação entre sujeitos paute-se tão somente nos procedimentos instrumentais de dada intervenção, destituindo-se das dimensões ‘pessoais’ como a ética e a moral e destituindo-se, ainda, de outras dimensões da vida social de que os sujeitos em interação são representantes, como a cultura, os contextos socioeconômicos, as crenças pessoais (religião ou outras), enfim, vários outros determinantes da saúde e suas vicissitudes” (RIOS & SCHRAIBER, 2012, p. 10).

Como podemos observar, no modelo *Biomédico* os aspectos da dimensão pessoal de quem procura atendimento em saúde ficam relegados a segundo plano, podendo, até mesmo, serem negligenciados. O médico fica, então, menos caracterizado como cuidador e muito mais como um teórico do corpo físico e funcional. O que se segue é a valorização excessiva dos recursos tecnológicos, favorecendo a indústria farmacêutica e de biotecnologia. O foco desse modelo é o entendimento do funcionamento do corpo humano, a fisiopatologia das enfermidades

por ele sofridas, e o substrato patológico a ser encontrado e descrito, isolando assim, o corpo da mente que dele faz parte.

Desconsiderando o emocional, o físico passa a ser o único ponto de atenção, ocorrendo uma redução e facilitação da compreensão dos fenômenos envolvidos na abordagem de uma doença. Ao afastar o conteúdo emocional da pessoa da cena clínica, excluimos as vivências emocionais e as bases culturais que determinam o sentido e a qualidade de nossa existência e o modo como percebemos o binômio saúde-doença (MARCO et al., 2013).

Porém, a tendência de ter-se em consideração apenas os aspectos biológicos do indivíduo, mostrou-se insatisfatória para a relação médico-pessoa, tornando-se cada vez mais evidente a necessidade de se preconizar os aspectos emocionais, éticos e estéticos da formação de novos profissionais que possibilite uma reaproximação com o seu objeto de trabalho, a *pessoa*, para que ademais os conhecimentos sobre as doenças, se tenha uma capacidade de comunicação com e de compreensão do outro.

Nesse contexto, preceitos morais são incorporados através das vivências, pois desaparece de cena os aspectos que condicionam a submissão de quem está doente à autoridade de quem detém o conhecimento para tratá-lo. Ao tomarmos essa perspectiva, colocamos em evidência a contribuição fundamental para a humanização do *set* clínico dada através do contato com disciplinas como a filosofia, antropologia, psicologia e sociologia. Assim, ao ampliarmos nossa formação, verificamos que:

O conhecimento e o reconhecimento das emoções (em si e no outro) e seu manejo apropriado contribuem, decisivamente, para construir um campo emocional favorável ao desempenho da tarefa médica. Quem já tem experiência nesse campo, reconhece prontamente a enorme diferença para a relação que advém, por exemplo, da capacidade de continência e empatia, bem como pela observação e manejo da dinâmica transferencial/contratransferência (DE MARCO et al., 2013, p. 689).

Através dessas observações percebemos que mesmo sendo impossível oferecer um preparo humanístico completo ao profissional

médico durante sua formação, é de fundamental importância disponibilizar-lhes referências que contribuam para a reflexão e aprimoramento das relações humanas que somente se expandem e se concretizam ao longo do percurso da vida. O contato com as humanidades permite a transformação do profissional ao mudar sua visão de mundo e suas perspectivas sobre o viver, ampliando-as ao “abri-lo”<sup>3</sup> para esse mundo.

Ao instigar no profissional sua auto-observação e a observação do outro, munido de conhecimentos os quais podem instrumentalizar e flexibilizar a tomada de atitudes frente a situações nem sempre previsíveis que se impõem no cotidiano profissional, espera-se favorecer o acolhimento e compreensão da pessoa a quem dedicamos nosso trabalho. Assim, preparamos o profissional para atuar de modo a não deixar-se levar pela tentação condicionada pela mediação tecnocientífica, a qual, influencia nosso modo de perceber o mundo e nele estar. Isso não significa que os avanços científicos representam um passo mal dado pela humanidade, muito pelo contrário. O que pretendemos destacar são os efeitos indesejados causados pelo excessivo destaque dado às ciências e às técnicas em todos os aspectos de nossas vidas, inclusive no campo das relações humanas, resultando em um processo contínuo de desumanização das mesmas.

A desumanização do homem estaria relacionada com o nosso afastamento radical, na modernidade, da realidade da vida, a partir do momento que saímos do natural para o artificial. A vida, cuja realidade, antes nos era dada, passa agora a requisitar que sejamos nós os agentes dessa implementação. Os aspectos humanísticos, assim, passaram a ser deixados de lado, afastando-se cada vez mais o homem dos conteúdos relacionados a sua humanidade. O homem contemporâneo, desumanizado, é absorvido pela intensa necessidade de produção e consumo, o que o afasta cada vez mais de suas preocupações com seu conteúdo existencial. No âmbito do ensino superior as humanidades em saúde foram progressivamente desaparecendo do escopo da educação, sendo reduzida nos currículos a disciplinas que possibilitam a formação

---

3 Em Heidegger, no conceito de “abertura”: “o Dasein (que é o ente que compreende o ser. Somos nós, ou antes, a cada vez, eu) está aberto para si mesmo, para as coisas e para os outros. Ele o está como ser no mundo, existente, mantendo aberta sua própria abertura. A abertura não é um ‘estado’ nativo - luz natural, mas aquilo que deve ser sustentado - compreensivamente, discursivamente, sentimentalmente - e, o que é mais frequente, sob o modelo de refechamento (DUBOIS, 2004, p. 221).

de uma cultura geral. No entanto, todo esse processo levou o homem a adoecer e, ao perceber esse fato, querer reagir (ORTEGA Y GASSET, 1999).

Fazendo parte dessa reação, o projeto de retorno das humanidades na educação, intenciona fornecer ao futuro profissional, ferramentas de base sólida e adequada que possibilitem o enfrentamento crítico da realidade em que estamos inseridos. A ideia aqui embutida é de que as humanidades são um importante e fecundo instrumento de aperfeiçoamento das ciências, de maneira que não sejam apenas um meio de ilustração, mas que contribuam para a formação de indivíduos “capazes de questionar em regra as regras que aprenderam, e ser capazes de inovar na pesquisa” (RIBEIRO, 2001, p. 17). O resultado são indivíduos aptos a perceber o seu entorno de modo mais amplo, lançando um novo olhar sobre a realidade, fundamentado no conhecimento em decorrência da profunda transformação desencadeada no próprio sujeito que se informa e atua. As humanidades possibilitam um processo de transformação do ser a medida que ampliam a esfera de nossa consciência tornando-nos mais humanos.

As políticas de humanização em saúde, embasadas eticamente e dentro da lei, requerem conscientização profissional, social e política. Urge melhorar a assistência em saúde e, para tal, é preciso que se assumam de forma individual e coletiva a dimensão ética e humanística da formação do médico e demais membros da equipe de saúde, o que contribui para a melhora da qualidade da assistência e, conseqüentemente, da vida das *pessoas*.

No Brasil, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH), objetivando o aprimoramento e qualificação de práticas de gestão e atenção sanitárias. O fenômeno da desumanização em saúde revela mais que falhas individuais de relacionamento, o que manteria o debate apenas no âmbito da moral. Além da capacitação dos profissionais através de uma educação humanística visando eliminar atitudes desumanizadoras na atenção em saúde, as quais são também expressas através de formas de precarização do trabalho, da carência da estrutura das unidades sanitárias, das extensas filas de atendimento, do baixo poder aquisitivo da população para arcar com os custos referentes a medicamentos e outras necessidades promotoras de seu restabelecimento, entre outras demandas, precisam ser solucionadas.

Na esteira do “Humaniza SUS”, o Ministério da Saúde aprovou em 13 de agosto de 2009, a portaria nº 1820, que dispõe sobre os “Direitos e deveres do usuário do Sistema Único de Saúde”, onde em seu Artigo 4º, afirma que “toda pessoa tem direito a tratamento humanizado e acolhedor,

realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”. Parágrafo único: “é direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência”, dando ao usuário, em seu texto, algumas garantias. Artigo 5º “Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde”, também seguido de algumas garantias (Diário Oficial da União. Brasília – DF: Imprensa Nacional, nº 155, seção 1, p. 80, 14/08/2009).

Ademais a adoção de medidas legislativas, a construção de um sistema de saúde humanizado, passa por um processo de transformação das estruturas da forma de trabalhar e, também, das pessoas envolvidas. É preciso adotar mudanças realmente transformadoras que possibilitem combinar a objetificação científica do processo saúde/doença/intervenção com perspectivas humanísticas de abordagem do sujeito em sua totalidade biopsicossocial, respeitando sua história e narrativa desde o início do acolhimento da *pessoa*, no momento de identificar-se, passando pelo processo diagnóstico e de intervenção.

Conforme já citado na introdução, definimos aquele que busca por serviços de atenção a saúde como *pessoa*. O conceito de pessoa pode ser definido enquanto: “(i) agente, capaz de autodeterminação; (II) portador de direitos e obrigações (DALL’AGNOL, 2019, p. 638)”. Vinculando os conceitos de pessoa e agência, concluímos do ponto de vista jurídico que pessoas são agentes portadores de direitos e obrigações. Desde uma perspectiva filosófico-teológica, Edith Stein (1996) define ‘pessoa’ enquanto indivíduo humano dotado de espiritualidade, destacando-se por sua consciência imediata de si mesmo, capacidade de reflexão, expressão e comunicação, percepção de valores. Recorrendo a Boécio, ela define pessoa enquanto essência individual de natureza racional, o que aproxima da concepção religiosa de pessoa enquanto membro da espécie humana. Em Kant (2009) verificamos o conceito de pessoa enquanto “fim em si mesmo”. Mas, Locke, também apresenta uma definição de conotação ética ao afirmar que uma pessoa é “um ser inteligente pensante que tem razão e capacidade para refletir e que pode se considerar como tal, a mesma coisa pensante, em diferentes momentos e lugares” (1980, p. 280, apud DALL’AGNOL, 2019, p.236).

Vários outros conceitos de pessoa nos são apresentados ao longo da história da filosofia, no entanto, visando nossos objetivos, concordamos com Drummond que:

A definição de pessoa supõe a afirmação da atitude de conscientização e a negação dos instrumentos de manipulação. Excede a noção de indivíduo por seu aspecto relacional, por sua inserção social. Embora possa haver aspectos conflitantes de natureza filosófica, religiosa e científica, entende-se geralmente por pessoa o ser humano consciente, dotado de corpo, razão e vontade, autônomo e responsável. Todavia, a conceituação de pessoa ainda não é uma questão de fato ou de direito, mas uma tarefa humana que urge se construir ou desvendar (DRUMMOND, 2014, P. 29).

Não pretendemos aqui aprofundar ou esgotar o conceito de pessoa, mas apenas aderir a uma definição que esteja em sintonia com a proposta de humanização em saúde, que coloque médico e *pessoa* num mesmo plano, democratizando a relação entre ambos, conhecendo-se, compartilhando decisões, construindo um plano clínico. Esclarecemos, que não pretendemos trazer ao texto um conceito de pessoa que tenha um significado estritamente jurídico.

Vimos até o momento as reivindicações por retorno a posturas e ações de cunho humanístico em saúde, relatando algumas experiências e descrevendo o processo que determinou seu abandono nas práticas cotidianas em saúde. Dando continuidade, passaremos a tecer considerações sobre o quadro clínico denominado de esquizofrenia, com vistas a compreensão do mesmo, viabilizando a introdução da problemática que venha a se estabelecer em consequência do seu desencadeamento.

Também, apresentaremos o método clínico da *Medicina Centrada na Pessoa*, enquanto abordagem humanística da relação médico-pessoa, fazendo a intersecção com um caso clínico fictício de esquizofrenia, idealizado para ilustrar os aspectos práticos envolvidos nesse debate.

## 1.2 A ESQUIZOFRENIA: UM CASO CLÍNICO

O quadro clínico hoje definido como esquizofrenia apresenta descrições de seus sintomas comumente observados em relatos de médicos ao longo da história desde a Grécia antiga, mas foi somente no século XIX que foi determinada como condição médica a ser diagnosticada e tratada. O termo foi criado por Eugen Bleuler (1857-1939), e escolhido por expressar as fragmentações e rupturas que se apresentam entre o pensamento, as emoções e o comportamento daqueles

que por ela são acometidos. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns e graves, sendo sua natureza ainda desconhecida e, seu diagnóstico baseado na história psiquiátrica e na avaliação do estado mental, não havendo nenhum exame complementar, laboratorial ou de imagem, além de testes psicométricos, que possam contribuir isoladamente para a elucidação total do quadro e definição diagnóstica. Portadores desse transtorno e seus familiares costumam sofrer ostracismo e serem negligenciados pela comunidade em que vivem, em decorrência do desconhecimento e das fantasias que rondam seu quadro nosológico. (KAPLAN & RUIZ, 2017).

A principal dificuldade para aqueles que lidam com *pessoas* que apresentam transtornos psiquiátricos é fazer o diagnóstico de esquizofrenia, o que decorre do fato da multiplicidade de sintomas que podem evidenciar-se em consequência a diferentes comprometimentos cognitivos e emocionais, afetando a percepção, o pensamento, a memória, a linguagem e o comportamento. O resultado é um amplo prejuízo da vida pessoal nas mais diferentes esferas: trabalho, educação, vida comunitária, vida afetiva etc...

Não há um sintoma patognomônico, aquele próprio de cada doença e cuja identificação permite um diagnóstico preciso e, os apresentados costumam ser agrupados em positivos, aqueles que expressam algo que deveria estar ausente, como as alucinações, e negativos, que dizem respeito à ausência de algo que deveria estar presente, como o embotamento afetivo<sup>4</sup>, por exemplo. Para fins elucidativos, os sinais e sintomas da esquizofrenia costumam ser classificados em três dimensões distintas: psicótica, desorganizada e negativa, no entanto não nos aprofundaremos em detalhes sobre essa classificação (ANDREASEN & BLACK, 2009).

Assim, podemos considerar a esquizofrenia como uma síndrome clínica heterogênea, com uma prevalência que varia de 0,3% a 0,7% entre a população mundial, tendo igual incidência em ambos os sexos, porém, diferindo em relação à idade de início e ao curso dos casos, costumando apresentar manifestações em idade mais precoce (inferior a 30 anos), quadros clínicos mais graves e com pior prognóstico, além de história de suicídio maior entre os homens. O início do aparecimento dos sintomas pode dar-se de forma insidiosa ou abrupta, mas a grande maioria das *pessoas* manifesta um desenvolvimento lento e gradativo de uma gama

---

4 Embotamento afetivo: “redução significativa da intensidade da expressão emocional” (DSM – V, 2014).

variada de sintomas. Em torno de 20% dos acometidos apresentam um curso favorável e um pequeno grupo consegue remissão completa quando tratados, mesmo assim, permanecerão necessitando de apoio formal ou informal ao longo de suas vidas, ainda que menos intenso que os portadores de quadros mais graves (DSM-5, 2014).

O diagnóstico é ainda mais difícil e raro na infância e, deve-se atentar para o diagnóstico diferencial com outros quadros psiquiátricos mais comuns nessa faixa etária como transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos do espectro autista. O início de sintomas em idade precoce costuma ser visto como um mal preditor para a evolução da doença. Entre as mulheres a incidência da esquizofrenia é um pouco menor, com aparecimento dos primeiros sintomas mais frequentemente após os 30 anos de idade, com um segundo pico na meia-idade. Os sintomas psicóticos costumam ser mais proeminentes e carregados de afeto entre elas, assim como a piora do quadro psicótico no final da vida. Início precoce dos sintomas, drogadição, história de tentativas anteriores de suicídio, sintomas depressivos, desesperança, episódios psicóticos e alta hospitalar, recentes, estão mais relacionados a tentativa de suicídio. Indivíduos masculinos, jovens, em uso comórbido de substâncias psicoativas ilícitas, apresentam maior risco de suicídio, obtendo êxito em uma de cada dez tentativas (DSM-5, 2014).

Observa-se nos portadores de esquizofrenia um comprometimento significativo de suas interações afetivas e comunitárias, bem como de seu desenvolvimento escolar e profissional, prejudicando em graus variados seus desempenhos laborais e de aprendizagem. Quando empregados desempenham funções inferiores àquelas desenvolvidas por seus pais. Os homens, principalmente, não se casam e costumam interagir apenas no ambiente familiar, com pouca atividade na comunidade onde estão inseridos. Nos Estados Unidos estima-se que 15% a 45% da população de moradores de rua seja esquizofrênicas. O avanço no desenvolvimento de drogas antipsicóticas mais efetivas, a mudança nas políticas de saúde em relação aos direitos dos pacientes psiquiátricos, a mudança da perspectiva da comunidade em relação ao portador de transtornos mentais, têm contribuído para a humanização do tratamento e das relações com essas pessoas. Entre aqueles que ocupam leitos hospitalares em enfermarias psiquiátricas, 50% são pessoas esquizofrênicas, as quais representam 16% de toda a população que recebe atenção médica nessa área (SADOCK & RUIZ, 2017).

O DSM-5 é o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, atualizado, da Associação Psiquiátrica Americana, elaborado com o objetivo de facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais

confiáveis e precisos nesta área da medicina. O mesmo está em conformidade com a *Classificação Internacional de Doenças* (CID), da Organização mundial de Saúde. Ambos são usados para dar uma maior precisão e unificação da nomenclatura e referência aos quadros nosológicos, sendo o DSM – 5 específico para a psiquiatria e psicologia.

O quadro clínico da esquizofrenia envolve uma variada gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. A combinação e a intensidade de cada um desses sintomas é bastante variável a cada caso, não havendo, como afirmado anteriormente, nenhum sintoma patognomônico ou quadro clínico padrão que possa servir de base ou referência, o que torna desafiador o trabalho de quem lida com essas *pessoas*.

No entanto, é consenso que ao menos dois sintomas do critério A devem estar presentes por um período considerável de tempo que não deve ser inferior a um mês, dos quais um deve ser a clara evidência de delírios (critério A1), alucinações (critério A2) ou discurso desorganizado (critério A3). Podem também estar associados o comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico (critério A4) e sintomas negativos (critério A5). Mesmo com a remissão dos sintomas por mais de um mês após tratamento efetivo, caso o médico acredite que os sintomas do critério A estariam presentes se a *pessoa* não fosse tratada, ele pode considerá-los como satisfeitos. Atividades a serem desempenhadas em diferentes áreas da vida cotidiana costumam estar prejudicadas em diferentes aspectos (critério B) (DSM – V 2014).

A avolia<sup>5</sup> (critério A5) está relacionada as disfunções sociais referidas no critério B, estando relacionada a prejuízos cognitivos e funcionais, sendo que indícios de persistência dos sintomas podem ser observados por um período contínuo que pode se estender por até seis meses (critério C). Sintomas prodrômicos, aqueles que revelam o prenúncio de uma determinada manifestação clínica, podem surgir antes que o quadro se torne evidentemente ativo. Percepções mágicas e incomuns podem ser demonstradas, mas, não necessariamente desorganizadas a ponto de ser consideradas um grande problema para quem com ele convive. Nesse período em que apresenta pródromos e também na convalescença, onde podem persistir sintomas residuais, a

---

5 Avolia: “incapacidade de iniciar e persistir em atividades direcionadas para um objetivo. Quando suficientemente grave para ser considerada patológica, a avolia é difusa e impede que a pessoa conclua muitos tipos diferentes de atividades (p. ex: trabalho, objetivos intelectuais, cuidados pessoais)” (DSM – V, 2014).

*peessoa* pode manifestar sintomas negativos que se intensos, podem tornar-se graves. Uma pessoa que era ativa e torna-se súbita e progressivamente introjetada e reservada, apresentando dificuldade para desenvolver suas atividades de rotina, tem grande probabilidade de estar a desenvolver os primeiros sinais e sintomas de instalação do quadro clínico de esquizofrenia (DSM – V, 2014).

Disforia<sup>6</sup>, afeto inadequado, depressão, ansiedade, raiva, alterações no padrão do sono, alterações do apetite, despersonalização, desrealização<sup>7</sup>, preocupações desproporcionais com sua saúde física, podem manifestar-se e tomar cursos preocupantes. Ansiedades, fobias, deficiências cognitivas, diminuição da memória, alterações e dificuldades para usar a linguagem, dificuldade em exercer atividades e funções, velocidade de processamento mais lenta, redução da capacidade de manter-se atento e de tirar conclusões precisas sobre os fatos e as pessoas ao seu redor, são também, sintomas bastante frequentes e podem persistir mesmo durante a remissão da doença.

Apesar de geralmente não serem exaltadas, atitudes hostis e agressivas podem ser identificadas, sendo mais frequentes e pronunciadas em indivíduos do sexo masculino, jovens, com antecedentes de violência, impulsividade, não adesão ao tratamento e drogadição. Sintomas neurológicos revelando leves alterações da coordenação motora e na integração sensorial podem ser observados. Alterações da arquitetura cerebral podem ser visualizadas em exames de neuroimagem e anatomia patológica, índices eletrofisiológicos e do *eye-tracking*<sup>8</sup>, alterados, são constatados (DSM – V, 2014).

Não havendo interesse em aprofundar cientificamente o conteúdo, mas apenas dar informação suficiente para uma compreensão sobre a complexidade do quadro clínico da esquizofrenia, na tentativa de

6 Disforia: “Sentimento de desagrado e desconforto; um humor de insatisfação geral e inquietação” (KAPLAN & SADOCK, 2017).

7 Desrealização: “Sentimento de estar distanciado, como se fosse um observador externo, do ambiente ao seu redor (p. ex: os indivíduos ou objetos são vivenciados como irrealis, oníricos, nebulosos, sem vida ou distorcidos visualmente)” (DSM – V, 2014).

8 Eye-tracking é uma técnica relacionada ao rastreamento ocular, permitindo medir a posição e o comportamento do movimento ocular. É frequentemente usada em pesquisas sobre o sistema visual, em psicologia/psiquiatria, linguística, sendo um importante recurso utilizado na análise do comportamento humano, monitorando o índice de atividade cognitiva (disponível em: [www.eye-tracking.com/about-US/What-is-Eye-tracking](http://www.eye-tracking.com/about-US/What-is-Eye-tracking)).

viabilizar o caráter prático dessa dissertação, passamos a ilustrar um caso fictício desse transtorno, assim, possibilitando aplicar métodos clínicos e teorias bioéticas de fundamentação humanística, no mundo da vida.

Silvia, 33 anos de idade, sempre foi uma pessoa tímida e tranquila. Porém, casada havia 10 anos e, com um filho de 7 anos, passou a apresentar algumas mudanças em seu comportamento. Sua mãe, que era também sua vizinha, passou a perceber que o neto preferia ficar aos seus cuidados, mesmo quando a filha estava em casa, o que antes não acontecia. Seu marido começou a queixar-se de que ela estava perdendo o interesse por ele e o filho, apresentando-se desleixada com seu aspecto e higiene, faltando frequentemente ao trabalho e, isolando-se cada vez mais. Silvia estava gradativamente mais apática e distante, com um olhar vago e, quando se comunicava, suas ideias e fala eram confusas. O serviço social da empresa onde ela trabalhava fez contato com a família, informando-os de seu comportamento bizarro, e sua dificuldade em exercer as mesmas atividades as quais ela antes dominava com facilidade. A assistente social sugeriu uma consulta com psiquiatra, o que a família não recebeu de bom grado, afirmando que jamais alguém em seu clã “enlouqueceu”. Ainda que apresentasse alguns períodos de melhora, era evidente o avanço de seu quadro clínico. A mãe de Silvia várias vezes observou-a falando sozinha, interagindo com alguém que não estava lá. Iniciou-se, então, uma peregrinação por auxílios religiosos, mas o companheiro percebeu que a negação dos fatos só estava trazendo prejuízo, retardando o início do tratamento médico e a esperada melhora do quadro. Depois de muita conversa e perseverança, o esposo convenceu Silvia a comparecer a consulta com o psiquiatra. A essa altura, a mesma apresentava-se suja, usando roupas inadequadas para o clima e ocasião, falas desconexas eram constantes e suas reações estavam em desacordo com o que se passava ao seu redor. Assim, um ano após a percepção inicial de mudança em seu comportamento, ela teve sua primeira internação em uma enfermaria para portadores de transtornos mentais, sendo estabelecido o diagnóstico de esquizofrenia. Após trinta dias de internação, instituição de terapêutica farmacológica e de medidas complementares, como adequado acompanhamento de enfermagem, psicológico e terapia ocupacional, seu quadro clínico foi regredindo, sendo os sintomas cada vez menos evidentes. No retorno a vida comunitária, tudo parecia transcorrer bem, até que após alguns anos, sem o conhecimento da família, Silvia passou a negligenciar o tratamento, deixando de tomar os medicamentos e a não comparecer as consultas agendadas com o médico e outros profissionais da saúde mental. O resultado foi o retorno dos sintomas anteriores acrescidos de outros que ainda não haviam se manifestado. A vida de Silvia seguiu-se entre momentos de adesão ao tratamento e melhora e, outros em que o quadro se agravava, representando novos desafios para ela, seus familiares e a equipe multiprofissional responsável por seu acompanhamento.

Silvia permaneceu sempre assistida pelo mesmo médico psiquiatra, ao longo de toda a sua vida, o que foi muito positivo, como

iremos ver durante a explanação sobre a *Medicina Centrada na Pessoa*, enquanto entremeamos teoria e prática, na busca de uma abordagem humanizada em saúde.

### 1.3 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA

A *Medicina Centrada na Pessoa*<sup>9</sup>, enquanto método clínico, começa a desenvolver-se conceitualmente durante os anos 80 do século XX, iniciando um processo em que a comunicação entre o médico e a *pessoa* por ele assistida vai gradualmente voltando ao debate em decorrência dos movimentos de humanização em saúde. Ela constitui, na atualidade, a base curricular de muitas escolas médicas, tanto no nível da graduação quanto da pós-graduação, em diferentes países. Desde então, muitas pesquisas têm sido realizadas objetivando avaliar suas respostas clínicas, custos econômicos, impacto na interação entre as partes envolvidas, bem como os pontos de vista da equipe de trabalho e de seus usuários.

Os estudos iniciais sobre o método clínico centrado na pessoa iniciaram-se por volta de 1968, no Departamento de Medicina da Família, da Universidade de Western, em Ontário, Canadá, pelo dr. Ian R. McWhinney, e teve continuidade com a dra. Moira Stewart, além da contribuição de diferentes profissionais de diferentes regiões do planeta. Os trabalhos iniciais tinham como objetivo identificar a real motivação das pessoas ao buscarem assistência de saúde, estabelecendo como foco de pesquisa a relação entre a pessoa que busca cuidado e o médico. “Apesar do programa se desenvolver no contexto da medicina de família, suas mensagens são relevantes para todas as disciplinas médicas e para outras áreas da saúde” (STEWART et al, 2017, p. 4).

De acordo com Stewart et al. (2017), as atuais práticas em saúde, exageradamente influenciadas pelo modelo *biomédico*, desencorajam a prática da *Medicina Centrada na Pessoa*. Outro dado importante apresentado por esses autores, procede do trabalho de Neumann e colaboradores (2011), que apontam para o declínio da empatia na relação médico-pessoa ao longo do processo de formação profissional do futuro médico. O método centrado na *pessoa* foi inicialmente elaborado com vistas a ser aplicado na área da atenção primária, no âmbito da Medicina

---

9 No original em inglês Patient-Centered Medicine, sem maiores explicações dos tradutores sobre a adoção do termo *pessoa* em substituição a *paciente* (nota do autor).

de Família e Comunidade, no entanto, não há impedimentos para que ela seja aplicada no escopo de outras especialidades médicas, como no nosso caso a psiquiatria, e também, outras profissões da área da saúde.

O ponto central da metodologia de trabalho da *Medicina Centrada na Pessoa* concentra-se no modelo de abordagem e seu método clínico, onde o médico precisa compartilhar o poder da relação com a *pessoa* por ele acompanhada, o que significa que o mesmo deve renunciar ao monopólio do controle da relação entre ambos, mudando completamente as relações habituais de hierarquia, estabelecendo uma mudança de paradigma e um novo imperativo moral na prática em saúde. A adesão a esse método demanda o equilíbrio constante entre o objetivo e o subjetivo e, do ponto de vista holístico, o encontro entre a mente e o corpo (STEWART et al., 2017).

O modelo conceitual do método clínico centrado na pessoa inclui quatro componentes interativos: 1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; 2. Entendendo a *pessoa* como um todo; 3. Elaborando um plano conjunto do manejo dos problemas; 4. Intensificando a relação entre a *pessoa* e o médico. Cada componente será tratado mais detalhadamente após serem realizadas algumas considerações importantes para o seu entendimento, como por exemplo, sua relação com outros modelos de prática médica, os valores por eles envolvidos, os desafios enfrentados no contexto da prática em saúde, entre outros (STEWART et al., 2017).

Para George L. Engel (1977, p. 130, apud STEWART et al, 2017, p. 4), o modelo prático predominante em saúde, na atualidade, têm sido, como citado anteriormente, denominado por aqueles que o estudam como *biomédico*, o qual, busca reduzir a doença a um desvio de normas de variáveis somáticas quantificáveis, excluindo aspectos sociais e psicológicos vivenciados pela pessoa que adoece, tratando a doença como uma entidade independente, buscando explicar os fatos sobre a mesma, apenas do ponto de vista fisiopatológico<sup>10</sup>. O que esse modelo convencional de medicina faz é reduzir a prática diária simplesmente a um conjunto de técnicas, excluindo a conexão emocional entre

---

10 “Fisiopatologia: ramo da medicina que estuda as modificações funcionais causadas no organismo pelas doenças e alterações funcionais produzidas por estímulos nocivos sobre as células, tecidos e órgãos, ou sobre todo o organismo. Ela se relaciona com outras formas de estudo dos processos mórbidos, como a etiologia, a patogênese, a anatomia patológica e a sintomatologia” (REY, 2003, p. 380). Fisiopatológico seria o que é referente a fisiopatologia.

profissional e *pessoa*, a experiência individual de quem está enfermo, suas crenças e valores, conectando essa abordagem à prática clínica de tomada de decisões compartilhadas (STEWART et al., 2017).

Quando adultas, as *pessoas* apresentam-se aos serviços de saúde, expondo não apenas suas condições clínicas, mas, também, todo um conjunto de problemas que as acompanham e que estão relacionados a plenitude de suas experiências de vida e visão de mundo. Assim, falam de sua vida privada, interação com familiares e amigos, trabalho, expectativas sobre seu tratamento, preocupações, restrições econômicas, medos e raiva, o que evidencia a importância do profissional não se focar no quadro nosológico <sup>11</sup> de maneira isolada, correndo o risco de desconsiderar importantes aspectos do adoecer.

Mas, para que tal fato aconteça, é importante à intervenção educativa objetivando a mudança do comportamento do médico, uma vez que o método clínico centrado na pessoa apresenta importantes impactos no desfecho de eventos em saúde, inclusive sobre custos assistenciais. Mudanças que podem incrementar a relação entre *pessoas* e médicos são importantes, como a ênfase no respeito à autonomia, respeito às diversidades, além da adesão da população às medidas preventivas de promoção da saúde. Recursos tecnológicos podem tanto agregar benefícios e incrementar medidas diagnósticas e terapêuticas, quanto trazer prejuízo a comunicação entre as partes, como no caso do prontuário eletrônico, que termina por apresentar-se como um terceiro elemento que desvia a atenção do médico, interpondo-se entre ele e a *pessoa* (STEWART et al., 2017).

Um método em saúde que pode agregar benefícios à *Medicina Centrada na Pessoa* é o método da “Medicina Baseada em Evidências”, muitas vezes precipitadamente acusado de entrar em conflito com a primeira, quando, na verdade, apresentam vários pontos de interesse comum. Esse modelo valoriza o conhecimento criticamente fundamentado da ciência médica em relação à simples opinião do profissional, baseada em presunções de sua suposta experiência pessoal. É um método científico com fundamentação filosófica, onde a justificação<sup>12</sup> deve ser tomada como referência para a distinção entre

---

11 “Nosologia: ramo da medicina que se ocupa da definição sistemática das doenças. Classificação ou lista sistemática das doenças” (REY, 2003, p. 632). Nosológico seria o que é referente à nosologia.

12 “Segundo a abordagem tradicional, isso significa que, para que um estudioso tenha um conhecimento genuíno, ele precisa ter indícios suficientes de que a

evidências falsas e verdadeiras. De acordo com seus teóricos, a Medicina Baseada em Evidências está relacionada à escola confiabilista <sup>13</sup>, valorizando as evidências externas, estabelecendo uma escala hierárquica das evidências, assim como a relação das mesmas com os quatro princípios bioéticos estabelecidos por Beauchamp & Childress (DRUMMOND, 2014).

A consciência crítica do médico é ponto importante, e deve incluir certa dose de ceticismo<sup>15</sup>, evitando atitudes dogmáticas<sup>14</sup>, pondo em destaque a pesquisa e a investigação, com o objetivo de solucionar disputas epistemológicas em diagnóstico e terapêutica. Consiste, assim, o método da Medicina Baseada em Evidências, importante instrumento de pesquisa e análise baseada na epistemologia clínica, bioestatística e informática médica, sendo que seu processo consiste na definição do problema, formulação objetiva da pergunta, pesquisa ampla e aprofundada das evidências na literatura médica científica, além da profunda avaliação das correspondentes pesquisas. O resultado é a

---

proposição é verdadeira. Em outras palavras, para que haja conhecimento, é necessário que as crenças verdadeiras sejam justificadas: de acordo com a concepção tradicional, a justificação é uma condição do conhecimento. Segundo Platão, Kant e muitos outros filósofos, os necessários ‘indícios suficientes’ da verdade são provas que uma proposição é verdadeira. Esses filósofos afirmam, portanto, que o conhecimento tem de ser baseado em provas, ou seja, em razões que o justifiquem. O tipo de justificação de que se trata aqui é chamada de justificação *epistêmica*” (MOSER, MULDER & TROUT, 2009, p. 85-86).

13 “A ideia de que os processos confiáveis de formação de crenças conferem a justificação epistêmica é chamada de *confiabilismo epistêmico* [...] Segundo o confiabilismo, as fontes das crenças – fontes essas que são responsáveis pela justificação das mesmas crenças – têm de ter o poder de conduzir à verdade; por isso, se não pudermos confiar na percepção, ela não poderá justificar as crenças por ela geradas. Ao há acordo entre os confiabilistas quanto a *espécie* e ao *grau* de confiabilidade que pode autorizar a justificação epistêmica, mas todos concordam que a confiabilidade é necessária para que as fontes das crenças gerem crenças justificadas”(MOSER, MULDER & TRUST, 2009, p. 98. <sup>15</sup> “A posição filosófica segundo a qual o ser humano não pode ter conhecimento, ou pelo menos, não o tem na prática, é chamada ceticismo [...] O ceticismo assume várias formas. O ceticismo *total* nega a existência de *qualquer* conhecimento humano. O ceticismo *parcial* só nega a existência de algum tipo ou alguns tipos particulares de conhecimento” (MOSER, MULDER & TRUST, 2009, p. 10-11).

14 “A recusa de admitir a possibilidade de se estar errado em questões nas quais de fato é possível incorrer-se em erro é chamada *dogmatismo*” (MOSER, MULDER & TRUST, 2009, p. 13).

racionalização de gastos em saúde, por implementar métodos terapêuticos e diagnósticos rigorosamente respaldados em pesquisa de resultados clínicos confiáveis (DRUMMOND, 2014).

A Medicina Baseada em Evidências auxilia o médico a definir quais as melhores condutas a serem tomadas em relação à investigação diagnóstica e terapêutica, com a melhor relação custo-benefício para a *pessoa* e, conseqüentemente, para o próprio sistema de saúde, seja ele público ou privado. Evita, assim, a exposição das *pessoas* a procedimentos desnecessários, sofrimento com expectativas que não serão correspondidas, tendo em vista que o método centrado na pessoa subordina a Medicina Baseada em Evidências, mantendo o diálogo entre as partes na tomada de decisões.

“Em resumo, a Medicina Baseada em Evidências e o método clínico centrado na pessoa não são ideias em conflito, mas conceitos sinérgicos. O campo de ação entre os dois pode ser entendido como uma área de tensão criativa” (STEWART et al., 2017, p. 14). Da interação entre esses dois métodos em medicina, por exigir comportamentos de adaptação complexos, forma-se a gênese de ações morais, a partir das quais origina-se o valor real, evitando incertezas e desconfianças, explicitado no domínio da *Medicina Centrada na Pessoa*.

Ainda que para alguns não seja evidente, a metodologia clínica usada pelos médicos é sempre a expressão prática de alguma teoria no escopo das ciências médicas, as quais, englobam conceitos de saúde e doença, a relação entre a mente e o corpo, a interação entre o médico e a *pessoa* por ele cuidada, além de um conjunto de significados e consequentes manifestações psicológicas que dele decorre. “A teoria e a prática da medicina são fortemente influenciadas, em qualquer período, pela teoria do conhecimento predominante e por valores da sociedade. A medicina é sempre filha de seu tempo” (STEWART et al., 2017, p. 17).

O rápido desenvolvimento das ciências médicas e o sucesso de muitas de suas novas tecnologias, afastaram-na da filosofia. Os médicos foram tornando-se gradativamente mais objetivos, afastando-se da metafísica, exercendo uma ciência baseada em fatos observáveis, sem, no entanto, questionar como os mesmos eram constituídos e obtidos, aderindo a essa teoria do conhecimento que os autores denominam, sem maiores aprofundamentos ou referências, de “realismo concreto” (STEWART, 2017, p. 17).

As mudanças de eixos teóricos observados na filosofia e nas ciências a partir do iluminismo, suplantaram as tradições hipocráticas e desaguaram no desenvolvimento gradativo do método clínico como o conhecemos hoje. Bacon, em sua obra *O progresso do conhecimento*

(1605, apud STEWART et al., p. 17), encorajava-nos a controlar a natureza visando a superação das misérias humanas, o que incluía uma agenda para as ciências médicas. Assim, é promovido o renascimento do método hipocrático, sendo realizado o registro da descrição de cada caso e sua evolução, durante todo o período de acompanhamento médico até a recuperação ou a morte. Esse processo inclui o estudo das mudanças patológicas nos órgãos, os estágios da doença, os quais são comparados com as manifestações da doença ao longo da vida.

De concreto, sabemos que não somente na Antiguidade, mas também no início do desenvolvimento da medicina moderna e seu método clínico, a mesma era dominada por observações subjetivas do médico, o que resultava num amontoado de teorias e práticas não testadas com métodos científicos adequados. Seguiu-se, então, Descartes e seu “método” separando a mente do corpo, o subjetivo do objetivo, reduzindo a complexidade dos fenômenos envolvidos aos seus componentes mais simples. Considerando o corpo uma máquina biológica, seguindo o modelo matemático do *Principia*, de Newton, separou a *res extensa da res cogitans*<sup>15</sup>, tornando possível o conhecimento das ciências biológicas humanas básicas, como a anatomia e a fisiologia.

Outro componente importante desse processo segundo Toulmin (1991, p. 11, apud STEWART et al., 2017, p. 18), seria o conceito de “universal”, ao qual se referiam os gregos na antiguidade clássica, no sentido de um conceito verdadeiro na acepção de “total” ou “verdadeiro”, mas não em relação a sua aplicabilidade a totalidade dos casos, o que tem importante papel na compreensão dos fenômenos em ciências biológicas. Essa constatação, argumenta Yates (1993, p. 189, apud STEWART et al., 2017, p. 18), é importante para diferenciar a compreensão necessária às ciências biomédicas, do domínio exercido da física enquanto modelo ideal de ciência, pois a mesma, por ser reducionista<sup>16</sup>, ao contrário, caracteriza-se pela uniformidade e generalidade.

---

15 “[...] a *res cogitans* – a substância pensante, experiência subjetiva, espírito, consciência, aquilo que o homem percebe interiormente – era entendida como fundamentalmente diferente e separada da *res extensa*, a substância extensa, o mundo objetivo, matéria, corpo físico [...] tudo que o homem perceber como exterior a sua mente. Somente no homem as duas realidades se reúnem como corpo e espírito” (TARNAS, 2000, p. 300-301).

16 “Reduccionismo: termo que designa toda atitude teórica que, para explicar um fenômeno complexo, procura reduzi-lo aos elementos simples que o constituem, ou aquilo que é mais imediatamente observável” (JAPIASSÚ & MARCONDES, 2011, p. 237).

Muitos outros cientistas deram continuidade a investigação moderna em ciências médicas, como Tomas Sydenham, Sauvages de Montpellier, Carl von Linné, Laennec, Pasteur, e Koch, que resultaram no desenvolvimento do modelo clínico tal qual o conhecemos. Sydenham é considerado o primeiro médico moderno a descrever a fisiopatologia de quadros nosológicos de modo científico, excluindo suposições não fundamentadas cientificamente, e agrupando as doenças em categorias, de acordo com sua evolução e desfecho, buscando desenvolver “remédios” que pudessem tratá-las. A evolução do método clínico teve continuidade na França, através da observação e registro dos sinais e sintomas das diferentes doenças, estudos de anatomia patológica, e o combate das doenças por métodos com eficiência cientificamente comprovada (STEWART, 2017).

Crookshank (1926, apud STEWART et al., 2017, p. 20) e Dubos (1980, apud STEWART et al., 2017, p. 20), afirmam que após a elaboração dessas primeiras teorias modernas em medicina, passou-se a utilizar dois modelos distintos para explicar o desenvolvimento das doenças. O primeiro, chamado “modelo ontológico”, está relacionado aos métodos convencionais da época, afirmando que os quadros nosológicos desenvolvem-se no corpo da *pessoa*<sup>17</sup>, sendo possível considerá-lo uma entidade em separado desta. O segundo modelo, foi denominado “fisiológico”<sup>18</sup>, e de acordo com o mesmo, as doenças são consequentes

17 “Dentro da visão transcendente que envolveu o pensamento metafísico ao longo de sua evolução, a problemática da *corporeidade* reduziu-se essencialmente à união entre corpo e alma e entre a relação entre o sensível e o inteligível. A atividade sensível do homem foi considerada apenas em relação a problemática do conhecimento, consistindo forma inferior deste, segundo uma tradição de pensamento que privilegiava, sobretudo, o pensamento abstrato. As temáticas relacionadas a *corporeidade* eram, assim, enfocadas dentro de sistemas filosóficos coerentemente construídos, nos quais, a ideia de ser e a transcendência tinham primazia. Desse modo, nesse tipo de pensamento, que privilegiou o logos dentro da physis, a problemática do homem e sua corporalidade foi pensada, até o período de crise da metafísica, em um plano ideal, transcendente, distante da realidade concreta em que o homem vive com seu corpo” (GONÇALVES, 2008, p. 41).

18 “Modelo: representação de um fenômeno real por meio de instrumentos de formalização que permitam melhor compreensão das interações, associações, comportamentos etc... dos diferentes elementos que compõem esse fenômeno” (REY, 2003, p. 593). “Fisiologia: ramo das ciências biológicas que se ocupa das funções desenvolvidas pelos organismos ou suas partes. Quando o estudo se concentra na organização e funcionamento das células” (REY, 2003, p. 380).

a desequilíbrios internos ao próprio organismo ou resultam de sua relação com o meio ambiente, estando relacionado ao método descritivo, o qual busca retratar as doenças em todos os seus aspectos, revelando uma abordagem abrangente (STEWART et al., 2017).

No entanto, o “modelo ontológico” predominou, transferindo o foco do diagnóstico da *pessoa* para a doença, deixando de fora da abordagem clínica todos os aspectos subjetivos vivenciados no processo de adoecer. Assim, fica fora de consideração as experiências individuais de diferentes *pessoas*, mesmo tendo recebido o mesmo diagnóstico. O predomínio do modelo ontológico favoreceu o aparecimento de novas tecnologias em saúde, fornecendo critérios de verificação e comprovação, demonstrando acertos e erros diagnósticos. O sucesso desse método, por muito tempo obscureceu os seus pontos negativos, como a desconsideração dos sentimentos e emoções das *pessoas*, suas relações interpessoais, dificuldades econômicas, expectativas com relação a evolução de sua doença e seu futuro. As narrativas pessoais da experiência da doença são simplesmente desconsideradas pelo médico e demais membros da equipe de saúde<sup>19</sup>.

Sem saber lidar com as queixas subjetivas das *pessoas*, os médicos calam-se ou não deixam as mesmas expressarem-se, desconsiderando a importância de suas narrativas, mantendo-se fiéis às diretrizes racionais que desaguaram no modelo *biomédico*. Esse método clínico convencional é analítico e impessoal, demasiado cartesiano, focando-se apenas no diagnóstico, separando corpo e mente, classificando as doenças em somáticas e psicossomáticas.

Porém, várias patologias são complexas e multifatoriais, muitas das quais são processos crônicos, ou seja, acompanham a pessoa por um longo período de suas vidas ou em definitivo, gerando um sofrimento prolongado, alterando completamente o cotidiano de suas vidas e, muitas

---

Fisiológico seria o que está relacionado a fisiologia, e o modelo fisiológico àquele relacionado à fisiologia.

19 Um importante exemplo de narrativa de vivência pessoal de doença, pode ser encontrada na obra do médico Oliver Sacks, o qual escreveu diversos livros onde descreve as observações feitas por ele através da fala das pessoas por ele acompanhadas na evolução de seus quadros nosológicos. Muitas outras pessoas tornaram públicas suas vivências relacionais com suas respectivas patologias, incluindo médicos, filósofos, sociólogos e poetas. Além de livros, diversos filmes sobre o tema também foram realizados, o que pôs esse assunto em evidência e discutido em diferentes ambientes de interação entre as pessoas (STEWART et al., 2017, p. 21-23).

vezes, de toda sua família. E, para lidar com toda essa complexidade, a *Medicina Centrada na Pessoa* visa, em sua essência, a busca da compreensão do indivíduo em sua totalidade, ouvindo com atenção e respeito<sup>20</sup>sua experiência com a doença, e todos demais aspectos circunvizinhos a esse fato, na tentativa de elaborar um plano terapêutico, em comum acordo entre as partes. É esse plano comum, que apesar das dificuldades em ser obtido, conduz ao sucesso terapêutico. Essa interação é demasiado importante, tendo em vista que:

O médico interpreta a experiência da doença em termos de patologia física: o nome da doença, as inferências de causas e as escolhas terapêuticas. A pessoa a interpreta em termos de experiência: como é ter essa doença, suas crenças sobre a natureza da doença e suas expectativas quanto ao tratamento. De preferência, o intercâmbio deve levar a uma síntese de perspectivas. São, de qualquer forma, perspectivas diferentes, concretas ou abstratas, da mesma realidade. (STEWART et al, 2017, p. 24).

Assim, para que o método alcance o êxito desejado, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança entre as partes, o que pode não acontecer logo de imediato. Do ponto de vista da *pessoa*, o encontro com o médico é carregado de expectativas e emoções. O médico, apesar de não converter em palavras, pode não acreditar no que lhe contado. A dicotomia estabelecida entre mente e corpo, feita pela medicina tradicional e ainda ensinada na maioria das escolas médicas, não orienta o profissional a lidar com emoções, as quais,

---

20 De acordo com Darlei Dall’Agnol, cuidado e respeito são noções bioéticas fundamentais, constituindo dois modos de valorar intrinsecamente as pessoas, possuindo conotação moral. Tensões entre cuidado e respeito em saúde, podem gerar dilemas que levam a inação, sendo os citados conceitos importantes no relacionamento harmonioso entre médico e pessoa. Segundo o autor, os mesmos conceitos podem ser integrados sobre a denominação de cuidado respeitoso, evitando atitudes paternalistas. O cuidado pressupõe simpatia e, conseqüentemente empatia, influenciando o agir tendo como finalidade o bem-estar da pessoa que precisa desses cuidados. O cuidado respeitoso, deriva do cognitivismo prático, tese epistêmica que sustenta existir conhecimento e, destaca o saber como do saber que, afirmando que o primeiro consiste de saber efetivamente como fazer algo (DALL’AGNOL, 2014, p. 201-224).

em consonância com seus ideais, devem ser avaliadas apenas por psiquiatras e psicólogos.

As consequências, desse fato, são o distanciamento entre o médico e a *pessoa*, prejudicando a relação entre ambos e, o tratamento em sua totalidade, já que a interação entre as partes é fundamental para o processo de cura<sup>21</sup>. Ademais, a repressão emocional representa um prejuízo muito alto, pois, “se não reconhecemos e lidarmos com nossas emoções perturbadoras, elas poderão se externalizar na forma de evitamento da *pessoa*, distanciamento emocional, concentração exclusiva nos aspectos técnicos do tratamento e até mesmo crueldade” (STEWART et al., 2017, p. 25).

Para ter-se uma perspectiva holística, de acordo com Goldstein<sup>22</sup> (1995, p. 18, apud STEWART et al., 2017, p. 26) faz-se necessário além de um excelente conhecimento científico das disciplinas médicas, estar consciente da importância do significado de nossas observações para a compreensão total do funcionamento do organismo, para que possamos compreender tanto os aspectos estruturais quanto existenciais de cada pessoa. A complexidade dessa nova epistemologia em ciências médicas apresenta-se como grande desafio ao profissional, pois além das perspectivas das disciplinas biomédicas, é preciso considerar-se conhecimentos de outras disciplinas como a filosofia, psicologia, sociologia, antropologia, e tantas outras envolvidas na tentativa de compreender o ser humano. Assim, abrimos o campo de visão, acrescentando abordagens outras, o que nos lança a um grande desafio, uma mudança de paradigma, como podemos observar na passagem a seguir:

O mais difícil de tudo parece ser a transição de um modelo linear e causal para um pensamento cibernético. O pensamento linear está profundamente enraizado na cultura ocidental. A noção de causa baseia-se no modelo newtoniano de força agindo sobre um objeto passivo, como quando uma bola de bilhar em movimento se choca com uma bola parada. A ação se dá apenas em uma

---

21 O que vai ao encontro do modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, como veremos no item 3.3.

22 Kurt Goldstein (1878-1965), médico neurologista e psiquiatra, alemão, falecido aos 86 anos de idade, e que descreveu a abordagem holística em medicina, destacando a importância de estar-se consciente de que toda doença reverbera sobre a totalidade do organismo.

direção. Na medicina, essa noção é exemplificada na doutrina de uma etiologia específica, de um agente ambiental agindo sobre alguém para produzir um estado de doença. A noção de causalidade cibernética baseia-se no modelo de sistemas autoorganizados. O organismo humano pode ser visto como um sistema que se autoorganiza e se mantém pela interação com o ambiente e por um sistema de retroalimentação do ambiente e de sua própria produção. Sistemas que funcionam assim têm a capacidade tanto de renovar quanto de transcender a si mesmos. A cura é um exemplo de auto-renovação em que algumas partes são renovadas enquanto a integridade do sistema organizado é mantida. Os organismos se transcendem pela aprendizagem, pelo desenvolvimento e pelo crescimento. Sistemas que se auto-organizam exigem energia, mas as organizações se mantêm e mudam por meio da informação (STEWART et al., 2017, p. 27).

O processo de adesão a essa nova epistemologia é espinhoso e exige muita dedicação e perspicácia, uma vez que os elementos que desencadeiam o processo podem ser diferentes a partir do momento que o processo vai avançando. É necessário ter-se em conta a importância do autoconhecimento para que possamos nos localizar no espectro dessas polaridades que se completam. É importante saber dosar os momentos onde são necessários o envolvimento e o distanciamento, a atenção ao concreto e ao abstrato, os momentos de certeza e de imprecisão, entre o que pode ser particularizado e o que pode ser generalizado, e assim por diante, valorizando a história da vida da *pessoa*.

As mudanças demandadas pelo método centrado na pessoa são profundas, exigindo do próprio médico uma resignificação de seu “ser” profissional, um redimensionamento de seus conhecimentos e sua forma de pensar a saúde, a doença, e seu relacionamento com quem procura por seus préstimos. Essa abordagem em saúde além de reintroduzir o modelo hipocrático de amizade, possibilita uma percepção mais ampla da doença, tomando em conta os valores morais da pessoa, sua vida interior, suas compreensões e relações com o mundo a sua volta, confluindo para a compreensão da estrutura existencial do indivíduo (STEWART et al., 2017).

Após essas explanações prévias fundacionais, partiremos, a seguir, para a descrição do método da *Medicina Centrada na Pessoa*, em seu eixo

central, mas antes vamos fazer uma pequena consideração sobre alguns termos importantes para a compreensão dessa teoria. Iniciamos, pelas palavras inglesas “disease” e “illness”, que podem, de acordo com os tradutores para o português, de *Medicina Centrada na Pessoa*, serem traduzidos como doença e experiência da doença, respectivamente<sup>23</sup>.

É mister, também, ter claro em mente os conceitos de saúde e doença, visando a implantação do modelo de medicina em questão, onde tanto as experiências vivenciais da *pessoa* tanto em tempos de vida saudável quanto na convivência com alguma enfermidade, são demasiados importantes para que o profissional conheça pelo menos alguns aspectos essenciais e relevantes da vida de quem adocece. Dentro das perspectivas mais recentes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, onde é considerada um recurso para viver, definiremos, de acordo com os autores, a “saúde como a percepção abrangente das pessoas quanto à saúde e o que saúde significa para elas, bem como sua capacidade de realizar as aspirações e os propósitos importantes para suas vidas” (STEWART et al, 2017, p. 34).

Com relação a doença, podemos considerá-la “uma construção teórica, uma abstração, pela qual os médicos tentam explicar os problemas das *pessoas* em termos de anormalidades de estruturas e/ou função dos órgãos e sistemas do corpo, e inclui tanto distúrbios físicos quanto mentais” (STEWART et al, 2017, p. 34). Ao longo de sua vida, a pessoa desenvolve seus próprios modos de interpretar e significar o mundo a sua volta e os fatos que lhes tocam, assim, a experiência da doença, ponto importante dentro do modelo aqui estudado, é definida como “a experiência pessoal e subjetiva de estar doente: os sentimentos, pensamentos e funcionamento alterados de alguém que se sente doente” (STEWART et al, 2017, p. 34).

A contextualização entre esses três diferentes termos é importante, pois, frequentemente, as pessoas apresentam queixas, as quais, muitas vezes, o médico treinado dentro do modelo *biomédico*, acostumado ao raciocínio fisiopatológico, devido à materialidade de seu método baseado na estrutura e no funcionamento anormal de tecidos e órgãos, não leva em consideração o processo de adoecer, reduzindo tudo, simplesmente, à

---

23 Segue como referência o conceito de *disease* referindo-se à doença enquanto processo patológico inerente a um modelo profissional ou institucionalizado da medicina. Enquanto, em *illness*, o termo doença está relacionado a percepção subjetiva da pessoa, envolvendo isolada ou conjuntamente questões morais, sociais, psicológicas e físicas (ALVES, 2006).

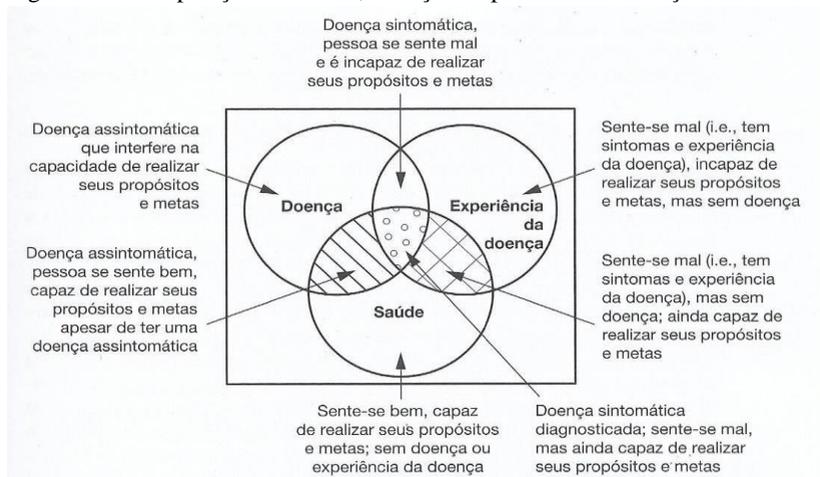
doença. No entanto, reiteradamente, as pessoas se percebem doentes sem que possamos identificar necessariamente uma patologia, ou ainda, haver uma desproporção entre seu sofrimento e a patologia portada, seja para mais ou para menos.

As sobreposições entre saúde, doença e experiência da doença, podem ser as mais diversas, variando inclusive entre pessoas que compartilham a mesma cultura e têm escalas de valores semelhantes. Os sintomas de uma doença alteram a capacidade da *pessoa* de dar continuidade a sua rotina de vida, ou pelo contrário, a falta de sintomas pode permitir seguir adiante sem grandes problemas, além de outras interações possíveis entre esses casos, como podemos ver na figura 1.

De acordo com o diagrama de Venn, apresentado na figura 1, vemos os três termos do primeiro componente metodológico da Medicina Centrada na Pessoa, a saúde, a doença e a experiência da doença, aparecendo de forma isolada e em suas intersecções, descrevendo diferentes momentos e possibilidades de vivências que podem ser experimentados pelo indivíduo, sem esquecer as peculiaridades de cada um. Assim, na esfera correspondente, a saúde, temos o indivíduo completamente saudável que se sente bem e capaz de realizar seus propósitos e metas. Portanto, não vivencia experiências de doença. Na esfera referente à doença, temos a pessoa com manifestações da doença, as quais interferem em sua disposição para seguir sua vida adiante. No entanto, como podemos observar na intersecção entre saúde e doença, a pessoa pode ainda estar num período assintomático, sentindo-se bem, apesar de já terem um diagnóstico.

Cada um de nós têm suas próprias concepções de saúde estabelecidas, e dão seguimento as suas vidas, sem problemas, diferentemente daquelas *pessoas* que já têm experiências da doença (esfera superior direita), que já vivenciam sinais e sintomas e prejuízos no seu desempenho. Na experiência da doença e na sua intersecção com a saúde, temos aqueles indivíduos que apesar de não terem ainda um diagnóstico, ou uma manifestação explícita de um quadro clínico, já apresentam prejuízo para seguir sua vida adiante. Na parte inferior da intersecção entre as três circunferências, as *pessoas* têm experiências onde saúde e doença se sobrepõem, apresentam sintomas que repercutem em suas atividades cotidianas, mas que ainda não são incapacitantes, ao contrário da *pessoa* que

Figura 1 – Sobreposições de saúde, doença e experiência da doença.



Fonte: STEWART et al., 2017, p. 35.

que está na parte superior dessa tripla intersecção, onde os sintomas são mais proeminentes, causando mal estar e interferindo na sua rotina de vida (STEWART et al., 2017).

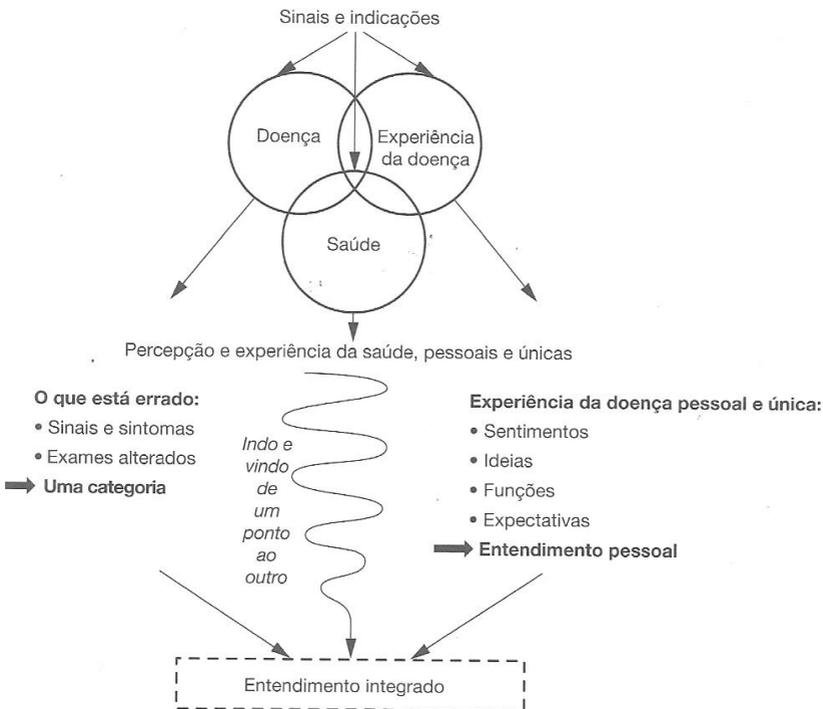
Nesse primeiro componente do método da *Medicina Centrada na Pessoa*, observamos que cada um de seus elementos constituintes podem ter diferentes significados para a pessoa que os vivencia. É importante, nesse momento, averiguar quais são suas percepções sobre o que significa desfrutar de saúde plena, quais suas concepções sobre bem-estar, de que maneira promove sua saúde, quando e como percebe-se suscetível a doenças, como as previne etc. Na exploração da experiência da doença, dividimos a abordagem em quatro dimensões, ditas *SIFE*: (1) Sentimentos da pessoa, especialmente os temores sobre seus problemas, (2) suas ideias sobre o que está errado, (3) o efeito da doença sobre seu Funcionamento, e (4) suas Expectativas em relação ao seu médico. O objetivo dessa metodologia é obter um entendimento integrado das perspectivas da pessoa que busca os serviços de saúde (STEWART et al., 2017). É importante que se tome todas essas perspectivas do ponto de vista de S durante o seu acompanhamento e evolução, devido a oscilação de percepção em diferentes momentos do transtorno esquizofrênico.

Através das abordagens acima, podemos auxiliar Silvia a lançar um novo olhar sobre si mesma e seus problemas, reavaliando a situação e tomando iniciativas mais positivas, como melhorar sua autoestima e deixar de perceber-se somente enquanto problema para os outros. O

médico ao esclarecer as dúvidas da *pessoa* alivia suas angústias. Conversar sobre qualidade de vida, ganhos e perdas, possibilidades terapêuticas e evolução do tratamento são atitudes que contribuem para o alívio da ansiedade permitindo que a *pessoa* canalize suas forças com vistas ao seu restabelecimento, criando boas expectativas, envolvendo-se no tratamento e tomada de decisões.

Silvia deve se sentir realmente acolhida pelos profissionais, ter certeza que se preocupam com ela e trabalham para o seu restabelecimento. Essa abordagem é demonstrada de forma mais didática na figura 2, a seguir.

Figura 2 – Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.



Fonte: STEWART et al., 2017, p. 37.

As perguntas dirigidas pelo médico à *pessoa* são geralmente abertas, no sentido de convidá-la a usar sua imaginação, além de buscar demonstrar o interesse do médico por seu caso, afastando as perspectivas centradas na técnica, desbloqueando a voz do médico para abrir a possibilidade da *pessoa* apresentar as manifestações típicas de seu *mundo*

*da vida*<sup>24</sup>, revelando aspectos únicos, seus. Essas perspectivas são extremamente desafiadoras ao médico que adere ao modelo centrado na pessoa, ampliando sua consciência referente ao seu papel, encontrando-se no outro extremo aqueles que bloqueiam a voz da *pessoa*, desconsiderando qualquer fala que não esteja conectada às suas perguntas, o que é característico no modelo *biomédico*.

Muitas vezes, as razões que levam a *pessoa* ao médico são mais importantes para ela que o estabelecimento de um diagnóstico. As repercussões da doença sobre a *pessoa* são as mais variadas, alterando sua relação consigo mesma e o mundo, suas expectativas sobre diferentes fatos e ambições em sua vida, lançando-a num mundo de incertezas. Assim, um modelo de experiência da doença dividido em três estágios é apresentado, como segue:

Conscientização, desorganização e reorganização. O primeiro estágio, conscientização, é caracterizado pela ambivalência quanto ao saber: por um lado, a pessoa quer saber a verdade e entender a experiência da doença; por outro, não quer admitir que algo pode estar errado. Ao mesmo tempo, as pessoas frequentemente lutam contra desejos conflituosos entre permanecer independentes e querer que alguém tome conta delas. No final, se os sintomas não desaparecem, a realidade da experiência da doença é aceita, e o censo que a pessoa tem de estar no controle de sua vida é destruído. Isso destrói a defesa universal, aquela crença mágica de que somos, de alguma forma, imunes à doença, às lesões e à morte. A pessoa que lutou para evitar sua conscientização sobre um problema grave e, então, finalmente reconhece a verdade é uma das mais frágeis,

---

24 “Com ‘mundo da vida’, Husserl indica o horizonte de nossa experiência vivida [*Erlebnis*]. Ele representa o limite que circunscreve nossa vida. O mundo da vida é o mundo o qual nos encontramos desde sempre e do qual temos experiência que precede qualquer saber consciente e qualquer ciência do mesmo. Por isso, o mundo da vida, ao contrário do mundo objetivo das ciências naturais, nunca é questionado na sua integridade. Encontramo-nos constantemente nele e não nos é possível tomar dele a distância necessária para pô-lo em questão ou até para discuti-lo como um todo. Quando muito, podemos problematizar partes dele – partes que, portanto, já não pertencem ao mundo da vida, mas ao mundo objetivo da ciência ou ao mundo dos filósofos” (PINZANI, 2009, p. 54).

indefesas e particularmente vulneráveis que podemos encontrar. Esse momento é de medo e depressão e reflete o segundo estágio: a desorganização [...]. O terceiro estágio é a reorganização. As pessoas juntam todas as suas forças interiores para encontrar um novo significado em face da experiência da doença, e se possível, transcender seu sofrimento (REISER & SCHRODER, apud STEWART et al., 2017, p. 47-48).

No entanto, o resultado concreto sobre todas essas experiências é extremamente influenciado pelos apoios que a *peessoa* pode encontrar naqueles que estão a sua volta, a confiança e atenção do médico, o apoio da família e amigos, e o próprio sistema de saúde em que está inserida. A experiência da doença é uma quebra que abala intensamente nossa perspectiva sobre a uniformidade com que vivíamos desfrutando de plena saúde e, isso deve ser buscado na fala da *peessoa*, para que possamos melhor compreendê-la e acolhê-la.

Nos remetendo ao caso clínico de Silvia, no momento da primeira consulta a mesma encontra-se com sintomas psicóticos agudos, requerendo atenção imediata. A aplicação do método centrado na pessoa fica na dependência da intensidade e grau de desorganização apresentado, no entanto o médico pode tentar averiguar se existe algum grau de confiança ou de fidedignidade nas respostas dadas por Silvia e, verificar como a mesma está percebendo e vivenciando sua doença, podendo, até mesmo, estar ignorando seu estado. A história clínica, nesse momento pode ser colhida dela mesma, mas também, recorrendo-se a seus familiares ou acompanhantes. O exame físico deve ser realizado, na dependência da possibilidade de colaboração, e exames complementares solicitados. Os sintomas psicóticos agudos exigem atenção imediata.

Essa fase geralmente dura de quatro a oito semanas. Com a remissão e estabilização do quadro, podemos ter informações mais fidedignas, sempre na dependência da capacidade de Silvia descrever sua experiência interna. Nesse sentido, a dimensão da experiência da doença, seus sentimentos, ideias, efeitos no funcionamento e expectativas, podem ser abordados com mais segurança. A importância da *peessoa* manter-se sob atenção do mesmo profissional médico, permite a maior interação entre as partes, possibilitando que o médico conheça cada vez mais quem ele cuida, desenvolvendo uma relação de confiança entre ambos, revelando o caráter humano da interação. Observação que na descrição do caso clínico de Silvia, ela permanece sob os cuidados do mesmo

médico ao longo de sua vida, o que vem ao encontro do método por nós sugerido.

O segundo componente do modelo da *Medicina Centrada na Pessoa* é denominado “Entendendo a pessoa como um todo” e, está dividido em duas seções: (1) O indivíduo e a família; (2) O contexto. A primeira seção busca avaliar o modo como se deu o desenvolvimento da *pessoa* em questão rumo a uma vida adulta independente, demonstrando como ela lida com diferentes experiências de vida. Um desenvolvimento saudável reflete sobre a autoavaliação da *pessoa*, sua autoestima, autonomia, motivações, relações afetivas e expectativas sobre o mundo, entre outras situações, ao contrário daqueles que enfrentaram muitos percalços nesse trajeto. A doença pode revelar-se devastadora sobre esses e outros diferentes aspectos de sua vida, demonstrando que ela não afeta somente órgãos e sistemas, mas reduz seu desempenho intelectual, laboral e todas as suas interações com outras *pessoas* e o ambiente a sua volta.

A *pessoa* muitas vezes não se parece em nada com o indivíduo saudável que era, como no caso de S. Assim, conhecer a personalidade da *pessoa*, seus mecanismos de defesa, a maneira como reage em diferentes situações, que significado dão a diferentes experiências, auxiliam o médico a melhor compreendê-la, acolhendo-a dentro de uma perspectiva saudável que possa colaborar para o enfrentamento da situação presente, e evitando que ela se desestruture por completo. O médico precisa estar preparado para conversar sobre questões que dão sentido à vida da *pessoa*<sup>25</sup>, sua vida espiritual, as preocupações que se encontram no entorno de sua vida. É de fundamental importância que todo esse processo ocorra de forma aberta e respeitosa, sem julgamentos e críticas, sem nenhuma coerção (STEWART et al., 2017).

---

25 “O sentido da vida é um tema obscuro, porém, importante para a filosofia. Frequentemente associada à questão de os seres humanos fazerem parte de um desígnio mais vasto ou divino, a pergunta ‘qual é o sentido da vida?’ parece pedir uma resposta religiosa. No entanto, grande parte das discussões filosóficas questiona a necessidade desta associação. A atenção dedicada à inevitabilidade da morte parece muitas vezes tornar a questão do sentido da vida problemática, mas não é óbvio que a imortalidade pudesse fazer a diferença entre o sentido e a sua ausência. O tema do absurdo é recorrente nas discussões entre quem pensa que o universo é indiferente aos nossos destinos. Embora as nossas vidas não tenham sentido, defendem que devemos viver como se tivessem. Perante este absurdo, alguns propõem o suicídio, outros a rebelião, outros ainda a ironia. Também é possível virar as costas à questão do sentido cósmico e procurar um sentido para a vida noutra lugar” (WOLF, 1998).

Na segunda seção, é importante que o médico considere os fatores contextuais, não perdendo de vista que a vida das pessoas ocorre em diferentes planos que vão da família, passando pela comunidade e se integrando com o meio ambiente. A perspectiva ontológica vê a doença como uma entidade independente da *pessoa*. Por outro lado, as visões holísticas a entendem como o resultado de uma má adaptação ou desequilíbrio entre a *pessoa* e o ambiente. O ambiente inclui os domínios do físico, psicológico, social e econômico, fazendo-se necessária a compreensão sobre todos esses fatores, para melhor conduzir cada caso individualmente. É importante focar-se no contexto imediato e específico, focando a *pessoa* no tempo presente e as rápidas mudanças as quais pode estar vivenciando, sem desconsiderar sua ótica sobre o passado, o presente e expectativas futuras, frente a sua situação atual (STEWART et al., 2017).

O contexto próximo abrange suas vivências e interações familiares, sua segurança e suporte econômico, nível educacional, história ocupacional, o modo como desfruta seus momentos de lazer, e o apoio social que encontra na comunidade em que está inserido. No contexto amplo, devemos considerar as interações com a comunidade em que vive, geografia, religião, origens étnicas, além das influências culturais recebidas. Aqui, o significado de “centrado na pessoa” amplia-se, salientando a importância da compreensão das diferentes nuances do contexto onde estão inseridos o médico e a *pessoa* que busca sua assistência, visando um entendimento que possa ser compartilhado para que se estabeleça um plano de ação comum para os problemas identificados dentro de um contexto específico (STEWART et al., 2017).

Lembrando que a intensidade dos sintomas deve sempre ser tomada em conta, verificando-se a necessidade de se recorrer a terceiros com o objetivo de formular uma ideia mais fidedigna sobre a *pessoa*. A perspectiva da compreensão da *pessoa* em sua totalidade deve ser buscada e, o caráter humanístico da relação jamais perdido de vista. Questões sobre sua história de vida e de seu desenvolvimento são muito importantes nesse momento. A verificação do apoio social dado ao enfermo deve ser sempre averiguada para que se tenha uma melhor perspectiva sobre a condução do caso. Em relação a S, ela jamais deixou de ser acolhida por sua família, mantendo-se sempre disponível para dedicar-lhe atenção e cuidado, o que é um dado bastante positivo para a evolução do quadro. Durante as recidivas da doença, o fato de S já ser conhecida do médico, torna-se bastante vantajoso.

O terceiro componente, “Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, é uma das metas centrais da *Medicina Centrada na*

*Pessoa*, ou seja, “encontrar um consenso com a *pessoa* para elaborar um plano para tratar seus problemas médicos e suas metas de saúde, que reflita suas necessidades, valores e preferências e que seja fundamentado em evidências e diretrizes” (STEWART et al., 2017, p. 97). Esse objetivo é atingido quando ao iniciar pelos dois primeiros componentes do método, inclui-se a abordagem de sinais e sintomas da doença, dentro de uma perspectiva que valoriza as experiências de vida e os contextos nos quais a *pessoa* está inserida. Esse processo é complexo, constitui-se de várias etapas, e decorre da boa interação e colaboração entre o médico e a *pessoa*, com confiança, empatia e respeito, possibilitando o entendimento detalhado daquele que é assistido.

A elaboração desse plano conjunto se dá com base no entendimento e concordância mútuos em três pontos chaves: (1) definição do problema; (2) estabelecimento das metas e prioridades de tratamento; e, (3) identificação dos papéis a serem assumidos pela *pessoa* e pelo médico. Além do desafio de integrar as diferentes perspectivas sobre a doença entre o médico e a *pessoa*, precisamos não perder de vista a possibilidade de atitudes paternalistas por parte do médico, uma vez que há uma importante desproporção sobre conhecimentos em saúde entre as partes. Geralmente, as pessoas têm uma ideia preliminar de seu problema antes de consultarem o médico, mas ela busca um diagnóstico para saber como se comportar e estabelecer estratégias de enfrentamento. Para a boa compreensão por parte da *pessoa*, é importante que o médico use uma linguagem acessível a ela, além de dedicar a devida atenção a sua fala em todos os aspectos, sem cerceá-la, e pelo contrário, encorajando-a (STEWART et al., 2017).

Após o entendimento e concordâncias mútuos em relação a condução do processo terapêutico, devemos prosseguir para a definição de metas e prioridades. É demasiado importante que as discordâncias sejam tratadas de modo diplomático, sem que o médico ignore as expectativas e ideias da *pessoa*, e sem que a *pessoa* deixe de ouvir e refletir sobre o que explana o médico. Ambos devem engajar-se nesse processo. O médico deve explicar em detalhe os prognósticos relacionados as diferentes possibilidades diagnósticas e terapêuticas, vantagens e desvantagens de cada opção. O ambiente da consulta deve ser milimetricamente calculado para que o paciente sinta vontade de falar, sem constrangimentos. É relevante que o médico diferencie discordância de “não-adesão” e saiba trabalhar com objeções. O importante é que as metas estabelecidas resultem da interação entre ambos, ainda que a palavra final de concordância deva ser da *pessoa*. Um dado negativo sobre esse fato, e que aparece em diferentes pesquisas é que muitas pessoas

preferem acolher a opinião do médico e não interferir no processo de investigação e tratamento (STEWART et al., 2017).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças deve fazer parte da relação entre o médico e a *pessoa*, um campo muitas vezes difícil de ser trabalhado devido à necessidade de mudanças de hábitos nem sempre compreendidos como prejudiciais. Mudanças de comportamento exigem vontade para fazê-lo, “saber como”<sup>26</sup> fazê-lo, além de recursos e apoio. Abordagens motivadoras são uma estratégia importante para o sucesso da relação. No entanto, o médico não pode deixar de considerar as características de cada indivíduo, como, também, o nível de comprometimento que a doença exerce sobre a *pessoa*.

Um dado importante para ter-se em conta é que as *pessoas* dispõem-se mais ao enfrentamento de riscos e efeitos colaterais quando esses estão relacionados a medidas diagnósticas e terapêuticas do que a medidas preventivas. No processo de elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas, é responsabilidade do médico usar seu conhecimento para definir o diagnóstico. Ao considerar o plano diagnóstico e terapêutico, o médico deve ter em consideração todo o histórico da *pessoa*, e não apenas suas referências à doença, mas, também, sua experiência da doença, crenças e aspirações. É importante que a *pessoa* sinta-se à vontade para perguntar e sugerir. As discordâncias quando bem exploradas, são demasiados importantes para a boa condução do método, sendo prudente evitar que se estabeleçam conflitos (STEWART et al., 2017).

Avançando sobre as dificuldades apresentadas em decorrência da desorganização apresentada por Silvia na fase aguda, a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas é buscada. Metas para o tratamento devem sempre ser compartilhadas averiguando sua capacidade em participar de sua elaboração, tendo-se em mente o que foi abordado nos parágrafos anteriores. Nos períodos de estabilização da doença essa etapa pode ser vencida com bem mais segurança e tranquilidade, devendo sempre o médico avaliar a autenticidade das informações obtidas. A

---

26 Em sua obra *From philosophical ethics to a common morality* (2017), Dall’Agnol, argumenta que a sabedoria é melhor compreendida enquanto “‘saber como’ usar o conhecimento para agir corretamente e viver bem”. Define, assim, a sabedoria filosófica como uma forma de saber crítica, construindo uma moralidade fundamentada na teoria metaética conhecida como *cognitivismo prático*, analisando conceitualmente o “saber como” (ser capaz de deliberar) e distinguindo do “saber que” (proposicional), não permitindo que o primeiro seja reduzido ao segundo, uma vez que o “saber como” requer experiência e prática, estando relacionada a uma capacidade adquirida de *seguir regras*.

capacidade de ouvir as narrativas que lhe são apresentadas é uma habilidade importante a ser verificada no profissional, lembrando que S deve ser sempre o foco de suas atenções.

No quarto componente, “Intensificando a relação entre a pessoa e o médico”, explora-se aquela que é a tarefa cotidiana do profissional da medicina, ou seja, sua interação com a *pessoa* que busca por assistência à saúde durante a consulta médica. Spence (1960, apud STEWART et al., 2017, p. 129) afirma que a consulta é “a unidade essencial da prática médica”. Ela estabelece uma relação robusta entre o médico e a *pessoa*, revelando confiança, empatia, respeito, compaixão, sentimento, poder e, propósito, conduzindo a uma relação de trabalho, estabelecida numa aliança terapêutica. Essas referências opõem-se ao modelo tradicional de formação do médico que por gerações ensinou ao futuro profissional não se envolver com o paciente e principalmente com suas emoções e subjetividades, colocando-o como um observador distante que faz diagnósticos e prescreve tratamentos.

A observação objetiva aliada a identificação empática por parte do médico, levam a um entendimento integrado sobre a *pessoa*. Esse modelo de interação médico-pessoa, quando bem sucedido, estabelece uma aliança terapêutica, a qual é relacionada de maneira complexa a cura de pessoas aflitas com a perda de controle sobre si mesmas e do mundo a sua volta, decorrentes da instalação de um quadro nosológico.

Na passagem acima, verificamos a importância de Silvia ser sempre assistida pelo mesmo médico tornando a relação entre ambos muito mais intensa e real, o que cria um importante ambiente de conhecimento e respeito entre as partes, dando segurança a *pessoa* e seus familiares. Estamos consciente de que esse fato muitas vezes não é possível, sendo independente das partes por fatores os mais variados. Sendo importante que, havendo troca do profissional médico cuidador, o maior número de informações sobre a evolução do quadro clínico de Silvia, além de todos os itens fundamentais no método centrado na *pessoa*, sejam repassados ao médico que dará continuidade aos cuidados. Lembrando que, com a evolução do quadro clínico, a capacidade de comunicação e de veracidade das informações transmitidas por Silvia podem ficar deterioradas, por isso a elaboração de um adequado prontuário com as informações necessárias para o entendimento de quem ela é, quais suas percepções sobre si, sobre sua experiência com a doença, sua interação com seu entorno, perspectivas e demais pontos relevantes ao método da *Medicina Centrada na Pessoa*, devem ser registrados.

Nesse processo, é importante que a relação entre a *pessoa* e o médico tenha continuidade no longo prazo, fato bastante relevante para

que ocorra a cura, apesar dos obstáculos encontrados em diferentes sistemas de saúde. Além desse fato, são levantadas dificuldades a essa continuidade pelos próprios médicos, seja de modo consciente ou não, ocorrendo, inclusive, casos de abandono da *pessoa* pelo médico.

Para Cassel (2013, p. 225-6, apud STEWART et al., 2017, p. 137), o aspecto mais importante da cura do sofrimento de uma pessoa é “o entendimento do próprio sofrimento”. Para tal, é importante ter em mente que todo sofrimento é único e individual, que envolve um conflito consigo mesmo, que é marcado pela perda de um propósito central, que se caracteriza por um isolamento de quem sofre, e, é importante destacar a necessidade do médico investigar e conversar com a pessoa sobre seu sofrimento. Esse diálogo, leva a *pessoa* que recebe a atenção do médico, conforto e consolo, conseqüente ao acolhimento que obteve, renovando suas esperanças.

Outro ponto a ser destacado em todas as relações terapêuticas são os fenômenos de transferência e contratransferência, processos nos quais a *pessoa* e o médico, respectivamente, projetam um no outro, de modo inconsciente, reações emocionais que tiveram origem em outros momentos de suas vidas, principalmente na infância. Essas manifestações podem ser positivas, contribuindo de modo mais fácil para o resultado terapêutico. Por outro lado, quando negativas, podem resultar em atitudes hostis de ambas as partes. Porém, nos dois casos, se o médico souber conduzir e explorar a situação, os resultados podem trazer proveitos imensos para a relação entre o médico e a *pessoa* e o processo diagnóstico e terapêutico (STEWART et al, 2017).

Do ponto de vista da abordagem de Silvia, dentro das perspectivas do método centrado na pessoa, independente dela apresentar um quadro psicótico grave, uma boa relação entre as partes pode ser desenvolvida. Desse modo, deve-se investigar qual a sua principal preocupação e que tipos de solicitações ela faz em relação aos cuidados a serem implementados sobre si. É importante que o médico procure saber qual a experiência de Silvia em relação as questões saúde e doença, como ela as percebe, o que significa para ela saúde, quais suas aspirações, sentimentos, ideias, expectativas e, as conseqüências desse conceito sobre si.

A percepção atual de Silvia sobre sua doença deve ser sempre atualizada, toda vez que houver mudança em seu quadro clínico. O médico deve realizar a anamnese focando-se não só na história atual de seu transtorno mental, mas também averiguando os demais sistemas orgânicos. Além da abordagem dos seus sintomas e do comportamento de sua doença, deve ser averiguada a real razão que a trouxe a consulta

médica, valorizando todos os aspectos de sua fala. O modo como Silvia percebe a si mesma, como se autodescreve e, como está vivenciando a atual fase de sua vida devem ser averiguados. Nessa etapa é importante que o profissional se certifique de como se dá suas interações com a família, a comunidade e o meio ambiente a sua volta. A relação entre Silvia é o médico que dela cuida, sua compreensão do binômio médico-pessoa, questões de transferência e contratransferências são pontos importantes do método. O exame físico deve ser realizado e exames complementares solicitados.

A elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas referidos por Silvia é realizada levando em consideração sua percepção dos problemas, metas e papéis a serem desempenhados por ela, pelo médico e demais envolvidos da equipe, familiares e, tutores, se for o caso. A avaliação e discussão sobre a lista de problemas descritos por Silvia deve ser feita em conjunto entre ela e o médico. Por tratar-se de um caso de transtorno mental, haverá ocasiões em que terceiros podem ser consultados. Finalmente, o plano de manejo deve ser definido considerando-se todas as dúvidas de Silvia, após apresentadas todas as possibilidades terapêuticas e estar-se seguro de que houve compreensão de sua parte. Lembrando que não somente os aspectos objetivos, mas também, toda a percepção subjetiva de Silvia sobre seu estado atual, em todas as etapas do método devem ser considerados, descritos e lançados em prontuário.

Assim, os componentes interativos do método clínico centrado na pessoa, delineiam contornos e tomam formas ao longo das relações que vão se organizando entre os médicos e as *pessoas* que buscam assistência a sua saúde, servindo como função integradora e estabelecendo uma parceria entre as partes. O contexto, é então, caracterizado pela empatia, confiança, compaixão, cuidado, compartilhamento de poder, continuidade, constância, resultando em esperança e melhores expectativas de cura, aspectos que caracterizam o caráter humanístico da *Medicina Centrada na Pessoa*, visto também ao encontro das perspectivas tomadas pelo modelo da *Beneficência Baseada na confiança*, como veremos mais adiante.

Até o presente momento, desenvolvemos elementos teóricos com o objetivo de salientar a importância de adotar-se perspectivas de cunho humanístico nas relações de atendimento em saúde, através de uma abordagem holística que permita a compreensão dos fenômenos saúde e doença, abandonando a dicotomia mente/corpo. A descrição dos sintomas da esquizofrenia, acompanhado de um caso clínico, vêm possibilitar uma aplicação prática de modelos que vem ao encontro dos anseios por

humanização em saúde e, demonstrar que é importante estar-se atentos às narrativas de quem adoece, respeitando e compreendendo suas peculiaridades. A medida que a pesquisa avança, novos dados são lançados e novas reflexões são acrescentadas com o objetivo de manter a relação médico-pessoa dentro de perspectivas humanizadas, como se verifica na *Medicina Centrada na Pessoa*.

A seguir, passaremos a tratar de questões relacionadas ao respeito à autonomia do paciente, a importância de a termos em perspectiva analisando conflitos e vislumbrando maneiras que podem agregar valores desejáveis a boa relação médico-pessoa. As postulações de Beauchamp & Childress conduzem inicialmente o discurso, sendo contribuições de outros autores também levadas em consideração, além de procurarmos demonstrar a evolução das perspectivas diante do conceito de autonomia ao longo da história.

## 2. AUTONOMIA

Em termos filosóficos, o conceito de ‘autonomia’ confunde-se com o de liberdade, remetendo-nos ao âmbito da tomada de decisões livre de interferências externas e com base na razão. A modernidade e a consequente mudança de paradigma na política, colocando a democracia no centro do debate social, trouxe no seu bojo a desconfiança a todo tipo de autoridade e, a consequente reivindicação por direito à autonomia na tomada de decisões em situações que envolvem a pessoa, bem como o direito à privacidade, o que vai ao encontro da luta pelo reconhecimento da dignidade humana.

O incremento do acesso à educação formal, além do papel da mídia na disseminação de informações, instrui as pessoas sobre noções de direitos individuais, o que tem consequências sobre diferentes tipos de relações interpessoais, incluindo-se nesse escopo a relação entre o médico e as *pessoas* que buscam por seus conhecimentos e habilidades. No entanto, essas *pessoas* perderam muito do seu caráter de passividade, passando a reivindicar seu direito a participação no processo clínico (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

No capítulo que segue, pretendemos apresentar alguns conceitos de autonomia, os critérios necessários para que uma *pessoa* seja reconhecida como autônoma, sua inserção no atual debate em bioética, seu papel no principlismo de Beauchamp & Childress e, em outros autores, a relevância da ideia de autonomia individual, seu papel frente a atitudes paternalistas e, na relação médico-pessoa. Destacamos, também, a importância de se reconhecer que podem haver limites para sua implementação, que tensões podem surgir na sua aplicação prática e, de que maneira podemos dela dispor de modo consistente e responsável.

### 2.1 CONCEITOS GERAIS E HISTÓRIA DA AUTONOMIA

O termo ‘autonomia’ tem origem no idioma grego antigo, estando seu significado na modernidade relacionado a termos como independência, liberdade e autossuficiência. Em oposição, encontramos a palavra ‘heteronomia’, que nos remete a vocábulos como submissão, subordinação e dependência. Em filosofia, a palavra autonomia, no sentido mais amplo do conceito, indica que um indivíduo tem liberdade para gerir livremente sua própria vida, efetuando racionalmente as escolhas que lhe sejam mais adequadas, apontando, assim, uma realidade que é conduzida por uma lei própria, que pode ser diferente, mas não incompatível com as demais (ABBAGNANO, 2012). O ser autônomo

deve, então, ser capaz de deliberar por si mesmo suas ações, agindo livremente, vislumbrando as consequências de seus atos com o objetivo de atingir determinados fins.

Segundo Beauchamp e Childress (2009), a caracterização de uma ação enquanto autônoma exige três requisitos que se inter-relacionam e se complementam, sendo pressuposto que o agente tenha a intenção de realizar uma ação, esteja ciente do que faz e de suas consequências, além de estar livre de influências externas. Assim, fica caracterizado como autônomo o indivíduo capaz de tomar decisões e fazer escolhas de modo livre, consciente e sem interferências de terceiros, pois, sendo emancipados, competentes e lúcidos têm o direito de eleger suas próprias ações e de arcar com suas consequências, não devendo, supostamente, causar danos a terceiros.

Ao nos remetermos a filosofia clássica, percebemos que o conceito de autonomia cunhado na Grécia antiga, referia-se ao autogoverno das cidades-estados, estendendo-se posteriormente aos indivíduos e contraindo vários sentidos, dentre outros, o de amplos direitos de liberdade, de pertencimento a si mesmo e de fazer suas próprias escolhas de acordo com sua escala de valores. Podemos derivar desses pressupostos, que o conceito de autonomia não tem um sentido único na linguagem, nem tão pouco na filosofia, tendo em vista que esse conceito é composto por ideias diversas, tornando-se mandatário seu dessecamento visando objetivos específicos.

Portanto, dependendo dos diferentes contextos das variadas teorias, o conceito de autonomia dirige-se a um sentido mais específico, colocando-nos diante da análise que consideramos essencial para esse termo nos diferentes casos, evitando que compreensões que não condizem com os fatos possam tomar as rédeas. Essa afirmação, destaca ainda mais a responsabilidade inerente das partes, evitando equívocos (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Por outro lado, o termo autonomia pode ser compreendido, também, como auto-imposição de leis. Desde essa observação, o indivíduo autônomo deve, como já citado, ter capacidade de agir livre de influências externas, em consonância com sua própria escala de valores. Kant parte desse conceito para elaborar sua teoria moral, propondo a ação por dever como origem legítima das leis. Com esse propósito criou o imperativo categórico e, em sua *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* (KANT, 2009), indica que a autonomia do indivíduo deve ser acatada, pois uma pessoa merece respeito por dever ser tratada como um fim em si mesma e não como mero meio para alcançar um determinado fim. Para Kant, o respeito à autonomia tem suas bases no reconhecimento

da incondicionalidade de que as pessoas têm valor e capacidade para determinar seu próprio destino, e o entendimento de que uma pessoa é um fim em si mesma e não um meio para os fins de outros.

Na construção de seus fundamentos, Kant elabora uma fórmula geral para o imperativo categórico, o qual é por ele considerado o princípio moral supremo, e discorre-a da seguinte maneira: “age apenas segundo a máxima pela qual possas ao mesmo tempo querer que ela se torne uma lei universal” (KANT, 2009, p. 215). O imperativo categórico tem sua origem na razão pura prática, a qual ordena uma ação como boa em si mesma, sendo o princípio que manifesta a lei moral, funcionando como um mandamento incondicional, que dispensa qualquer condição para suportá-lo, apontando a *pessoa* que age por respeito a lei moral, como aquela que faz o que é moralmente obrigatório e permitido. E segue explicando que:

Os imperativos segundo o modo de apresentação acima, a saber, da conformidade das ações as leis, semelhante de um modo geral a uma ordem natural, ou da universal primazia quanto ao fim dos seres racionais em si mesmos, excluam, é verdade, de sua autoridade imperiosa toda mescla de qualquer interesse a título de mola propulsora, exatamente pelo fato de que eram representados como categóricos, porque era preciso supor semelhantes imperativos se se quisesse explicar o conceito de dever (KANT, 2009, p. 253).

O que observamos na citação acima, segundo Tugendhat (2012) é que nas primeiras duas fórmulas de seu imperativo categórico<sup>27</sup>, Kant enfatizando o aspecto da autonomia da vontade, afirma que o imperativo categórico resulta da forma da própria vontade racional, que obedece apenas a si mesma, não se deixando influenciar por instâncias alheias. Após discorrer sobre a vontade racional, acrescenta, a seguir, o conceito de *reino dos fins*, onde todos os seres racionais tratam-se reciprocamente, sempre e ao mesmo tempo como fim em si mesmos e jamais como mero meio para se atingir um determinado fim (KANT, 2009). Dessa maneira,

---

27 Segunda formulação: “Age como se a máxima de tua ação devesse se tornar por tua vontade uma lei universal da natureza” (KANT, 2009, p.215). Terceira formulação: “Age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto na tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio (KANT, 2009, p. 243).

todo ser racional deve agir de determinado modo de acordo com suas máximas como um legislador no *reino dos fins*, tomando-as não somente de seu próprio ponto de vista, mas, também, da perspectiva do outro ser racional enquanto legislante.

De acordo com Schneewind (2005, p. 29), “Kant inventou a concepção de moralidade como autonomia” e, ao fazê-lo, define a moralidade enquanto autogoverno, afastando-a de considerações menos elaboradas como obediência e identificando-a com o conceito de autonomia. Dessa forma, o ponto central de sua obra *A Invenção da Autonomia*, é a descrição da história desse conceito desde a antiguidade até a modernidade. Passando pelas considerações de Rousseau sobre liberdade e autogoverno, aufere a Kant e sua concepção de auto-imposição de leis. “A ideia central, então, é a de que a moralidade é constituída por leis que os seres racionais se impõem a si próprios, proporcionando, assim, um motivo para obedecê-las. Os agentes morais são, segundo Kant, essencialmente autônomos” (Dall’Agnol, 2019, p. 50).

Assim, somos remetidos à ideia de que legislamos a lei moral a partir de nossa própria vontade, atrelando a noção de autonomia a de autogoverno, distanciando a moralidade de considerações voluntaristas que a concebem como criação de Deus e submissão a Sua vontade. Para Kant, a moralidade não pode ser definida de outra forma que não seja a da autonomia, ainda que não deixe muito claro o modo como esses termos se relacionam ao conceito de razão, indicando que a autonomia enquanto qualificação da ação moral através da busca em sua própria razão de um princípio que possa indicar a atitude a ser tomada. Dessa maneira, além de afastá-la de possíveis pretensões voluntaristas, condiciona a compreensão da moralidade diretamente ao conceito de autonomia, uma vez que a vontade deve ansiar o mesmo que lhe é colocado pela razão prática (SCHNEEWIND, 2005).

Partindo de um outro ponto de vista, Tugendhadt (2012) afirma que para Aristóteles, só pode ser bom aquele que é orientado para o *bem* em seus “afetos”, o que nas palavras de Kant seria denominado “inclinações”, decorrendo assim, que essa inclinação moral só pode ser adquirida através de uma “correta” educação e socialização, não nos sendo dada por nenhum fato natural, petição divina ou simplesmente através da razão. Nesse contexto, insere-se a autonomia e a capacidade de escolher aquilo que seria o seu *bem*, estando em condições de tomar suas próprias decisões, elegendo uma moral a seguir. Somente atingimos a plenitude de nossa autonomia quando o conceito de *bem* nos é apresentado como possibilidade a partir de autocompreensão de nós mesmos:

No contexto da filosofia utilitarista, John Stuart Mill (2005) preocupado com a individualidade, argumenta que os cidadãos devem se desenvolver em conformidade com suas convicções, salvo a não interferência na mesma expressão de liberdade de outras pessoas, a não ser no caso desses indivíduos causarem danos a terceiros ou agirem por ignorância. Assim, no escopo de sua teoria utilitarista aponta para a autonomia e o respeito demandados pelo agente, sendo o mesmo responsável por suas próprias ações, estando livre para agir de acordo com suas crenças e valores, porém sem causar danos a terceiros.

Seguindo em suas considerações, Mill aponta para a felicidade promovida de forma imparcial, afirmando que “o credo que aceita a utilidade, ou o “Princípio da Maior Felicidade”, como fundamento da moralidade, defende que as ações estão certas na medida em que tendem a promover a felicidade e, erradas na medida em que tendem a produzir o reverso da felicidade” (MILL, 2005, p. 9). Esses argumentos opõem-se a posições puramente individualistas, enfatizando a utilidade social, a partir do momento que contrabalançam, por um lado, o princípio da autonomia e, por outro, o princípio da utilidade.

Explorando também o conceito de autonomia, Dworkin considera que a mesma implica em autenticidade, liberdade de ação independente de influências externas. Esse conceito também pode ser usado para demonstrar que o objetivo da medicina é restabelecer a autonomia da pessoa, pois, segundo ele:

A autonomia estimula e protege a capacidade geral das pessoas de conduzir suas vidas de acordo com uma percepção individual de seu próprio caráter, uma percepção do que é importante para elas. Talvez o principal valor dessa capacidade só se concretize quando uma vida realmente manifestar uma integridade e uma autenticidade, absolutas. Mas, o direito à autonomia protege e estimula essa capacidade em qualquer circunstância, permitindo que as pessoas que a têm decidam em que medida e, de que maneira, procurarão concretizar esse objetivo (DWORKIN, 2009, p. 319-320).

Através do que foi até aqui explanado, verificamos que o modelo de autonomia na tomada de decisões está firmemente fundamentado na noção de dignidade do indivíduo, nas reivindicações de privacidade, autodeterminação, e no estabelecimento de planos e valores próprios, aspectos da vida humana que passaram a ser questionados a partir do iluminismo e, desde então, tomam cada vez mais força. Esses modelos de

autonomia têm origem nos movimentos de luta por direitos humanos e civis dentro de um contexto político e, não tendo por base um estudo ontológico das relações entre a medicina e o ato de curar, foram passados para o âmbito da relação médico-pessoa sem os devidos debates e rastreamento de adaptações, o que torna premente uma reflexão condizente com a realidade do ambiente em saúde (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Após apresentarmos algumas informações históricas e conceituais mais gerais, partiremos para a análise do princípio do respeito à autonomia, conforme proposto por Beauchamp & Childress, fazendo algumas considerações sobre suas implicações no contexto da bioética em saúde.

## 2.2 O PRINCÍPIO DO RESPEITO À AUTONOMIA

Partindo da reflexão sobre a ação humana no cotidiano dos cuidados em saúde, Beauchamp & Childress (2009) propõem uma teoria bioética baseada em princípios teleológicos e deontológicos<sup>28</sup>, com o objetivo de analisar dilemas morais que se desenrolam no mundo prático. Desde esse ponto de vista, os autores fundamentam suas teorias e propõem que tais situações devam ser abordadas partindo-se de quatro princípios, definidos como sendo: 1) respeito à autonomia, 2) beneficência, 3) não maleficência e, 4) justiça; os quais devem orientar os debates e a tomada de decisões no escopo da bioética nas ciências biomédicas.

A resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, datada de outubro de 1996, definiu no Brasil, a teoria principialista nos termos definidos por Beauchamp & Childress, como fundamento ético para a autorização e abordagem de pesquisas envolvendo seres humanos. O mesmo o faz a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, através de sua Instrução Normativa nº 9, aprovada em 10/10/1997, em relação as

---

28 De acordo com Frankena: “éticas teleológicas e deontológicas: na filosofia moral do século XX, sobretudo na metafísica analítica, fala-se de éticas deontológicas ou do dever a propósito das teorias que valorizam a moralidade não em termos de resultados, mas de deferência categórica a determinados princípios. Inversamente, fala-se de éticas teleológicas ou consequencialistas a propósito das posições que ‘derivam o justo, o obrigatório e o moralmente bom do não moralmente bom’, ou seja, que valorizam as ações humanas com base em determinados fins ou consequências extramoraís, como felicidade, perfeição, prazer, utilidade etc...” (1981, p. 64-66, apud ABBAGNANO, 2012, p. 280).

demandas relacionadas a biossegurança, destacando as que se referem a manipulação genética (DALL'AGNOL, 2004).

De acordo com Ferrer & Alvarez (2005), Beauchamp & Childress, não atribuem em sua estrutura uma ordem de importância ou preponderância entre os princípios, evitando que um deles possa tornar-se norma absoluta ou prevaleça em relação os demais. Essa estratégia faz com que algumas críticas sejam feitas no sentido de que em caso de conflitos que possam envolver esses quatro princípios, o estabelecimento de uma hierarquia entre eles pode fazer-se necessária.

O princípio da autonomia nos é apresentado como um dos pilares deontológicos da bioética contemporânea em saúde. Porém, como observado e reconhecido por alguns filósofos, ele não satisfaz completamente de forma isolada e absoluta as exigências correspondentes aos diversos contextos que podem ser inseridos. Kottow (1995) critica o principialismo em sua totalidade por não possuir uma ligação com leis morais estritamente válidas ou outro conteúdo que permitam estabelecer um aprofundamento ético em sua formulação. Seu referencial teria sido construído com base em diferentes tradições teóricas, constituindo propostas gerais capazes de ser empregadas em qualquer teoria ética aplicada. Por outro lado, a relevância teórica e prática do princípio da autonomia na atualidade é indiscutível, posto que relaciona-se com a autodeterminação do sujeito e sua plena emancipação.

É mister ressaltar que o princípio da autonomia, exposto por Beauchamp & Childress (2009), aponta para a necessidade de estar o agente livre de pressões externas<sup>29</sup>, podendo realizar suas escolhas do modo que melhor lhe convier. Vale a pena acrescentar, no que tange o legal, que a autonomia materializa-se no *consentimento livre e esclarecido*<sup>30</sup>, decorrente do direito que cada indivíduo possui de estar de acordo ou não com propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que possam causar danos a sua integridade física e/ou psicológica, em sentido amplo ou restrito. Assim, o princípio da autonomia imprime limites a atitudes de cunho paternalista<sup>31</sup>, onde o

---

29 Conforme conceito de heteronomia apresentado na página 16.

30 Do inglês 'informed consent', traduzido para o português sulamericano como 'termo de consentimento livre e esclarecido'.

31 Atitudes paternalistas, no contexto em que estamos inseridos, constituem-se em ações tomadas pelos médicos, sem consentimento prévio de seu paciente ou responsáveis, na certeza de estarem agindo pelos melhores interesses do paciente, seja por virtude ou domínio de conhecimento técnico e teórico. É considerado forte, quando desconsidera os desejos de uma pessoa capaz, e fraco quando se dá

profissional médico isoladamente se autoconsidera a parte da relação detentora do conhecimento científico, aquele realmente “relevante”, o qual a *pessoa* busca para tratar sua doença, estando, por suposto, inclinado a submeter-se de modo incondicional ao tratamento prescrito.

Essa posição, apesar de estar diretamente relacionada a padrões de moralidade, segue apresentando divergências no que concerne a sua natureza, seus limites e direitos específicos. E, partindo desses pressupostos, os autores empregam o conceito de autonomia para explorar os ruídos e entrelinhas que permeiam o diálogo que deve conduzir as partes envolvidas na tomada de decisão. No entanto, não podemos esquecer que a nossa forma de entendê-los deve ser a mais adequada no intuito de identificar o que deve ser protegido pelas regras relacionadas a obtenção de consentimento ou recusa informados <sup>32</sup>, e a veracidade e confidencialidade nele contidas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

O *consentimento livre e esclarecido*, conforme denominado, preconiza que o médico <sup>33</sup> obtenha do próprio paciente ou seu tutor, em caso de impedimento do mesmo por algum motivo, em situações eletivas, consentimento autorizando a realização de procedimentos médicos. Porém, somente após ter o médico esclarecido a *pessoa* por ele assistida sobre seu real estado de saúde, riscos e benefícios da terapêutica proposta.

---

em relação a uma pessoa que não está em condições de dar seu consentimento (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 7-8).

32 Para Engelhardt, o iluminismo não conseguiu estabelecer uma moralidade canônica essencial e, diante da pluralidade de concepções de mundo e do provável encontro entre estranhos morais, o autor propõe o princípio do consentimento, que em nossa vida prática traduz-se sob a forma de consentimento informado, com o objetivo de garantir uma fonte de garantia de autoridade moral secular das pessoas sobre si mesmas (ELGELHARDT, 1998, p.72).

33 O novo código de ética médica do Conselho Federal de Medicina, do Brasil, publicado no Diário Oficial da União, em 1º de novembro de 2018, entrando em vigor 180 dias após esta data. No capítulo 1, referente aos princípios fundamentais, em seu inciso XXI que aborda o respeito as escolhas do paciente, diz que “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequados ao caso e cientificamente reconhecidas”. E, no capítulo 4, sobre direitos humanos, em seu artigo 22, veda ao médico “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”. (Fonte: Conselho Federal de Medicina; disponível em: [sistemas.cfm.org.br/normal/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217](http://sistemas.cfm.org.br/normal/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217)).

A *pessoa* deve estar sempre que possível ciente de seu diagnóstico e prognóstico. A obtenção do consentimento só não se faz necessária em caso de emergência, onde há risco de morte iminente, sendo cada minuto de ação fundamental para salvaguardar a vida em perigo (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

A autonomia está, como já visto, intimamente relacionada ao poder de decisão de cada um sobre si mesmo, destacando que jamais poderemos perder de vista a garantia da preservação das liberdades individuais. Subentende-se, nesse contexto, que todos os profissionais que atuam na área da saúde devem colocar a disposição daqueles que são por ele assistidos, todas as informações técnicas e científicas necessárias para a compreensão do escopo que envolve seu atual estado de saúde. Somente agindo desse modo, possibilita-se as condições necessárias para a melhor tomada de decisão pelo paciente ou seus responsáveis, retirando de cena as práticas paternalistas<sup>34</sup> e ou coercitivas que podem influenciar suas deliberações, para que possam ser tomadas imparcialmente, isto é, com respeito pelo ser humano e reconhecimento de seus direitos à dignidade, privacidade e liberdade.

É fato observável que pessoas competentes para agir e conduzir suas próprias vidas dispondo de seus próprios valores, podem fazê-lo, enquanto, por outro lado, uma pessoa que se encontra com sua autonomia diminuída, na menos desejada das hipóteses, está sendo controlada por terceiros ou encontra-se incapaz para tomar decisões e atuar racionalmente por si mesma, requerendo outro tipo de abordagem. Não é raro defrontarmos-nos com tais casos, basta pensarmos em indivíduos institucionalizados e ou incapacitados. No entanto, muitas vezes, as teorias da autonomia levam em consideração duas condições substanciais: liberdade<sup>35</sup> e a qualidade do agente<sup>36</sup>, ainda que possam haver opiniões diferentes sobre o significado dos pressupostos (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

---

34 O argumento da ladeira escorregadia busca justificar que concessões que inicialmente podem parecer inócuas, não devem ser feitas quando tratamos de temas controversos, sob risco de abrirmos precedentes para atitudes que possam produzir malefícios evidentes (SCHAUER, 1985, 361-383).

35 Liberdade, sobretudo como independência de influências externas controladoras, ou seja, conforme Rawls (2016, p. 302) “a liberdade só pode ser limitada em nome da própria liberdade”.

36 Qualidade do agente enquanto competência do indivíduo para agir de modo intencional.

Não obstante as definições dadas pelas teorias da autonomia que abordam as capacidades individuais de autogoverno, o que Beauchamp & Childress (2009) têm em mente é a definição de escolha autônoma enquanto ato de decisão efetiva e não como competência para se autogovernar. Para atingir tal finalidade, os autores justificam-se argumentando que ainda que um indivíduo preencha todos os requisitos para ser considerado autônomo, pode falhar ao fazê-lo, devido a restrições internas ou externas, temporárias ou permanentes, que possam apresentarse.

Por outro lado, algumas teorias éticas defendem que é a autonomia que, de forma mais ampla, aponta para a capacidade de podermos controlar, argumentar, e identificarmo-nos com desejos de primeira ordem (ou preferências básicas) sustentados em seus desejos de segunda ordem (de nível mais alto; mais incisivos para tornar um ato autônomo; nos fazem refletir e aderir ou repudiar desejos mais básicos). Porém, Beauchamp & Childress (2009) discordam dessa teoria, acreditando que um desejo de segunda ordem pode não caracterizar autonomia, pois sua predominância, em caso por exemplo de dependentes alcoólicos, podem revelar que desejos de primeira ordem são antitéticos à autonomia, podendo produzir desejos de segunda ordem. Ou seja, os desejos de segunda ordem não diferem significativamente dos desejos de primeira ordem.

Esses autores propõem verificarmos a adequação da autonomia de modo coerente com as exigências morais as quais respeitamos ao conduzir nossas vidas. Assim, fazem uma análise da autonomia que se concentra em condições não ideais que se ajustam às exigências morais do respeito a autonomia, considerando que agentes normais fazem suas escolhas intencionalmente, com compreensão e sem controlar influências que determinam sua ação. Ações podem ser autônomas satisfazendo graus diferentes de compreensão e influências controladoras, devido ao amplo continuum em que a autonomia se estende desde o totalmente presente ao completamente ausente.

No mundo prático a ação das pessoas raramente é totalmente autônoma, o que nos orienta a ter cuidado ao limitá-la, pois, para que se qualifique uma ação como autônoma precisamos apenas de um grau substancial de compreensão e não necessariamente de um entendimento completo, bem como estar livre de controvérsias em vez de completamente livre de influências externas. Os critérios apropriados para considerarmos que uma pessoa é substancialmente autônoma são

melhor abordados, de acordo com cada contexto vivenciado<sup>37</sup>. Quando as pessoas têm sua autonomia diminuída, não sendo capazes de decidirem dentro das perspectivas que caracterizam o agir de modo autônomo, nessas situações, e somente nelas, podem justificar-se ações de caráter paternalista (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Há também teorias que afirmam que pessoas autônomas devam agir de acordo com modelos mais rígidos, exigindo que esses indivíduos sejam autênticos no que tange as razões segundo as quais agem. Além dessas pessoas, há aquelas que exigem que o indivíduo avalie e aceite cada uma dessas razões. O grande problema, nesses casos, segundo Beauchamp & Childress (2009), é que ditas teorias, geralmente apresentam ideais distantes das nossas possibilidades. Afastando-se de tais compromissos, esses filósofos concentram-se na análise de premissas da autonomia subjacentes aos seus requerimentos morais. Estando em pauta ações autônomas, os filósofos as avaliam segundo determinados agentes ditos normais que executam atos repletos de intencionalidade, entendimento e que estão livres de influências externas sobre suas decisões<sup>38</sup>.

Mesmo que atos possam ser intencionais ou não intencionais, as condições de conhecimento e de ausência de influências controladoras, ambas podem ser satisfeitas gradativamente. De outro modo, podemos inferir que as ações podem ter diferentes graus de autonomia decorrentes da alternância dos níveis de satisfação das condições de entendimento e da ausência de influências controladoras. Os autores comprometem-se apenas em parte com essas condições e não com um entendimento pleno ou total ausência de influências. Além de justificarem que ao limitarmos a ação dos pacientes ao ideal da tomada de decisão autônoma, privamos

---

37 Nesse contexto, podemos citar alguns exemplos como o da pessoa que assina um formulário sem lê-lo, negligenciando sua autonomia, ou por outro lado, pessoas com limitações de sua autonomia, por exemplo, pacientes psiquiátricos que apesar de serem declarados incompetentes podem fazer algumas escolhas autônomas referente a refeições, a roupa que querem usar etc..

38 Harry G. Frankfurt, em seu artigo *Freedom of the will and the concept of person*, caracteriza na pessoa a existência simultânea do racional e da vontade livre para que alguém se afirme enquanto pessoa. Para ele, a razão é controlada por ação da vontade que fundamenta a natureza da ação do agente, assim, a conduta humana não seria orientada pela moral de forma racional, mas pelo amor volitivo e pela vontade livre, afastando-se da afecção e da cognição. Decorre, nesse contexto, que é a liberdade da vontade que dá sentido à vida da *pessoa* e justifica nossas ações, não a razão.

esses atos de uma posição significativa no mundo prático, onde a autonomia ampla e abrangente é rara.

Assim, esses filósofos apontam para o fato de que há uma diferença profunda entre o que entendemos por decisões autônomas importantes e o fato de serem ou não perfeitamente autônomas. A dificuldade em fixar limites para definir as decisões substancialmente autônomas é resolvida elegendo-se objetivos específicos que devem ser preenchidos em contextos particulares, e não submetida as exigências de autoridades, como por exemplo, o Estado e a igreja (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Declararam, também, não acreditar em inconsistências fundamentais decorrentes do fato de ao optarem por determinada via de resolução, aceitam e submetem-se incondicionalmente às exigências de autoridades outras. De acordo com os autores, um conjunto de regras não pode ser estabelecida por um único indivíduo, assim como princípios morais têm fundamento em nossas vidas em virtude das influências da comunidade da qual somos parte, ainda que cada um tenha suas próprias convicções. Noções morais autonomamente aceitas por indivíduos que fazem parte de uma cultura, derivam dela suas tradições.

Códigos de ética não são criação de um único indivíduo em separado do todo, pois, nesses casos, seriam apenas uma crença particular sem relação alguma com disposições tomadas em conjunto e que representam um grupo. Segue-se que a compatibilidade da autonomia com a autoridade e a tradição moral ocorre no contexto político, do mesmo modo que no contexto biomédico. O problema em causa para o segundo é, no mais das vezes, consequência da razão da condição de dependência da *pessoa* enferma, juntamente ou não, da posição de autoridade do profissional de saúde. Conflitos não ocorrem apenas por incompatibilidade entre os conceitos de autoridade e de autonomia e sim, porque a autoridade não foi adequadamente legitimada (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

O destaque dado à autonomia enquanto independência em relação a terceiros, subestima o significado de relacionamentos de dependência, e de outras formas de influência que podemos sofrer. As religiões, por exemplo, são reticentes às teorias da autonomia que dispensam qualquer apelo a um poder que transcenda o mundo em que vivemos. Por outro lado, há filosofias que não se contentam com modelos de eu independente que ignoram a vida comunitária e destacam a vontade racional (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Esse tipo de crítica relaciona-se a concepções severas e individualistas da autonomia, ao contrário de teorias que prezam pelo

detalhe e são comprometidas com os ideais da vida contemporânea. Com essa exposição, os autores indicam uma diferença abissal entre ser autônomo e ser respeitado como um agente autônomo. O respeito devido a um agente autônomo está relacionado ao reconhecimento do direito de opinar, questionar e tomar decisões, respaldado em suas próprias crenças. Para tal, é necessário que a ação seja realmente respeitosa, e não meramente uma atitude que se pretenda respeitosa. Tal respeito inclui obrigações de não intervir nas decisões de terceiros, independente de justificção. Essa definição é dada pelos citados filósofos afirmando que:

Esse respeito envolve a ação respeitosa, e não meramente uma atitude respeitosa. Ele exige também mais que obrigações de não-intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009, p.103).

As interpretações do respeito à autonomia sofrem influências das filosofias de Immanuel Kant e John Stuart Mill. Se, por um lado, Kant impõe um imperativo moral que determina que as pessoas sejam tratadas respeitosamente como fins em si mesmas em vez de meramente como meios, Mill indica a não interferência como fortalecimento da autonomia. Apesar de uma profunda diferença entre as duas filosofias, ambas apoiam o princípio de respeito à autonomia, tendo em vista que para Kant cada pessoa tem um valor incondicional, determinando seu próprio destino moral, enquanto Mill sustenta que todo cidadão tem o direito de desenvolver-se de acordo com valores e convicções próprios (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Baseando-se nessas filosofias, Beauchamp & Childress (2009), chamam nossa atenção para alguns princípios carentes de especificidade em contextos particulares. Esses princípios são importantes para que se

possa dar uma perspectiva prática para condutas a serem tomadas<sup>39</sup>, de modos que a forma negativa do respeito à autonomia seja dada por um princípio que indique que ações autônomas não devem ser submetidas às pressões controladoras de outros. A necessidade de especificação torna-se mais clara quando observamos que há vários direitos correlatos a essa obrigação, como autodeterminação e privacidade.

Focando tais especificações, os autores desenvolvem seus argumentos sobre direitos e obrigações, apontando-nos desavenças sobre o escopo desses direitos, mas, por outro lado, demonstrando um amplo acordo quanto ao fato de que esses direitos de autonomia são muitas vezes legitimamente restringidos pelos direitos de outros. É importante destacar que o respeito à autonomia tem uma validade *prima facie*, decorrendo a possibilidade de serem superados por considerações morais divergentes que competem entre si. Os autores, esclarecem, ainda, que “o princípio do respeito à autonomia não determina por si mesmo que uma pessoa deve ser livre para saber ou fazer, nem o que é uma justificação válida para restrição da autonomia” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009, p. 105).

Críticas dirigidas a usos concorrentes do princípio de respeito à autonomia na ética biomédica observam que a mesma não é um valor isolado e, que o respeito a ela também não é o único imperativo moral. A autonomia, dependendo da ocasião, pode ser menos importante para a condução de determinados casos do que manifestações de beneficência e compaixão. Essas críticas são eficientes contra teorias éticas que admitem um princípio de autonomia pouco abrangente, esclarecendo-nos os autores que o princípio de respeito à autonomia determina um importante direito de autoridade que nos permite controlar nosso próprio destino, não sendo, no entanto, a única fonte de obrigações e direitos morais. Não podemos esquecer as exigências positivas do princípio do respeito à autonomia no tocante ao tratamento respeitoso e na estimulação da

---

39 “É importante notar que *princípios* são distintos de *regras*, pois essas especificam quais atos particulares devem ser praticados e em que circunstâncias. Assim como salientou Hare (1993, p.50), princípios são além de prescritivos, *universais*, ou, ao menos, *gerais*. As regras são certamente prescritivas, mas são menos abrangentes, pois são subsídios para a aplicação dos princípios. Para os autores de *principles of Biomedical Ethics*, todos os juízos prescritivos expressam apenas *prima facie* deveres que podem ser sobrepostos por outras considerações se o resultado for a maior produção de bem. Existiria, todavia, entre os quatro princípios citados, um suporte mútuo formando um todo coerente capaz de justificar todas as regras com conteúdo bioético” (DALL’AGNOL, 2004, p. 30).

decisão autônoma, possibilitando condições para o melhor acesso a bens materiais e informação (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Beauchamp & Childress (2009) fazem essas interpretações partindo de um viés kantiano, exigindo o tratamento das pessoas como fim e jamais como meio. Faz-se mister que as assistamos para que atinjam seus fins e para encorajarmos suas capacidades. Respeitar a autonomia de uma *pessoa* requer habilitá-la para superar o senso de dependência e obter o controle de si mesma de acordo com suas vontades. O princípio de respeito à autonomia, assim, afasta a possibilidade de ações paternalistas. Os aspectos positivos e negativos do respeito à autonomia indicam que respeitar o outro encoraja os mesmos a produzir sua própria opinião no que se refere a suas motivações mais autênticas.

É, ainda, possível que os aspectos positivos e negativos do respeito à autonomia sustentem regras morais específicas, como os princípios da beneficência e da não-maleficência o fazem. Devido a seu caráter não absoluto, o princípio do respeito à autonomia atende satisfatoriamente regras que incluem: 1) dizer a verdade, 2) respeitar a privacidade alheia, 3) proteger informações confidenciais, 4) obter o *consentimento livre e esclarecido* para a realização de intervenções médicas e, 5) ajudar as pessoas a tomar decisões importantes, quando solicitado. A abrangência das obrigações de respeito à autonomia, é facilmente constatável, no entanto, o princípio não atinge de modo universal as pessoas não-autônomas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Desse modo, situações envolvendo *pessoas* que não estejam em condições de exercer sua autonomia de modo amplo e irrestrito a curto prazo, estão, nesses casos, justificadas algumas formas de intervenção externa. A possibilidade de interpretações equivocadas do princípio da autonomia em ética biomédica, leva-nos a reconhecer que muitos dos defensores do princípio alimentaram suas críticas notoriamente em perspectivas reducionistas dos fatos. Atualmente, no mundo prático, o paradigma básico da autonomia na saúde é o *consentimento livre e esclarecido*, elucidado pelo profissional envolvido no caso, e assinado de próprio punho por ambos, paciente e médico.

No entanto, esse procedimento pode equivocadamente legitimar formas de autoridade e de conduta, que na sua ausência, não seriam reconhecidas. No decorrer de sua teoria, Beauchamp & Childress (2009) observam que o *consentimento livre e esclarecido* pode explicitar formas do tipo tácito, implícito e presumido, além do que algumas dessas formas podem estar contidas em outra dada no momento da relação. Por exemplo, no caso do consentimento implícito é inferido das ações, enquanto o

consentimento presumido ocorre de acordo com os dados da pessoa em questão.

Mas há também outros aspectos a serem abordados nesse espectro de autorizações e consentimentos. Rui Nunes (2017) em seu livro *Ensaio em bioética*, disserta sobre a importância de elaborar-se um documento sobre *diretivas antecipadas de vontade*, na prática cotidiana em saúde, numa sociedade plural secular. Ele considera esse documento um testamento vital importante para a tomada de decisões futuras sobre a vida de alguém que prevê a possibilidade futura de perder parcial ou completamente sua capacidade de discernimento, e consequentemente sua autonomia. Através desse documento, podemos preservar a forma peculiar da pessoa ver o mundo e dar orientações para a tomada de decisões futuras no que se refere à intersubjetividade na relação entre as partes envolvidas<sup>40</sup>.

Outro fato a ser considerado é o de que interpretações sobre os consentimentos não-expressos podem levar a conflitos, principalmente nos casos em que tais presunções se originam em teorias gerais do *bem* humano ou teorias da vontade racional. Não podemos incorrer no risco de erro em sua interpretação. O consentimento deve se referir preferencialmente às ações e inações próprias do indivíduo, sem deixar de ter em mente que as formas de *consentimento implícito* e *consentimento presumido* são moralmente relevantes, mesmo que em algumas ocasiões não fique exatamente claro seu vínculo com a decisão autônoma (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

No contexto desse debate é importante que se inclua a análise do conceito de competência, pois o mesmo permite-nos compreender o princípio de respeito à autonomia como uma possibilidade de melhoramento das relações interpessoais. A capacidade de resolução por ter uma ligação estreita com a decisão autônoma e a validação dos consentimentos, executa julgamentos sobre a capacidade do interessado, distinguindo aquelas *pessoas*, cujas decisões autônomas devem ser respeitadas ou não, ou que ainda faz-se necessário colocá-las sobre a tutela de terceiros.

Por entendermos que o termo competência refere-se a capacidade de uma *pessoa* tomar decisões as quais ele se torna responsável por suas consequências, é que mesmo quando julgamentos são justificados, podem

---

40 No Brasil a resolução do CFM nº 1.995/2012, versa sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, regulamentando-a em todo o território nacional (nota do autor).

cobrir uma perspectiva estreita de valor. A interpretação do conceito de competência, dependendo de algumas perspectivas específicas, pode não ter uma única definição aceitável e um único modelo do próprio conceito. Desse modo, perspectivas intimamente relacionadas a uma determinada ciência ou filosofia, ou ainda entre atividades profissionais as mais variadas, podem conduzir a posições diferentes no que concerne as habilidades exigidas para que possamos considerar alguém capaz. A palavra ‘competência’ acumula várias camadas de significados que estão interligados de diferentes modos, mas com propósitos diversos e funções protetoras que se insinuam tendo como pano de fundo ideias diversas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

É importante salientar que os filósofos em questão apontam um significado fundamental para o termo ‘competência’ enquanto habilidade de realizar tarefas de forma livre e voluntária. Os critérios para definir competências particulares variam em diferentes contextos de especificidades e mudam quando confrontadas com seu significado fundamental. A competência para decidir é, então, considerada relativa e relacionada a decisão a ser tomada. Os conceitos de competência e de autonomia enfrentam problemas de interpretação, pois podem estar relacionados tanto a capacidade intermitente quanto a capacidade específica.

Conhecimentos conceituais são demasiados importantes para a vida prática, uma vez que ao estarmos conscientes dos mesmos, podemos evitar incorrer em erros. Afirmar que uma determinada *pessoa* não é competente para fazer cálculos, não implica necessariamente dizer que essa mesma *pessoa* é incapaz de ler um livro, ou seja, que ela também não é capaz de realizar uma ação diferente da primeira proposta. Deliberar com base em informações materiais, julgar de acordo com valores particulares, fazer escolhas, informar desejos e interesses privados àqueles que nos assistem, são atributos do indivíduo competente (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Os critérios que definem a pessoa competente e a pessoa autônoma são extremamente próximos, embora tenham significados diferentes. A competência também envolve graus de habilidades que vão desde o pleno domínio até a plena inaptidão. Contudo, o escopo do conceito de competência classifica as pessoas nesses dois grupos, limitando o seu tratamento, simplesmente, como competentes e incompetentes. Embora havendo níveis diferentes de afetação em ambos os casos, tais grupos são determinados através de tarefas particulares. Nesse sentido, a competência, diferentemente da autonomia, é um limiar e não um conceito contínuo.

Ainda assim, o conceito de competência encontra dificuldades em casos concretos, decorrendo problemas de difícil qualificação específica. Para tanto, foram analisados modelos de competências concorrentes, elencando um espectro de inabilidades geralmente requeridas pelos vários modelos de incapacidade. Outra necessidade marcada, pelos filósofos, são os testes operacionais de incompetência para estabelecer em um ou mais desses modelos de pontuações de aprovação ou reprovação. Torna-se importante levarmos em conta que uma *pessoa* autônoma é capaz de decidir por si mesma, caso contrário, julgamentos sobre sua capacidade em autorizar ou não uma intervenção que afete seu destino, devem incluir uma avaliação sobre suas reais possibilidades de fazê-lo (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Distinções inadequadas sobre o conceito de competência podem gerar compreensões incorretas levando a conflitos ou a tomada de atitudes paternalistas. Podemos evitar esses problemas admitindo que o nível de evidência para estabelecer a competência de uma determinada pessoa tomar decisões realmente autônomas deve variar de acordo com o risco que a situação envolve, bem como a observação de uma escala de dificuldades para tomar decisões, sob a qual deve ser avaliado. Apenas modelos de evidência requeridos para determinarmos a competência para a tomada de decisões autônomas, devem ser situados numa escala móvel de apreciação das mesmas, onde julgamentos acerca da supressão de deliberações pessoais sejam distinguidas de questões que envolvam a avaliação de suas competências. Para Beauchamp e Childress (2009), o paternalismo tem um lugar válido na medicina, por exemplo quando pode ser necessário questionar decisões equivocadas de pessoas capazes, sendo que, no entanto, não está relacionado a fixação de critérios de competência.

Passaremos, agora, a expressão ‘consentimento informado’, a qual compreende a decisão tomada em conjunto pelo médico assistente e a *pessoa* por ele acompanhada, tendo-se em conta que esse documento e a decisão conjunta seriam sinônimos ou deveriam ser. A eficiência dessa definição é observada quando o termo de *consentimento livre e esclarecido* inclui as trocas de informações que ocorrem entre pessoas que buscam assistência de saúde e os profissionais dessa área, em sentido amplo e, não como uma simples ação de autorizar uma intervenção em seu corpo. Para que esse documento tenha valor a *pessoa* que o assina precisa ter uma substancial compreensão das questões decorrentes desse ato e, também, a que está dando sua anuência (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

O termo de *consentimento livre e esclarecido* assinado não é o único instrumento que dá legitimidade ao ato em si, e não pode ser reduzido a uma decisão tomada em conjunto, sendo recomendado evitar tomar esse modelo de decisão conjunta em um único encontro. Ele pode ter o sentido de escolha autônoma, onde a pessoa deve manifestar sua concordância com o proposto, ou o sentido de regras sociais de permissão, onde podem não necessariamente constituírem atos autônomos, tendo muitas vezes apenas valor institucional, dando por exemplo, apenas autorização para uma internação hospitalar, num primeiro sentido, e não para uma intervenção cirúrgica, o que seria um segundo sentido. Essas entrelinhas entre os sentidos do consentimento advertem-nos da possibilidade de o documento adotado por determinada instituição, não seguir os critérios demandados para que se satisfaçam os modelos mais rigorosos de autonomia (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

A definição do *consentimento livre e esclarecido* é compreendida como aquela que especifica os elementos do conceito, sendo que o primeiro diz respeito à revelação da informação e o segundo a compreensão daquilo que lhe é revelado, seguindo-se de ambas, a decisão voluntária da pessoa em submeter-se ou não a um procedimento recomendado. Ou seja, a *pessoa* que assina em anuência a um 'consentimento informado', pode fazê-lo de forma autônoma e consciente se for capaz de compreender uma explanação completa e consentir voluntariamente com o que lhe foi exposto. Beauchamp & Childress (2009) preocupam-se com a influência de convenções médicas e de leis no sentido de tornar a revelação ou esclarecimento do paciente, usando um termo mais comum em nosso meio, no sentido de tornar esse o ponto principal do *consentimento livre e esclarecido*, ficando o significado principal do documento como um todo, e o de autorização autônoma, em segundo plano.

Referidos os apontamentos de Beauchamp & Childrees sobre a autonomia e conceitos afins, passaremos em seguida a algumas contribuições de outros autores para a compreensão do tema e que julgamos serem relevantes para a continuidade de nossa explanação por terem relação com os modelos de relação médico-pessoa propostos. As polêmicas envolvendo o princípio do respeito à autonomia são variadas e demandam atenção, por isso optamos por ampliar as perspectivas em seu entorno. Respeitar a autonomia da *pessoa* faz parte da abordagem humanística em saúde, mas respeitar incondicionalmente sua autonomia pode não ser a melhor perspectiva, como veremos mais adiante. Críticas ao modelo principialista serão feitas no devido momento, ao longo do texto.

## 2.3 OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A AUTONOMIA

Para Engelhardt (1996), a variedade de concepções existentes nas sociedades pluralistas seculares contemporâneas faz com que diferentes dilemas morais em bioética possam apresentar-se, fazendo-nos buscar soluções racionalmente justificadas para os mesmos. Para tanto, o autor, apresenta reflexões acerca de como desenvolver uma moralidade canônica e dotada de conteúdo, uma moralidade laica que não fosse apenas procedimental, mas que pudesse vincular pessoas com concepções morais, religiosas e ou ideológicas distintas sobre o que é correto e o que é errado.

Dessa análise decorre os conceitos de *amigos morais* e *estranhos morais*, sendo os primeiros aqueles que compartilhem uma moralidade à qual aceitam seus valores, e os segundos o oposto, havendo no caso destes últimos a obrigação de solucionar suas desavenças através de acordos mútuos, permitindo a convivência pacífica entre todos. Esse conceito é bastante interessante de ser considerado na relação médico-pessoa, onde as partes podem apresentar escalas de valores distintas, sendo necessária negociação, o que viabiliza que *estranhos morais* cheguem a um ponto comum apesar de suas pluralidades morais (ELGELHARDT, 1996).

Engelhardt (1996) propõe que seja dada a permissão ou consentimento para ação de outros, baseada na autonomia daquele que se submeterá a essa ação, pois, caso contrário, não há autoridade, o que coloca essas ações em dúvida. Para ele, os consentimentos são ditos implícitos quando pessoas de modo individual ou coletivo, ou mesmo o Estado, possuem autoridade para impedir que “inocentes” sejam submetidos a situações que lhes coloquem em risco, enquanto no consentimento explícito esses mesmos agentes podem estabelecer contratos ou direitos no âmbito da assistência social. Segue que deve haver acordo entre as partes interessadas resultando na elaboração de um consentimento que respeita os direitos dos participantes, possibilitando a formação de uma comunidade moral.

Partindo dessas observações, estabelece o *princípio da permissão*, justificando-o como aquele que “expressa a circunstância de que a autoridade para resolver disputas morais em uma sociedade pluralista, secular, só pode ser obtida a partir do acordo dos participantes, já que não deriva de argumentos racionais ou da crença comum” (ELGELHARDT, 1996, p. 132.) É o consentimento que origina a autoridade, sendo condição necessária para a possibilidade do estabelecimento de uma comunidade moral, respeitar-se o direito das pessoas envolvidas em dar a sua autorização.

O *princípio da permissão* pode servir como embasamento moral para a definição de políticas públicas que visem proteger *pessoas* inocentes e vulneráveis, criando uma moralidade autônoma enquanto respeito mútuo. Para tal, o autor estabelece a seguinte máxima: “Não faça aos outros aquilo que eles não fazem consigo mesmos, e faça por eles o que foi contratado para fazer” (ENGELHARDT, 1996, p. 133). O cerne da questão, aqui, é de que as pessoas não podem ser submetidas a qualquer tipo de evento sem a sua autorização. Desse modo, não é o valor do princípio que está em questão, mas sua capacidade de pôr em colaboração estranhos morais.

Visando o entendimento entre as partes, Engelhardt (1996), apresenta-nos uma definição de pessoa que não envolve suposições metafísicas ou religiosas, com o objetivo de aglutinar estranhos morais, considerando que pessoa, em sentido estrito, é aquela que pode dar seu consentimento por possuir inteligência suficiente e estar em conexão com a realidade. Frisa, também, que essas pessoas, vivendo em uma sociedade laica e pluralista, devem possuir as virtudes da tolerância, da liberdade e da prudência, em sentido pleno.

Todas essas características de sua teoria, anteriormente citadas, seriam necessárias para a convivência pacífica. Ademais, sua concepção de autonomia, como *princípio de permissão*, de sua proposta é estabelecer os fundamentos para uma bioética que possa vincular estranhos morais, através do estabelecimento pacífico pelas partes sobre como e até que ponto colaborar. Assim, renomeia o princípio da autonomia para *princípio da permissão*, remetendo-nos ao reconhecimento de uma autoridade moral através do consentimento, e das implicações que dele decorrem com vistas a um empreendimento comum que envolve as partes. As pessoas são os agentes morais de uma sociedade, são elas que formam a comunidade moral secular, são elas as entidades que têm consciência de si mesmas, que são racionais, possuindo sentido moral e fazendo escolhas.

Remetendo-nos a nossa realidade prática, é exigência do código de ética médica brasileiro, que salvo em situações de emergência<sup>41</sup> o médico

---

41 O conselho Federal de Medicina através da resolução CFM n° 1451/95, resolve em seu Artigo 1º, Parágrafo primeiro: define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; e, no Parágrafo Segundo: define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato. (disponíveis em: [www.portal.medico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portal.medico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm))

deve obter da *pessoa* que assiste ou seu responsável, o *consentimento livre e esclarecido*, devendo explicar aos envolvidos os aspectos relacionados ao seu diagnóstico e tratamento, tanto no que concerne aos benefícios quanto possíveis complicações. Somente após esgotadas as dúvidas é que o documento deve ser assinado. Esse fato decorre da afirmação da liberdade enquanto valor e das interpretações decorrentes do princípio da autonomia. Ainda que as revelações tenham de ser feitas às pessoas para que elas alcancem um entendimento adequado, o significado do consentimento informado é melhor analisado com referência à autorização autônoma.

A despeito dessas reservas, os filósofos debruçaram-se no estudo e análise dos vários elementos como a capacidade de entender e decidir, a voluntariedade ao decidir, a revelação da informação material, a recomendação de um plano, o entendimento da revelação e da recomendação, a decisão e a autorização. Tais detalhamentos da conexão da autonomia com a tomada de decisão, não satisfazem as exigências precisas do princípio, deixando-o em aberto para muitos casos possíveis. Podemos afirmar que o princípio de respeito à autonomia rompe com a antiga abordagem paternalista forte em medicina, através da qual o médico se considerava a única parte da relação capaz de tomar decisões, determinando impositivamente o tratamento que o paciente deveria submeter-se. O princípio do respeito à autonomia está sujeito a sofrer modificações (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Não obstante, continua indicando que a *pessoa* deve ser livre de coações, e poder escolher a alternativa que melhor lhe convém. A autonomia de fato materializa-se no direito da *pessoa* consentir ou recusar propostas de caráter preventivo ou diagnóstico e terapêutico que afetam ou venham a afetar sua integridade e bem-estar físico, psicológico e social (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Sendo um dos pontos centrais na busca de humanização em saúde o diálogo entre médico e *pessoa*, fazemos recurso a Habermas e sua ética do discurso, onde o mesmo procura enfrentar o desafio imposto as sociedades modernas, pluralistas e multiculturais, em estabelecerem consensos sobre o que é certo ou errado, bom ou ruim, estabelecendo um programa de fundamentação moral, através da conjunção dos conceitos de “discurso” e de “ética”, que representam respectivamente, o elemento comunicativo e o referente à ação. Busca, assim, estabelecer uma unidade entre falar e agir demonstrando que o processo comunicativo é ação (TUGENDHAT, 2012).

Mas, para Tugendhat, faz-se necessário um questionamento: “Será que existem situações nas quais podem ser tomadas, em um discurso real,

melhores decisões morais com os envolvidos?”. E recorrendo a Habermas, afirma que “existe uma razão moral, que não pode ser analisada por sua vez discursivamente, mas que resulta do imperativo categórico que nos obriga a deixar que os próprios afetos [...] decidam o que querem [...]” (TUGENDHAT, 2012, p. 172-173). Fala assim, de um imperativo do reconhecimento da autonomia. Para Tugendhat, Habermas considera que no caso de empreendimentos comuns, destacando-se aqueles que envolvem o Estado, que tenham implicações morais, ninguém, individualmente, possui o direito natural de desqualificar terceiros ou por eles tomar decisões. Nessas situações, as decisões devem ser tomadas de modo coletivo, no âmbito da política, do modo mais oficial possível. Essas considerações são importantes para a adesão ao modelo clínico da *Medicina Centrada na pessoa* e do modelo bioético da *Beneficência Baseada na Confiança*, por caracterizarem-se pelo uso do diálogo e da narrativa como via democrática e humana de condução para a tomada conjunta de decisões.

Outras observações que podem ser tomadas como pertinentes aos modelos citados acima, são feitas por Donald Dworkin, em *Life's Dominion*, onde afirma que “cidadãos adultos dotados de competência normal têm direito a autonomia, isto é, direito a tomar, por si próprios, decisões importantes para a definição de suas vidas” (DWORKIN, 1994, p. 229). No entanto, salienta, também, a importância do acesso a todas as informações necessárias a sua tomada de decisão e, por outro lado, questiona a real capacidade do agente atuar de forma autônoma em determinadas situações. Dessa forma, considera, de acordo com o direito estadunidense, que o ser humano é livre para fazer escolhas que nem sempre venham a atender aos seus melhores interesses, como fumar, fazer maus investimentos, negar a submeter-se a uma transfusão sanguínea ou preferir não ter as pernas amputadas a continuar vivo. Mas, em seguida questiona: até que ponto temos esse direito, quando o perdemos? Até quando devemos respeitar escolhas realizadas por pessoas com doença psiquiátrica ou demência? Haveria alguma outra razão para respeitarmos suas decisões, além da autonomia? (DWORKIN, 1994).

Normalmente, costumamos respeitar as decisões alheias mesmo quando as consideramos imprudentes, por termos em conta que cada um sabe o que é melhor para si, porém, quando se trata de questões relacionadas a saúde muitas vezes temos uma linha tênue que nos permite questionar até que ponto as decisões tomadas são feitas realmente com autonomia, e consequentemente, respeitá-la poderia ser uma incoerência. Muitas doenças neurológicas e psiquiátricas cursam com prejuízo da capacidade do indivíduo em avaliar, raciocinar e tomar decisões por si

mesmo, essa habilidade pode ter sido perdida transitória ou definitivamente em determinado estágio de sua doença. E tendo consciência do terreno nebuloso onde repousa esse fato, afirma: “a concepção comprobatória da autonomia está muito longe de ser infalível” (DWORKIN, 1994, p. 223). Para ele, o respeito à autonomia não deve restringir-se do argumento de que cada um sabe o que é melhor para si, e apresenta como alternativa mais plausível a essa decisão a concepção de autonomia centrada na integridade da *pessoa* e não em seu bem-estar propriamente dito.

Considerando, então, que “a autonomia estimula e protege a capacidade geral das pessoas de conduzir suas vidas de acordo com uma percepção individual de seu próprio caráter, uma percepção do que é importante para elas” (DWORKIN, 1994, p. 224). Assim, a concepção de autonomia centrada na integridade relaciona-se à capacidade de cada pessoa de fazer escolhas e conduzir sua vida de maneira autêntica, tomando decisões razoáveis e coerentes. Poderíamos, dessa forma, aceitar as decisões de uma pessoa em processo evolutivo de demência até o ponto em que suas opções mantiverem congruência com o caráter geral de sua vida, demonstrando que a mesma ainda detém controle sobre si. Sinais de contradição e falta de objetividade em suas decisões devem servir de alerta para reavaliarmos se o indivíduo em causa deve ter sua autonomia respeitada, uma vez que a mesma tem a finalidade de protegê-lo, e não de colocá-lo em risco (DWORKIN, 1994).

Apesar de perder o direito a sua própria autonomia persiste seu direito à beneficência, ou seja, que as decisões a serem tomadas a seu respeito estejam de acordo com suas preferências e interesses fundamentais, e este é um aspecto demasiado importante para ser atropelado. Dworkin alerta-nos para que não nos prendamos somente ao sentido usual da palavra “competência”, naquele de capacidades e habilidades individuais, salientando que “a literatura médica sobre a tomada de decisões em nome de pacientes dementes, assinala corretamente, que a competência nesse sentido de cumprimento de tarefas é relativa a natureza e a complexidade da decisão em questão” (DWORKIN, 1994, p. 225).

Na sequência de suas reflexões, aponta-nos o sentido em que ele pressupõe o direito à autonomia, relacionando-o a nossa “capacidade de agir com base em preferências genuínas, na percepção da natureza das coisas, nas convicções pessoais ou no sentido da própria identidade” (DWORKIN, 1994, p. 225). Porém, destaca que essa proposição não exclui as dificuldades que se apresentam quando tentamos estabelecer se uma *pessoa* em processo evolutivo de demência ainda está capacitada a

tomar decisões sobre si, mas que ela auxilia quando buscamos determinar se tem direito à autonomia. Muitos indivíduos apresentam flutuação de seu estado de consciência, por exemplo, em casos de esquizofrenia, o que impossibilita estabelecer seu direito à autonomia de maneira definitiva, pois essa capacidade se altera no plano temporal, não sendo delicado atribuir poder decisório a quem possa tomar decisões que vão contra seus próprios interesses.

Percebe-se que nem a concepção comprobatória de autonomia nem a de autonomia por integridade vislumbram o direito à autonomia de pacientes dementes. Por outro lado, caso alguém, hoje demente, sabendo no passado da possibilidade de sua vida evoluir para esse fato, elaborasse ainda quando de posse de todas as suas faculdades mentais, um documento definindo detalhadamente as condutas a serem tomadas com relação a sua pessoa em possíveis situações futuras, deveriam essas diretivas antecipadas serem respeitadas por seus tutores estabelecidos, seus médicos assistentes e demais profissionais de saúde? (DWORKIN, 1994).

Para Dworkin (1994), como não podemos antecipar todas as situações que acontecerão em nossas vidas, e tendo em vista que nossos interesses podem mudar em circunstâncias não previstas, de acordo com a concepção comprobatória de autonomia não estaríamos obrigados a respeitar suas decisões previamente estabelecidas. De modo contrário, de acordo com a concepção de autonomia centrada na integridade, estaríamos agindo em conformidade com o respeito às suas decisões previamente estabelecidas, pois as mesmas expressam de forma geral um juízo através do qual esta *pessoa* apresenta o modo como intencionava conduzir sua vida. Haveria no entanto, sempre a expressão de uma possibilidade de mudança de opinião por parte de alguém que houvesse anteriormente expressado suas decisões a serem tomadas futuramente em determinadas situações, combinada ou não a uma certa dificuldade de estabelecer o real estado atual de consciência ou a possibilidade de suas novas decisões entrarem em conflito com o acordado antecipadamente.

Nesses casos, devemos determinar se há no momento competência por parte do indivíduo para tomar decisões, ainda mais se contradizem as orientações anteriores, para que não se gere problemas futuros, pois seu “argumento em favor da concepção centrada na integridade tem por base uma verdadeira doutrina da autonomia precedente” (DWORKIN, 1994, p. 228). Desse modo, as decisões tomadas no passado por uma pessoa atualmente demente devem ser respeitadas para que realmente seja garantida a autonomia que a mesma possuía quando testamentou suas vontades. Mesmo que suas opiniões aparentemente mudem, não posso

desrespeitar sua autonomia acatando decisões tomadas por ela em estado de demência, pois isso se opõe justamente ao que ela desejava quando competente para dispôr de seu destino, caso contrário, em vez de respeitarmos sua autonomia a estaríamos violando (DWORKIN, 1994).

Mas, existem muitos outros fatos envolvidos que corroboram para o aumento das tensões nas relações interpessoais no âmbito da bioética em saúde, e que não dizem respeito diretamente as regras e princípios, e funcionam como ideologias a influenciar os comportamentos. Assim, aceitar a preponderância absoluta dos progressos tecnológicos frente a questões humanísticas na relação médico-pessoa e na esfera do cuidado daquele que adoece, pode incluir riscos à *pessoa* e danos irreparáveis a essa relação, como veremos mais adiante. Não devemos jamais perder de vista o fato de que mesmo estando consciente e consentindo com determinadas práticas em saúde, o indivíduo doente não possa estar em estado de vulnerabilidade. A assinatura do paciente em um documento de consentimento informado não descarta essa possibilidade.

Nessas situações, o *bem* pode sair de foco e dar lugar a atitudes inescrupulosas. Não podemos simplesmente considerar que por vivermos atualmente em sociedades pluralistas e secularizadas, com as mais diferentes e muitas vezes antagônicas concepções morais, o termo de *consentimento livre e esclarecido* seja garantia certa de que somente serão tomadas condutas baseadas em princípios éticos e em virtudes. Além disso, o modo como o *consentimento livre e esclarecido* é utilizado em muitas instituições, “como mera formalidade burocrática, suscita o questionamento sobre até que ponto os pacientes estão realmente informados e de acordo com a realização de todos os procedimentos propostos”(GONÇALVES & VERDI, 2005, p. 202).

Verifica-se, assim, o desrespeito ao princípio da autonomia, pois na realidade o paciente não é devidamente esclarecido sobre os detalhes e possíveis complicações que advenham do procedimento a ser realizado, sendo o consentimento não necessariamente livre, voluntário e esclarecido. Muitas vezes, esses documentos são incompletos, não contendo informações suficientes sobre o que vai ser realizado, e são apresentados ao paciente ou muito antes ou imediatamente antes da realização do procedimento. A dificuldade em obter serviços médicos gera nas pessoas o medo de perder a oportunidade do atendimento, tornando-os vulneráveis e muitas vezes assinando documentos sem o esclarecimento devido (GONÇALVES & VERDI, 2005).

A relação médico-pessoa tomada apenas do ponto de vista do contrato através do *consentimento livre e esclarecido*, torna o médico um mero agente que prescreve ações terapêuticas ou faz o gerenciamento de

recursos em saúde. Podemos, então, de acordo com Edmund Pellegrino (1993), afirmar que o cumprimento de um contrato se dá no âmbito da lei e não numa relação ética fiduciária, como a que deve ser estabelecida entre a pessoa que adoeceu e aquela que lhe prestará cuidados, não se baseando na confiança e dando apenas uma sensação de controle de uma parte sobre a outra. O exercício da medicina deve dar-se dentro de uma ampla prática com base moral e não apenas no espectro contratual, correndo o risco de tornar-se mera expressão de uma técnica.

Como já citado, a contemporaneidade e a valorização dos desenvolvimentos tecnológicos afetaram as relações humanas de modo a gerar uma crise de cuidados na área da saúde, atingindo inclusive a relação entre o médico e as *pessoas* que buscam seu atendimento. A visão holística do ser humano se faz necessária para a concretização do efetivo ato de curar, e mesmo quando a cura já não é mais possível existe o compromisso com o conforto e cuidados paliativos. O cuidado é preocupação, dedicação e carinho para com aqueles que o necessitam, unindo competência tecnocientífica com humanismo. O doente deve ser colocado no centro das ações, devendo o médico dedicar-lhe cuidado e atenção. Cuidar de alguém é ajudá-lo a ser autônomo, a tomar conta de sua própria vida, a restabelecer sua integridade e saúde. A *pessoa* por sua vez, cabe confiar no seu médico e equipe de enfermagem. No entanto, esses cuidados não podem ser confundidos com paternalismo (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Do ponto de vista da psiquiatria é preciso que os profissionais que atuam nessa área da medicina não apenas exponham aos portadores de transtornos mentais fatos de modo isolado do contexto. Para tal, o psiquiatra deve considerar se a *pessoa* age de modo intencional após ter informações e tempo suficiente para entender benefícios e riscos do tratamento, além dos custos e todas as opções possíveis, sendo após realizados todos os esclarecimentos, obtido o consentimento informado. Caso não se encontre em um estado mental adequado para tomar decisões referentes a sua assistência, autonomamente, devem ser consideradas alternativas para fazê-lo, como tutela, responsabilidade legal e procuração. O trabalho dos profissionais da saúde mental para a manutenção de auto-eficiência, agência e autonomia, são contribuições ao seu bem-estar. Os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, na abordagem de conflitos com o intuito de superá-los, devem ser considerados (SADOCK & RUIZ, 2017).

Assim, ao aplicarmos o conceito de autonomia ao caso de Sílvia, é preciso ter em mente sua adequação aos diferentes estágios de evolução de seu quadro de esquizofrenia. A abordagem humanística que envolve o

método da *Medicina Centrada na Pessoa*, permite ao médico ter conhecimento amplo e adequado suficiente sobre a *pessoa* que ele cuida. Suas perspectivas de mundo e seus interesses devem ser sempre considerados. É importante ter em conta que a capacidade de decidir autonomamente pode estar alterada em diferentes intensidades nos diferentes momentos da vida de Silvia. Portanto, conhecê-la de forma abrangente é um ponto crucial para a condução de seu caso nos momentos em que a mesma pode estar prejudicada em fazê-lo. No entanto, deve-se ter em conta que sempre haverá situações em que suas escolhas podem ser respeitadas, como no caso das refeições, uso de roupas e outras situações que não incorram em riscos. Sua capacidade de agir autonomamente deve ser sempre reavaliada quando houver mudança de seu quadro clínico.

Os momentos de lucidez, principalmente nas primeiras recidivas são cruciais para obtenção de diretivas antecipadas de vontade e, que serão muito importantes no futuro. Sempre que possível o *consentimento livre e esclarecido* deverá ser dado pela própria Silvia. Dentro das perspectivas humanísticas de abordagem clínica, ela deverá ser sempre que possível convidada a participar das decisões que lhe dizem respeito, pois não podemos tratá-la com os mesmos preconceitos que podem ser considerados por pessoas leigas e preconceituosas. Respeito, reconhecimento, cuidado, compaixão e empatia, são apenas algumas das perspectivas que devem ser tomadas em relação a Silvia para que receba uma atenção humanística, pois somente agindo desse modo podemos conferir-lhe dignidade.

Nesse capítulo, fizemos algumas considerações sobre a questão da autonomia em bioética, fazendo uma análise ampla ao incluir outros pressupostos e considerações envolvidos nesse debate, procurando localizar o leitor orientando o caminho, auxiliando-o a iniciar a trilha que pode nos levar a uma perspectiva de abordagem relacional em saúde de cunho humanístico. Na continuidade dessa exposição, passaremos a abordar a temática da beneficência, outro ponto importante a ser discutido.

### 3. BENEFICÊNCIA

Apesar do destaque dado na atualidade à questão da autonomia no processo de tomada de decisões, também em saúde, é importante estarmos atentos para que o respeito a autonomia da *pessoa* esteja em sintonia com a defesa de seus melhores interesses. Seguindo essa perspectiva, tomamos em conta, a partir de agora, o conceito de beneficência, passando pela teoria principialista de Beauchamp & Childress, citando algumas considerações de outros autores sobre esse tema até chegarmos na proposta de Pellegrino & Thomasma de *Beneficência Baseada na Confiança*.

A importância do aperfeiçoamento do conceito de beneficência e sua ampliação, tomando novas perspectivas dentro da relação médico-pessoa, funcionando também, como proposta de abordagem de conflitos que possam se instalar no ambiente clínico, são temas que estão presentes. Destaca-se, também, o conceito de benevolência, o *bem* enquanto *telos* da medicina, além de discorrermos sobre a filosofia da medicina, importante via de reflexão sobre o agir médico e definição de valores que são importantes para o exercício de uma ciência médica de caráter ético e humanística.

#### 3.1 A BENEFICÊNCIA E O BEM ENQUANTO TELOS DA MEDICINA

A partir do Relatório Belmont <sup>42</sup>, que teve como proposta estabelecer regras para o desenvolvimento de experimentos científicos com seres humanos, o princípio da beneficência, que decorre de uma longa tradição hipocrática em medicina, começa a tomar novos contornos e assumir a forma como o conhecemos na atualidade. Principalmente no que concerne a obra de Beauchamp & Childress, por terem ampliado o termo às perspectivas da prática das relações interpessoais na área da saúde (HECK, 2011). Para esses autores, “a moralidade requer não apenas que tratemos as *pessoas* como autônomas e que abstenhamo-nos de

---

42 A partir de escândalos ocorridos nos Estados Unidos envolvendo pesquisas científicas na área da Saúde, em 1974 o congresso daquele país decide constituir uma comissão para identificar princípios básicos que norteiem esses eventos. O então chamado *relatório Belmont* identifica as normas necessárias para uma pesquisa ética relacionando-as a três princípios: respeito pelas pessoas, beneficência e, justiça (DALL'AGNOL, 2004, p. 29).

prejudicá-las, mas também que contribuamos para seu bem-estar” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009, p. 197). Desde de essa afirmação, passam a examinar esse conceito a partir de dois pontos distintos, o da positividade e o da utilidade, não perdendo a perspectiva da beneficência enquanto princípio teleológico.

Enquanto beneficência positiva, o termo diz respeito a oportunizar benefícios às pessoas, e no sentido de utilidade, ambiciona a ponderação entre os benefícios e as desvantagens que podem ser proporcionadas aqueles que por ela serão afetados. É importante não confundir com a virtude da benevolência, que é o traço de caráter referente a disposição do agente em promover o benefício de outros. Enquanto conceito, podemos considerar que “O princípio de beneficência refere-se a obrigação moral de agir em benefício de outros” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009, p. 197), afirmando seu compromisso de promover os interesses legítimos e importantes dessas pessoas.

Na *Doutrina da Virtude*, ao discorrer sobre a moral, Kant apresenta uma recomendação explícita da benevolência e da beneficência enquanto deveres que têm como fim fomentar a felicidade de outrem, estando relacionada a nossa vontade de ajudar e do desejo de sermos ajudados. Assim, tomamos o outro como fim em si mesmo, de acordo com a fórmula da humanidade do imperativo categórico (BORGES, 2003). É importante, também, diferenciar a beneficência em relação ao princípio da não maleficência, o qual interdita-nos moralmente ao que se refere a causar danos a terceiros, fato que o torna *prima facie* uma obrigação perfeita (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Com relação ao objeto de sua ação, a beneficência é dita ‘específica’ quando atribuída a grupos pré-determinados, como familiares e menores de idade, entre outros, e dita ‘geral’ quando direcionada a todas as pessoas de forma indiscriminada. Essa diferenciação vem ao encontro da necessidade de distinguir-se beneficência obrigatória de ideais morais não obrigatórios. Muitas das normas de beneficência ademais serem obrigações, podem ser tão fortes que tomam precedência sobre as obrigações de não maleficência, demonstrando a prioridade da primeira sobre a segunda. O princípio da beneficência, estando relacionado à ética normativa, leva em consideração as necessidades de terceiros e a competência e oportunidade do agente em poder ajudá-los em suas necessidades (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

Dall’Agnol (2004), procurando traduzir a complexidade dessas questões em termos mais simples, sugere a formulação do princípio de beneficência apenas como “faça o bem aos outros”, e circunscrevendo esse princípio à ética biomédica afirma a obrigação desses profissionais

em corroborar para o restabelecimento das pessoas por eles assistidas, o que Beauchamp & Childress consideram válido *prima facie*, enquanto outros filósofos o tem em conta como *suprarrogatório*<sup>43</sup>.

Discorrendo sobre a beneficência específica e a obrigação de ajudar, à parte relacionamentos morais com pessoas as quais estamos intimamente ligados, Beauchamp & Childress (2009) estabelecem algumas condições a serem satisfeitas para o estabelecimento de uma obrigação de beneficência, como: estar a pessoa em risco de sofrer um dano, perder a vida ou ser prejudicado em seus interesses, ser a ação beneficente necessária ou ter alta probabilidade de evitar esses danos. Dentre esses fatos, destaca-se que nem o agente da ação nem a pessoa por ela beneficiada podem por se em risco ou onerar-se em decorrência da mesma. No caso dos trabalhadores da saúde, a obrigação de agir em benefício do outro está implícita nos papéis por ela desempenhados. A partir da beneficência específica, também se estabelecem relações de responsabilidade<sup>44</sup>, entre outras, o estabelecimento de limites nesses contextos, para que nem familiares ou outras pessoas próximas possam ser oneradas, nem os profissionais de saúde tenham que se submeter a riscos demasiados ao cuidar de pessoas agressivas ou das quais estejam passíveis de contrair doenças graves.

De acordo com Beauchamp & Childress (2009), para os utilitaristas as obrigações de beneficência estão relacionadas ao princípio de utilidade, onde a ação moralmente certa é aquela que maximiza a felicidade para o maior número de pessoas. Esses autores consideram que para Hume é a partir das interações sociais que se originam as obrigações de beneficência, implicando essas ações em reciprocidade, mas não as reduzindo simplesmente a esse fato, enquanto que Kant coloca essas obrigações no cerne de seu sistema ético deontológico. Quando o profissional da saúde assiste uma *pessoa* doente, ele tem a obrigação de ofertar um repertório terapêutico benéfico ao mesmo. Além disso, qualquer pessoa envolvida num contexto que englobe as situações

---

43 “Suprarrogatório: que está acima do que é moralmente exigido; santidade; heroísmo (DALL’AGNOL, 2019, p. 639).

44 Segundo Hans Jonas (2006, p.352) “a responsabilidade é o cuidado reconhecido como obrigação em relação a um outro ser que se torna ‘preocupação’ quando há uma ameaça a sua vulnerabilidade”. Para ele a responsabilidade é o conjunto das obrigações que temos perante seres que não existem ainda, pois, podemos deixar para as gerações futuras um mundo que possa ser habitável, para que não se tornem vulneráveis diante de um mundo onde estejam desprotegidos, sem condições de sobreviver.

descritas na análise das obrigações gerais de beneficência devem agir de tal modo a proporcionar algum tipo de assistência de acordo com suas competências.

Gert, Culver e Closer (2006) consideram que é especialmente enganoso usar o *princípio da beneficência* como se criasse um dever geral para todos os trabalhadores da saúde. Para esses autores, esse fato obscurece o papel dos deveres reais e especiais inerentes as funções desempenhadas por alguém no escopo de sua profissão, afirmando que Beauchamp & Childress reconhecem a diferença significativa entre o que eles denominam dever geral de beneficência e os deveres específicos relacionados a mesma, quando consideram que obrigações de beneficência específica geralmente dependem de relações morais especiais, como parentesco e amizade ou compromissos especiais, como promessas explícitas e responsabilidades profissionais. Essas asserções deixariam explícito que no campo da saúde os profissionais envolvidos têm deveres específicos para com as pessoas por eles assistidas que são determinados por seus próprios códigos de ética e pelas práticas da instituição onde trabalham. Aglutinar deveres profissionais variados e detalhados, em conexão com uma equivocada visão de beneficência do dever geral e colocá-los sob um *princípio de beneficência*, é o mesmo que substituir a máxima que envolve seu conteúdo.

Para Engelhardt (1996), o *princípio da beneficência* inclui em seu bojo o princípio da não maleficência, e apesar das ambiguidades que podem apresentar-se em seu conteúdo e relações, faz-se constantemente referência a uma determinada gama de bens relacionados a vida de cada pessoa em particular. Para ele, o *princípio da beneficência* faz parte do conteúdo da vida moral, porém sua coerência depende do *princípio da permissão*, que para ele está no cerne da vida das pessoas. Seria, então, necessário considerar todas as pessoas com idêntico respeito e, em decorrência de interpretações distintas, muitas vezes opostas, do que devemos interpretar como “estar fazendo o *bem*” e as concepções individuais de *bem*, o *princípio da beneficência* não pode ser interpretado como *regra de ouro* dentro de uma moralidade secular.

O mesmo considera que os seres humanos concebem socialmente o conceito de *bem*, sendo esse um fato empírico e não ontológico, e devido a esses fatos, precisamos ser pragmáticos. Assim, o *princípio da permissão* e o *princípio da beneficência* desenvolvem o papel de fundamentação e de resumo, aglutinando dois pontos de vista morais centrais, “aquele em termos do qual o indivíduo considera o que significa agir com autoridade, dentro dos seus direitos, e aquele em termos do qual o indivíduo considera o que significa fazer o *bem* e evitar o mal”

(ENGELHARDT, 1996, p. 118). O ponto de vista moral posto aqui em destaque é o de considerar a beneficência dentro da restrição de respeito pelas *peessoas*.

O *princípio da beneficência* está relacionado com a necessidade de conteúdo por parte da moral, porém não depende de uma coerência moral, pois, a mesma depende do *princípio da permissão*. Os dois princípios conduzem-nos a diferentes esferas do discurso moral, pois o *princípio da permissão* é deontológico, e o *princípio da beneficência* é teleológico. O *princípio da beneficência* passa a ser, então, uma justificação contratualista, tendo em vista que concretamente o único *bem* a seguir é aquele acordado pelas pessoas dentro de suas comunidades morais (ENGELHARDT, 1996).

No entanto, a busca por cuidados em saúde muitas vezes expõe a *pessoa* doente à situação de vulnerabilidade diante da sua necessidade de confiar no médico para ter acesso ao seu conhecimento técnico e habilidades profissionais, na expectativa de obter cura. Temos a necessidade de confiar naquele que nos cuida, sem essa condição nos tornamos inseguros no que se refere as nossas expectativas futuras. Confiar é um ato inerente as relações interpessoais. Precisamos nos sentir seguros de que aquele que nos assiste disporá de todo o seu conhecimento e habilidades com vista a nossa recuperação. A situação de vulnerabilidade da *pessoa* diante da doença não pode ser explorada por nenhum profissional da equipe de saúde, sendo o respeito e a ação moral, fundamentais para o estabelecimento da relação de confiança (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Destarte, para Pellegrino & Thomasma (1988), a beneficência é o princípio através do qual os médicos apresentam seus compromissos morais e apoio a *pessoa* que busca recuperar sua saúde, além de apenas respeitar os seus direitos. Para eles, é a beneficência e não o autoritarismo que respaldará o médico na condução das ações necessárias à assistência a saúde. O médico jamais deverá apenas indicar possibilidades de condutas ao paciente, esquivando-se de decidir junto com o mesmo e abandonando-o a própria sorte para a tomada de decisões clínicas.

A importância da relação médico-pessoa não pode ser vista simplesmente como um contrato entre indivíduos autônomos, mas como um diálogo de respeito, cuidado e preocupação, onde se destacam compromissos morais característicos da vida em comunidade. A medicina enquanto ciência que busca a cura das *peessoas* doentes deve sim ser exercida dentro de um ambiente de negociação, confiança e verdade, onde o médico deve esclarecer o interessado a respeito das perspectivas do tratamento sobre o seu corpo e sua expectativa de vida. Essas condutas

visam afastar as acusações de que por trás de condutas beneficentes possam estar atitudes paternalistas (PELLEGRINO & THOMASMA, 1998).

Observando a complexidade da relação médico-pessoa, percebemos que, tomando um único princípio como base de análise, corre-se o risco de adotar uma tática insuficiente. Então, para que nos aproximemos ao máximo de seu propósito, Pellegrino & Thomasma (1998), elencam seis características principais para a beneficência. A primeira característica é considerar que o principal objetivo da medicina é a beneficência, considerada um quesito que deve estar sempre presente no ato médico, e que envolve três obrigações específicas. A primeira obrigação estabelece que os problemas e necessidades do paciente devam constituir a primeira preocupação do médico, a segunda estabelece que se o médico não pode ajudar o paciente ele deve ao menos evitar que novos danos lhe sejam acrescentados. E por fim, a terceira obrigação diz que a autonomia e o paternalismo devem ser suplantados por ações que visem o bem da *pessoa* doente.

A segunda característica da beneficência é a primazia da condição existencial da *pessoa* sobre os códigos de ética profissional. Porém, não esquecendo de levar em consideração sua idade e capacidade de discernimento frente a sua atual situação. De acordo com a terceira característica, nenhuma escala de valores deve ser adotada, e para tal, somente o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, o qual será abordado mais adiante, pode garantir esse fato, que tanto o princípio da autonomia por colocar os direitos do paciente adiante, quanto o paternalismo forte por considerar que a *pessoa* não consegue discernir o que é melhor para si, falham nesse aspecto.

A quarta característica da beneficência é funcionar como consenso, tendo em vista que sua prioridade é sempre tomar decisões objetivando o *bem* e a defesa dos melhores interesses de quem adoece. Esse item está relacionado ao constante diálogo entre médico e *pessoa*, pois com o passar do tempo, as perspectivas podem alterar-se e um novo conceito de *bem* pode ser estabelecido em decorrência da mudança, no que sejam os melhores interesses do paciente. Segue, como quinta característica, a necessidade de manter-se certa prudência moral para que a relação médico-pessoa seja preservada diante de dilemas que podem se instalar em decorrência de valores morais diferentes entre as partes. A sexta característica está relacionada a formulação de axiomas éticos aos quais o médico deve aderir para elaborar um julgamento prudencial sobre cada paciente (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

O *bem* da *pessoa* deve ser o ponto de referência para a ação do médico, que deve manter-se atualizado para dispor seu melhor conhecimento em benefício daqueles que assiste, mas, que deve reconhecer seus limites e solicitar a colaboração de colegas médicos e paramédicos, sempre que necessário. Urge destacar, também, que o médico deve agir sem preconceitos de qualquer natureza, respeitando os valores morais de cada um, não se prendendo às formas de remuneração como modo de discriminação, ou colocando seus interesses de ascensão política ou social acima do exercício ético da profissão (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

É importante responder as dúvidas do paciente de forma clara o suficiente e sem coerção para permitir que o mesmo possa participar das decisões terapêuticas que dizem respeito a sua vida. Manter confidência sobre o que lhe é dito e visto, respeitando o sigilo sobre a vida privada e a doença do paciente, e o que mais o paciente lhe solicitar, a não ser que isso possa infligir danos a terceiros. Jamais deixar de socorrer o paciente ou delegar um substituto da confiança de ambos em caso de impossibilidade sua, sempre que solicitado (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Para Pellegrino & Thomasma (1998), o *telos* da medicina, o *bem* da *pessoa* visando sua cura, é fundamental no estabelecimento de amplo diálogo entre o médico e quem por ele é cuidado, na busca da definição do que seja esse *bem* e qual a melhor maneira de alcançá-lo. Porém, acreditar que uma negociação possa ser estabelecida entre as partes para definir quais valores são importantes ou não, parece ser impraticável e completamente fora de nossa realidade. Assim, como veremos a seguir com mais detalhes, esses autores estabelecem algumas práticas que podem contribuir para a boa relação médico-pessoa e permitir que se almeje atingir o *telos* da medicina.

Considerando a autonomia apenas um dos aspectos que visam o *bem* da *pessoa*, Pellegrino & Thomasma (1988) passam a definir esse último como sendo composto por quatro elementos que se delimitam entre si assegurando que suas diferentes concepções sejam estabelecidas tanto pela *pessoa* quanto pelo médico. Essa consideração visa o não predomínio de um ponto de vista unilateral, possibilitando uma relação de equilíbrio para garantir uma boa concepção de *bem* para àquele que é assistido. Devemos considerar que a tolerância dentro de um amplo espectro de divergências entre valores e escolhas é uma característica essencial para a boa prática médica e a consideração dos quatro componentes do *bem* vêm auxiliar no seu dimensionamento. Listamos a

seguir esses itens, em ordem decrescente de importância, conforme proposto por seus autores:

O bem último seria o telos da vida humana conforme apreendido pelo paciente, sua percepção em relação ao significado e a finalidade de nossa existência, sua posição em relação às demais pessoas, ao mundo e a Deus (...)

O bem do paciente enquanto pessoa, fundamentado na faculdade da razão para estabelecer suas escolhas e de transmiti-las a seus semelhantes. A liberdade de escolha é condição indispensável que nos diferencia das demais espécies, e sua violação leva-nos a escravidão. Esses dois primeiros valores suplantam os dois seguintes.

Os melhores interesses do paciente, composto por suas avaliações subjetivas em relação às consequências da intervenção médica em sua qualidade de vida, e se as considera ou não consistentes com seus planos e objetivos (...) Essas escolhas devem ser consideradas pelo médico quando de sua avaliação sobre qual seria o bem do paciente (...)

O bem médico é aquele que é alcançado pelas intervenções terapêuticas realizadas no combate a uma determinada doença. Esse bem é usualmente expresso pelo indicativo médico de que podem ser atingidos estritamente através de avaliação tecnocientífica. Esses julgamentos não devem ser confundidos com os tomados a partir da perspectiva de outras pessoas sobre o que seria qualidade de vida (PELLEGRINO & THOMASMA 1988, p. 81 e 82).

Esses quatro aspectos do *bem* devem sempre ser considerados quando se trata de decisões clínicas. É através das configurações de nossas escolhas e o modo como as descrevemos aos demais que nos definimos frente aos outros enquanto *pessoa*. Desse modo, o “estabelecimento de políticas éticas hospitalares que determinariam a hierarquia dos valores implicados na relação médico-pessoa, particularmente se essas políticas fossem elaboradas por comitês de bioética que incluíssem leigos, como já fazem os de alguns hospitais” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 82). Essa indicação é importante em caso de conflito entre as partes envolvidas, para que não

haja imposição da vontade de um dos componentes da relação sobre o outro, deixando-se claro que quem define qual é o seu *bem* e quais são seus melhores interesses, sempre que possível, é a própria *pessoa*.

Para tal, os autores destacam que apesar de possuir quatro componentes, o *bem* da *pessoa* deve ser considerado uma unidade dentro de um processo dialético. Ao reconhecerem o *bem* a partir da perspectiva do médico busca-se através da instituição de uma terapêutica adequada a resolução do problema de saúde da *pessoa*. Nesse ponto, tem destaque a formação do médico e os recursos a sua disposição para tratar quem o procura visando a cura ou estabilização de sintomas permitindo a continuidade satisfatória da vida. O profissional deve estar atento para não usar os recursos tecnológicos apenas para prolongar o processo de morte, podendo estar apenas aumentando o sofrimento de quem padece. Além disso, não podemos esquecer que o *bem* biomédico deve ser confrontado com a percepção de *bem* que a *pessoa* em questão tem para si. Não podemos perder de vista a importância de respeitar-se a escala de valores de cada um e as escolhas peculiares que dela decorrem, não perdendo de vista a preponderância da percepção de *bem* da *pessoa* sobre si mesma (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Quando as indicações terapêuticas do médico superam os riscos e sofrimentos que a *pessoa* está disposta ou tem condições de submeter-se, é preciso acatar suas decisões, pois, o respeito pela dignidade humana independe de adjetivos, e é preciso saber quando não seguir adiante, para não provocar abusos. O ponto alto na busca do *bem* consiste no reconhecimento da espiritualidade de cada indivíduo, bem como de suas ideologias. Pode até mesmo ocorrer que um determinado indivíduo possa sequer ter a saúde em consideração como seu *bem* maior (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Todos os envolvidos em decisões clínicas sempre afirmarão que suas deliberações foram tomadas visando o *bem* do paciente. A diferença de valores sociais entre as partes é importante fator de conflito. Muitas concepções de *bem* se baseiam em diferentes doutrinas filosóficas e teológicas, bem como visões pessoais a esse respeito. Por isso, o estabelecimento de parâmetros que possam guiar tais conflitos é importante. Através do diálogo cria-se espaço para o esclarecimento e evita-se uma série de problemas que podem impor-se na relação médico-pessoa (PELLEGRINO & THOMASMA 1988).

A determinação de qual seria esse *bem* é, como já vimos, bastante subjetiva tomando-se como base qualquer um dos envolvidos, uma vez que tanto o profissional quanto a *pessoa* doente ou seus familiares, têm cada quais suas próprias vivências de mundo e escala de valores. Por

exemplo, uma *pessoa* que decide morrer simplesmente por acreditar-se um estorvo àqueles de quem depende, não pode ser abandonada a sua própria convicção, pois, essa pode não refletir o que poderíamos definir como o seu *bem*, nem representar a defesa de seus melhores interesses. Assim, as escolhas realizadas por uma *pessoa* podem ir totalmente contra essas perspectivas e cabe ao profissional de saúde agir para que esses pontos de vista não sejam perdidos.

Sadock & Ruiz (2017) defendem que os psiquiatras ajam com beneficência, a qual deriva de relação de confiança que se estabelece entre médico e a *pessoa* que por ele é cuidada, decorrente da percepção de que existe uma obrigação por parte do profissional para com a sociedade. Assim, os médicos devem estar atentos para que os interesses do paciente não fiquem em segundo plano, promovendo apenas um paternalismo fraco, relacionado ao agir beneficente quando a *pessoa* está com suas faculdades prejudicadas impedindo-as de realizar uma escolha realmente autônoma. Para eles a beneficência deve prevalecer sobre a autonomia sempre que há riscos substanciais de danos para a *pessoa*, com fim de reduzi-los.

Partindo dessas considerações é interessante para a *pessoa*, que na sua interação com o médico, a determinação de qual é o seu *bem* e quais são seus melhores interesses, sejam tomadas as perspectivas preconizadas por Pellegrino & Thomasma (1988). Desse modo, fica garantido o caráter de diálogo e respeito que caracterizam, entre outros já citados, os aspectos humanísticos da relação médico-pessoa, possibilitando que S, independente de seu quadro clínico ou estágio da doença, seja cuidada. A abordagem clínica realizada dentro pela *Medicina Centrada na Pessoa*, se torna ainda mais enriquecido com a tomada desse ponto de vista.

De acordo com Pellegrino & Thomasma (1988), quando define-se em consenso qual é o *bem* da *pessoa* e seus melhores interesses, damos um passo importante para o estabelecimento de uma relação de confiança em saúde. Desse modo, observadas as diferentes perspectivas sobre o conceito de beneficência, passaremos a seguir a tratar de alguns aspectos relevantes da filosofia da medicina com vistas a humanização do atendimento em saúde.

### 3.2 FILOSOFIA DA MEDICINA: ALGUNS ASPECTOS ONTOLÓGICOS, EPISTEMOLÓGICOS E ÉTICOS

A medicina desde seus primórdios é tida como uma profissão que exige das pessoas que a exercem uma elevada qualidade moral, fazendo-se necessário um ethos especial e um conjunto de virtudes que os oriente

a serem beneficentes. O médico tem obrigação de assistir as *pessoas* enfermas sem distinção de raça, religião, crenças políticas, classe social, orientação sexual e outros motivos que possam servir para discriminação. Essa atitude constitui um ideal de perfeição o qual deve ser aplicado pelo profissional médico. O *princípio da beneficência* consta no juramento de Hipócrates em seu enunciado, onde diz, “estabelecerei o regime dos enfermos de maneira que lhes seja o mais proveitoso, não levarei ao doente outro objeto que não o *bem* segundo o meu saber, preservando-os de danos” (CREMESP, 2015).

No entanto, não somente os médicos, mas, também, os demais envolvidos nas decisões éticas clínicas, incluindo pacientes, familiares, seus responsáveis legais, e o sistema judiciário, apontam o *bem* do paciente como justificativa para suas escolhas morais. Mas, assim que questionados sobre o que exatamente significa esse *bem*, quem o determina, e quais são os critérios e procedimentos que deveríamos seguir para alcançar esse *bem*, é iniciado um debate com muitas controvérsias tanto teóricas quanto práticas. O iluminismo juntamente à revolução industrial valorizaram a autonomia e a liberdade do indivíduo, influenciando a fundamentação de teorias éticas em direitos, deveres e obrigações. De outro modo, a teoria utilitarista destacou a utilidade social em relação à autonomia individual. O princípio da autonomia impôs aos médicos a obrigação de respeitar o direito da *pessoa* à autodeterminação, porém, o princípio utilitarista determina que o médico maximize os benefícios para o paciente, mesmo que para isso tenha que ignorar sua autonomia<sup>45</sup> (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Pellegrino & Thomasma (1988) examinam a questão do *bem* do paciente a partir de um ponto de vista filosófico e prático, procurando compreender os conflitos que surgem entre o *princípio da beneficência* e o *princípio da autonomia*, propondo o primeiro juntamente à virtude como base para a reconstrução da ética profissional médica e da relação médico-pessoa. Teorias baseadas na beneficência, onde destaca-se o agir para o *bem*, e na virtude, ou seja, no caráter do agente, foram “originalmente elaboradas por Sócrates, Platão e Aristóteles, reforçada pelos estoicos romanos, modificada por Tomás de Aquino. Essas teorias predominaram na cultura ocidental até o advento do iluminismo quando passaram a ser atacadas por filósofos franceses e empiristas britânicos” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 3).

---

45 Poderíamos citar como exemplo para reflexão dentro do contexto deste parágrafo a questão da vacinação obrigatória (nota do autor).

Em decorrência dessas percepções, as demonstrações de insatisfação na relação entre o médico e a *pessoa* que busca os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais frequentes nos últimos anos, descrevendo médicos como arrogantes e insensíveis, tratando algumas vezes as *pessoas* como incapazes de deliberação e, assim, criando solo para uma condição de dependência. “As origens desse comportamento remontam a 2500 anos de predomínio do modelo hipocrático de medicina que colocou o médico como benfeitor autoritário e paternalista responsável pelas decisões referentes ao bem-estar do paciente” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 14).

Todavia, esse comportamento é cada vez mais denunciado, levando muitos e diferentes casos a corte em todo o mundo, e as consequências são as mais variadas<sup>46</sup>. A atual resistência à autoridade paternalista dos médicos tem origem na filosofia ética e política dos direitos individuais, no maior nível educacional das pessoas, na conscientização sobre os malefícios que podem ser causados por novas tecnologias médicas, na desconfiança com relação aos profissionais, no aumento do consumo, nas mudanças morais pós-guerra do Vietnam, nos movimentos de reivindicação de direitos civis, e nas revoltas estudantis dos anos 1960 e 1970 (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

A fundamentação filosófica da ética médica se baseia na natureza da relação médico-pessoa. Diferentes modelos dessa relação são apresentados com base em suposições biológicas, contratuais, econômicas ou, até mesmo, religiosas. Os primeiros três modelos têm impacto sobre a relação médico-pessoa, mas não são suficientes para definir essa relação. O modelo hipocrático erra por sua pretensão. Pellegrino & Thomasma (1988) concordam com a importância da dimensão religiosa, mas não consideram que isso significa que o médico deve desempenhar um papel sagrado. Eles acreditam que uma ética médica baseada na situação existencial do paciente é um guia mais confiável do que aqueles que simplesmente se baseiam na asserção e contra asserção de princípios éticos. Procuram mostrar, então, as deficiências dos modelos correntes de autonomia e beneficência, discutindo o paternalismo e a beneficência, e acrescentando que o

---

46 Pellegrino & Thomasma, citam como exemplo o ato 1830, sessão F, da Assembleia geral do estado de Indiana – EUA: “todos os pacientes têm o direito de serem informados sobre os tratamentos e programas de reabilitação propostos, saber as consequências de receber ou não devidas terapêuticas, de conhecer alternativas, além de ser informados sobre seus direitos”

conceito de cura vai além de valores estritamente médicos envolvendo valores morais entre outros da *pessoa*.

A ‘cura’<sup>47</sup> envolve muito mais que o ‘curar’. Apesar do significado primário de curar ser “fazer o *bem* do corpo”, o objetivo da medicina não é somente tratar os males causados ao corpo por uma doença, mas também abordar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais desse fenômeno, auxiliando o paciente a voltar, tão rápido quanto possível, a viver de acordo com suas rotinas. Assim “curar é fazer o possível para ajudar a *pessoa* a recuperar suas próprias forças e retornar, o mais rápido possível, à sua concepção de vida normal” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 10). Para esses autores, o processo de curar envolve ao menos quatro estágios distintos: 1) alívio da dor, 2) recuperação provisória de sua integridade, 3) desbridamento de tecidos desvitalizados e, 4) regeneração. Esses estágios ocorrem a nível biológico, pessoal e social, e devem servir de guia na busca da cura.

Nos últimos 20 anos, podemos visualizar três mudanças importantes ocorridas na ética médica, determinando alterações não somente nas relações em geral com a profissão, mas também no questionamento sobre o tipo de sociedade que construímos ou pretendemos desenvolver. A primeira mudança está relacionada ao deslocamento do foco das deliberações em saúde do médico para a *pessoa*, consistindo uma mudança filosófica do âmbito da beneficência para a primazia da autonomia dentro da relação médico-pessoa. A segunda foi o avanço sem precedentes na história em relação ao desenvolvimento de novas tecnologias biomédicas, aumentando a capacidade de decisões clínicas e políticas em saúde. A terceira, a consideração de parâmetros econômicos nas escolhas realizadas no âmbito individual e de políticas na área da saúde e cuidados médicos, criando conflitos entre as regras econômicas e a ética médica tradicional. A consequência dessas mudanças é, mais uma vez, a passagem do foco da beneficência para a autonomia no que se refere à ética médica (PELLEGRINO & THOMASMA, 1998).

Para Pellegrino & Thomasma (1998) a participação dos pacientes nas decisões clínicas é algo salutar, mas gera preocupações devido a seu potencial de criar conflitos entre a obrigação moral e a autonomia e a obrigação moral e a beneficência, e a suposição de alguns eticistas e pacientes que acreditam que a autonomia deva prevalecer. Concordar com a superioridade da autonomia diante da beneficência é algumas vezes

---

47 Os autores utilizam em inglês o termo *healing* (nota do autor).

abandonar a *pessoa* num momento de necessidade. A beneficência deve suplantar em certo grau a autodeterminação quando esta por algum motivo está prejudicada, havendo o risco de causar dano para si, caso isso não seja feito. O princípio da autonomia deve ser sempre dosado com o impacto das decisões tomadas sobre a doença.

A aplicação do princípio da autonomia encontra limitações em alguns contextos como naqueles que envolvem a incapacidade total ou parcial da *pessoa* em discernir e aderir a tratamentos, correndo o risco de sérios malefícios, podendo aqui ser citados casos de senilidade, transtorno mental, e para proteger crianças de determinadas convicções ou falta de compreensão paterna ou ainda da desconsideração de seus desejos, em situações de emergência que necessitam tomadas de decisões rápidas e condutas imediatas, na continuidade da atenção a pacientes psicologicamente abalados e desestimulados a seguir com seus tratamentos, muitos dos quais devido à gravidade de sua situação esperam pela tomada de decisão do médico, entre outras possibilidades, devendo o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, como veremos adiante, predominar (PELLEGRINO & THOMASMA, 1998).

O princípio da autonomia por ter sido construído de modo dialético em oposição ao modelo paternalista apresenta limitações, mas nem um nem outro é suficiente para determinar todos os parâmetros envolvidos na relação médico-pessoa que inclui o restabelecimento da autonomia, proteção e respeito à *pessoa*, curar ou restabelecer a totalidade perdida, colocar as necessidades do enfermo em primeiro lugar, tomando decisões certas e atuando em consonância com seus melhores interesses (PELLEGRINO & THOMASMA, 1998).

O argumento da autonomia parte da hipótese de que um princípio deveria prevalecer em todas as situações de conflito médico. Em muitos casos a avaliação do profissional sobre as condições clínicas e conduta terapêutica, possibilidade ou não de reversão do caso, devido as suas habilidades e competências, são mais claras que as possibilidades de uma corte judiciária. Muitos pensadores que inicialmente propuseram a supremacia do princípio da autonomia sobre o paternalismo passaram a reconhecer que um único princípio não deve prevalecer absolutamente quando tratamos de cuidados éticos em saúde (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Para Norora O'Neill (2002), a autonomia, na prática, têm recebido prioridade sobre os demais princípios bioéticos. Aponta, também, que a confiança está em declínio e precisamos resgatá-la para que possamos construir um mundo melhor. Sugere que as concepções individuais de autonomia, tão amplamente fundamentadas na bioética contemporânea,

são ética e filosoficamente inadequadas, pois corroem mais do que sustentam as relações desta com a confiança. Ela demonstra como uma visão não individualista da autonomia de Kant, dá uma forte base de sustentação para uma aproximação com a medicina, enquanto explica porquê confiar. Parte, então, do imperativo categórico, de Kant, em sua versão conhecida como fórmula do humanismo ou do fim em si mesmo, como enunciada a seguir: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio” (KANT, 2009, p.243).

A autora explica que quando queremos fazer um exercício para saber se uma ação por nós proposta está certa ou errada, devemos olhar para a nossa máxima e não para a quantidade de felicidade ou miséria que ela pode gerar. Devemos estar seguros que nossa ação não tomará o outro como mero meio, mas sim, como fim em si mesmo. Do ponto de vista de Kant, máximas que levam a coerção ou constrangimento de terceiros, são erradas. Quando agimos a partir de máximas, devemos explicar seu conteúdo enquanto imperativo universal do dever, da seguinte forma: “age como se a máxima de tua ação devesse tornar por tua vontade uma lei universal da natureza” (KANT, 2009, p. 215), para não corrermos o risco de cometer injustiça. O dever de justiça é para Kant, “o mais importante de nossos deveres” (O’Neill, 2009, p. 412).

Quando faltamos com esses deveres usamos o outro apenas como meio. O’Neill faz, então, uma análise da importância dada recentemente a ideia de autonomia no escopo da ética médica, o que levou ao aumento da demanda do consentimento informado, que deságua apenas numa espécie de salvaguarda à prática médica, dentro de um sistema da saúde apresentado a seus consumidores como um processo industrial. Para ela, a independência de alguém em relação aos demais indivíduos, não assegura que se faça a escolha correta ou que agiremos da melhor maneira. A procura de uma defesa filosófica e ética dentro de uma noção factível de autonomia à conduz a um retorno a Kant. Ela faz uso de argumentos que criam ambiente para a discussão da natureza da confiabilidade e a compatibilidade das noções de autonomia e confiança.

Uma possível resposta a esse suposto triunfo da autonomia em bioética médica, é encontrada na obra de Beauchamp & Childress (2009), na passagem onde os mesmos afirmam que não há preponderância de nenhum dos quatro princípios sobre os outros, nem uma ordem hierárquica entre eles, pois, todos têm validade *prima facie*. O que garante a mesma ênfase a todos, pois nenhum deles, isoladamente, aborda e soluciona a complexidade dos conflitos em bioética. Portanto, eles não

consideram o respeito à autonomia como único imperativo moral a ser seguido, além de reconhecerem que existem situações onde a capacidade de tomar decisões livres de interferências externas pode estar prejudicada.

O pluralismo moral em nossa sociedade frequentemente nos faz crer que o princípio da autonomia deva prevalecer uma vez que a autoridade do médico ou outros possa se sobrepor ao sistema de crenças pessoais do paciente. Um conjunto particular de valores não pode ser proposto para a totalidade de uma comunidade, ou seja, a liberdade deve ser protegida a todo custo. A busca de abrigo num sistema de moralidade privada conduz a um tipo de atomismo moral no qual cada indivíduo possui seu próprio sistema de crenças e ações morais, mas que não perturbando a paz da sociedade são inatacáveis.

Temos que estar atentos para que estas perspectivas relativistas não predominem, tornando o debate moral não só frustrante quanto inútil, uma vez que cada um se torna árbitro sobre suas decisões. Os impasses morais levados à corte para decisões legais podem conduzir a conclusões que desconsideram o acompanhamento necessário do debate moral para um julgamento ético. A liberdade de escolha deve ser protegida, mas sem a erradicação do debate metaético na busca de objetivos morais outros além da autonomia, e sem deturpar o conceito de democracia (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Os valores referentes ao bem-estar de quem adoece e a sua autonomia, traduzidos para os deveres morais correspondentes da beneficência e do respeito pela *pessoa* podem entrar em conflito entre si. Partindo do ponto de vista de Pellegrino & Thomasma (1988), contudo, esses deveres não podem permanecer em conflito se a medicina alcançar seu objetivo de curar. Mas, curar, como aqui é definido, é uma forma de assistência que visa devolver a *pessoa* sua totalidade trabalhando o seu corpo. Se os valores referentes ao bem-estar e a sua autonomia permanecem em conflito, o curar de forma autêntica não pode se dar. O médico, portanto, deve tornar-se ao mesmo tempo autonomista e bem-estarista, ambos de forma moderada. Isso pode acontecer dentro do modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* proposto pelos autores acima citados e, que será melhor detalhado no item 3.3 deste capítulo.

Na visão de Pellegrino & Thomasma (1998), outra maneira de chegarmos a essa posição é levar em consideração o princípio do respeito a *pessoa*, o qual pode levar-nos a dois deveres morais. O primeiro é o respeito pela autonomia do indivíduo. O segundo, frequentemente negligenciado, é o dever de ajudar na recuperação da autonomia ou ajudar a estabelecê-la quando estiver ausente. Olhando nessa direção, a beneficência pode ser vista como consequência direta de um princípio

moral fundamental e um guia de deveres em medicina. Se isso for verdade, então, tanto o modelo autonomista quanto o paternalista são necessariamente incompletos.

Para esses autores, como já afirmado anteriormente, a beneficência é o princípio que faz com que os médicos assumam compromissos morais e manifestem seu apoio pessoal as *pessoas*, pois, agindo dessa forma, não se limitam apenas a respeitar os direitos das mesmas. Assim, consideram a beneficência e não o respeito pela autonomia, o princípio que protege os direitos da *pessoa* a contento. Apontando para equívocos na relação médico-pessoa, Ingelfinger (1980) argumenta que os médicos por tenderem a comportar-se de forma autoritária e paternalista, acabam distanciando-se do paciente ao limitarem-se a simplesmente recomendar um único curso de ação. De outra forma, há profissionais que quando apresentam alternativas, o fazem sem maiores explicações, e havendo discordâncias entre as partes, terminam por abandonar tais pacientes.

Em consonância com Pellegrino & Thomasma está Callahan (1980), que aponta para a importância de mantermo-nos atentos as virtudes do *princípio da beneficência*, para que não se incorra em desvios de foco que podem ocorrer quando damos preponderância a autonomia na tomada de decisões. Ao priorizar a beneficência, o médico permanece fiel as raízes éticas da medicina e, evita possíveis tensões provocadas quando prevalece a autonomia e o individualismo.

Argumentar que a medicina enquanto atividade humana situa-se entre dois extremos é afirmar que o foco da prática clínica é a *pessoa*. No entanto, há limites definidos pelas necessidades do corpo e as expectativas da sociedade sobre as decisões autônomas a serem tomadas por ambos, *pessoa* e médico. Além disso, a relação médico-pessoa constitui uma comunidade de diálogo.

Peter Marzuk (1985, apud PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 49) sugere que a preocupação excessiva com a autonomia do paciente, o ritmo frenético da medicina moderna e o próprio ambiente litigioso da sociedade, na melhor das hipóteses, tornou os médicos mais precavidos com relação a persuadir seus pacientes sobre quais são os seus melhores interesses, e na pior das hipóteses tornaram-se evasivos. Esses medos e pressões, naturalmente foram sufocando o diálogo sobre valores que é a peça central do modelo da beneficência em medicina. Recordamos que tal negociação é necessária porque previamente não predomina um valor, embora o princípio de agir no melhor interesse da *pessoa* oriente a situação. Ser cauteloso e evasivo sobre o que é melhor para uma *pessoa* portadora de uma determinada patologia exclui esse processo essencial de negociação.

Ao longo da história o principal método pelo qual os médicos ajudaram a construir o ato de curar foi através do corpo. Desde que o corpo começou a ser visto ao mesmo tempo como biológico, através da observação de sinais e sintomas, e social, em decorrência da vida comunitária, como o estresse, o médico passou a ser envolvido por valores fundamentais. Esses valores estabelecem uma ponte entre sistemas éticos individualistas e aqueles de base coletiva. Uma teoria do *bem* em medicina fornece um princípio de ordenação pelo qual os conflitos entre o bem social e o bem individual, entre autonomia e beneficência, possam ser resolvidos. Tal teoria é necessária também para ordenar as obrigações do médico, as quais são necessárias tanto para o indivíduo quanto para a sociedade (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Quase todos aqueles que têm refletido sobre a oposição dialética entre autonomia e paternalismo percebem que se faz necessário um novo modelo de interação entre o profissional e o usuário dos serviços. Atualmente dois modelos competem pela primazia no que se refere ao desenvolvimento de mudanças nessa relação, o primeiro salienta sua natureza contratual, o segundo somente agora começa a apontar destacando o aspecto fiduciário da interação entre médicos e *pessoas*.

O modelo contratual da relação médico-pessoa nasceu como resposta ao paternalismo tradicional e em apoio à teoria da autonomia na tomada de decisão na área da saúde. Tradicionalmente a ética médica tem sido fundamentada nessa relação, o que fornece apoio tanto à discussão filosófica dentro da clínica médica quanto ao desenvolvimento da filosofia da medicina. Inicialmente os modelos contratuais se baseavam quase exclusivamente no direito da *pessoa* decidir. Porém, esse modelo falhou entre outros aspectos por esquecer os direitos dos profissionais de saúde, mas é importante enquanto oposição ao modelo hipocrático paternalista (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Os modelos contratuais costumam ser criticados, primeiramente, segundo Veatch (1984, apud PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 51-52), pelo fato de que tanto os médicos quanto as *pessoas* têm seus próprios interesses, estando de acordo com o autor os interesses dos profissionais vinculados as questões técnicas, o que de acordo com o ponto de vista de Pellegrino & Thomasma, limita imensamente o conteúdo humanitário do agente. Em segundo lugar, a suposta morte da ética hipocrática não é nada mais que a superação da interpretação paternalista na ética. Por outro lado, o modelo fiduciário baseia-se na redescoberta da ética de virtudes em preferência a ética fundamentada em regras. A ética de regras isoladamente não pode garantir a responsabilidade individual, ou seja, que as *pessoas* cumpram seus

deveres segundo as regras estabelecidas. Além disso, “como argumentou MacIntyre, o esforço em estabelecer uma ética baseada em um sistema pós-iluminista de regras e princípios fatalmente falhou” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 53).

O bom desempenho da medicina pressupõe, então, o exercício ético e humano da profissão por mais adversas que possam ser as condições materiais para o desempenho profissional, sejam elas decorrentes da realidade social e econômica do paciente ou da existência de um precário sistema de assistência à saúde. Por outro lado, a existência de tecnologias as mais modernas a pronta disposição, não garantem relações de respeito e consideração entre o médico e a *pessoa* por ele acompanhada.

Aliar avanços científicos ao cuidado com o ser humano deve cada vez mais ser o foco central do profissional da medicina no que diz respeito aos meandros da relação médico-pessoa. Sendo o médico um especialista em cuidar e manter a vida, o campo de ação desse indivíduo, além de conhecimento teórico e capacidade técnica, exige dele uma permanente atitude humanística. Virtudes como humildade, benevolência, abnegação, altruísmo, prudência, perícia, fidelidade, confiança, compaixão, sabedoria e senso de justiça são de extrema importância e proporcionam um diferencial de excelência ao médico no exercício de sua profissão (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

No âmbito da moral, o caráter<sup>48</sup> do médico é fundamental para o bem-estar e segurança do paciente, e é garantia para que a prática médica atinja suas finalidades. Assim, de acordo com Pellegrino & Thomasma (1993), o médico não tem como abster-se da relação de confiança inerente ao processo terapêutico e de cura, explicitando a impossibilidade de separação entre a ação moral e seu agente durante os diferentes momentos da relação médico-pessoa, desde a primeira consulta e nos momentos em que decisões devam ser tomadas e terapêuticas instituídas, até o término desse vínculo. Não devemos permitir em momento algum que a ação reguladora das virtudes acima mencionadas possa ser corrompida por instituições<sup>49</sup> que atuam na área da saúde, sejam elas hospitais, clínicas,

---

48 “O caráter é propriamente o sinal ou conjunto de sinais, que distingue um objeto e permite reconhecê-lo facilmente entre outros. Em particular, o modo de ser ou de comportar-se habitual e constante de uma pessoa, à medida que individualiza e distingue a própria pessoa” (ABBAGNANO, 2012, p. 113).

49 “Por instituição, entendo um sistema público de normas que define cargos e funções com seus direitos e deveres, poderes e imunidades etc. Essas normas especificam que certas formas de ação são permissíveis e outras proibidas; e

planos privados de assistência à saúde e, ainda por interesses familiares escusos ou até mesmo por pretensas decisões daqueles que administram os recursos públicos orçamentários.

Uma boa compreensão sobre quem é o médico, o que é a medicina, e os principais conceitos que permeiam essa relação que vai se estabelecer entre a *peessoa* que adoece e o profissional responsável por seu diagnóstico e tratamento, é de suma importância para a tranquilidade do ambiente terapêutico, e também para o desenvolvimento de uma filosofia da medicina de cunho humanístico. Pellegrino, associa medicina com humanidades, considerando-a a mais humanitária das ciências, definindo a Filosofia da Medicina através da moralidade interna da clínica médica. Assim, o autor faz:

[...] uma distinção cuidadosa entre (1) filosofia e medicina (i.e., um exame da relação entre filosofia e medicina em que cada uma conserva sua identidade sem deixar de manter um diálogo com a outro), (2) filosofia em medicina (i.e., um exame das questões filosóficas que emergem da medicina, variando da lógica e metafísica à axiologia e ética), (3) filosofia médica (i.e., a reflexão informal sobre conduta em medicina adequada a sua prática [...]), e (4) filosofia da medicina (i.e., a reflexão filosófica crítica dos conceitos, pressuposições e métodos peculiares a medicina enquanto medicina) (PELLEGRINO, 2008, p.7).

Demonstra, portanto, a preocupação com os fenômenos inerentes ao encontro do humano com a saúde, a doença, a experiência da doença, a morte e o desejo de prevenção e cura (healing). Partindo destas reflexões, a medicina é tomada como a busca de uma verdade a qual está determinada por um *telos* que pode ser encontrado no mundo prático. Desse modo, a verdade da medicina está a serviço da saúde e da cura das *peessoas*, bem como a prevenção de doenças, cuidando-as de forma holística e humanística.

Portanto, o *bem* da *peessoa* é tomado como fundamento da ética médica, visando o estabelecimento e um relacionamento no respeito e confiança recíprocos. Pellegrino define a filosofia da Medicina como o

---

estipulam certas penalidades e defesas, e assim por diante, quando ocorrem transgressões” (RAWLS, 2008, p. 66).

“estudo das dimensões epistemológicas, metafísicas, axiológicas e metodológicas da medicina – terapêutica e experimental, diagnóstica e paliativa - como subdisciplina da filosofia da ciência [...] a filosofia do curar [...]” (MARINO, 2014, p. 615). Ao associar a filosofia da medicina à filosofia da ciência, o autor respalda ainda mais suas perspectivas em sentido amplo, apontando a importância da linguagem não somente para a filosofia como um todo, mas também para essa disciplina específica, demonstrando a necessidade de uma extensa discussão acerca dos diversos e mais variados vocábulos e conceitos usados em medicina e saúde.

Estabelecer os conceitos de médico, medicina, paciente, saúde, doença, terapêutica, convalescença, dor, sofrimento, vulnerabilidade e tantos outros termos que fazem parte do cotidiano da prática médica é fundamental, pois pode influenciar a interpretação daqueles que com ela trabalham ou que dela necessitam para expressarem-se devido ao fato de estarem doentes. A clarificação de conceitos é sempre importante para a avaliação tanto de problemas como para o estabelecimento de propostas que objetivam um melhor desempenho na prática médica e seu objetivo de curar. A filosofia da medicina visa à compreensão do fenômeno do encontro clínico, a interação entre de um lado pessoas que necessitam de um tipo específico de ajuda e por outro o profissional que pode oferecê-la (PELLEGRINO & THOMASMA, 2008).

Definido o campo de ação do médico, seu papel dentro da equipe de saúde e as medidas que devem ser tomadas para que seu trabalho ocorra dentro uma perspectiva humanística e ética, respeitando a autonomia da *pessoa* sob seus cuidados, compartilha-se com a mesma ou seu representante legal às decisões terapêuticas referentes ao seu caso. É importante, também, considerar alguns aspectos que acompanham a convivência com a evolução da doença, e que influem nessa relação. Observamos que o processo de adoecer engloba diversas nuances, adquirindo necessariamente um sentido na história da *pessoa* enferma, quer sua doença seja percebida como potencial ameaça à vida, fonte de sofrimento, ou como realidade a ser vivida e enfrentada.

As diferentes concepções religiosas da doença também afetam a compreensão sobre esse fenômeno, seja enquanto sortilégio, feitiço ou possessão, ou ainda como no caso do cristianismo, prevalente em nossa cultura, onde pode ser vista como castigo, fazendo com que o *paciente pecador* assuma sua parcela de responsabilidade sobre as consequências do que lhe acontece (JEAMMET, REYNAUD & CONSOLI, 2000).

Porém, outras interpretações sobre a doença e o processo de adoecer desenvolveram-se de modos diversos, em diferentes épocas e

culturas. Assim, na antiguidade grega, Hipócrates, contestava que as doenças tivessem uma origem divina ou sagrada, e estabeleceu uma relação entre o homem e o meio ambiente. Desenvolveu, então, “sua teoria dos humores, na qual defendia que elementos da natureza como a água, a terra, o fogo e o ar estavam relacionados à explicação dos estados de saúde e doença” (HERZLICH, 2004, p. 38).

Na esfera do comportamento humano acreditava que este devia-se à interação entre quatro humores corporais, o sangue, a bÍlis negra, a bÍlis amarela e o flêuma, resultantes da interrelação de quatro qualidades da natureza, o calor, o frio, a umidade e a aridez, respectivamente. As pessoas, então, eram classificadas de acordo com quatro temperamentos correspondentes, que indicavam a predominância de seu comportamento emocional, como sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático. Considerava a doença como uma reação do organismo e do indivíduo em sua totalidade frente a uma perturbação da homeostasia, no intuito de restabelecer o equilíbrio. Aqui, “os fatores externos eram considerados somente como oportunidade para o desequilíbrio interno, o qual denominava *dyscrasia*, manifestar-se, exigindo uma aliança terapêutica e uma compreensão do papel que ela desempenhava” (KAPLAN & SADOCK, 1984, p. 1).

De acordo com Pellegrino (2008), Sócrates e Platão consideravam a medicina um conjunto de técnicas que ao serem aplicadas geram restrições éticas, sendo a mesma, no período helênico, ensinada junto às escolas de filosofia. Essa característica prevaleceu ainda durante o início do cristianismo. No entanto, com o advento da modernidade e o desenvolvimento de tecnologias como o microscópio, novas perspectivas filosóficas como a de Descartes, que apresentava a dicotomia entre corpo e mente, além de outras influências, novos métodos de classificação de doenças e metodologias de investigação em medicina, foram sendo introduzidas na prática clínica. A partir daí, a medicina foi cada vez mais sendo associada às ciências, como a física, a matemática e a química, afastando gradativamente a filosofia e as humanidades do campo de influência sobre as ciências médicas. O resultado foi o distanciamento de uma visão holística e mais humana da compreensão sobre a experiência vivencial da doença e da relação do médico com a *pessoa* que busca seus conhecimentos.

Na atualidade, são apresentadas diferentes perspectivas concernentes ao processo de adoecer, recorrendo-se a diversas abordagens filosóficas e científicas na tentativa de melhor compreender e poder contribuir para o entendimento das relações que envolvem a *pessoa* e seu corpo, e o mundo a sua volta, incluindo os recursos humanos e

materiais a serem usados em sua assistência, e a compreensão que esse indivíduo tem do mundo. Merleau-Ponty, por exemplo, no prefácio de sua obra *Fenomenologia da Percepção*, tentando estabelecer uma ligação entre temas fenomenológicos e a vida, faz a seguinte reflexão:

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu ‘psiquismo’, eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência. Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com vigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda. A ciência não tem e não terá jamais o mesmo sentido de ser que o mundo percebido, pela simples razão de que ela é uma determinação ou explicação dele (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 3).

O que percebemos no parágrafo acima, é um retorno da preocupação com a *pessoa* que adoece e sua interação com seu entorno e vivências, pondo em destaque o indivíduo e seu corpo frente a ciência e suas tecnologias, como no método de abordagem clínica denominado *Medicina Centrada na Pessoa*. O multiculturalismo das sociedades atuais demonstra a importância de ter-se em conta a subjetividade, o que conduz a um redimensionamento da cultura médica e das relações que a moldam.

Acompanhando esse movimento, Georges Canguilhem, faz uma reflexão sobre o ser que adoece e apresenta uma concepção ontológica da doença como oposto qualitativo da saúde, conferindo-lhe uma existência autônoma. Para ele, “a saúde é um conjunto de seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro [...] Ao contrário a característica da doença consiste em uma redução da margem de tolerância as infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2014, p. 140). Assim, o patológico implica um sentimento direto e concreto de sofrimento, impotência e de vida contrariada, revelando a importância das vivências da pessoa na compreensão da doença em sua totalidade.

Na esfera política internacional, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como ausência de afecções e enfermidades” (DIAS, 2002). Este estado ideal é considerado idealista, podendo ser apenas almejado. Mas, podemos encontrar na literatura, outras definições de saúde além das já apresentadas. Antonovsky (1979) definiu saúde a partir de um senso de coerência, através do qual, é determinada pela forma como alguém experimenta o mundo como significativo, compreensível e controlável. Essa perspectiva, conhecida como “orientação salutogenética”, permite ao indivíduo fortalecer seus aspectos saudáveis, ainda que esteja apresentando sinais e sintomas de alguma doença. Quando associada a visões holísticas de saúde, estimulam os aspectos saudáveis da vida, além de destacar a relevância da cultura, principalmente os aspectos ligados a ética e a moral, favorecendo o bem-estar. Apesar dessas observações positivas, é considerado um modelo centrado na doença, porém voltado para a prevenção, valorizando a relação da *pessoa* com o todo.

Bengel, Strittmarter & Willmann (1989), a partir de pesquisas sobre a obra de Antonovsky, percebem a saúde como a capacidade de conseguirmos cumprir nosso papel social, valorizando a competência para trabalharmos, nossa satisfação com a vida e percepção de bem-estar, considerando aspectos importantes de nossa dinâmica existencial, o que denota uma perspectiva multidimensional. Desde um outro ponto de vista, considera a saúde enquanto norma estatística determinada por uma característica específica do organismo e, a doença como o desvio em relação a valores médios. Assim, a saúde pode ser compreendida de maneira ampla, englobando sentimentos corporais positivos, satisfação com o trabalho, vida social e familiar, alegria, felicidade e autorrealização, pondo, desse modo, em relevância nossa habilidade em lidar com o estresse.

No âmbito da fenomenologia, Edmund Pellegrino (2008), faz uma descrição daquilo que nos aparece, no intuito de relatar os fatos da relação médico-pessoa em sua essência, afastando os aspectos psicológicos e possíveis causas que possam influenciar essa relação, concluindo que a experiência da doença não se reduz apenas a seus aspectos clínicos, mas também, no modo como a *pessoa* que adoeceu percebe o mundo a sua volta e constrói suas relações com o mesmo. A partir da percepção da doença, o enfermo pode passar a considerar seu corpo como um inimigo e até mesmo desvalorizar-se enquanto pessoa e considerar-se um fardo para os que estão a sua volta. O médico deve ter consciência de que ele pode apenas participar dessas vivências de modo parcial e incompleto. É

importante que se tenha definido o *telos* da medicina e os objetivos que envolvem a relação estabelecida entre as partes, sem no entanto, perder de vista as necessidades da *pessoa*.

Voltando a Canguilhem (2014), percebemos que os sintomas da doença afetam a harmonia das relações que são transformadas pelo organismo. O ser doente se percebe em um novo ambiente, mais limitado, com novas normas de vida. O doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo. Normal é aquilo que se encontra em conformidade, que está de acordo com as normas, e em muitos casos o termo normal pode receber conotações estatísticas, constituindo médias, medianas, prevalências, intervalos de tolerância ou variações do normal.

Assim, afirma o autor, que uma média obtida estatisticamente, não permite dizer se determinado indivíduo, presente diante de nós, é normal ou não, pois, não podemos partir dessa média para cumprir com o dever médico com o indivíduo. Já a norma é aquilo que fixa a norma através de uma decisão normativa, e tratando-se de uma norma supra-individual é impossível determinar o ser doente, o qual, encontra-se aflito e inquieto com os efeitos das alterações funcionais que lhe impõem alguns impedimentos, provocando no mesmo, uma forma diferente de ser. A doença não é uma variação da dimensão da saúde, ela é uma nova dimensão da vida. O essencial para o enfermo é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que quase ficou definitivamente.

Tendo em mente essas considerações percebemos mais uma vez a fragilidade em que se encontra a *pessoa* que porta uma enfermidade, sofrendo muitas vezes por ter seu ponto de vista frente a sua doença desconsiderado. Assim, passa a ser envolvido por um amálgama de conceitos e percepções que lhe são estranhas, pois o médico tende a esquecer que são os doentes que lhe procuram, e que é justamente decorrente do fato dos indivíduos se sentirem doentes que há medicina. As concepções de saúde e de doença estão intimamente relacionadas a ideias *a priori* as quais o indivíduo se habitua em função de sua cultura e vivências, fazendo, assim, uma representação de seu corpo, seu funcionamento e de si mesmo, ligadas a seu sistema de valores que não necessariamente deve estar de acordo com aqueles de seu médico e da ciência (CANGUILHEM, 2014).

O médico deve ser consciente de que participa, quer queira quer não, da formação do mundo dos valores do paciente, o qual espera que ele, através de um diagnóstico, dê sentido ao seu mal estar. O desenvolvimento de uma concepção ampla e dinâmica do processo saúde-doença e das ciências médicas deverão conduzir a sociedade na direção

de modificações capazes de avançar num sentido positivo em relação a vida, e promover o completo desenvolvimento e uma melhor adaptação do homem. A *pessoa* deve se perceber acolhida e tratada, num contexto de mudança mais do que um retorno estatístico ao estado anterior a doença (CANGUILHEM, 2014).

A ética médica apresentada nos códigos estabelecidos pelas entidades que regulam essa atividade, em nosso caso, o Conselho Federal de Medicina, consiste numa série de normas que visam o bom exercício da profissão. No entanto, o recurso à bioética faz-se necessário para garantir que princípios e valores sejam aplicados em sua atividade prática, evitando tanto excessos quanto omissões no tratamento de pessoas doentes. Para Pellegrino (2008), a percepção sobre o que é a medicina, qual é a sua filosofia, é realizada através de ideias de construção social, diálogo e reflexão, porém não podemos esquecer a importância da fundamentação normativa da ética diante da pluralidade cultural característica das sociedades modernas<sup>50</sup>.

Códigos profissionais particulares, incluindo os da área da saúde são algumas vezes defendidos apelando-se a normas gerais, especificando regras de etiqueta em adição a regras éticas. Os códigos de ética geralmente especificam as obrigações dos profissionais frente aos direitos das *pessoas* que os procuram, e estabelecem uma relação com seus membros objetivando competência e confiança. Treinamento específico e prestação de serviços especializados, aliados as obrigações que especificam a profissão como a perícia na execução de procedimentos, são características da medicina e especialidades afins. Mas, isoladamente são insuficientes para abordar todos os possíveis conflitos que possam se instalar no exercício diário dessas profissões (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

A filosofia da medicina além de realizar ampla análise dos conceitos envolvidos em sua prática, estabelece a busca pelo bem-estar das *pessoas* como finalidade última. Realizar uma extensa reflexão sobre seus pressupostos e especificidades, bem como determinar as habilidades e características necessárias para o seu exercício, tanto no que se refere a exigências materiais quanto humanísticas, está em seu escopo de

---

50 “Pluralismo: na terminologia contemporânea, designa-se frequentemente com esse nome o reconhecimento da possibilidade de soluções diferentes para um mesmo problema, ou de interpretações diferentes para uma mesma realidade ou conceito, ou de uma diversidade de fatores, situações ou evoluções no mesmo campo” (ABBAGNANO, 2012, p. 892).

preocupações. “A filosofia da medicina consiste em uma reflexão sobre as questões que envolvem seu escopo: conteúdos, métodos, conceitos e pressuposições peculiares a medicina enquanto medicina” (PELLEGRINO, 2008, p. 36).

A incorporação constante de novas tecnologias a prática médica cotidiana revela a necessidade de reavaliar os conceitos fundamentais que envolvem essa ciência tão importante para a manutenção da vida e o bem-estar das pessoas. No entanto, independente de esforços para que a relação entre o médico e a *pessoa* que busca seus conhecimentos transcorra de forma tranquila, a pluralidade de perspectivas de mundo entre as partes pode levar a conflitos, pois ainda que se recorra a ética ou a bioética enquanto vias de intervenção e resolução dos mesmos, ambas não podem ser absolutas.

Não obstante, reduzir conflitos morais a conflitos de valores pode reduzir a ética a uma mera troca de opiniões, tendo em vista essa multiplicidade de visões sobre os mais variados assuntos. Mesmo devendo o médico respeitar os costumes e valores da *pessoa*, compreendendo muitas vezes a distância cultural existente entre ambos, não está obrigado a transgredir sua integridade moral enquanto pessoa, e também como profissional. Para tal, é imprescindível o desenvolvimento de uma ética normativa, afinal a multiplicidade de crenças e culturas envolve um espectro que vai desde um conteúdo visivelmente benigno até o impossível de ser defendido<sup>51</sup> (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Na atualidade, a busca por uma essência comum ou universal parece completamente impraticável em decorrência da realidade multicultural de nossas sociedades. Mesmo quando pensamos em uma finalidade única para o exercício da medicina, esse fato deve ser intensamente esgotado e discutido entre as partes envolvidas. O *telos* da

---

51 Neste aspecto, constitui importante foco de conflito a religião que, por fazer parte da cultura de um povo, não pode ter seus preceitos morais justificados somente por esse aspecto. Diante desses fatos aceitar um relativismo moral fraco pode levar a tomada de diferentes condutas em consonância com a multiplicidade de valores morais que podem ser encontrados em diferentes culturas ou na pluralidade de perspectivas dentro de uma mesma sociedade. A existência de valores morais universais aponta para o absolutismo moral, enquanto a ausência de parâmetros que unifique o discurso moral apontando o que é certo e o que é errado, leva ao relativismo moral, impossibilitando a definição do que seja ético, tendo em vista a tendência de cada cultura em auto justificar seus valores. Nesse ambiente, corremos o risco de respaldar práticas imorais por estarem justificadas dentro de uma determinada cultura (ROCHA, 2014, p.60-62).

medicina de nenhum modo pode ser guiado por projetos metafísicos ou transcendentais. Considerar que pessoas que adoecem devem ser acolhidas, assistidas e tratadas visando sua cura, e se esta não pode mais ser alcançada, o alívio de seu sofrimento deve ser garantido, pois ninguém deve ser abandonado pelo simples fato de estar no estágio terminal de uma doença. Essas são demonstrações de que a medicina tem sim um propósito, um objetivo a ser alcançado, o *bem* do paciente (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Uma abordagem da relação médico-pessoa baseada em contratos, o chamado termo de *consentimento livre e esclarecido*, não garante de forma alguma o estabelecimento de um comprometimento moral entre as partes. O respeito a um contrato é uma questão de lei e não de moral. O comprometimento do médico com o exercício de sua profissão deve ser voluntário, e isso é um tanto óbvio. O contrato acaba tornando-se um mero tramite burocrático e dá até mesmo um aspecto coercitivo à relação, que pode ser tomado por qualquer uma das partes. O contrato por não ser baseado na confiança pode trazer várias distorções entre o profissional e a *pessoa* que por ele é assistida, ao contrário de uma relação que se estabelece em modelos como o da *Beneficência Baseada na Confiança* e o método da *Medicina Centrada na Pessoa*, onde o diálogo está no centro da relação. Desse modo, a partir da entrega de médicos e pacientes a esse processo, pode-se criar um ambiente extremamente cordial e facilitador (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

De acordo com Pellegrino (2008), o médico tem obrigação de respeitar a dignidade do indivíduo, mas não necessariamente sua crença religiosa. No entanto, isso não significa que deva o paciente sucumbir às crenças ou aos valores do profissional. Muitas vezes concepções religiosas confrontam-se diretamente com as considerações acadêmico-científicas. Caso o conflito entre as partes tome proporções que apontem para um desfecho desagradável, é preferível que o doente procure um profissional que compartilhe suas crenças ou que consiga adotar uma posição de neutralidade. Apesar da ênfase dada na atualidade à autonomia na tomada de decisões, nem sempre este fato se reflete como um *bem* para o paciente.

Como já citado, uma aproximação fundamentada no *telos* da medicina aponta para uma percepção sobre até que ponto as escolhas do paciente estão realmente de acordo com o seu *bem*. Muitas vezes, o indivíduo, ao tomar ciência do diagnóstico de uma afecção grave e potencialmente fatal, pode decidir, por exemplo, por um suicídio assistido, precocemente, caso permitido. Nesse momento, é de suma importância a intervenção da equipe de saúde, muitas vezes encabeçada

pelo médico, a levar ao conhecimento da *pessoa* a possibilidade de fornecer alternativas para a profilaxia de complicações, e medidas que proporcionem o alívio de possíveis sofrimentos futuros.

Pellegrino & Thomasma, em sua obra *For the patient's good, The restoration of beneficence in health care*, demonstram que a relação médico-pessoa deve ser sempre regida pelo *telos* da medicina, que objetiva a cura da *pessoa* enferma, e quando este fato já não é mais possível deve-se buscar o alívio do sofrimento através de cuidados paliativos, jamais perdendo de perspectiva os melhores interesses do paciente. Assim, reforçamos mais uma vez que o *telos* da medicina é o *bem* da *pessoa*.

Partindo dessa abordagem, percebemos que em decorrência do enfoque dado a autonomia nas sociedades liberais contemporâneas, é que podemos perceber que isoladamente a decisão autônoma não necessariamente protege os melhores interesses do paciente e conseqüentemente o seu *bem*. Somente através de uma filosofia da medicina baseada em seu *telos*, é que podemos dar o enfoque que possibilita compreender que práticas seriam moralmente corretas na busca do *bem* da *pessoa*. A autonomia é apenas um dos componentes desse *bem* não sendo suficiente para abarcá-lo em sua completude. Frente a um diagnóstico que possa colocar sua vida em risco, o paciente torna-se vulnerável, podendo solicitar ao médico, práticas que não necessariamente propiciam melhora de seu estado (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Considerando a medicina uma comunidade moral, Pellegrino & Thomasma (1995) acreditam a partir dessa constatação que é possível estabelecer um consenso sobre o que é o *bem* e o *telos* que a define. A medicina é por eles identificada desde sua relação com natureza da enfermidade portada pela *pessoa*, a qual faz com que a mesma confie no profissional que lhe dá assistência em busca do alívio de seus sofrimentos. Outro ponto importante apresentado pelos autores diz respeito ao caráter comunitário dos conhecimentos médicos, os quais, consideram um patrimônio compartilhado pela humanidade que é concedido ao profissional durante sua formação, portanto não podendo ser usado como propriedade privada. Ao receber educação médica, o futuro profissional tem acesso a práticas que são exclusivas da classe médica, por necessitar a sociedade formar indivíduos que cuidem da saúde de seus membros, fazendo inclusive investimentos financeiros para tal.

“A natureza da enfermidade, o caráter social dos conhecimentos médicos e a profissão obrigam moralmente o profissional a dirigir seus conhecimentos e suas habilidades técnicas para o serviço do enfermo”

(FERRER & ALVAREZ, 2005, p. 189). Portanto, ao concluir o curso de medicina e proferir o juramento de Hipócrates, o médico faz uma promessa pública colocando-se a serviço de quem adoecer, caracterizando um ato de compromisso com a profissão, pois os conhecimentos por ele adquiridos não são de sua propriedade privada, estando implicitamente vetado seu uso para obtenção de qualquer tipo de vantagem de sua parte. *O telos da medicina é o bem da pessoa*, sendo a relação médico-pessoa embasada na relação de confiança que se estabelece entre ambos.

Acreditando que uma teoria bioética em medicina, fundamentada no *bem*, possa funcionar como princípio ordenador para resolução de conflitos entre autonomia e beneficência, que eventualmente surjam na relação entre o médico e a *pessoa* por ele acompanhada, passamos, a seguir, a tecer considerações sobre o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*. Ao trazer esse conceito que tem como pano de fundo o estabelecimento de uma relação fiduciária entre as partes envolvidas, esperamos contribuir para o incremento de atitudes humanísticas em saúde.

### 3.3 BENEFICÊNCIA BASEADA NA CONFIANÇA

Segundo Edmund Pellegrino (1993), uma das virtudes mais importantes no âmbito da relação médico-pessoa é a fidelidade às promessas, que inicia para o médico com o juramento de Hipócrates ao se graduar, onde assume o compromisso de colocar seus conhecimentos e habilidades em prol do *bem* e da cura de seus pacientes. E segue, fazendo referência ao poder discricionário, aquele dado a uma pessoa em função de seu cargo ou posição social e que também pode ser observado na área da saúde. Considera que dito poder está presente em todas as profissões, consistindo na confiança depositada por alguém em um profissional capacitado e competente para trabalhar em seu benefício.

No entanto, a pessoa que confia é leiga no que se refere aos conhecimentos científicos necessários. Esse poder não é ilimitado para que a *pessoa* não se torne vulnerável e o esperado é que o profissional atue em busca dos melhores interesses de quem é por ele cuidado. Nessas relações espera-se que a confiança esteja acima dos parâmetros estabelecidos pelas partes, e que o médico traga certo grau de confiança e conforto para aquele que espera receber seu melhor.

Assim, Pellegrino & Thomasma (1998) estabelecem um modelo de beneficência baseado na relação de confiança a qual pretendemos que se estabeleça entre médico e *pessoa*. Mas, suas reflexões estão, também, de acordo com os clamores contemporâneos por um retorno das virtudes

a pauta dos estudos em ética. O que precisamos destacar aqui é que, mesmo num ambiente de destaque às virtudes e à confiança, não segue que aquele que está sob atenção do médico, entregue-se cegamente aos seus cuidados, considerando-o infalível, e criando ambiente para a tomada de atitudes paternalistas por parte do profissional, mas que a mesma está segura que quem lhe assiste atua visando os seus melhores interesses. Dessa forma, os autores, aplicam a teoria das virtudes as práticas não só da medicina, mas, por extensão, pelas peculiaridades que tem em comum, às demais profissões da área da saúde.

Na continuidade do debate, Videla (1988) afirma que na relação com o profissional, a *pessoa* espera do médico solidariedade, pois para ele a doença o humilha e corrói o sentido do seu eu, estando vulnerável ao que é dito e afirmado pelo médico. Espera-se que, nessa situação, o médico seja flexível e tolerante ao se deparar com as perspectivas e possibilidades apresentadas por aqueles que adoecem. Aqui, o médico perspicaz e virtuoso pode satisfazer as necessidades de apoio e solidariedade do enfermo, dispensando a ele atenção suficiente na tentativa de estabelecer um diálogo terapêutico e de cunho ético que auxilie o indivíduo aflito que nele deposita confiança, que o leve a buscar e não desistir da cura.

Por outro lado, quando a desconfiança começa a permear a relação entre o médico e a *pessoa* que ela assiste, é preciso que a profissional se dê conta desse fato. A relação de confiança é necessária e deve ser construída permanentemente com muita atenção para não ser fragilizada. A desigualdade observada na relação médico-pessoa frente aquele que detém o conhecimento teórico e aquele que procura seus serviços, por si só coloca a *pessoa* em situação de vulnerabilidade. Nada mais resta a quem deseja ser curado do que confiar no médico e acreditar que o mesmo atua em seu benefício e não em benefício próprio ou de terceiros. Somente a prática da medicina fundamentada em deveres e obrigações éticas pode proteger os interesses da *pessoa* enferma frente a terceiros (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Partindo dessas observações, acreditamos que no modelo de *Beneficência Baseada na Confiança*, proposto por Edmund Pellegrino & David Thomasma (1988), a relação médico-pessoa pode se dar em seu aspecto mais amplo, onde ambas as partes comprometem-se a assumir uma relação de respeito mútuo, fundamentada na verdade, visando à busca do restabelecimento da saúde daquele que adoeceu e para o médico, além disso, a garantia de poder exercer a medicina visando o *bem* do paciente, e se realizando enquanto profissional e pessoa. Essas

considerações são sempre importantes quando objetivamos buscar valores universais em uma sociedade pluralista.

Mas, para que possa haver confiança é preciso poder fiar-se no caráter de quem fará a ação e, partindo dessa ênfase, MacIntyre (2001), em *Depois da virtude*, aponta para a importância de se incluir uma ética de virtudes no debate atual, afirmando que já não é mais suficiente apostar apenas numa ética baseada em regras e princípios diante da complexidade dos dilemas morais da sociedade pluralista contemporânea. Sua proposta consiste na recuperação da ética aristotélica de virtudes. Acredita que há uma vinculação comum entre os seres humanos, que se desenvolve no tempo e no espaço, mas que se supera em sua essência, de modo que possa haver compreensão entre as partes interessadas, apesar de suas diferentes referências e discurso moral. Trata-se de uma ética aristotélica das virtudes, consistindo “reelaboração crítica da visão ético política da tradição aristotélico-tomista” (FERRER & RUIZ, 2005).

Pellegrino & Thomasma (1998) também podem ser incluídos nesse movimento de retorno às virtudes no cenário da filosofia moral. Ao afirmarem que uma ética de virtudes constitui-se apenas dos hábitos e disposições do indivíduo, pode levar à elaboração de axiomas partindo-se de comunidades práticas, como a que se estabelece na relação médico-pessoa. Qualquer abordagem fundamentada na confiança deveria incluir a possibilidade de negociação como uma relação que se estabelece e progride. Tais negociações permitem tanto ao médico quanto ao paciente reexaminar continuamente seus valores.

Em *Princípios de Ética Biomédica*, Beauchamp & Childress (2009) afirmam que apesar do importante papel desempenhado pelas teorias éticas da virtude no âmbito da vida moral, esse dado não constitui evidência incontestável de que elas possam formar teorias que substituam ou tenham prevalência sobre teorias fundamentadas na obrigação. Por outro lado, em *The Virtues in Medical Practice*, Pellegrino & Thomasma (1993) abordam a importância das virtudes no desempenho de uma medicina ética frente aos princípios, dando destaque à virtude da prudência como pressuposto para tomada de ação fundamentada na razão, evitando decisões impulsivas e inconsequentes que possam trazer prejuízo ao paciente.

As virtudes complementam a ética em vários aspectos nos quais os princípios são insuficientes na avaliação abrangente da situação. E, aquelas virtudes necessárias para um bom exercício da medicina tendo como finalidade o *bem da pessoa*, deveriam ser ensinadas nas faculdades de medicina devido à importância da ação moral diante da necessidade de tomar decisões que possam conduzir à cura da patologia que os acomete.

Apesar de reconhecerem a importância da ética das virtudes no que diz respeito a tomada de decisões morais referentes aos cuidados a serem estabelecidos para a recuperação de uma *pessoa*, há autores que apontam para o fato de elas serem insuficientes isoladamente não podendo substituir a ética normativa. No entanto, éticas de virtudes somadas a éticas baseadas no direito são compatíveis e se complementam reciprocamente, reforçando uma a outra (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Para a compreensão da proposta teórica de Pellegrino & Thomasma (1998) é preciso ter em mente o vínculo formado por eles entre filosofia da medicina e a teoria ética das virtudes, incluindo a pressuposição do conceito de *bem* enquanto *telos* da vida humana. Lembramos que as éticas de virtudes são consideradas teleológica e, assim sendo, as virtudes constituem traços de caráter que caracterizam alguém como sendo bom e conseqüentemente capaz de realizar seu trabalho com qualidade.

Segue que, partindo da consciência da existência de uma pluralidade de concepções morais distintas entre as diferentes comunidades, parece pouco provável, a elaboração de uma teoria sólida em ética de virtudes, devido à dificuldade de se estabelecer uma concepção comum de *bem* enquanto *telos*. No entanto, esse problema não teria as mesmas proporções em bioética em saúde, pois o número de envolvidos, no caso, diz respeito apenas aqueles participantes de determinado *set* clínico, ou seja, paciente, familiares, médico e demais membros da equipe de assistência, o que facilitaria o consenso teleológico (PELLEGRINO, 1995).

Seguindo dentro de uma perspectiva que reconhece as diferentes tradições morais, porém sem considerar irremediavelmente essa situação como irreconciliável e, tendo em mente a vinculação existente entre os mais diferentes indivíduos e sua humanidade em comum, o que permite o diálogo e a argumentação entre as partes, dentro de um espaço de percepção do outro e compreensão, acreditamos que:

Em outras palavras mais simples, os autores reconhecem a realidade de uma natureza humana comum, que se desenvolve no tempo e no espaço, mas que os transcende em seus componentes essenciais. Essa natureza humana comum é o fundamento que nos permite propor afirmações gerais acerca do ser humano, tanto em medicina como em ética. Mais ainda, graças a essa fundamental humanidade que nos une, são possíveis o diálogo e o argumento racional entre os

herdeiros de diversas tradições morais. Precisamente porque partilhámos de uma humanidade comum, os homens, não somos mônadas isoladas, incapazes de nos comunicar racionalmente, apesar do pluralismo cultural e filosófico (FERRER & ALVAREZ, 2005, p. 184-185).

De acordo com Ferrer & Alvarez, Pellegrino & Thomasma pretendem fundamentar os pressupostos para essa possibilidade de entendimento independente de nossas diferenças, sem explicitá-los com argumentos filosóficos, elaborando um ponto de partida baseados em uma antropologia e uma epistemologia que favoreçam a construção de um consenso dentro de uma filosofia da medicina e de uma ética de virtudes.

Apesar da reconhecida importância das virtudes, Pellegrino & Thomasma (1993) admitem que, além de poderem cair num subjetivismo emotivista, as mesmas isoladamente não se bastam para o desenvolvimento de uma teoria abrangente. Um exemplo a citar, dado pelos próprios autores, se refere ao reconhecimento da circularidade da teoria do *bem* em Aristóteles, onde os atos considerados moralmente bons, aprováveis, são aqueles realizados pelas pessoas virtuosas, e sendo consideradas pessoas virtuosas aquelas que desenvolvem suas ações em consonância com as virtudes. “Uma maneira de escapar a esse raciocínio circular é [...] aceitar que existem princípios fundamentais objetivos [...] com os quais a ação humana deve se conformar, se há de ser autenticamente virtuosa” (FERRER & ALVAREZ, 2005, p. 196).

Para Ferrer & Alvarez (2005), outras críticas poderiam ser deferidas as virtudes isoladamente, como no caso da compaixão que pressupõe um reconhecimento do sofrimento alheio, no entanto para tal basta que o profissional possua apenas alteridade, não sendo necessário sofrer junto com a *pessoa*. Do mesmo modo a empatia<sup>52</sup> não pode ser entendida de um ponto de vista que exija do profissional sua implicação afetiva, sob risco de desenvolver-se comportamentos distintos em relação aos diferentes pacientes, conforme identificação afetiva entre ambos. Com relação a justiça distributiva, Pellegrino & Thomasma (1988) consideram que ela deve estar em segundo plano, pois a beneficência destina-se a indivíduos concretos e identificáveis e não a instâncias coletivas, sejam quais forem, no entanto, no processo de aliança

---

52 “Sentimento moral que simula o que outra pessoa sente (por exemplo, sofrimento)” (DALL’AGNOL, 2019, p. 635).

terapêutica, o médico se percebe em muitas situações onde se impõem exigências de justiça distributiva., por exemplo, em casos que versam sobre vagas em Unidades de Terapia Intensiva.

Outro ponto de vista a ser lembrado em bioética, especialmente quando nos referimos a pessoas enfermas, diz respeito ao cuidado. Kant (2006) apresenta em *Sobre a Pedagogia* o cuidado com a criança como parte do desenvolvimento no primeiro estágio da vida humana e, enquanto primeira etapa do processo de educação, objetivando que as mesmas não façam uso indevido de suas forças. Na teoria do cuidado transcultural, embasada em estudos antropológicos, é destacada a importância de se dar assistência ao ser humano em sua integralidade, diversidade e singularidade. É chamada a atenção para o respeito as crenças, valores das *pessoas*, seus conhecimentos e práticas em saúde, o que caracterizaria um cuidado humanizado, por visar a compreensão de seu agir e a boa interação entre o médico e quem é por ele assistido (LEININGER, 1985).

Na perspectiva das ciências da saúde cuidar objetivando curar é um aspecto importante do exercício da medicina. “Em geral, o cuidado é entendido como uma forma de preservar ou incrementar o bem-estar de um indivíduo vulnerável [...] Somente o cuidado respeitoso constitui-se numa atitude verdadeiramente moral...” (DALL’AGNOL, 2004, p. 202-222). Para Dall’Agnol, cuidado e respeito andam em compasso, pois, o respeito evita que o cuidado se transforme em ação paternalista e, o respeito sem cuidado é igual à indiferença e individualismo. Sem dúvida, a preocupação com a temática do cuidado e do respeito, têm importante papel no contexto das estratégias para a humanização do sistema de saúde.

Voltando ao modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, destacamos que seu caráter fiduciário também está inserido na perspectiva de abordagem da *pessoa* em sua totalidade, visto que falamos de nós para quem confiamos. Assim, acreditamos que o ideal de trabalhar em benefício do enfermo, implica um direito e um interesse por parte do médico em manter a integridade de sua atividade, de trabalhar não como uma ferramenta ou como agente burocrático do sistema social, mas como alguém que exerce suas atividades profissionais como expressão de sua própria natureza, visando o *bem* do paciente. Nesse contexto, faz-se destacar que “o Conselho Estadunidense de Medicina descreve como características ideais do perfil profissional médico a compaixão, a integridade de caráter, e o respeito às vontades do paciente” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 55), sendo este último item essencial para que haja respeito pela pessoa.

Beneficência significa fazer o *bem*, agir em prol do próximo, o que está correlacionado com certa dose de atitude altruísta. O *princípio da beneficência* é capaz de abarcar tanto a preocupação com os melhores interesses da *pessoa* quanto com sua autonomia, funcionando como um atalho que funde duas preocupações éticas importantes em medicina, autonomia e beneficência. Assim, Edmund Pellegrino & David Thomasma (1988) desenvolvem um modelo dentro da filosofia da medicina que engloba vários outros princípios éticos, denominado *Beneficência Baseada na Confiança*, onde médicos e *pessoas* por eles acompanhadas estabelecem uma relação de confiança recíproca com o objetivo de agir buscando atingir o melhor interesse de ambos.

Nesse modelo, o médico deve negociar com o enfermo o planejamento terapêutico, atuando com vista a alcançar os melhores interesses deste, ou seja, negociação guiada pela beneficência. No entanto, os autores admitem que em algum momento o médico pode tomar atitudes num sentido não exatamente de acordo com aquele expresso pelo *pessoa*, acreditando agir em respeito aos seus melhores interesses, visando seu restabelecimento e seu *bem* enquanto *telos* profissional, inclusive acreditando estar em consonância com o princípio da beneficência. Esse fato pode caracterizar uma atitude paternalista.

O conceito de paternalismo centra-se na noção que o médico, seja por virtude, superioridade de conhecimento ou por algum impedimento ocasional do paciente, teria melhor julgamento sobre o que é correto fazer na situação em questão, ainda que desconhecendo sua escala de valores e interesses. O paternalismo costuma ser caracterizado como forte, quando os desejos e escolhas do paciente são substituídos por outros, e como fraco, quando o paciente por algum motivo, está incapacitado para tomar decisões, ou ainda, quando não lhe é proporcionado possibilidade total de livre arbítrio. Dessa forma, o médico agiria em benefício do paciente sem o seu consentimento pleno (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2009).

No entanto, a beneficência como é descrita por Pellegrino & Thomasma (1998), não contribui para o paternalismo forte, pois não se baseia na violação do elemento fundamental do conceito de humanidade, aqui relacionado ao respeito pelas preferências do paciente. Aplicando o princípio da *Beneficência Baseada na Confiança*, o médico não faz cálculos relacionados à vida de uma *pessoa* e os julgamentos feitos pela sociedade sobre os valores desse indivíduo. Mas, ao invés disso, calcula a relação do tratamento médico com as condições e prognósticos estabelecidos. Alguns tratamentos podem ser considerados desproporcionais aos benefícios que podem advir à *pessoa*. Os cálculos devem ser feitos sobre o impacto das intervenções propostas e que são,

então, relacionadas ao compromisso fiduciário do médico, estando esse último a serviço dos melhores interesses de seu paciente dentro das condições impostas pelo seu estado clínico:

O paternalismo é, frequentemente, justificado por alguns filósofos pelo recurso à maximização do bem-estar de todos, enquanto a doutrina da autonomia é justificada pelo apelo ao respeito às pessoas. Esses dois princípios, inevitavelmente, entram em choque na prática médica. Beauchamp e McCullough (1985, apud PELLEGRINO & THOMASMA, 1998, p. 57) identificam conflitos ao contrastar beneficência com autonomia, afirmando que são inerentes a relação médico-pessoa, devido a oposição entre o que seriam os melhores interesses da *pessoa*, a partir do seu ponto de vista e do médico. A beneficência pode funcionar como ponto de orientação para a interpegação de conflitos que possam surgir entre os pontos de vista do médico e da *pessoa*, sobre o que é o *bem* para ela, devendo o profissional apontar o curso de ação, sem deixar de negociar outros valores dentro da escala hierárquica da *pessoa*.

Edmund Pellegrino & David Thomasma (1988), sugerem o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* como uma terceira possibilidade em medicina, o qual protege a autonomia da *pessoa*, ao contrário do paternalismo que vê essa autonomia como hostil aos melhores interesses, especialmente quando há discordância com o médico. A beneficência fiduciária subjaz ao papel do médico como advogado do paciente, ou mesmo como procurador ou substituto em caso de incapacidade deste, quando as vontades do mesmo não são conhecidos previamente e nenhum outro responsável está disponível.

Atitudes paternalistas fortes estão fora de contexto para os nossos autores. No entanto, atitudes paternalistas fracas, podem, dentro do contexto da *Beneficência Baseada na Confiança*, estar em consonância com os fatos em determinadas situações, sendo aceitáveis, desde que estejam de acordo com os melhores interesses e valores da *pessoa* e, somente em situações onde a mesma está impedida de dar seu consentimento oficialmente ou opinar. Podemos citar como exemplos onde atitudes paternalistas fracas podem estar justificadas em casos envolvendo crianças, pessoas dementes e situações de emergência. Dworkin (Apud PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 9 – 10) afirma que “algumas formas limitadas de paternalismo podem ser consideradas um tipo de ‘política social de saúde’ que pessoas racionais podem escolher para proteger a si mesmas sob condições previamente acordadas”, o que as caracterizaria mais como uma forma de beneficência negociada. É preciso estar atento a críticas feitas por autonomistas de que

procuram igualar a beneficência ao paternalismo médico, muitas vezes considerando-os idênticos.

Lembramos que nem a autonomia nem o paternalismo devem conduzir isoladamente a tomada de decisões, não perdendo-se jamais a perspectiva sobre os melhores interesses do paciente. Dando sequência a essas reflexões e, respeitando os dilemas entre beneficência e bem-estar social, a proposta de Pellegrino & Thomasma (1988), é menos uma resolução dos conflitos que uma admissão franca de sua existência, com algumas ideias para minimizá-los. O *bem* individual e o *bem* social quase sempre se chocam em um ambiente de redução de custos.

Morreim chama isso de “aprender a viver diante do inevitável” (1985, apud PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 58), sugerindo que as expectativas tanto do médico quanto da *pessoa* devam ser revistas, pois o profissional não pode prover tudo àquele que assiste, por muito tempo, nem este pode esperar obter tudo do médico. O médico em nenhum momento deve tentar fazer o impossível com vistas ao compromisso de fazer o seu melhor pela *pessoa* que acompanha. Sendo médicos e pacientes seres que interagem socialmente dentro de uma estrutura comunitária, “as questões de poder, a natureza social da profissão e as obrigações e os deveres de papel específico que os ligam é que deveria constituir a preocupação ética primária” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 30).

No diálogo com o médico devemos receber orientações sobre como garantir que decisões baseadas em nossa autonomia sejam preservadas. Se a *pessoa* encontrar, antes do início do tratamento, dificuldade para articular suas vontades, o médico tem, então, a oportunidade de informá-lo sobre o escopo do tratamento e o impacto sobre o seu corpo e a sua sobrevivência. Assim, a beneficência não será violada dentro da relação médico-pessoa, e recursos suficientes permanecerão para que outros cidadãos possam ter igual oportunidade de tomar decisões sobre sua saúde. Desse modo, segundo O'Rourke, “a medicina trabalha onde há uma relação de cooperação e consenso entre o paciente e o profissional médico” (1986, apud PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 58). A maioria dos eticistas e dos médicos concordarão com a necessidade de negociar.

Hauerwas (1986, apud PELLEGRINO & THOMASMA, 1998, p. 58) destaca que a importância da relação médico-pessoa, não está no fato de ser um contrato entre entidades autônomas, em que a tentação de interpretar os cuidados médicos como uma propriedade torna-se quase irresistível, mas como um diálogo sobre o cuidar e um veículo para

descobrirmos alguns de nossos mais profundos compromissos morais enquanto comunidade.

Caracterizada por ser uma profissão que no seu exercício diário lida com *peessoas* que se encontram em uma situação de vulnerabilidade em decorrência de uma enfermidade, no âmbito da medicina, o bem-estar da *peessoa* deve sempre estar em posição de destaque frente aos interesses do médico. Refletindo sobre o cuidar e o curar, confortar e aconselhar, sempre destacando o papel da necessidade de confiança na relação médico-pessoa, Pellegrino & Thomasma (1988), desenvolvem, como já citado, uma filosofia da medicina voltada para sua natureza e seu *telos*, o *bem* da *peessoa*. O médico que não reconhece o caráter humanístico de sua profissão, pouco pode fazer na atenção ao seu semelhante. É o reconhecimento da relação entre o médico e a *peessoa* por ele assistida como ponto chave no âmbito do conhecimento e da moral que envolve a ética médica na busca do *bem* e no exercício de uma medicina autêntica, que leva ao êxito dessa relação.

Apesar de todas as polêmicas diante da definição do que seja o *bem* do paciente, frente a pluralidade de opiniões observadas nas sociedades modernas, podemos considerar que esse fato não afeta a possibilidade de aplicação do modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* à relação médico-pessoa. Pois, não podemos perder de vista o microcosmo que envolve essa definição, uma vez que a pluralidade aqui diz respeito a um número pequeno de pessoas, o paciente, seus familiares, e os profissionais que lhe assistem diretamente, tornando-se, ou no mínimo devendo tornar-se, menos problemático por incluir um número pequeno de atores. Podemos, também, partir de um ponto de vista oposto, o da não maleficência, que seria basicamente não causar intencionalmente danos a terceiros, o que já demonstraria sensibilidade suficiente ao lidar com o drama alheio. Basicamente, as equipes de saúde devem proteger a *peessoa* de danos, e colocar seus próprios interesses em segundo plano (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

No entanto, devido às diferentes conjunturas que afetam a vida humana e por vivermos numa sociedade capitalista, onde não faltam ocasiões em que os interesses do capital prevaleçam frente as necessidades individuais ou de grupos, noções como equidade e igualdade, tão caras a justiça distributiva, podem ser relegadas a segundo plano. É preciso que diferentes interesses sejam contemplados, mas eticamente. Por exemplo: “muitas vezes os médicos clamam por seus direitos por recreação, tempo livre para si e para a vida familiar e atividades sociais, liberdade de escolher tratar somente quem os remunera diretamente ou trabalhar somente para instituições privadas”

(PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 27), o que não constitui infração ao código de ética, mas deixam-nos próximos a uma fronteira moral onde seria necessário impor alguns limites aos interesses pessoais do profissional e seus possíveis privilégios.

Para que o proposto pelo modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* possa avançar é preciso considerar que as consequências de uma *pessoa* ser afligida por uma doença revela que o grau de beneficência a ser dedicada a ela pelo médico, deva ir muito além da simples não maleficência. Decorre que os médicos devem agir obrigatoriamente em favor dos interesses da *pessoa*, mesmo que isso custe ao profissional abrir mão de conforto, poder, prestígio ou algum outro tipo de interesse de cunho particular. Não podemos esquecer que os melhores interesses do paciente estão intimamente relacionados às suas próprias preferências. Não se trata de simplesmente negociar alguns valores (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Em relação a terapêutica a ser administrada ao doente, a mesma deve estar primariamente relacionada ao seu *bem* e aos seus próprios interesses e não aos da sociedade ou de quem o seja. O *bem* do paciente jamais deve ser confundido com aquele que pode ser estabelecido por quem dele cuida, caso contrário, poderemos, sim, ser acusados de paternalismo. “Conflitos relacionados ao que seria o *bem* do paciente ocorrem no campo da prática médica; a necessidade de definir um princípio prioritário é, portanto, evidente” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 84). Lembramos que os autores apresentam uma escala a ser considerada na relação médico-pessoa, com vistas a auxiliar na abordagem de conflitos no estabelecimento de valores e *bens*, na seguinte ordem: primeiro as preferências do paciente, segundo as indicações médicas, em terceiro a qualidade de vida, e por último, os fatores externos.

Sendo geralmente o médico o profissional responsável pela atenção inicial à *pessoa* enferma, o mesmo pode funcionar como uma espécie de facilitador para a obtenção de acesso a exames, consultas, tratamentos clínicos e cirúrgicos, órteses e próteses, reabilitação, e internações hospitalares, gerando pressões dos pacientes e familiares sobre ele. Objetivando a prática racional da medicina, o médico deve dispor apenas de meios diagnósticos e terapêuticos que sejam efetivos e benéficos a seus pacientes, não devendo expô-lo a situações

constrangedoras ou a terapias experimentais, sem nenhuma comprovação científica<sup>53</sup> (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

A escala de valores apresentada acima, pode ser um importante auxílio para a condução ética desses processos em saúde. Outro fator que se impõe nessa relação são as pressões exercidas sobre o médico tanto por gestores da saúde privada quanto estatal no intuito de coibir gastos. De outro modo, essa pressão pode ser exercida em sentido contrário quando o médico coloca seus interesses pessoais acima dos interesses da *pessoa* e do sistema de saúde. Esses fatos e outros, moralmente indefensáveis, são possíveis de serem abordados e resolvidos dentro de uma relação médico-pessoa apoiada no princípio da *Beneficência Baseada na Confiança*. Daí a importância do reconhecimento rápido dos dilemas morais que dessas situações possam resultar (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Assim, situações conflituosas ou mesmo demandas judiciais na área da saúde poderiam ser evitadas caso uma relação fiduciária entre médicos e pacientes fosse estabelecida, como a proposta no modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*. Normas, leis, juramentos, contratos e consentimentos não são suficientes para enfrentar a falta de consenso em termos de princípios morais entre médicos, paciente e sociedade, bem como dentro dos princípios da ética médica. Não obstante, como já observado, a questão da beneficência faz parte da ética médica desde seus primórdios através do juramento de Hipócrates. Devemos considerar também a importância da confiança depositada pela *pessoa* em seu médico como reconhecimento de suas ações em seu benefício e como ponto central no momento de tomar decisões clínicas (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Quando conflitos se estabelecem na definição do *bem* do paciente e seus melhores interesses, pode haver falha na aplicação do princípio da *Beneficência Baseada na Confiança*, podendo ser necessário aceitar que a relação médico-pessoa se deteriorou, e que não se pode dar continuidade a mesma, visto que uma das partes não pode se impor a outra. No entanto, cabe aqui esclarecer que isto não significa que o paciente ou o médico deva ser simplesmente abandonado, mas que se discuta, também, como esse processo de transição se dará. (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

---

53 Temos aqui um exemplo claro da importância da *Medicina Baseada em Evidências* enquanto recurso que está de acordo com esses pressupostos, como veremos mais adiante no item 3.1.

“Os valores referentes ao bem-estar do paciente e sua autonomia, os quais podem ser traduzidos para os correspondentes deveres morais da beneficência e do respeito às pessoas podem entrar em conflito entre si” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 35). Contudo, o conflito desaparece se a medicina alcançar sua meta de cura. Se os valores referentes ao bem-estar do paciente e sua autonomia se mantiverem em conflito, a cura poderá não ser alcançada. Talvez a melhor alternativa a ser adotada pelo médico seja aquela entre uma autonomia e um bem-estar moderados, e o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* pode servir de parâmetro para que isso aconteça, principalmente se aliado ao respeito à *pessoa*.

Quando respeitamos alguém, aceitamos sua autonomia em autodeterminar-se em relação aos outros, ou as auxiliamos a tornarem-se novamente autônomas, caso essa capacidade tenha sido perdida. A partir desse ponto de vista, os autores reafirmam a beneficência como o princípio que faz com que os médicos apresentem seus compromissos morais e apoio pessoal ao paciente, além de apenas respeitar os seus direitos (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Com o objetivo de preservar o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* de armadilhas morais que podem impor-se tanto diante da autonomia e do paternalismo, quanto de éticas que possam se estabelecer em determinadas situações, Pellegrino & Thomasma (1988) propõem quatro axiomas como recursos para a defesa da sua proposta. Para eles, esses axiomas, explicados com mais detalhes no item 3.2 dessa dissertação, representam mais uma característica da beneficência e, visam também que o médico estabeleça um julgamento prudente sobre as pessoas por eles assistidas, baseado em axiomas éticos gerais ou regras morais, as quais, se violadas deturpam o caráter de cura da relação médico-pessoa.

Ademais a multiplicidade cultural, as sociedades modernas caracterizam-se pelo intenso recurso a tecnologia, o que promoveu o aumento dos gastos em saúde. Decisões clínicas podem, muitas vezes, estar sendo pressionadas por interesses econômicos ou individuais, causando conflitos na determinação do que seria o *bem* para uma pessoa definida. O bem social e o bem econômico são tensionados, e para resolver tal situação, Pellegrino & Thomasma propõem uma ordem hierárquica entre os diferentes bens envolvidos, criando um sistema de prioridade entre eles como parte do modelo da *Beneficência Baseado na Confiança*, recorrendo a este enquanto princípio de organização racional (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Os autores estabelecem tal hierarquia tomando como base a confiança na percepção que tem uma pessoa sobre seu próprio *bem*, desde que não hajam indicadores do contrário. São propostos, então, dois modos de ter-se em conta a estrutura de pesos relativos estabelecida entre diferentes bens em questão, um denominado procedimental e outro metaético. O primeiro tem fundamentação na ética médica e na filosofia da medicina, “[...] é uma abordagem baseada no estabelecimento de um processo na ausência de qualquer consenso perceptível sobre a importância relativa de vários valores ou bens” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 84). Porém, por implicar uma determinada opção de preferência, esse processo termina por vislumbrar uma orientação metaética.

No esquema procedimental, é preciso ter em conta as diretivas da *pessoa* de forma clara, seus valores negociáveis, os possíveis julgamentos realizáveis por procuradores, as resoluções do comitê de ética do hospital e, a possibilidade de recurso ao sistema legal. Dessa forma, o médico não deixa de considerar as preferências das *pessoas* de modo consistente com seus valores e melhores interesses. Diretivas antecipadas de vontade podem ser bastante úteis na determinação da escala de valores de quem o subscreve. Na ausência de conhecimento sobre essa escala de valores da *pessoa*, pode-se recorrer ao julgamento de seus procuradores, sempre na crença de que os mesmos sejam confiáveis. Se há conhecimento desses *valores* estabelecidos, eles estão acima de pressuposições realizadas por seus responsáveis. Caso persista o conflito, o comitê de bioética do hospital<sup>54</sup> pode ser um recurso considerável, evitando que se recorra ao sistema legal para sua resolução (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Como vimos anteriormente, outro modo de resolver possíveis conflitos, é recorrendo a um esquema metaético baseado em critérios filosóficos de *bem*, para estabelecer prioridades. O mesmo é, então, classificado primeiro de acordo com o *bem* último da *pessoa*, que é aquele que colocamos acima de todos os outros, precedendo-os. O segundo é definido pelo *bem* da *pessoa* enquanto humana. O terceiro está relacionado a determinação do *bem* particular da *pessoa* por ela mesma em um determinado momento. E por fim, tomando em consideração o *bem* biomédico, o qual deve ser definido pelo médico visando os melhores

---

54 O Conselho Federal de Medicina através da Recomendação nº 8/2015, estimula a criação de comitês de bioética nos hospitais brasileiros, mas eles ainda são poucos (nota do autor).

interesses da *pessoa* por ele assistida, tendo o cuidado de não agir de modo paternalista forte (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

A ordem hierárquica sugerida por Pellegrino & Thomasma (1988) têm implicações para o modo como os princípios comuns da ética médica são aplicados tentando evitar atitudes paternalistas fortes, onde o médico desconsidera a liberdade da *pessoa* fazer suas escolhas. É importante destacar-se os valores da *pessoa* e respeitá-los. Desse modo, o *bem* da *pessoa* deve ser negociado e quando não é possível que dessa forma ocorra, é necessário um esquema procedimental para solução de problemas decorrentes de conflitos entre os valores da *pessoa* e o respeito a sua própria concepção como primeiro critério hierárquico. Agindo assim, contribui-se para um relacionamento ético entre as partes, baseados em critérios da ética médica.

O modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* conforme elaborado por seus autores, demonstra um equilíbrio entre o *bem* da *pessoa* e a defesa de seus melhores interesses, e sua autonomia para tomar decisões. Nenhuma cura pode se dar quando há conflitos entre o que seria o *bem* do paciente e seu direito a autodeterminação. Os axiomas propostos têm como objetivos além do estabelecimento de um melhor equilíbrio na relação médico-pessoa, a construção de uma relação de confiança entre as partes, principalmente em casos que envolvam *pessoas* incapazes total ou parcialmente de tomar decisões.

A ausência de familiares em momentos nos quais decisões terapêuticas precisam ser tomadas produz maior tranquilidade em seus responsáveis, que se sentem seguros diante do profissional ético que atua visando o *bem* e os melhores interesses de seu tutelado. Destaca-se aqui a importância da confiança nessa relação, garantindo que se receba cuidados adequados, uma vez que o objetivo do tratamento é a cura e quando esta não é mais possível, a administração de cuidados paliativos que diminuam o sofrimento, trazendo dignidade a *pessoa* (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

É importante ter sempre em consideração o princípio de respeito pelas *pessoas*, para não perdermos de vista os deveres morais do respeito a autonomia pessoal e o de atuar em prol do restabelecimento da autonomia perdida. Dessa maneira, a beneficência não respeita apenas os direitos da *pessoa*, mas permite ao médico também expressar o seu comprometimento moral e apoio próprio. Essa atitude demonstra mais um compromisso com as origens da medicina do que com perspectivas individualistas da autonomia ou atitudes paternalistas, estando afinada com as perspectivas da *Beneficência Baseada na Confiança*. (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988).

Desse modo, consideram que a autonomia não pode ser tomada como um princípio absoluto para a relação médico-pessoa, isoladamente, não considera todos os fatores envolvidos no impacto causado pela doença sob a capacidade da *pessoa* agir de forma realmente autônoma. O médico deve auxiliar as *pesoas* por ele assistidas a superar os medos e incertezas provocados pelas transformações provocadas pela doença, respeitando sua autonomia, não agindo de forma paternalista, mas sim, beneficente. Pois, “até mesmo uma experiência fugaz com uma doença demonstra como as *pessoas*, podem muitas vezes, sentirem-se ansiosas, culpadas, zangadas, amedrontadas ou pouco amistosas, elaborando julgamentos que não fariam em tempos de tranquilidade” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 15).

O modelo da autonomia não vislumbra a questão da “cura” na relação médico-pessoa, desconsiderando a saúde enquanto *bem* intrínseco em medicina e, a obrigação de ambos em conspirar para o seu restabelecimento. Aqui, podemos ter em mente aquelas situações onde há prejuízo do juízo, onde atitudes paternalistas fracas por parte do médico protegem mais a *pessoa* que o respeito a sua autonomia. Na própria evolução de uma doença podem haver variabilidades de contexto, devendo estar-se atento, pois pode haver limitação moral à autonomia, ainda que esse argumento não possa servir de modo corriqueiro e isolado para a justificação de atitudes paternalistas. Engelhardt (Apud, PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 17) relaciona essa volubilidade na dinâmica das doenças e termina por considerar que ela é produto do desacordo moral que se estabelece no cálculo entre riscos e benefícios, em decorrência da relatividade dos valores subjetivos levados em consideração pelas partes, e não nos diferentes contextos objetivos, conforme argumentam Pellegrino & Thomasma.

O pluralismo moral das sociedades contemporâneas muitas vezes é usado com argumento buscando justificar a preponderância do princípio da autonomia, na tentativa de respaldar o sistema de crenças médicos ou a autoridade de instituições. Para evitar esse equívoco é salutar dar-se ênfase ao processo de decisões e sua interface com o respeito à autonomia. *Consentimento livre e esclarecido, diretivas antecipadas de vontade*, o recurso a comitês de ética, são possibilidades apontadas para chegar-se a uma posição conciliadora, uma vez que procedimentos isolados não podem ser autojustificados.

O artifício da moralidade privada leva a um atomismo moral que culmina num relativismo visto que cada pessoa passa a acreditar que suas crenças são incontestáveis, levando a perda do sentimento comunitário do qual derivam alguns consensos. É preciso, também, ter-se em conta se o

que é procedimentalmente aceitável equivale ao bom e correto a ser feito, sempre na perspectiva de não causarmos dano. Assim, Pellegrino & Thomasma (1988), consideram à autonomia a partir do respeito aos melhores interesses da *pessoa* e, no que consiste o seu *bem*, demonstrando que não há incompatibilidade entre a teoria da autonomia e a teoria do bem.

Como visto, diferente dos modelos baseados na autonomia ou no paternalismo onde decisões unilaterais podem ser tomadas, no modelo da *Beneficência Baseado na Confiança* por propor-se como referência o *bem* da *pessoa* e a defesa de seus melhores interesses, decorre a exigência do estabelecimento de diálogo entre as partes envolvidas, até que não persistam mais dúvidas que possam deturpar os objetivos dessa relação. Essa democratização das decisões clínicas dando importância a fala da pessoa, são uma característica comum do método clínico da *Medicina Centrada na Pessoa* e do modelo bioético da *Beneficência Baseada na Confiança*. Sendo que esse último, apresenta-se como o mais abrangente dentro da relação médico-pessoa, por preocupar-se tanto com quem adoeceu e seus familiares quanto com a equipe de saúde, devido ao acentuado compromisso com os aspectos éticos envolvidos, desse modo, garantindo excelência no atendimento de quem necessita de atenção e cuidados, e que o *telos* da medicina será alcançado. A busca por uma boa relação entre as partes pode ser alcançada dentro dos parâmetros que contemplam o escopo do modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, conforme proposto por Pellegrino & Thomasma, em sua obra de 1988, *For The Patient's Good: the restoration of beneficence in health care*.

A partir do que foi referido até ponto atual da dissertação, dentro das perspectivas tomadas pelo modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, na abordagem do caso clínico de Sílvia, considera-se que as *pessoas* incapazes são aquelas mais ameaçadas por influências utilitaristas, econômicas e libertárias, tão presentes em nossas atuais sociedades capitalistas. Como já citado anteriormente, a capacidade de tomada de decisões por Sílvia deve ser sempre considerada e avaliada, recorrendo-se a familiares e tutores, em menor ou menor grau conforme a situação. Atenção para que não haja negligência ou subtratamento devem ser consideradas, exigindo atenção dos responsáveis, para que não ocorra. Sílvia deve ser considerada e envolvida na tomada de decisões, as quais, devem ser respeitadas considerando-se os limites referentes a boa prática moral.

A determinação de qual é o seu *bem* e quais são os seus melhores interesses de Sílvia devem ser determinados, respeitados e reconhecidos, dentro dos critérios estabelecidos pelo modelo em questão, descritos

anteriormente. Desse modo, evita-se que terceiras possibilidades possam se interpor, trazendo prejuízos a ela. O diálogo contínuo deve ser mantido visando a atualização da determinação do seu *bem* e de seus melhores interesses, compartilhando-se valores dentro de um ponto de vista moral defensável. Tensão entre as partes podem ser inevitáveis, mas os critérios estabelecidos para abranger essa possibilidade devem ser considerados.

Desde uma compreensão social da beneficência, verifica-se a obrigação da sociedade em proporcionar os serviços necessários para o apoio de Sílvia, garantindo assistência de saúde ao longo da evolução de sua doença que é crônica, havendo possibilidade de remissivas consideráveis, mas, ainda não, de cura. Temos, então, diretrizes estabelecidas que permite a tomada de decisões seguindo padrões morais elevados, levando-se em conta o caráter virtuoso e fiduciária da relação médico-pessoa estabelecida. O médico precisa atuar sempre considerando o *bem* da *pessoa* e seus melhores interesses acima de quaisquer outros, mantenha seus conhecimentos atualizados, respeite os valores morais dos envolvidos, auxilie na elaboração de escolhas que coincidam com as crenças do doente. Nesse processo não deve haver coerção, decepção ou incoerências. O sigilo sobre Sílvia deve ser mantido, exceto em caso de perigo, como risco de suicídio. O médico jamais deve abster-se de seus compromissos com a *pessoa*, garantindo que ela receba sempre os cuidados condizentes e necessários, jamais abandonando-a a própria sorte, não deixando de cumprir suas obrigações.

Portanto, abordamos os dilemas envolvendo a autonomia e a beneficência em bioética no âmbito da relação entre o médico e a *pessoa* que busca assistência de saúde, para em seguida apresentamos o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* como referencial teórico de cunho humanístico para abordar as tomadas de decisões que possam surgir no *set* terapêutico, visando o consenso, sempre que possível. No que diz respeito a relação médico-pessoa à nível clínico, apresentaremos o método da *Medicina Centrada na Pessoa* que, por suas características, procura criar um ambiente de acolhimento e respeito a quem tanto necessita atenção ao seu sofrimento, considerando que ambos vêm igualmente ao encontro das mais autênticas manifestações de atitude humanística em saúde.



## CONCLUSÃO

Os destaques dados ao respeito à autonomia das pessoas e os questionamentos realizados em relação ao paternalismo dos médicos, caracterizado, entre outras situações, pela tomada de decisões unilaterais no que se refere ao processo diagnóstico e terapêutico, passou a exigir mudanças no ambiente clínico. Essas transformações que vieram com a modernidade mudaram o eixo das relações interpessoais em todos os aspectos no que se refere a vida comunitária. Respeito, reconhecimento e redistribuição, passaram a fazer parte do discurso público, tornando os indivíduos cada vez mais participativos socialmente.

Dessas mudanças, decorrem, também, as reivindicações por humanização da atenção sanitária. Por ter se voltado para a técnica, o médico afastou-se do seu objeto de trabalho, esquecendo que é a pessoa, por vivenciar um processo nosológico, quem procura seus serviços e não o contrário. Contribuindo para acentuar esse distanciamento, as escolas médicas passaram gradativamente a dar mais ênfase aos recursos tecnológicos, esquecendo de preparar os futuros profissionais para lidarem com as queixas subjetivas de quem adoece, considerando-as puro ruído que em nada contribuem para a determinação do diagnóstico. A busca pelo “bom” médico e do exercício da medicina enquanto “arte”, características do exercício profissional no passado, retornam.

Porém, todos os envolvidos em decisões clínicas argumentam que suas ações visam o acolhimento humanístico das pessoas, no entanto, atitudes humanísticas não podem ser confundidas com mera simpatia e generosidade. Nesse sentido, o método clínico da *Medicina Centrada na Pessoa* por suas características de horizontalização e consequente democratização da relação médico-pessoa, valorizando a narrativa de quem adoece, suas vivências com relação ao binômio saúde-doença, expectativas sobre os meios diagnósticos e o tratamento a ser instituído, entre outros aspectos a serem destacados, revelam seu componente humanístico.

A defesa da pessoa como foco do cuidado, da pesquisa e da educação em saúde, a deliberação conjunta, são importante ponto de articulação desse método. A atenção ao ouvir o enfermo, a valorização de suas vivências subjetivas e o convite para que participe da tomada de decisões terapêuticas, são facilmente perceptíveis em todos os seus componentes. Essa mudança epistêmica em medicina, que coloca a pessoa de volta no centro da atenção do médico, em detrimento da doença e dos recursos tecnológicos, característicos do modelo *biomédico*, são um importante passo para a humanização da assistência em saúde. Não que a

doença e o uso de tecnologias não sejam importantes, mas a *pessoa* estava quase esquecida dentro de um contexto onde ela é a maior interessada.

Outro ponto importante do método centrado na pessoa é buscar transcender algumas das distinções e limitações inerentes ao modelo *Biomédico* de atenção em saúde, como a dicotomia entre corpo e mente que passa a separar os aspectos objetivos dos subjetivos de suas vivências. Outra distinção superada é a costumeiramente realizada entre conhecimento tácito e explícito, valorizando não só a formação do profissional, mas, também as experiências da pessoa consequentes a interação com o mundo ao longo de sua vida. Ademais essa mudança ontológica, outro ponto importante na abordagem do ser que adocece é a tomada da perspectiva da doença dentro de um modelo fisiológico em detrimento de um modelo ontológico.

Desse modo, a doença deixa de ser percebida enquanto entidade à parte do corpo, passando a ser reconhecida como consequência do desequilíbrio interno do próprio organismo ou resultado de sua relação com o meio ambiente, estando relacionado ao método descritivo, o qual busca descrever as doenças em todos os seus aspectos, revelando uma abordagem abrangente. Em seus aspectos técnicos, fica clara as interações sinérgicas entre a *Medicina Centrada na Pessoa* e a *Medicina Baseada em Evidências*, contribuindo para a racionalização do uso de meios e gastos desnecessários em saúde.

Com relação *Beneficência Baseada na Confiança*, abordagem teleológica da ética médica proposta por Pellegrino & Thomasma, apresenta substratos importantes para a resolução de dilemas bioéticos por trazer em seu bojo conceitos preciosos como o estabelecimento do *bem* enquanto finalidade da atividade médica. A importância de buscar sempre atuar visando alcançar os melhores interesses da *pessoa* são outro ponto forte da teoria. Além disso, o destaque dado à confiança na relação entre o médico e a *pessoa* garante que seus melhores interesses serão respeitados e evita que interesses econômicos ou de terceiros predominem.

Ainda que a própria definição de *bem* se mostre bastante complexa diante da multiplicidade de valores apresentados pela sociedade contemporânea, as diretrizes estabelecidas no modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* auxiliam a determiná-los, focando nos melhores interesses da *pessoa*, sendo prioritário seu próprio ponto de vista. Além disso, a elaboração de axiomas que preservam o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança* frente a conflitos morais, auxiliam em sua abordagem.

Esse modelo não contribui para a tomada de atitudes paternalistas por parte do médico, pois, baseando-se no diálogo respeitoso entre as partes, não perde de vista as preferências da *pessoa*, garantindo que sua autonomia seja preservada. O estabelecimento de uma relação de confiança recíproca permite que se busque os melhores interesses de ambos e que o *telos* da medicina, o *bem* do paciente, seja definido, e, também, que o médico possa realizar-se profissionalmente. Mesmo quando já não é mais possível obter a cura, uma relação de cunho fiduciário embasada na beneficência permite que a relação prossiga e a *pessoa* continue a ser assistida pelo médico que dela cuida.

Objetivando a prática racional da medicina, o médico deve dispor apenas de meios diagnósticos e terapêuticos que sejam efetivos e benéficos a seus pacientes, não devendo expô-los a situações constrangedoras ou a terapias experimentais, sem nenhuma comprovação científica. Nesse sentido, o método da *Medicina Baseada em Evidências* vem a calhar não somente com o método da *Medicina Centrada na Pessoa*, mas também com a beneficência baseada na confiança. Outro fator que se impõe nessa relação são as pressões exercidas sobre o médico tanto por gestores da saúde privada quanto estatal no intuito de coibir gastos. Por outro lado, essa pressão pode ser exercida em sentido contrário quando o médico coloca seus interesses pessoais acima dos da *pessoa* e do sistema de saúde. Esses fatos e outros, moralmente indefensáveis, são possíveis de serem abordados e resolvidos dentro de uma relação médico-*pessoa* apoiada no modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*. Daí a importância do reconhecimento rápido dos dilemas morais que dessas situações possam advir.

Uma série de dilemas na área da saúde poderiam ser evitados caso uma relação fiduciária entre médicos e pacientes fosse estabelecida, como a que propõe o modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*. Normas, leis, juramentos, contratos e consentimentos não são suficientes para enfrentar a falta de consenso em termos de princípios morais entre médicos, *pessoas* e sociedade, bem como dentro dos princípios da ética médica. Não obstante, a questão da beneficência faz parte da ética médica desde seus primórdios através do juramento de Hipócrates. A importância da confiança depositada pela *pessoa* em seu médico como reconhecimento de suas ações em seu benefício e melhores interesses, torna mais amistosa a tomada de decisões clínicas.

O desenvolvimento de um código de ética médica adequado aos nossos tempos e do ensino de uma filosofia da medicina de cunho humanístico baseada em seu *telos*, podem ser em conjunto com as proposições do método clínico da *Medicina Centrada na Pessoa* e o

modelo da *Beneficência Baseada na Confiança*, adequados por muitos e diferentes motivos, principalmente se puderem preencher as lacunas deixadas pelos modelos de medicina focados na doença e na técnica.

Através do método clínico da *Medicina Centrada na Pessoa* e *Beneficência Baseado na Confiança* incrementamos o caráter humanístico da relação médico-pessoa. Assim, garantimos a Sílvia que ela será o foco dessa interação. Dessa forma, ela será cuidada por agentes instruídos nas virtudes necessárias ao exercício da sua profissão. Pois, o contato com as humanidades permite a transformação daqueles que exercem a medicina, ampliando suas perspectivas sobre o outro e o viver.

O quadro clínico de Sílvia pode alterar-se em vários momentos ao longo de sua vida, variando desde surtos psicóticos graves a períodos de remissão completa. A recuperação de sua autonomia faz parte do processo de cura, o que não significa que deve ser considerada isoladamente. Sílvia sempre precisará de apoio formal e informal e, uma abordagem humanizada faz-se fundamental, não somente no que se refere aos cuidados sanitários, mas em um sentido mais amplo, envolvendo a família e a comunidade.

Sílvia, também se beneficiará da atenção holística e terá garantia de que não será submetida a nenhum procedimento desnecessário, pois, sempre se recorrerá a *Medicina Baseada em Evidência* como referencial para tomada de decisões baseadas em conhecimento médico científico, e não em empirismos pessoais e suposições. Sílvia terá suas narrativas ouvidas e consideradas, que seus pontos de vista são importantes e que ela participa no processo de determinação de qual é o seu *bem*, seus melhores interesses, e definição dos recursos clínicos a serem adotadas. Destacando-se que as perspectivas de Sílvia serão as primeiras a serem consideradas na hierarquia dos *bens*, o que indica respeito a sua autonomia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. São Paulo – SP: Editora Martins Fontes, 2012.
- ALVES, P. C. **A Fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breva revisão crítica**. Rio de Janeiro – RJ; Cadernos de Saúde Pública, 22(8):1547-1554, ago, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre – RS: Artmed, 2014.
- ANDREASEN, Nancy C.; BLACK, Donald W. **Introdução à psiquiatria**. Tradução de Magda França Lopes e Cláudia Dornelles. Porto Alegre – RS: Artmed, 4ª edição; 2009.
- ANTONOVSKY, Aaron. **Health, Stress and Coping: new perspectives on mental and physical well-being**. San Francisco – USA: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- BENGEL, J.; SRITTMATTER, R; WILLMANN, H. **What Keeps People Healthy? The current state of discussion and relevance of Antonovsky’s salutogenic model of health**. Cologne Federal Centre of Health Education; Research and Practice of Health Promotion, vol. 4, 1999.
- BEUACHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. New York, NY – USA; Oxford University Press, Sixth edition; 2009.
- BORGES, Maria de Lourdes. **Felicidade e Beneficência em Kant**. Síntese – Revista de Filosofia, Belo Horizonte – MG, vol. 30, nº 97, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Direitos e deveres dos usuários do sistema único de saúde**. Diário Oficial da União. Imprensa Nacional. Brasília – DF: nº 155, seção 1, p. 80, 14/08/2009. CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro – RJ; Editora Forense Universitária, 7ª edição 2011, 3ª tiragem 2014.
- CALLAHAN, D. **Shattuck Lecture: contemporary biomedical ethics**. New England Journal of Medicine, vol. 302, nº 22, p. 1228-1233, 1980.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp) - acesso em 29/10/2015.

CREMESC – site com o código de Ética Médica: disponível em: [www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra\\_4asp](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_4asp) – acesso em 01/10/2018.

CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). **Juramento de Hipócrates**. [www.cremesp.org.br/siteAcao=historia&esc=3](http://www.cremesp.org.br/siteAcao=historia&esc=3)- acesso em 29/10/2015.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro – RJ: DP&A editora, 2004.

DALL'AGNOL, Darlei. **Cuidar e Respeitar: atitudes fundamentais na bioética**. In: Bioética, Cuidado e Humanização, vol. II. São Paulo – SP: Edições Loyola, p. 201-224, 2014.

DALL'AGNOL, Darlei. **From Philosophical ethics to a common morality**. Florianópolis – SC: [s.n.], 2017.

DALL'AGNOL, Darlei. **Ética: história & filosofia da moral**. Florianópolis – SC: Editora da UFSC, 2019.

DE MARCO, Mario Alfredo et al. **Saúde pública – comunicação, humanidades e humanização; a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde**. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2013.v17n46/683-693/>

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Brasília – DF: Imprensa Nacional, nº 155, seção 1, p. 80, 14/08/2009.

DIAS, Hélio P. **Direitos e obrigações em saúde**. Brasília – DF: ANVISA: 2002.

DRUMMOND, José Paulo; SILVA, Eliezer; KATZ, Marcelo; CAUMO, Volnei; ROTHER, Edna T. **Fundamentos da medicina baseada em evidências: teoria e prática**. São Paulo – SP: Editora Atheneu, 2014.

DUBOIS, Christian. **Heidegger: introdução a uma leitura**. Tradução de Bernardo Barros Coelho de Oliveira. Rio de Janeiro – RJ: Jorge Zahar Editor Ltda, 2004.

DWORKIN, Donald. **Life's dominion**. New York – USA: Vintage Books, 1994.

EVANS, M. **The “Medical body” as philosophy’s arena.** *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2001; 22:17-32.

EVANS, M. **Reflexions on the humanities in medical education.** *Medical Education*, 2002; 36(6):508-13.

ENGELHART, H. T. **The Foundations of Bioethics.** London – UK: Oxford University Press, Second edition, New York – USA, 1996.

**Eye-tracking.** Disponível em: [www.eye-tracking.com/about-US/what-is-eye-tracking](http://www.eye-tracking.com/about-US/what-is-eye-tracking).

FRANKFURT, Harry G. **Freedom of the will and the concept of a person.** *The Journal of Philosophy*, vol. 68, p.5-20, 1971.

GERT, Bernard; CULVER, Charles; and CLOUSER, K. Danner. **Bioethics, a systematic approach.** New York, NY – USA; Oxford University Press; second edition; 2006.

Conselhos de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Diretrizes Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos. São Paulo – SP: CIONS, 2004.

GONÇALVES, Maria Augusta Salim. **Sentir, pensar e agir: corporeidade e educação.** Campinas – SP: Papirus editora; 2008.

GONÇALVES, Evelise R.; VERDI, Marta I. M. **A Vulnerabilidade e o Paciente da Clínica Odontológica de Ensino.** *Revista Brasileira de Bioética*, vol. 1, nº 2, p. 195-205, 2005.

HECK, José. **Bioética: autopreservação, enigmas e responsabilidade.** Florianópolis - SC: Editora da UFSC; 2011.

HERZLICH, C. **Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública.** *Physis: revista de saúde coletiva*, vol. 14, nº 2, p. 283-394. Rio de Janeiro – RJ: 2004.

INGELFINGER, J. F. **Arrogance.** *New England Journal of Medicine*, vol 303, nº 26, p. 1507-1511, 1980.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia.** Rio de Janeiro – RJ: Editora Zahar, 2011.

JEAMET, Philippe; REYNAUD, Michel; CONSOLI, Silla. **Psicologia Médica.** Tradução de Gerson Lopes. Rio de Janeiro – RJ: Medsi Editora Médica e Científica, 2000.

JONAS, Hans. **O Princípio Responsabilidade**. Tradução de Marijane Lisboa e Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro – RJ: Editora PUC-RJ/Contraponto Editora, 2006.

KANT, Immanuel. **Sobre a Pedagogia**. Tradução de Francisco Cock Fontanella . Piracicaba – SP: Editora UNIMEP, 2006.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Guido Antonio de Almeida. São Paulo – SP: Discurso editorial/Editora Bacarolla, 2009.

KAPPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. Tradução de Helena Mascarenhas de Souza e col. Porto Alegre – RS: Artes Médicas, 3ª edição, 1984.

KOTTOW, MIGUEL H. **Introducción a la Bioética**. Santiago – Chile: Editorial Universitária, 1995.

LEININGER, Madaleina M. **Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade**. In: Anais do Seminário de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis – SC: Editora UFSC, 1985.

MACINTYRE, Alasdair. **Depois da virtude**. Tradução de Jussara Simões. Bauru – SP: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2001.

MARINO Jr, Raul. **Edmund Pellegrino: ícone da bioética cristã**. In Bioética, Cuidado e Humanização, vol. III. São Paulo – SP: Edições Loyola, p. 607-620, 2014.

MELLO, Daysi G. **A Vulnerabilidade e suas relações com a autonomia e a pesquisa com seres humanos**. Rio de Janeiro – RJ: Editora UFRJ/FIOCRUZ, 2008.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo – SP: Editora Martins Fontes, 3ª edição, 2006.

MILL, John Stuart. **Utilitarismo**. Tradução de Pedro Galvão. Porto – PT: Porto Editora, 2005.

MOLNAR-SZAKACS, I. **From actions to empathy and morality: a neural perspective**. Journal of Economic Behavior & organization, vol. 77, nº 1, p. 76-85, 2011.

MOSER, Paul K; MULDER, Dwayne H; TROUT, J.D. **A teoria do conhecimento**. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo – SP: Ed. Martins Fontes, 2009.

NÓBREGA, Terezinha P. **Merleau-Ponty: o corpo como obra de arte.** Revista Princípios: Natal – RN; vol. 7, nº 8, p. 95-108, 2000.

NUNES, Rui. **Ensaio em bioética.** Brasília – DF: CFM, 2017.

O’NEIL, Onora. **Autonomy and Trust in Bioethics.** Cambridge – UK: Cambridge University Press, 2002.

O’NEIL, Onora. **A Simplified Account of Kant’s Ethics.** CAHN, Stenen M. (org). In: Exploring Ethics, on Introductory Anthology. Oxford University Press, USA, 3rd Edition: p. 411 – 415, 2009.

ONU- Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Portugal: Comissão Nacional da Unesco, 2005.

ORTEGA Y GASSET, J. **A Missão da Universidade.** Rio de Janeiro – RJ: Eduerj, 1999.

PELLEGRINO, Edmund D. **Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions.**

Kennedy Institute of Ethics Journal. Johns Hopkins University Press: v. 5, n 3, September 1995, p. 253-277.

PELLEGRINO, Edmund D; THOMASMA, David C. **For the Patient’s Good: the restoration of beneficence in health care.** New York – USA: Oxford University Press, 1988.

PELLEGRINO, Edmund D; THOMASMA, David C. **The Virtues in Medical Practice.** New York – USA: Oxford University Press, 1993.

PELLEGRINO, Edmund D. **The philosophy of Medicine Reborn: a Pellegrino reader.** Sheridan Books, Inc; USA; 2008.

PINZANI, Alessandro. **Habermas.** Porto Alegre – RS: Artmed Editora. 2009.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça.** Tradução de Jussara Simões. São Paulo – SP; Martins Fontes, 2008.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Rio de Janeiro – RJ; Editora Guanabara-Koogan: 2003.

RIBEIRO, Renato J. (org). **Humanidades: um novo curso na USP.** São Paulo – SP: EDUSP, 2001.

RIOS, Izabel C; SCHRAIBER, Lilia B. **Humanização e humanidades em medicina.** São Paulo – SP: Ed. UNESP, 2012.

ROCHA, Daiane M. **Cuidados Paliativos e Bem-Estar no Fim da Vida: entre a autonomia e a beneficência.** Curitiba – PR: Editora Prismas, 2014.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** Tradução de Marcelo de Abreu Almeida et al. Porto Alegre – RS: Artmed, 11ª edição, 2017.

SCHNEEWIND, Jerome B. **A Invenção da autonomia.** Tradução de Magda França Lopes. São Leopoldo – RS: Editora Unissinos, 2005.

SHAUER, F. **Slippery slopes.** Harward Law Review, 1985; 99: 361-83.

SOUSA, Maria S. A.; GALLIAN, Dante M. C.; MACIEL, Rui M. B. **Humanidades médicas no Reino Unido: uma tendência mundial em educação médica hoje.** Revista de Medicina. São Paulo, 2012; 91(3);163-73.

STEIN, Edith. **Ser Finito y Ser Eterno.** Tradução de Alberto Perez Monroy. Ciudad de Mexico – Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1996. .

STEWART, Moira; BROWN, Judith B; WESTON, W. Wayne; McWHINNEY, Ian R; McWILLIAM, Carol L; FREEMAN, Thomas R. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** Tradução de Anelise Burmeister e Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre – RS; Artmed, 2017.

TARNAS, Richard. **A epopéia do pensamento ocidental.** Tradução de Beatriz Sidou. Rio de Janeiro – RJ: BCD União de Editoras SA, 2000.

TUGENDHAT, Ernest. **Lições sobre ética.** Tradução de Ernildo Stein (org.). Petrópolis – RJ: Editora Vozes, 2012.

VIDELA, M. **Prevención.** Buenos Aires – Argentina: Ediciones Cinco, 1998.

WOLF, Susan. **O sentido da vida.** Tradução de Jorge Beleza. Disponível em: [criticanarede.com/met\\_sentidodavida.html](http://criticanarede.com/met_sentidodavida.html). Publicado em Routledge Encyclopedia of Philosophy, org. Edward Craig / London: Routledge, 1998.