



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Mabel Viana Krieger

Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes.

Rio de Janeiro

2017

Mabel Viana Krieger

Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação das IES FIOCRUZ, UFRJ, UFF e UERJ, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em bioética.

Orientador(a): Sergio Rego

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

K92c Krieger, Mabel Viana.
Comunicação de más notícias em saúde: contribuições à
discussão bioética através de uma nova ética das virtudes /
Mabel Viana Krieger. -- 2017.

110 f.

Orientador: Sergio Rego.
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação de
Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação das
IES FIOCRUZ, UFRJ, UFF e UERJ. Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Bioética. 2. Ética. 3. Virtudes. 4. Relações Médico-
Paciente. 5. Comunicação em Saúde. I. Título.

Mabel Viana Krieger

Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação das IES FIOCRUZ, UFRJ, UFF e UERJ, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em bioética.

Aprovada em 06 de novembro de 2017.

Banca Examinadora

Pro. Dr. Sergio Rego, PPGBIOS – FIOCRUZ
(orientador)

Prof. Dr. Alexandre Costa, PPGBIOS - UFRJ

Profa. Dra. Fátima Geovanini - UNESA

Rio de Janeiro

2017

Leo.

AGRADECIMENTOS

Sergio Rego e Marisa Palácios, pelo exemplo.

Alexandre Costa, pela inspiração.

Todo o corpo docente do PPGBIOS, por todas as portas abertas e luzes acendidas.

À(o)s colegas discentes do programa, por cada momento juntos.

À(o)s companheira(o)s de trabalho, pacientes e famílias do INCA por suscitarem as grandes questões.

Às minhas queridas parceiras da equipe de psicologia do INCA/HC4, por ajudarem a ser possível.

Isa, Dante. Sonia e Adalgisa. Por eu estar aqui.

Leo Santos e Denker, por serem uma razão para tudo isso.

- e quem quer ser um criador no bem e no mal deve, antes, ser um destruidor e romper valores.

Dessa forma, o supremo mal participa do supremo bem: mas este último é o criador.

Nietzsche, *Ecce Homo*, Por que sou uma fatalidade, II

RESUMO

Este trabalho compreende uma pesquisa teórica através de revisão bibliográfica narrativa. O objeto desta pesquisa foi a comunicação de más notícias em saúde, no âmbito da relação médico-paciente. Utilizando o instrumental teórico disponível no campo da Bioética, procurou-se responder à questão teórica acerca das contribuições possíveis de uma nova teoria ética baseada nas virtudes de caráter do agente moral para a discussão sobre comunicação de más notícias em saúde, e também para a própria Bioética. A teoria ética das virtudes da filósofa neozelandesa Christine Swanton, fundamentada a partir de conceitos importantes da filosofia de Nietzsche, mostrou-se útil quando aplicada ao debate ético na relação médico-paciente. Também foi possível utilizar esta formulação teórica na ponderação sobre a situação de comunicação de más notícias em saúde, a partir da articulação com um caso clínico discutido no âmbito da bioética. Por fim, a Ética das Virtudes Pluralista de Swanton demonstrou ser capaz de oferecer contribuições aos debates éticos no campo da Bioética, ratificando nossa hipótese inicial.

Palavras-chave: Bioética; Ética das Virtudes; Comunicação de Más Notícias, Christine Swanton.

ABSTRACT

This work comprises a theoretical research through narrative bibliographic review. The object of this research was breaking bad news in health care, within the scope of the doctor-patient relationship. Using the theoretical tools available in the field of Bioethics, we sought to answer the theoretical question about the possible contributions of a new ethical theory based on the moral agent's character virtues to the discussion about breaking bad news in health care, and also to the own Bioethics. The ethical theory of virtues of the New Zealand philosopher Christine Swanton, grounded on important concepts of Nietzsche's philosophy, has proved useful when applied to the ethical debate in the doctor-patient relationship. It was also possible to use this theoretical formulation in the weighting on the situation of breaking of bad news in health care, based on the articulation with a clinical case discussed within bioethics scope. Finally, Swanton's Pluralistic Virtue Ethics proved to be able to offer contributions to ethical debates in the field of Bioethics, ratifying our initial hypothesis.

Keywords: Bioethics; Virtue Ethics; Breaking Bad News; Christine Swanton.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
Metodologia	14
TOMO I – Comunicação e(m) Saúde	
I.1 – O <i>Zeitgeist</i> hodierno: humanizando o cuidar	16
I.1.1 – Saúde	16
I.1.2 – Humanização	23
I.2 – Discutindo a Comunicação em Saúde	29
I.2.1 – Comunicação	29
I.2.2 – Em Saúde	31
I.2.3 – Relação médico-paciente	35
I.2.4 – Comunicação de Más Notícias	42
I.2.4.1 – O problema da Comunicação de Más Notícias	42
I.2.4.2 – O médico e a equipe de saúde diante da CMN	45
I.2.4.3 – O paciente e seus familiares diante da CMN	47
I.2.4.4 – Os Pactos de Silêncio	49
I.2.4.5 – Protocolos em CMN	50
TOMO II – Ética e Bioética e(m) Comunicação e(m) Saúde	
II.1 – Ética	58
II.2 – Ética das Virtudes	61
II.3 – Ética do Discurso	65
II.4 – Bioética	69
II.5 – Nietzsche	76
II.6 – Christine Swanton, uma Ética das Virtudes Pluralista e a Comunicação de Más Notícias em Saúde	83
II.6.1 – Um exemplo de caso clínico	84
II.6.2 – A ética das virtudes de Christine Swanton	84
II.6.3 – De volta ao caso clínico	87
II.6.4 – Relações human(izad)as demandam uma ética das virtudes	88
II.6.5 – A ética dos papéis alvo-centrada de Swanton e a CMN em saúde	91
CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	99

Introdução

O *Amor fati* me levou, desde a época da graduação, pelas veredas da psicologia hospitalar. E se a psicologia é a disciplina de quem abraça a lide com o sofrimento humano, a psicologia em oncologia se faz campo privilegiado para tocar na matéria mesma da qual se faz este sofrimento. O *câncer*, aquele que muitas vezes não pode sequer ser nomeado, materializa e dá concretude a quase todo o espectro do sofrimento humano, atingindo a todos que ao seu redor orbitam: pacientes, familiares, equipes de saúde.

A doença oncológica ainda hoje é muitas vezes associada a finitude humana. O diagnóstico de câncer carrega, para quem o recebe, mas também para quem o informa, o estigma de prenúncio da morte próxima. Ainda que saibamos que atualmente a sobrevida dos pacientes após o tratamento oncológico tenha drasticamente aumentado, e siga melhorando diante dos avanços da medicina, este estigma cultural permanece arraigado, alimentado principalmente em países como o nosso, em que o acesso a diagnósticos precoces e tecnologias recentes ainda está longe de ser equitativo para a população como um todo.

De qualquer forma, o câncer segue sendo uma das principais *causa mortis* em todo o mundo¹, o que sem dúvidas, contribui para a manutenção de todo este imaginário fúnebre em torno da doença oncológica. Diante da morbi-mortalidade oncológica, a prática em saúde dos Cuidados Paliativos tornou-se imprescindível para as propostas e políticas públicas de cuidados integrais ao paciente oncológico. Vejamos.

O que entendemos hoje por Cuidados Paliativos é uma proposta contemporânea que surge, no formato atual, a partir da década de 60 do século passado, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos. Desde então, os Cuidados Paliativos, ao longo das últimas décadas, tornaram-se por excelência a prática em saúde para lidar com pacientes chamados “FPT” – os “fora de possibilidades terapêuticas” – aqueles a quem a ciência (no espectro mais amplo que este termo possa ter) médica não oferece mais possibilidades de cura de uma doença, mas não apenas. Como se torna muitas vezes o destino do paciente oncológico, não apenas o diagnóstico de uma doença incurável, mas o prognóstico, o mais reservado: aqueles para quem a expectativa de vida encurta-se diante de um adoecimento grave e irreversível.

Pacientes considerados elegíveis para Cuidados Paliativos exclusivos são aqueles diagnosticados com doenças crônicas, evolutivas e progressivas, de prognóstico de vida supostamente encurtado a poucos meses ou ano. No caso de pacientes oncológicos, incentiva-

¹ A respeito destas informações sobre o câncer, prevalência, morbidade e acesso a tratamentos, cf. www.inca.gov.br

se que o controle de sintomas associados à doença e ao tratamento, bem como a atenção a aspectos psicossociais inicie junto ao diagnóstico. O estigma da doença *câncer* traz reações de medo e ansiedade já na fase inicial de descoberta e início do tratamento. Além de ser uma doença iminentemente ameaçadora, o próprio tratamento pode causar desconforto e sintomas como dor e náuseas, aumento da debilidade física e da dependência de terceiros, limitações da autonomia e da liberdade do paciente, alterações na organização socioeconômica da família etc. São muitas as transformações na vida da pessoa com câncer, e paciente e familiares podem necessitar de suporte emocional para enfrentar as adaptações ao adoecer.

No trabalho em saúde em oncologia, toda e qualquer situação de comunicação entre profissional de saúde – especialmente o profissional médico – e pacientes e familiares, envolve potencialmente uma notícia desagradável para o paciente, e difícil de ser comunicada pelo profissional. O momento em que um paciente se torna elegível para Cuidados Paliativos exclusivos, é um dos momentos em que surge a situação específica na relação médico-paciente da comunicação de más notícias. É preciso comunicá-lo de que não só tornou-se inviável seguir com os tratamentos de proposta curativa, como há um prognóstico reservado, implicando em mais transformações e impactos na sua vida e na de seus familiares, além do risco de rompimento do vínculo terapêutico com seu médico – pois da forma como os serviços de saúde e a formação médica são estruturados no país, não é ele, oncologista especialista, cirurgião, etc, quem dará continuidade a um suporte de caráter paliativo – em quem o paciente, muitas vezes aprendera a confiar profundamente ao longo do tratamento.

Configurada esta situação, a forma como será construída a comunicação entre o médico e seu paciente neste ponto crítico do tratamento, poderá ser fundamental não só na adesão terapêutica do doente à nova proposta de Cuidados Paliativos, mas, sobretudo, exercerá grande impacto nas reações emocionais do paciente a esta notícia. Esta comunicação pode influenciar a forma como ele vai lidar com a nova fase do adoecer, sua perspectiva de vida, e como vai reorganizar seus recursos internos para enfrentar o que ainda está por vir.

No cotidiano do trabalho com Cuidados Paliativos, é frequente recebermos pacientes e famílias trazendo relatos psicologicamente traumáticos deste momento de mudança de proposta terapêutica. Muitos pacientes relatam situações estressantes no momento mesmo da comunicação, em comunicações que ficam compreendidas como *você não tem mais jeito, não posso fazer mais nada por você, está em fase terminal*, etc. Além de medo, desesperança e perda de perspectiva, pacientes que passaram por estas comunicações relatam também

sentimento de abandono pela ruptura abrupta do vínculo de confiança, causada por uma má comunicação de más notícias. *Meu médico desistiu de mim.*

Esta experiência cotidiana no trabalho com psicologia hospitalar oncológica em Cuidados Paliativos aos poucos foi criando a inquietação que, a cada dia mais alimentada, deu origem a uma série de questionamentos: o que acontece nestas comunicações? O que, de fato e além do óbvio, as torna tão difíceis? E, acima de tudo, como podemos contribuir para impactar positivamente nestas relações? Desta forma configurou-se o projeto de pesquisa acadêmica do qual iniciamos a apresentação agora.

Ao ingressar no curso de pós-graduação em nível mestrado, muitas eram as perguntas sobre o assunto e em maior número ainda as estratégias, caminhos e referenciais possíveis para respondê-las. Foi necessário que o caminhar acadêmico fosse paulatinamente podando os excedentes e fortalecendo as raízes percebidas como mais firmes para assentar as bases do presente trabalho. Inicialmente, entrar neste programa específico de pós-graduação já configurou um primeiro recorte, qual seja, o de que o âmbito propício para a discussão do assunto em questão seja o da bioética.

Mas a bioética é todo um mundo. Então, uma vez neste universo, primeiramente fora Temer foi preciso identificar, nas múltiplas correntes filosóficas que servem de fundamentação para as discussões bioéticas, qual ou quais estariam mais identificadas tanto com o assunto da comunicação na relação médico-paciente, mas também com as próprias convicções filosóficas da pesquisadora. O campo da ética médica, onde se inserem as questões da relação médico-paciente, assiste a um predomínio atual de teorias de caráter consequencialista/utilitarista na fundamentação dos debates, usualmente preocupados com a correção da ação moral. Contudo, as teorias baseadas apenas no valor da ação moral, ou mesmo as deontológicas, pareceram não dar conta de uma discussão acerca de aspectos relacionais entre seres humanos, negligenciando aspectos humanos, demasiado humanos, que certamente necessitariam ser levados em conta.

Assim é que a Ética das Virtudes constituiu o referencial de escolha para a discussão do tema da comunicação de más notícias na relação médico-paciente. Ao fazer este segundo recorte, a própria Ética das Virtudes apresentou-se então também como um vasto campo a ser investigado, sendo necessário novo processo de escolha teórica. O contato com o trabalho da filósofa neozelandesa Christine Swanton desfilou um horizonte possível para trazer um novo rumo para a discussão. Baseada nas filosofias de Hume e Nietzsche, Swanton propõe uma teoria ética das virtudes que se mostrou adequada a este trabalho tanto por seu caráter inovador,

oferecendo uma nova perspectiva à abordagem da questão, como por propor recursos teóricos que, ao meu ver, respondem a algumas das limitações identificadas no debate atual neste campo.

Desta feita, o trabalho foi organizado em dois grandes blocos. No primeiro, Tomo I, procurei estabelecer, ainda que em linhas gerais, o problema da questão da comunicação de más notícias nas práticas em saúde. O primeiro capítulo deste tomo, aborda a questão da saúde no contexto contemporâneo, e o surgimento do discurso da humanização na discussão das práticas em saúde na atualidade.

No segundo capítulo, está colocada de forma mais específica o papel da comunicação no âmbito das práticas em saúde. Em I.2.1, inicio com uma breve descrição das definições sobre comunicação humana. Segue-se a especificação das definições e do campo da comunicação em saúde. Em I.2.3 apresento o contexto da comunicação na relação médico-paciente, para então chegar ao problema da comunicação de más notícias em saúde e seus múltiplos aspectos. Este grande bloco se encerra com a apresentação de como este problema vem sendo comumente abordado nas pesquisas e na aplicação prática envolvendo protocolos de comunicação de más notícias.

O Tomo II desta dissertação é dedicado à discussão da comunicação de más notícias em saúde aplicada ao campo da ética e da bioética. O capítulo inicial deste tomo dedica-se a uma rápida introdução do campo da ética. Em II.2, apresento um apanhado do universo da Ética das Virtudes, em suas abordagens mais clássicas. O terceiro capítulo traz a discussão da Ética do Discurso, conforme proposta por Habermas e Apel, por ser uma corrente filosófica importante no debate sobre a comunicação humana e oferecer um interessante contraponto a discussão que se estabelece neste trabalho.

Depois destas apresentações das teorias éticas referências para esta pesquisa, pareceu importante também apresentar, em um capítulo específico, a bioética como campo aplicado do debate em questão. Antes de introduzir a teoria através da qual finalmente analisamos o problema proposto neste trabalho, qual seja, o da comunicação de más notícias em saúde, fez-se necessário ainda um capítulo dedicado a uma revisão da filosofia de Nietzsche, sobre a qual Christine Swanton fundamentou sua própria ética das virtudes.

Por fim, o sexto capítulo deste segundo grande bloco e suas subseções configuram o esforço final de discutir o tema da comunicação de más notícias em saúde na relação médico-paciente apresentando as contribuições que uma nova teoria das virtudes pode trazer para este debate. A discussão de um caso clínico exposto em material de referência dos estudos nacionais

em bioética serviu de ilustração para esta discussão, oferecendo uma comparação das análises possíveis do caso de acordo com diferentes fundamentações de análise teórica.

Espero, com este trabalho, oferecer aos colegas e ao campo – da bioética e da comunicação em saúde – novo material de fomento a estas discussões. Partir de um ponto de vista inédito para o debate do problema da comunicação de más notícias em saúde, qual seja, a teoria das virtudes de Swanton, tem a intenção de tentar responder à pergunta sobre quais contribuições são possíveis para o campo, buscando abordar aspectos que podem não estar sendo devidamente considerados a partir de outras interpretações e abordagens. Mas também tem por efeito abrir novas frentes de questionamentos, novas possibilidades de problematização e novas perguntas a serem respondidas. De qualquer forma, abrir novos horizontes, assim é que se filosofa com o martelo:

Eu *não* quero, de uma vez por todas, saber muita coisa. – A sabedoria também delimita fronteiras ao conhecimento (Nietzsche, 2014, CDI, Sentenças e Setas, 5, p. 9).

Metodologia

Inicialmente o anteprojeto desta pesquisa contemplava uma metodologia de investigação de campo de caráter qualitativo, que pressupunha a entrevista a atores sociais envolvidos no problema da comunicação de más notícias em saúde na relação médico-paciente. Contudo, a medida em que o projeto foi-se delineando com maior clareza, pareceu mais adequado à proposta outro tipo de abordagem metodológica.

Ao longo dos estudos preliminares que conformaram o material de elaboração do tema desta pesquisa, foi formulada a seguinte questão: como podemos analisar a questão da comunicação de más notícias em saúde? Outras questões que surgiram como desdobramento desta seguiram-se: de que novas formas esta situação pode ser abordada no campo da bioética? Qual fundamentação teórica oferece maior riqueza a este debate? É possível oferecer respostas para algumas das limitações das abordagens atuais sobre o tema?

Diante do material disponível nestes estudos, a hipótese formulada para tentar responder a estes questionamentos foi a de que a discussão da questão problema fundamentada numa nova teoria ética das virtudes traria novos elementos ao debate da comunicação de más notícias em saúde, contribuindo para o embasamento de práticas educacionais e assistenciais voltadas para a situação problema, bem como para a ampliação do campo acadêmico da bioética e da comunicação em saúde. O recurso a uma abordagem que traga à baila o caráter do agente moral sob uma nova perspectiva que tenta desviar tanto das limitações das éticas consequencialistas, utilitaristas e deontológicas, como também da própria ética das virtudes clássica, mostrou ser um caminho viável, e mesmo desejável, para a fundamentação da pesquisa sobre o tema das relações médico-paciente.

Desta forma, o percurso metodológico adotado foi o de pesquisa teórica, através de revisão bibliográfica narrativa, dividida em dois grandes eixos. No primeiro eixo, buscou-se analisar as principais referências no âmbito da comunicação em saúde, identificando as relações entre estas duas grandes áreas do conhecimento, a comunicação humana e a saúde humana. No segundo eixo, foi feita uma articulação das correntes teóricas da ética selecionadas para a análise da questão problema, quais sejam, a Ética das Virtudes Clássica, a Ética do Discurso, e a Ética das Virtudes Pluralista de Christine Swanton, com a questão da comunicação de más notícias em saúde na relação médico-paciente, conforme delineada no eixo I da pesquisa.

Foi possível concluir pela aceitação da hipótese proposta, de que a discussão em bases de uma nova teoria ética das virtudes não só pode contribuir para a discussão em pauta, como também amplia o campo de estudos e apresenta novas possibilidades de contribuição para o debate bioético.

Tomo I – Comunicação e(m) Saúde

1- O *Zeitgeist* hodierno: humanizando o cuidar

1.1 - Saúde

Saúde, tanto quanto campo como enquanto conceito, é algo muito amplo. Enquanto campo, de prática e de saber, é multi, inter e transdisciplinar. Como conceito, se relaciona inextricavelmente com o conceito de doença. A respeito disso, a tradição acadêmica ocidental consagrou como referência a tese doutoral de Georges Canguilhem, intitulada *O Normal e o Patológico* (Canguilhem, 2011). Canguilhem afirma, à introdução, que seu interesse de filósofo por aproximar-se da medicina residiu na esperança de encontrar nela, para além de uma disciplina científica, uma introdução a problemas humanos concretos.

A “confluência de ciências” presentes na arte da medicina seria o campo adequado para o estudo das relações “entre ciências e técnicas e o das normas e o normal” (Canguilhem, 2011, p.7). Desta forma, seu estudo coloca a questão sobre a relação dos conceitos de saúde e doença com a ideia de normalidade. Numa breve historicidade, descreve duas possibilidades de representação da doença: ontológica e funcional, ou dinâmica, as quais estariam sempre em alternância no pensamento médico desde a tradição grega.

Contudo, a evolução do pensamento médico levou a rejeição de uma heterogeneidade qualitativa entre os fenômenos considerados normais e os patológicos. A relação entre eles seria então, de identidade e continuidade, sendo o patológico diferente do normal apenas em bases quantitativas. Discutindo o trabalho de autores de tradição positivista, Canguilhem refuta esta proposta de que o conceito de doença seria uma realidade objetiva quantificável pelo conhecimento científico. O que é defendido, por fim, em sua tese é que saúde e doença são ambos aspectos da normatividade da vida: o estado inicial fisiológico, o advento da situação de doença e mesmo a cura são distintas normas de vida em estado de maior ou menor estabilidade. Os conceitos de sintoma e dor só podem ser entendidos sob o sentido da individualidade humana, desta forma:

Quando classificamos como patológico um sintoma ou mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual (Canguilhem, 2011, p. 51).

Assim, o que qualifica um determinado fenômeno como patológico, é, antes, a relação que se estabelece com o indivíduo doente; o fenômeno patológico não é objetivo por si só nem desprovido de subjetividade. Nesse sentido, é possível estabelecer que a medicina deve sua existência ao fato de o ser humano sentir-se doente. Apenas depois é que a medicina retorna para o ser humano como fator explicativo dos fenômenos de doença.

A despeito disso, Canguilhem identificou, já na primeira metade do século XIX, uma situação clínica corrente na relação médico-paciente: as descobertas científicas no campo da medicina – o conhecimento acerca da fisiologia humana, da anatomopatologia, o descobrimento de lesões e funções, o aprimoramento de testes laboratoriais, etc. – guarneceram os médicos de um conjunto amplo de conhecimentos objetivos acerca do corpo, da saúde e da doença humanas que distanciaram-se da experiência direta do adoecer do doente. Assim é que os sintomas subjetivos do doente não coincidem com os sintomas objetivos do conhecimento do médico: daí o médico clínico dar mais atenção ao ponto de vista fisiológico do que ao ponto de vista do próprio paciente.

A visão de saúde como “a vida no silêncio dos órgãos” (Leriche apud Canguilhem, 2011, p. 53) serviria do ponto de vista da consciência do doente, mas não sob o ponto de vista da ciência: neste, é possível haver doença no silêncio dos órgãos. Uma total desumanização da definição de doença permite, até mesmo, que se encontre doença onde não há sequer mais vida: uma autópsia que revele um tumor no cadáver de um homem que jamais sentiu-se doente, tendo morrido por acidente, seria passível de receber um diagnóstico de câncer. Apesar de ser possível, com as informações clínicas e métodos diagnósticos, encontrar doenças e considerar doentes pessoas que não se sentem doentes, Canguilhem utiliza seu trabalho para a defesa de um ponto de vista mais dinâmico da questão da saúde e doença:

(...) a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças. A evolução histórica das relações entre o médico e o doente na consulta clínica não muda em nada a relação normal permanente entre o doente e a doença (Canguilhem, 2011, p. 55).

Em outra análise histórica, o texto de Foucault, *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* (Foucault, 1976), aborda a crítica ao modelo de saúde e de construção dos conceitos de saúde e doença sob aspectos sociopolíticos.

Neste texto, Foucault argumenta que as críticas atuais à medicina devem ser discutidas remontando ao modelo de desenvolvimento da medicina do século XVIII, quando houve o que ele chamou de ‘decolagem’ da medicina, eliciada por uma ‘liberação’ técnica e epistemológica tanto para a medicina como para o campo das práticas sociais.

Foucault descreve quatro processos que caracterizam a medicina no século XVIII, a que ele atribui condição de principais como referência ao desenvolvimento do modelo atual: 1. Surgimento da autoridade médica como uma autoridade social que pode tomar decisões no nível de gestão do social; 2. Surgimento de diferentes campos de intervenção médica, que não as doenças propriamente ditas: o ar, a água, as casas e edifícios, a terra, etc.; 3. Introdução de um aparato de medicalização coletiva, o hospital; 4. A introdução de mecanismos de gestão médicos: registro de dados, estatísticas, etc. Estes processos promoveriam a entrada de todo o fenômeno da vida no âmbito de intervenção médica, o fenômeno da ‘medicalização’ da vida e do social.

Já no século XIX, surge uma literatura abundante sobre a saúde, voltada para a obrigação dos indivíduos de assegurar sua saúde e de sua família. Os conceitos de limpeza e higiene aparecem e passam a ocupar um lugar central no discurso moral sobre a saúde. As publicações advogam a higiene como um pré-requisito para uma boa saúde, traduzindo as preocupações do controle social sobre a capacidade produtiva dos indivíduos.

Depois, a história do corpo humano no mundo ocidental moderno, para Foucault, tem os anos de 1940-1950 como datas de referência que marcam o nascimento de uma nova moralidade, uma nova política e uma nova economia do corpo. Desde então, o corpo do indivíduo torna-se um dos principais objetivos de intervenção por parte do estado, através da medicina. Foucault segue analisando que com o Relatório Beveridge – que consistia em um plano de aprimoramento da seguridade social nacional - em 1942, na Inglaterra a saúde entra no campo da macroeconomia, ao propor garantir a todos a mesma chance de receber tratamento e cura que se destinavam a camadas sociais de maior renda: entra em cena o direito à saúde.

A partir da segunda metade do século XX surge então este outro conceito: não se fala mais da obrigação individual com a higiene para gozar de boa saúde, mas defende-se o direito de se estar doente. O direito de interromper o trabalho para cuidar da saúde começa a tomar forma mais importante do que exigência de manter, através de medidas higiênicas, a própria saúde, que caracterizava a relação moral precedente dos indivíduos com o seu corpo.

Para Foucault, este é o momento em que a medicina assumiu as suas funções modernas, enquanto relacionada com o poder dos Estados sobre os indivíduos, ao mesmo tempo em que a tecnologia médica estava passando por enormes progressos. Um progresso tecnológico, a que este autor chama 'vertiginoso', é contemporâneo ao surgimento dos grandes sistemas de seguridade social, representando uma grande transformação política, econômica e social da medicina.

A partir deste momento uma crise é estabelecida, com a manifestação simultânea de dois fenômenos: o avanço tecnológico importante que significava progresso, com a proposta de equidade na luta contra a doença, e o novo funcionamento econômico e político da medicina, que não necessariamente levava a melhores condições de saúde pública.

A medicina do século XX começou a funcionar fora do seu campo tradicional definido pela demanda do paciente - o seu sofrimento, seus sintomas e desconforto – e que tinha a doença como objeto de intervenção médica. Muito mais frequentemente a medicina passa a ser imposta ao indivíduo, doente ou não, como um ato de autoridade. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, sejam questões de saneamento urbano, condições de moradia, regime alimentar ou questões de comportamento, é, no século XX, um campo de intervenção da medicina, não mais restrita ao conceito de doença, e de acordo com um sistema de relações não mais reguladas apenas pela demanda do paciente.

Desta forma, Foucault atribui a crise da medicina, ou *antimedicina* a movimentos de resistência populares a esta investida constante da medicalização sobre a vida. Mais ainda: se antes se recorreu à medicina como instrumento de manutenção e reprodução da força produtiva dos indivíduos, servindo como pilar da sociedade moderna, atualmente a medicina seria denunciada por uma outra posição na relação econômica: a saúde como objeto de consumo, capaz de produzir riqueza no sistema do capital.

Constata-se então que o nível de consumo médico e estado de saúde não estariam diretamente relacionados, revelando um paradoxo econômico no qual o crescimento do consumo não foi acompanhado por qualquer fenômeno positivo sobre a saúde da população. Conclui Foucault que a relação do consumo médico com a segurança social foi adulterada em favor de um sistema que tende cada vez mais para acentuar as grandes desigualdades sociais, também na doença e na morte.

Enfim, esta explanação de Foucault intencionou rechaçar a crítica ao modelo de saúde moderno como uma proposta ‘antimedicina’, mas antes, uma análise crítica historicizada da medicina moderna, baseada na discussão do percurso histórico e suas possibilidades de construção. Da mesma forma, o debate presente na tese de Canguilhem parece propor conceitos de saúde e doença convergentes com o que atualmente convencionou-se chamar humanização em saúde.

É interessante notar que as definições de saúde adotadas pelas convenções dos Estados ou pelos órgãos internacionais, a partir do século XX, primam por concepções abrangentes do conceito de saúde, que procuram contemplar aspectos multifatoriais para o campo. Tomemos por exemplo a definição de 1946, gestada no pós-guerra – quando as intelectualidades e os Estados se ocupavam da construção de um “bem-estar-social” que pudesse fazer vigorar a paz mundial – que inaugura o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, assim rezando:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (Oms/Who, 1946, p.1).

O Relatório Lalonde (Lalonde, 1981), publicado pela primeira vez em 1974 no Canadá, foi considerado o primeiro documento governamental a reconhecer diversos determinantes da saúde, referindo-se a aspectos da qualidade de vida, medidas sanitárias, avanços na ciência médica, e ainda, a aspectos comportamentais da população, como fatores relacionados ao estado de saúde e bem-estar do canadense. Bastante emblemático do contexto social da medicina no século XX descrito por Foucault, o relatório descreve:

At the same time as improvements have been made in health care, in the general standard of living, in public health protection and in medical science, ominous counter-forces have been at work to undo progress in raising the health status of Canadians. These counter-forces constitute the dark side of economic progress. They include environmental pollution, city living, habits of indolence, the abuse of alcohol, tobacco and drugs, and eating patterns which put the pleasing of the senses above the needs of the human body (Lalonde, 1981, p. 5).

Estes dois textos deixam em evidência a questão da medicalização da vida e do social. Atualmente, é inegável o valor do desenvolvimento científico para a área da saúde, traduzido em benefícios como o controle ou mesmo a erradicação de doenças antes consideradas letais,

impactando principalmente no aumento da expectativa de vida da população mundial. Contudo, como evidencia Foucault, a preponderância concedida à patologia se torna uma forma de regulação da própria sociedade.

Assim é que a medicalização será compreendida como um processo no qual a contínua evolução tecno-científica modifica as práticas da medicina, estimulando e priorizando a proliferação e disseminação de tecnologias, como métodos diagnósticos e terapêuticos, indústria farmacêutica e equipamentos médicos. Dessa forma, a medicalização do social se outorga a prerrogativa médica sobre eventos cotidianos como gravidez e parto, menopausa, envelhecimento e morte, além de criar discursos morais sobre comportamentos sociais (por exemplo, abuso de álcool ou drogas, e os comportamentos sexuais tidos como desviantes). “A medicalização refere-se à ampliação de atos, produtos e consumo médico e à interferência crescente da medicina no cotidiano individual, com a imposição de normas de conduta social” (Menezes, 2004, p.28).

A crítica ao fenômeno da medicalização em saúde, que vem sendo apontado desde meados do século XX na literatura que discute os modelos e práticas em saúde, no debate contemporâneo, assume o formato do debate acerca da produção do cuidado em saúde. Como nos explicam Merhy e Franco:

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica (...) ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (Franco e Mehry, 2013, p. 141).

Nesse sentido a discussão das possibilidades de transformação do modelo tecnoassistencial depende, em maior grau, da própria micropolítica da produção de saúde na organização do processo de trabalho em saúde.

Já por volta da década de 1980 podemos observar as discussões atuais sobre a saúde no mundo contemporâneo como resultado das críticas à medicalização como debate das práticas em saúde que articulem o desenvolvimento tecnológico e as necessidades de produção de cuidado em saúde da população. A I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no ano de 1986, na cidade de Ottawa, também no Canadá deu origem ao documento da *Carta de Ottawa*, assinado por vários países presentes à conferência. As discussões do evento

culminaram nesta carta, cujo conteúdo é resultado de reflexões sobre a pertinência de um novo paradigma da questão da saúde. Assim, versa a *Carta de Otawa* sobre a produção dos cuidados em saúde: "Promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação nesse processo" (Merquior, 2009) .

No cenário brasileiro, a atenção à saúde ganhou sua conformação mais recente ao final da década de 1980, após a consolidação da Constituição Federal Brasileira, de 1988, com a regulamentação da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabeleceu o Sistema único de Saúde – SUS. O artigo 3º. desta lei foi inicialmente redigido como:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (**Lei 8080**, 1990).

Posteriormente corrigido para:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de (**Lei 12.864**, 2013).

Em ambas as redações, podemos perceber a preocupação em contemplar uma compreensão de saúde alinhada com a ampla abordagem da saúde no social. A legislação definidora do SUS é não apenas um pilar da garantia de direitos sociais à população brasileira, como também base fundamental para a discussão do modelo tecno-científico de assistência à saúde.

Tendo apresentado então, de forma muito breve, a conformação e a crítica ao modelo de saúde moderno, que, desenvolvido a partir de fins do século XIX, estabeleceu-se e hegemonizou-se no século XX, investido de estratégias de medicalização dos vários âmbitos da vida cotidiana, apoiadas no desenvolvimento tecnológico e científico, tratemos agora da questão da humanização.

1.2 – Humanização

Podemos dizer que um tema central na discussão crítica ao modelo médico-sanitário que se desenvolveu e tornou-se hegemônico no século XX é a dimensão relacional das práticas em saúde. Ainda que não possamos talvez generalizar, afirmando ser o tema mais importante do movimento crítico, é, contudo, o âmbito fundamental do estudo aqui realizado. A discussão desta dimensão leva, inevitavelmente, à discussão do conceito de humanização.

Para esclarecer o que seja este conceito sobre o qual estamos trabalhando agora, cabe a definição de Ayres, que nos diz que a humanização da atenção à saúde é “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum” (Ayres, 2006, p. 49).

A discussão acerca da humanização em saúde tem como pano de fundo a historicidade das tradições teóricas e das relações hierárquicas estabelecidas nas estruturas e instituições da saúde, e tem como fatores estratégicos no debate a formação médica (e das profissões da saúde em geral) e a relação médico-paciente, além de fatores psicológicos e subjetivos (Deslandes, 2006). As relações hierárquicas e de poder construídas na produção do cuidado desdobram-se sobre a relação médico-paciente na forma de comunicação ou dificuldade do acesso à informação no processo terapêutico, bem como na tomada de decisões.

À negligência com as questões relacionais da prática, em exclusiva observância – por vezes, irrefletida até, conquanto automatizada – dos aspectos técnicos procedimentais, considera-se um processo de ‘desumanização’ das práticas em saúde. Deslandes sugere em seu trabalho que o desenvolvimento dos estudos em sociologia médica tenha sido fundamental para a identificação e crítica às “práticas, lógicas e interações que poderiam ser reconhecidas como fatores de desumanização” (Deslandes, 2006, p. 34) na prática médica. Aponta para fatores de ordem estrutural que podem contribuir para este processo de desumanização em saúde: a começar pela própria lógica da ciência biomédica, que fornece as bases para a organização tanto da formação em saúde quanto dos serviços, e também a hierarquia social da produção dos cuidados.

As propagadas neutralidade e objetividade biomédica, que teriam a função de prover melhor discernimento na tomada de decisões, poderiam gerar interações frias e distanciadas com os pacientes (...) ‘Tratar as pessoas como coisas’, vê-las ‘como problemas’ e trata-las de forma objetiva e distanciada são consequências evidentes de uma racionalidade científica específica,

manifesta no modo como a medicina constrói seu objeto e sua identidade como prática social (Deslandes, 2006, p.39).

Esta autora cita como nevrálgicas para a análise do sistema médico moderno e suas formas de desumanização do cuidado questões que despontam no levantamento de estudos sobre o tema por ela realizado, sendo por ela assim categorizadas: a) a negação do estatuto de pessoa e/ou processos de despersonalização; b) as tecnologias como substitutas ou mediadoras das relações; c) aspectos éticos relacionados à experimentação clínica (bioética); d) as lógicas e relações de poder instituídas, realizadas e atualizadas no sistema de saúde (Deslandes, 2006).

No caso brasileiro, a constituição do SUS é regida pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social. São estratégias de gestão de saúde para promover estes princípios a descentralização e a regionalização da atenção e da gestão da saúde. Fatores considerados contraproducentes aos princípios que regem o SUS são a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, que esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários.

Pensando a abordagem das dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, estabeleceu-se como política orientadora para o SUS a Política Nacional de Humanização – PNH. Em documento publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde (MS), a título de texto base para a PNH, a humanização é estabelecida como “eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS” (Ms, 2004). Neste texto, assim é definida a humanização para o âmbito da saúde: “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Ms, 2004, p. 6).

O modelo de atenção à saúde que foi alvo das críticas e debates que viemos de apresentar, também passa a ser questionado a partir da formulação do SUS, e com a proposição de se instituir uma política voltada para o processo de humanização no campo da saúde. Assim, o texto da PNH critica os

modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde (Ms, 2004, p. 5).

E ratifica que nesse sentido, a Humanização supõe troca dos diversos saberes trazidos pelos diferentes atores sociais da prática em saúde: entre pacientes e familiares e a equipe de saúde, e internamente à própria equipe (MS, 2004).

O discurso da PNH em muito aproxima-se das ideias articuladas pelos estudos de micropolítica do trabalho em saúde. Propõe que a humanização seja compreendida enquanto estratégia de interferência nos processos de produção de saúde, visando a produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos. Procura, da mesma forma, destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática em saúde, e afirma uma dupla tarefa: tanto a de produção de saúde como a de produção de sujeitos (MS, 2004).

Rodrigues completa este entendimento:

Implementar a política de humanização em uma instituição não é tarefa fácil, pelos seguintes motivos: primeiro, porque o termo humanização já traz de forma oculta uma crítica, havendo a necessidade de disseminação do conceito para compreensão de todos os envolvidos. Portanto, suas ações devem ser desenvolvidas ao longo do tempo de forma sistemática e contínua, a partir de uma visão holística. Segundo, por envolver mudança de atitude e comportamento na rotina de trabalho (Rodrigues, 2012, p. 191).

Nesse sentido, a literatura brasileira sobre humanização dos cuidados em saúde propõe articular o uso da tecnologia na forma de equipamentos, procedimentos e saberes, com o que passam a ser chamadas técnicas de tipo relacional: escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos.

O debate de humanização produzido pelos autores brasileiros vai enfocar, entre tantos aspectos e desafios, as dimensões éticas do cuidado, a importância da comunicação e do diálogo para projetos terapêuticos comprometidos com a vida e os direitos dos usuários (Deslandes e Mitre, 2009, p. 642).

Esta articulação busca realizar a humanização dos cuidados em saúde nos termos definidos por Ayres, do comprometimento com a felicidade humana e com o bem comum. O cuidado humanizado em saúde seria então aquele que se propõe a abordar as necessidades humanas tanto do ponto de vista fisiológico, quanto do psicológico/emocional.

A corrente de pensamento no Brasil, que tem como expoentes o Professor Emerson Elias Mehry e seus colaboradores, e sobre a qual vamos apoiar nosso raciocínio na continuidade da discussão sobre humanização dos cuidados em saúde, defende que o trabalho em saúde é caracterizado pela liberdade do trabalhador de exercer um amplo grau de autogoverno sobre

sua prática. Esta é a principal característica do chamado ‘trabalho vivo’. Segundo Franco, “o trabalho em saúde se dá sempre com base em um encontro, é sempre relacional, em ato” (Franco e Mehry, 2013, p. 14). Vivo, portanto.

Se tomarmos isso como uma verdade passível de ser abraçada, se o trabalho em saúde é *sempre* relacional, se torna no mínimo curioso que a formação e a prática profissional em saúde tenham, quanto mais se desenvolvido cientificamente, mais se distanciado desta dimensão relacional, e apenas recentemente estes aspectos relacionais e afetivos do cuidado em saúde estejam entrando no debate científico (em grande parte, através das ciências sociais aplicadas ao campo da saúde), valorizados enquanto um tipo específico de tecnologia, um tipo específico de saber-fazer.

Seguindo a linha de discussão que estamos adotando, o trabalho em saúde será abordado sob o olhar da micropolítica visando discutir o modo de produção do cuidado. Como já viemos de argumentar anteriormente, a crítica é voltada para a hegemonia do modelo biomédico, sustentado pela força do capital; seria necessário romper com as lógicas capitalísticas, biomédicas, procedimento centradas para a reformulação de um sistema e de práticas em saúde solidários, atentos ao sofrimento e fragilidade humanos (Franco e Mehry, 2013).

Estas críticas propõem a denúncia de que o modelo atual da medicina moderna já teria perdido o rumo da defesa radical da vida individual e coletiva; ao contrário, seu rumo está atrelado à produção de procedimentos, capturado pela lógica de mercado – “mercado que age no campo da saúde, e opera fortemente sobre seu imaginário, agenciando para o consumo de produtos e procedimentos, interessados em escala e realização de lucro” (Franco e Mehry, 2013, p. 13). Fato é que o ato de saúde como produção de cuidado não se equivale, nem é abarcado em sua totalidade, pelo ato de saúde como produção de procedimentos.

Mehry descreve para o trabalho médico como cuidado em saúde – e sempre vamos poder falar do trabalho do profissional de saúde não-médico em geral através da mesma discussão – duas competências: a dimensão profissional específica e a dimensão propriamente do cuidar. O projeto terapêutico da medicina tecnológica estimula atos fragmentados, redução e endurecimento das tecnologias e procedimentos focais. Este modelo que se hegemoniza como conformação do trabalho em saúde em geral encastela-se na dimensão profissional e reduz, ou mesmo elimina, a dimensão cuidadora do ato em saúde. É quando se diz que o encontro relacional, prerrogativa primeira do trabalho em saúde, tenta ser – ou é – capturado pelo saber técnico teórico, que então impõe seu modo de significar a relação.

A discussão da micropolítica atuante no trabalho em saúde descreve este trabalho como território, *par excellence*, das tecnologias leves. Estamos lançando mão, para nossa análise, da terminologia conceitual do pensamento crítico que estamos seguindo; assim, por tecnologias duras entendemos o conjunto de equipamentos e tecnologias científicas utilizadas na prática médica/em saúde; tecnologias leve-duras definem o campo dos conhecimentos teórico-práticos de posse do profissional de saúde; e as tecnologias leves sendo o próprio espaço interrelacional da interação médico-paciente (profissional de saúde-paciente). Da mesma forma, vamos nos referir ao trabalho morto, quanto ao maquinário, equipamentos, e tudo aquilo que já tenha sido objeto de um trabalho vivo acabado; trabalho vivo como o próprio profissional de saúde e seus saberes; e trabalho vivo em ato, como o agir do profissional, manejando suas tecnologias, sobre o paciente, usuário dos serviços em saúde. Acreditamos que estas definições/categorias já vieram nos acompanhando desde o início da discussão neste trabalho, e, agora explicitadas, serão de grande utilidade à continuidade da exploração do tema.

Esclarecendo, portanto a afirmação contida na frase inicial do parágrafo acima: É no terreno dos conhecimentos teórico-práticos (tecnologias leve-duras) que os equipamentos e tecnologias (tecnologias duras) vão adquirir significado como atos de saúde (trabalho vivo em ato). A relação destes saberes-tecnologias só pode ser mediada através do espaço relacional onde se dá o trabalho em ato, ou seja, das tecnologias leves (Franco e Mehry, 2013).

Portanto, ao afirmarmos a preponderância das tecnologias leves no trabalho em saúde, estamos propondo necessariamente a discussão da humanização do cuidado em saúde, na medida em que:

(...) tratamos o acolhimento e o vínculo como componentes deste universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, e os consideramos como substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde (Franco e Mehry, 2013, p. 61).

Concordamos com Mehry quando afirma que, de uma forma ou de outra, todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, e que a clínica constitui o campo principal onde as tecnologias leves atuam como articuladoras de todos os recursos tecnológicos do trabalhador da saúde. Tomamos licença em abusar um pouco de suas palavras ao finalizar esta sessão sobre a clínica, como trabalho vivo em ato, veículo possível para o processo de humanização do cuidado:

Porque podemos fazer esta afirmação?

Primeiro, porque entendemos que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.

Segundo porque entendemos que a clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma ‘disfunção biológica’, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir. (...) É esse encontro que dá, em última instância, a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor de cuidado (Franco e Mehry, 2013, p. 74).

De volta à PNH, o texto base chama atenção para o risco de cairmos em banalização do projeto de humanização dos cuidados em saúde, através de iniciativas vagas associadas a atitudes humanitárias que, ao invés de promover encontros, apenas reiteram o lugar do paciente/usuário como objeto do saber profissional, da intervenção das tecnologias leve-duras.

Assim, a liberdade de autogoverno do trabalhador da saúde em seu trabalho vivo em ato pode tanto ‘privatizar’ para si este espaço relacional, ou produzir processos de subjetivação nas relações de cuidados. Se temos o trabalho vivo em ato como potência instituinte da produção de cuidados humanizados em saúde, a ética instituída na relação médico-paciente tem importância como tecnologia leve.

Após este esforço de aproximação da dimensão relacional do cuidado com o tema da humanização das práticas em saúde, podemos evoluir para o elemento intercessor destes discursos, eixo 1 desta monografia², a comunicação em saúde.

² O eixo 2 é a Bioética.

2- Discutindo a Comunicação em Saúde

2.1- Comunicação

Duas definições. A comunicação é um veículo das manifestações observáveis das relações humanas (Watzlawick *et al.*, 1967), e como tal, “é um processo complexo de eventos psicológicos e sociais, envolvendo a interação simbólica” (Littlejohn, 1988, p. 367). O ato comunicativo é uma necessidade vital do homem. O desenvolvimento das formas de registro e troca informacional catapultaram a sociedade humana para outro patamar evolutivo (Littlejohn, 1988). A comunicação é considerada, portanto, como o elemento que possibilitou(a) a evolução histórica e antropológica do homem. Contudo, diferindo da linguagem, a comunicação como objeto acadêmico é um fenômeno relativamente recente (Epstein, 2006).

O comportamento humano, na forma de comunicação e suas relações interpessoais tem sido investigado sob muitas perspectivas, cada qual elaborando tentativas de explicação para seus fenômenos. Não há uma única perspectiva teórica do processo comunicacional, nem tampouco um conceito universalmente válido de comunicação. Este campo de estudos tem recebido atenção multidisciplinar e se desenvolve às voltas com sua legitimidade científica. Buscando modelos de cientificidade, adota, inicialmente, os esquemas pertencentes às ciências da natureza. No século XIX, a concepção da sociedade como organismo, de caráter funcionalista, faz florescer a noção de uma visão de comunicação como fator de integração das sociedades humanas, e inspira as primeiras concepções de uma ciência da comunicação. Posteriormente, surgem abordagens das teorias sociais, da linguística, da comunicação de massa, do modelo matemático, que propõe a possibilidade de quantificar a informação, e então a cibernética e as teorias sistêmicas. Dos estudos que se sobressaem no campo, a Escola de Palo Alto propõe que a comunicação deva ser estudada pelas ciências humanas a partir de um modelo próprio. Este modelo teria um caráter circular, em que receptor e emissor seriam dotados do mesmo grau de importância na relação de troca comunicacional. Nesta visão da comunicação todo o comportamento humano possui um valor comunicativo (Littlejohn, 1988; Araujo, 2011; Mattelart e Mattelart, 2014).

A Escola de Frankfurt é gestada no Instituto de Pesquisa Social de Frankfurt, que tinha como objetivo e preocupação principais historicizar a organização dos trabalhadores industriais. Deste esforço frutificam abordagens teóricas como a da *Teoria Crítica* de Horkheim, que propõe uma crítica ao caráter cientificista nas ciências humanas. O pensamento da Escola de Frankfurt preocupava-se em buscar entender a cultura como fonte das transformações sociais,

e como desdobramento, também produziu herdeiros que se dedicaram a estudar os processos comunicacionais humanos, como Jürgen Habermas e Karl-Otto Apel. Tendo sido colaboradores durante algum tempo, Habermas desenvolve sua teoria da ação comunicativa, e Apel, sua filosofia baseada na ótica de uma comunidade de comunicação, ambos contribuindo para a fundamentação filosófica de uma Ética do Discurso, assunto sobre o qual trataremos mais adiante (Apel, 1994; Mattelart e Mattelart, 2014).

Assim, comunicação não se restringe ao sucesso de emissão e compreensão de um conteúdo, mas um processo muito mais amplo; como seres sociais de linguagem, a comunicação é constituinte da nossa condição de seres humanos, e nos torna “capazes então de denotar/conotar, explicar/confundir, autorizar/desautorizar, consentir/proibir(…)” (Deslandes e Mitre, 2009, p. 642). O objetivo ou função de um ato comunicacional não é apenas a transmissão de uma informação: a comunicação impõe um comportamento. “Comunicar não é um ato singular e unificado, mas um processo constituído por numerosos aglomerados de comportamentos” (Littlejohn, 1988, p. 34), daí serem bemvindas as abordagens multiteóricas ou multidisciplinares deste complexo processo.

A comunicação com o outro afeta diversos âmbitos da vida humana. Watzlawick, da Escola de Palo Alto, nos chama a atenção para a impossibilidade de não comunicar: todo comportamento interacional humano possui valor de mensagem.

(...) as pessoas, no nível de relação, não comunicam sobre fatos situados fora de suas relações, mas oferecem-se mutuamente definições dessa relação e, por implicação, delas próprias. (...) Parece que à parte a mera troca de informação, o homem *tem*³ de comunicar com outros para ganhar consciência de seu próprio eu (Watzlawick *et al.*, 1967, pp.76-8).

Em amplo estudo intitulado Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana, Littlejohn (Littlejohn, 1988) apresenta as definições propostas por Franklin Knower, que discerniu entre as disciplinas que se debruçam sobre os estudos em comunicação, da seguinte forma. Um primeiro grupo, a que chamou disciplinas de processo, englobando a antropologia, a sociologia, a psicologia, a filosofia e a linguística, por exemplo, seria dedicado aos estudos de comunicação de um ponto de vista acadêmico. As disciplinas de comportamento de comunicação estariam dedicadas a condutas específicas de comunicação, como a educação, o jornalismo, a literatura e as artes. E então, as disciplinas de conteúdo, dedicadas à aplicação dos conteúdos da

³ Grifo do autor.

comunicação a áreas práticas, como a administração, a agricultura, a política, e – cá estamos nós – a saúde pública.

2.2 - Em Saúde

Vamos iniciar esta seção afirmando, com Maria Júlia Paes da Silva que a base do trabalho em saúde são as relações humanas. E assim o sendo, somente através da comunicação efetiva é que o profissional de saúde será capaz de ajudar o paciente a conceituar seus problemas, apropriando-se da sua participação na construção das soluções para os mesmos (Silva, 2006), por ser a comunicação o elemento constitutivo da singularidade das relações humanas.

Segundo esta autora, “(a)s finalidades básicas da comunicação são *entender* o mundo, *relacionar-se* com outros e *transformar*⁴ a si mesmo e à realidade” (Silva, 2006, p. 23). No âmbito da comunicação em saúde, podemos aplicar estas finalidades como elementos básicos para a construção do entendimento do paciente acerca de seu processo de adoecimento, envolvendo sua relação com seu médico e/ou equipe de saúde, e seus recursos de enfrentamento, adesão terapêutica e adaptação ao e no adoecer.

Vimos de dizer acima sobre a comunicação humana ter exercido papel fundamental no processo evolutivo e civilizatório da espécie. O desenvolvimento da linguagem e dos mecanismos de troca de informações também exerceu sua influência sobre o campo da saúde. É o que afirma André Guimarães em seu capítulo *Amigos, Deuses ou Cientistas: os médicos e seus pacientes* (Guimarães, 2006). Guimarães nos diz que é a partir da linguagem que o cuidado em saúde migra do campo individual para o social: com a possibilidade de interação proporcionada pela linguagem “(a)o invés de depender exclusivamente de si mesmo para os processos curativos, o ser humano passou a poder contar com o próximo, com o grupo” (Guimarães, 2006, p. 26) porque o desenvolvimento da linguagem tornou possível a expressão das sensações físicas e de sentimentos. A dor deixa de ser uma experiência exclusivamente individual e passa a poder ser relatada, compartilhada. A linguagem impulsiona uma transcendência da *co-presença* em direção à *co-existência*, em que não apenas compartilha-se a presença, mas também as vivências e experiências do existir humano. Por isso, a *co-existência* seria a prerrogativa das relações de cuidado. Para Guimarães, portanto, é pela possibilidade de comunicação da experiência da dor e do adoecimento que surge, nas sociedades humanas, a possibilidade do papel de cuidador do outro (Guimarães, 2006).

⁴ Grifos da autora.

Seguindo a isto, vamos tomar por noção que a Comunicação em Saúde é qualquer tipo de comunicação humana que tem por objeto de (pre)ocupação a saúde, em sua ampla definição. A comunicação é um ingrediente de suma importância na prática médica e nos cuidados em saúde, por promover uma interação entre o conhecimento médico (técnico/teórico), e a população e seus problemas de saúde. The Routledge Handbook of Health Communication, a respeito disto, afirma que a Comunicação em Saúde tem sua distinção no fato de jogar ampla luz sobre a tensão existente entre as individualidades (singularidades, em tradução literal⁵) e a coletividade (Thompson *et al.*, 2011).

Atualmente já é possível encontrar diversos trabalhos voltados para o estudo da Comunicação em Saúde como um campo estruturado de saber. Universidades principalmente norte-americanas, lançaram, nas últimas décadas do século XX, programas específicos de Comunicação em Saúde, inicialmente ligados às escolas de Saúde Pública (Thompson *et al.*, 2011). Também se propiciou, desde este período, o surgimento de periódicos especializados, como o *Journal of Health Communication*, e *Health Communication*, e mais recentemente, o *Global Health Communication*, todos ligados a departamentos de saúde pública de universidades norte-americanas e editados pela Routledge Taylor and Francis Group. No cenário brasileiro contamos com cursos de pós-graduação *Lato e Strictu Sensu* oferecidos pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Outrossim, é possível encontrar nos cursos de pós-graduação em comunicação das universidades brasileiras linhas de pesquisa com abertura para trabalhos que investigam o campo da comunicação em saúde. São frutos destas iniciativas acadêmicas sobre o tema algumas publicações, mormente digitais, como a revista *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, editada, desde 1997, pelo Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), e a *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, editada, desde 2007, pelo acima mencionado ICICT/Fiocruz. Destes exemplos queremos constatar que a Comunicação em Saúde como um campo de estudos, é, atualmente, uma disciplina bem estabelecida internacionalmente e em franco desenvolvimento (Bertol, 2005).

Issac Epstein, professor e pesquisador na área de comunicação da Universidade Metodista do Estado de São Paulo (UMESP) nos ensina que, em meio aos movimentos de discussão do

⁵ “(...) Health Communication is distinct because of the ways that it magnifies the tension between our uniqueness and commonality.” (Thompson *et al.*, 2011, p.22)

modelo de saúde vigente no século XX, as temáticas referentes à interface da comunicação com a saúde, até então marginalizadas nos interesses acadêmicos, passam a ser deslocadas da periferia para ocupar lugares mais centrais nos debates sobre questões de saúde (Epstein). Sanches, sua colaboradora de pesquisa, reitera:

a partir da última metade do século XX, percebem-se alguns focos de preocupação com os aspectos da comunicação interpessoal envolvendo a relação médico e paciente, em sua maioria oriundos de estudiosos das áreas da psicologia e da psicanálise (Epstein, 2006, p. 98).

Mas não apenas. Rogers, em um artigo de revisão escrito ao final da década de 1990, considera como importante marco para o surgimento do campo de estudos da Comunicação em Saúde, nos Estados Unidos, no ano de 1971, o lançamento do *Programa de Prevenção de Doenças Cardíacas de Stanford – SHDPP*, na sigla em inglês⁶. O SHDPP, segundo este autor, teria estimulado o campo da Comunicação em Saúde como um campo de estudos coerente e estruturado a partir de seus resultados positivos de médio prazo sobre a população-alvo do programa. Para atingir a um determinado público considerado de risco para doenças cardíacas e objetivando resultados através da aquisição de comportamentos de prevenção, as estratégias do programa basearam-se nas teorias de aprendizagem e de marketing social, na teoria de difusão de inovações e em teorias de abordagens comportamentais. Após o primeiro sucesso, o programa foi replicado em outras comunidades da Califórnia. Rogers avalia o SHDPP como o mais importante ponto de inflexão para o advento da Comunicação em Saúde como disciplina estruturada (Rogers, 1996).

Em *The Routledge Handbook of Health Communication* encontramos ainda dois outros marcos históricos na construção da Comunicação em Saúde como disciplina. O trabalho da médica Barbara Korsch, a partir da década de 1960, trazendo luz sobre as questões comunicacionais na prática clínica, diagnosticou algumas barreiras à comunicação adequada na interação de médicos com pacientes na clínica pediátrica, como, por exemplo, o uso de jargões profissionais. Posteriormente, a meta estabelecida pela OMS na década de 1970, de *Saúde Para Todos* para o ano 2000, foi identificada como catalizadora da aproximação das ciências sociais com a medicina, abrindo o campo da comunicação em saúde para as discussões multidisciplinares (Thompson *et al.*, 2011).

⁶ Stanford Heart Disease Prevention Program.

Desta forma, a interdisciplinaridade se torna outro aspecto grandemente valorizado dos estudos da Comunicação em Saúde. Dentre as iniciativas nacionais, a Cátedra da UNESCO de Comunicação para o Desenvolvimento Regional, em associação com a Universidade Metodista de São Paulo, organizou diversas edições do evento COMSAUDE, que tiveram por característica viabilizar as discussões multi e interdisciplinares sobre o tema. A proposta da abrangência interdisciplinar nos estudos de comunicação em saúde, é congruente com o caráter interdisciplinar dos estudos mais amplos em comunicação humana, e é assim descrita por Sonia Bertol:

O cruzamento e a valorização da comunicação interpessoal, da comunicação midiática, da comunicação grupal e organizacional, bem como a necessidade reiterada da interdisciplinaridade, são noções que vêm sendo exploradas e bem utilizadas em estudos já bastante avançados em países como Estados Unidos, Espanha e França, entre outros, apresentando resultados edificadores no que concerne ao bem-estar dos povos e de seu desenvolvimento autossustentável (Bertol, 2004, p. 255).

Retornando ao estudo de Rogers, conhecemos que as pesquisas em Comunicação em Saúde costumam abranger como objeto de interesse, temas como campanhas para prevenção de contágio pelo HIV, de acidentes de trânsito envolvendo abuso de álcool e do abuso de substâncias, bem como programas de redução de danos; a relação com a agenda midiática e sua efetividade em estimular hábitos de vida saudável na população; a elaboração e avaliação de campanhas de Comunicação em Saúde como prevenção da gravidez indesejada, antitabagismo, detecção precoce do câncer, etc.; a comunicação científica entre profissionais de saúde; e, enfim, o foco deste trabalho, a comunicação médico-paciente.

De acordo com a literatura pesquisada, a importância de habilidades comunicativas adequadas na relação médico-paciente tem sido um tema amplamente discutido. Comunicações prejudicadas por habilidades inadequadas ou não desenvolvidas podem trazer consequências quanto ao comprometimento e adesão do paciente ao tratamento proposto, podem levar a diagnósticos imprecisos ou mesmo equivocados, além de diminuir as chances de que sejam identificadas dificuldades psicossociais do paciente que impactem ou se relacionem com o adoecer e tratamento. Também encontramos atestado na literatura esta ser uma das mais frequentes causas de reclamações de pacientes e familiares sobre os serviços e profissionais de saúde, com o efeito ainda de aumentar o risco de judicialização das relações de cuidado em saúde (Walker, 1996; Caprara e Franco, 1999; Epstein, 2006).

2.3 - Relação médico-paciente

A comunicação em saúde é uma competência estratégica para produzir cuidado em saúde. Mehry distingue, por exemplo, três ‘valises’ tecnológicas do médico: seus equipamentos, seus conhecimentos técnico-teóricos, e sua capacidade relacional (Franco e Mehry, 2013). O manejo equilibrado do instrumental que encontra em cada uma destas valises é o seu trabalho vivo em ato. Na relação em que se estabelece a comunicação efetiva é possível reconhecer a fala do outro como válida, e assim, produzir subjetividades no cuidado em saúde. Produção de subjetividades no cuidado em saúde é uma potencialidade das práticas em saúde que se relaciona diretamente com a discussão acerca da relação médico/profissional de saúde-paciente, escalando as questões de assimetria de poder na relação, estatuto de autonomia do paciente e humanização do cuidado. São estes os temas dos quais nos ocuparemos nesta seção.

Ao tratarmos da discussão sobre a assimetria de poder na relação médico-paciente, podemos identificar duas dimensões nas quais ela se assenta: uma, diz respeito ao papel efetivo de cada ator nesta relação. Nos diz Merhy que o encontro que se estabelece entre o usuário de saúde, que se apresenta como portador de uma determinada necessidade de saúde, e o trabalhador em saúde, que, por sua vez, porta um arsenal de saberes específicos sobre a saúde, este encontro envolve situação que não podem ser consideradas equivalentes. Ele afirma que o que o usuário de saúde procura obter neste encontro é minimamente uma relação de compromisso, onde será possível estabelecer vínculos de confiança e responsabilização. Já sobre o profissional de saúde, neste encontro, o autor contrapõe:

(...)também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (Franco e Mehry, 2013, p. 25).

A outra dimensão diz respeito ao papel idealizado que cada um assume – ou é assumido – nesta relação. Deslandes considera o processo comunicacional como um dos desafios da humanização em saúde e identifica tanto potencialidades e requisitos, como obstáculos para o agir comunicativo na própria cultura biomédica. A assimetria na relação médico-paciente sob esta dimensão é dada pelas desigualdades presentes há séculos nesta cultura. Para a autora, a assimetria dos lugares de fala entre médico e paciente se legitima na hierarquia dada por um grupo de posições, concepções, argumentos e falas, por um lado, considerados autorizados, sobre um outro lugar de fala relegado à desqualificação de seu saber não legitimado (Deslandes, 2004; Deslandes, 2005).

Sobre isto, Guggenbühl-Craig escreveu sua obra *O abuso de Poder na Psicoterapia – e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*, onde faz profunda apreciação do que chamou de “vontade de poder que sutilmente se disfarça de humanismo desinteressado” (Guggenbühl-Craig, 2004, p. 8). Em sua ótica, o problema do poder é semelhante em todas as profissões de ajuda, e frequentemente parece estar acima do problema do bem-estar do protegido. A assimetria na relação médico-paciente seria alimentada, principalmente, por aspectos psicológicos, através dos quais o paciente se encontraria numa situação de regressão, invocando desproteção e vulnerabilidade, ao passo que o médico se investiria irrefletidamente deste imaginário dotado de um poder quase que absoluto ou mesmo numinoso.

Para Guggenbühl-Craig, a disseminação do ideal proposto pela filosofia do Iluminismo, de felicidade, normalidade e adaptação social, teria contribuído para a exclusão da dimensão ‘ferida’ no médico, a negação de aspectos da sombra inconsciente. O que se quer dizer com isso é que este imaginário que dota o médico de poderes, muitas vezes está mais relacionado com aspectos psicológicos desta relação do que com conhecimento ou habilidades técnico-científicas do profissional (Guggenbühl-Craig, 2004).

Esta obra que viemos de citar inclui-se em meio aos estudos de referência sobre a emergência dos debates sobre humanização e comunicação em saúde, como afirmam Caprara & Franco:

A consciência da necessidade de um desenvolvimento da interação comunicativa entre médico e paciente foi se ampliando nos anos 60 através dos estudos de psicologia médica, de análises psicanalíticas da figura do médico, assim como da experiência dos grupos Balint ao introduzir a dimensão psicológica na relação médico-paciente e a necessidade da formação psicoterapêutica para o médico (Caprara e Franco, 1999, p. 648).

A humanização do atendimento em saúde propõe que sejam resgatadas todas as formas de comunicação. Elementos de comunicação não-verbal também contam como estratégia de cuidado (Silva, 2006). A relação médico-paciente pode ser produtora de ansiedade em virtude das dificuldades com a situação comunicacional. Porém, a comunicação deixa de ser uma situação de conflito quando se estabelece a possibilidade de dialogar os diferentes saberes e papéis nesta relação.

Um conceito muito utilizado nas discussões sobre a relação médico-paciente e que se faz necessário apresentar aqui é o de *paternalismo*. Boa parte dos autores e pesquisadores que se dedicam aos temas da comunicação em saúde e da relação médico paciente utilizam este

conceito, ainda que muitas vezes, de forma vaga ou mesmo pouco clara. Grill, no verbete *Paternalism* da *Encyclopedia of Applied Ethics* define paternalismo como um conceito teórico que pressupõe a interferência sobre a liberdade ou autonomia de uma pessoa pelo seu próprio bem. Paternalismo articula-se com os conceitos de autonomia e liberdade, bem como de consentimento e benevolência. Segundo Grill, o equilíbrio entre o respeito à autonomia de um paciente e o papel de uma autoridade benevolente (que sabe, em tese, o que é a melhor decisão para o benefício de seu paciente), é delicado, e não há uma resposta absoluta que advogue inequivocamente por uma causa ou pela outra. A alternativa seria estabelecer uma relação honesta e igualitária onde seja possível que médico e paciente deliberem conjuntamente para a tomada de decisão (Grill, 2012). Contudo, dificilmente este é o cenário, nas relações médico-paciente. E apesar das ponderações e distinções estabelecidas por Grill, o termo paternalismo ainda é largamente utilizado como se referindo a uma relação em que uma tomada de decisão sobre a vida ou a autonomia de outrem é feita de forma autoritária, em relações assimétricas de poder (social, econômico, de conhecimento, etc.), em nome de um alegado benefício a esta pessoa, mas sem levar em consideração a possibilidade de suas próprias escolhas. É neste sentido que vamos encontrar o termo paternalismo sendo utilizado pelos autores e nos textos com os quais seguimos fazendo o debate sobre a relação médico-paciente.

Guimarães, voltando muito atrás no tempo histórico, encontra em Hipócrates o ‘princípio de autoridade’ utilizado pelos médicos para impor tratamentos e prescrições, e em Galeno o modelo de personalidade médica enquanto autoridade, dono de informação e poder. Em verdade, a assimetria de informações traduz-se em assimetria de poder, na relação médico-paciente. Segundo este autor, estes modelos são a base do que convencionou chamar-se modelo paternalista de cuidados (Guimarães, 2006).

Retomemos o debate inicial: o desenvolvimento histórico da medicina ocidental nos séculos XIX e XX, mormente, assistiu ao percurso da transformação das práticas paternalistas do médico de família, de caráter mais generalista e médico-centradas, para a intensa segmentação em especialidades, surgida do advento do tecnicismo científicista, alçando o hospital ao status central nos cuidados em saúde. Se este percurso foi o que possibilitou os inúmeros avanços científicos que trouxeram melhorias substanciais na qualidade de vida e na longevidade da população, por outro lado, foi também, em alguma medida, prejudicial à dimensão relacional dos cuidados em saúde, promovendo distanciamento na relação médico-paciente.

Contudo, Charles et al entendem que o paternalismo como estratégia na relação médico-paciente seguiu sendo a prática mais longamente difundida e adotada, principalmente nas situações de tomada de decisão no processo de tratamento. Estes autores destacam, no bojo dos movimentos críticos ao modelo de medicina moderno, fatores que desafiaram o modelo paternalista: o advento da noção de “consumo” e “consumidor” dos serviços de saúde, que traz a noção de “direito do consumidor” aplicada ao âmbito da saúde; o enfrentamento da autoridade médica pelos crescentes movimentos feministas; a passagem do foco da legislação para os direitos dos pacientes; e pequenas variações na própria prática médica (Charles *et al.*, 1999).

De acordo com os estudos utilizados neste trabalho, são considerados três modelos de interação médico-paciente na tomada de decisão: paternalista, centrado no poder-saber do médico, privando o paciente de sua subjetividade e autonomia no processo de tratamento; informativo, sustentado pela noção mercantilista dos cuidados em saúde, onde o médico passa a ser um prestador de serviços, e em cuja relação o “paciente-cliente” é instado a tomar as decisões sozinho; e o modelo compartilhado, cuja proposta é articular o saber privilegiado do médico, de caráter técnico-teórico, com o saber sobre si do paciente, de caráter vivencial, construindo um espaço relacional de efetiva comunicação interpessoal. Sobre este último, Caprara e Franco escrevem:

uma nova proposta para a relação paciente-médico: o médico interpreta a queixa trazida inicialmente pelo paciente, mas experimenta um exercício de partilha do seu saber com a queixa daquele que busca ajuda, e sua interpretação tanto é influenciada pelo paciente como influencia a queixa. As perguntas feitas pelo médico modelam a queixa, visando a identificação de um caminho terapêutico (Caprara e Franco, 1999, p. 652).

Entretanto, na prática real diária da clínica, as interações dificilmente se conformam em modelos ideais, aproximando-se mais de um “híbrido” entre os modelos, sujeito a variações do contexto clínico específico da situação, como de particularidades subjetivas tanto do médico quanto do paciente (Charles *et al.*, 1999; Epstein, 2006).

A comunicação interpessoal na relação médico-paciente deve ser uma interação comunicativa adequada às necessidades de ambos, atendendo tanto à dimensão técnico-instrumental, quanto à dimensão afetivo-expressiva. As diferenças com relação às expectativas quanto ao tratamento também interferem na comunicação médico-paciente. Diferenças no significado de “doença” constituem uma barreira a comunicação que produza um adequado efeito terapêutico: o médico pode estar em busca de evitar ou curar enfermidades, enquanto ao

paciente lhe concerne simplesmente recuperar seu bem-estar. Assim, um médico hiperespecializado perde a capacidade do manejo dos aspectos emocionais, das indecisões morais e questões existenciais dos pacientes e deles mesmos que incidem sobre o processo do adoecer e o processo do tratamento. Empatia e habilidades comunicacionais são vistas como fator acessório à prática médica, e não parte essencial de sua tarefa (Epstein, 2006).

Aspectos diversos, como por exemplo, a importância de questões sociofamiliares na condição de saúde dos pacientes, podem até ser, por vezes, reconhecidos pelo médico, mas não são explorados como fatores relevantes no processo de tratamento. Na direção oposta aponta a literatura que viemos utilizando. A relação do paciente com seu médico – com a equipe de saúde, se quisermos – impacta sobre adesão terapêutica – porque interfere na compreensão do paciente sobre seu adoecer e tratamento – e sobre sintomas diversos, principalmente os de caráter emocional/psicológico, como depressão, ou aqueles ligados ao estresse. Mas não apenas; o aspecto relacional da comunicação efetiva com o paciente também afeta o médico/profissional de saúde, em sua própria capacidade de saúde: relações inadequadas na prática profissional podem reduzir a satisfação profissional, promover quadros de *burn-out*⁷ e aumentar o risco de distúrbios psiquiátricos (Walker, 1996).

Para ilustrar o que viemos tentando argumentar nesta seção, três estudos empíricos qualitativos discutem e apresentam as experiências tanto de profissionais de saúde quanto de pacientes acerca da qualidade da comunicação médico/profissional de saúde-paciente.

No primeiro, é descrita uma pesquisa norte-americana realizada com 215 pacientes e 30 médicos da atenção primária. Questiona médicos sobre sentimento de respeito pelos pacientes, e aos pacientes sobre percepção de sentirem-se respeitados pelos médicos. Os resultados da pesquisa identificaram que gradações de respeito dos médicos por seus pacientes estão fortemente associadas a idade e nível de conhecimento que o médico tem com seu paciente. São, portanto, mais associados com grau de familiaridade com o paciente do que com dados sociodemográficos. As relações que demonstraram maior grau de respeito do médico com o paciente também incluíram maior transmissão de informações ao paciente e maior troca afetiva

⁷ Em artigo publicado no *Journal of Social Issues*, em 1974, o psicanalista Herbert Freudenberger cunhou o termo *burn out* para definir um quadro de esgotamento físico e mental, cujas causas sejam diretamente relacionadas à vida profissional da pessoa. Freudenberger identificou o conjunto de sintomas que recebeu o nome de Síndrome de Burn Out, ou como também pode ser chamada em português, Síndrome do Esgotamento Profissional (Freudenberger, 1974).

durante a consulta, apontando para a importância do impacto da relação de respeito no processo de comunicação médico-paciente (Beach *et al.*, 2006).

Em outro estudo, envolvendo 27 médicos especialistas e 257 pacientes, procurou-se analisar o comportamento relacional dos médicos, e como este é percebido pelos pacientes. A maioria dos médicos utilizou uma linguagem classificada pelos autores como ‘gerencial’, sem endereçar questões subjetivas dos pacientes. Concluiu-se que estes médicos apresentaram poucas habilidades comunicativas e conduziram entrevistas mais médico-centradas do que paciente-centradas. A satisfação relatada pelos pacientes foi diretamente ligada à percepção de consultas mais paciente-centradas. Os autores deste estudo consideram a excelência em comunicação clínica dependente da capacidade do médico de identificar o padrão comunicacional do paciente e ajustar o seu próprio ao dele, proporcionando melhora na eficiência do atendimento e satisfação para ambos. Consideram, ainda, a habilidade comunicacional uma competência fundamental do médico, que auxilia no desenvolvimento das outras capacidades clínicas. Por isso apontam para a importância de treinamento em habilidades comunicativas (Ruiz-Moral *et al.*, 2006).

Ratificando as discussões das pesquisas anteriores, um estudo australiano abordou 40 pacientes 32 enfermeiras, e concluiu pela interação interpessoal como fator produtor de conforto na visão dos pacientes – conforto emocional. Os relatos valorizaram mais as interações interpessoais positivas do que as habilidades técnicas dos profissionais (Williams e Irurita, 2006).

Enfim, concordamos com a afirmação de Epstein quando diz: “(a) qualidade dos cuidados médicos depende, em última análise, da interação entre médico e paciente e há evidência abundante que, na prática corrente, esta interação é frequentemente frustrante para ambas as partes” (Epstein, 2006, p. 176).

Em seu trabalho, são mencionados alguns obstáculos à adequada comunicação médico-paciente: a) envolvimento emocional: dificuldades do profissional de saúde/médico; b) diferença de status: distância social impactando na comunicação; c) diferença de conhecimento: assimetria que gera dependência do poder-saber do outro; d) comunicação unilateral: dificuldades de compreensão por parte do paciente; e) dificuldades linguísticas: uso inadequado de linguagem técnica, jargões, com público leigo; f) falta de informações clínicas: dificuldades de troca de informação entre diferentes médicos/ profissionais da equipe envolvida nos cuidados; g) dizer a verdade: reificação da doença na verdade absoluta de um

diagnóstico/prognóstico versus negação e/ou omissão das informações ao paciente. A verdade, não sendo um absoluto em si mesma, não deve ser transmitida unidirecionalmente no processo do adoecer e tratamento, mas sim, construída na comunicação entre médico e paciente (Epstein, 2006).

O que nos leva ao encontro do assunto da próxima seção: a Comunicação de Más Notícias.

2.4 - Comunicação de Más Notícias

2.4.1 – O problema da Comunicação de Más Notícias

A comunicação de más notícias (CMN) tornou-se um recente assunto de estudos, pesquisas e discussão, no campo da Comunicação em Saúde, dentro do escopo da comunicação (ou relação) médico-paciente. Internacionalmente, é utilizada a expressão *Breaking Bad News* (BBN), como chave e descriptor para estes estudos. No Brasil, é possível encontrar tanto a expressão *Comunicação de Más Notícias* (CMN) como *Comunicação de Notícias Difíceis* (CND). Vamos adotar aqui, para fins de simplificação, a expressão *Comunicação de Más Notícias*, e sua sigla, CMN, tanto por encontrarmos esta nomenclatura mormente utilizada nos estudos identificados com o tema, como também por acreditar que a expressão *Notícias Difíceis* serve a um propósito eufemístico o qual consideramos desnecessário. Más notícias serão más notícias serão más notícias.

Más notícias são aquelas consideradas passíveis de causar algum tipo de dano ou sofrimento ao paciente – em geral, de caráter emocional/psicológico. A má notícia é considerada aquela que é capaz de alterar drástica e negativamente a percepção do paciente sobre seu futuro, reflexo do afastamento entre as expectativas do paciente sobre seu tratamento, e a realidade que lhe é oferecida (Buckman, 1992).

A CMN pode ser um dos aspectos mais penosos dos cuidados em saúde, não apenas para os pacientes e seus familiares, mas também para os profissionais de saúde que se deparam com esta necessidade de sua prática. Médicos e equipes de saúde que tem por lide pacientes considerados críticos, muitas vezes vivenciam estas situações de forma extremamente dramática, emocional, e de difícil manejo.

A comunicação é uma ferramenta terapêutica em todos os âmbitos da saúde, e, portanto, identificar as dificuldades que envolvem a CMN em saúde torna-se fundamental para aprimorar o processo comunicacional na relação médico/profissional de saúde-paciente, tendo por fim alcançar os já discutidos objetivos da humanização nas práticas em saúde.

Precisamos aqui esclarecer um recorte feito nesta seção. As más notícias em saúde podem graduar desde notícias meramente inconvenientes, como a interrupção temporária de atividades de lazer, devido a um tratamento de curto prazo, notícias sérias, como a revelação de doenças crônicas, mas controláveis, até as consideradas catastróficas, quase sempre associadas à morte, doença incurável, em estado avançado, e, especificamente, a doença oncológica. As

representações acerca das más notícias em saúde, tanto para médicos e profissionais de saúde quanto para a população leiga, envolvem:

(...) situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais, e emocionais que acarretam. Estão associadas, na maior parte das vezes, a uma doença grave ou perda no seio de uma família, vivências únicas que podem ser influenciadas por um conjunto de factores relacionados com a própria doença, com o indivíduo, a família e o contexto sócio/cultural em que vive (Pereira, 2005, p. 37).

Portanto, seguindo o viés discutido na grande maioria dos estudos encontrados sobre o tema, a discussão que travaremos aqui acerca da CMN irá se concentrar quase que exclusivamente sobre as más notícias em situações de terminalidade e também no âmbito oncológico. Isto não quer dizer que este seja o universo exclusivo da CMN, mas, talvez, o mais fértil para estes estudos e mais complexo, e que mais mobilize afetos, tanto para pacientes e familiares, quanto para a equipe envolvida nos cuidados em saúde.

O estigma de doenças como o câncer traz reações de medo e ansiedade já na fase inicial de descoberta e início do tratamento. Além de ser uma doença iminentemente ameaçadora, o próprio tratamento pode causar desconforto e sintomas como dor e náuseas, aumento da debilidade física e da dependência de terceiros, etc. Desde o primeiro diagnóstico, cada nova situação no tratamento contém potencialmente uma má notícia. A forma como será construída a comunicação entre o médico e seu paciente poderá ser fundamental não só na adesão terapêutica do paciente, mas, sobretudo, exercerá grande impacto nas reações emocionais a estas notícias. Esta comunicação pode influenciar a forma como ele vai lidar com cada fase do adoecer, sua perspectiva de vida, e como vai reorganizar seus recursos internos para enfrentar o que ainda está por vir.

Para Epstein, estas situações comunicacionais na prática médica, ainda que corriqueiras, estão longe de serem adequadamente manejadas pelos profissionais: “(a) emergência do tema da comunicação médico-paciente na atualidade mostra, ao revés, uma necessidade de seu trato” (Epstein, 2006, p. 10), apontando para a dificuldade de comunicação dos médicos e profissionais da saúde de modo geral com os pacientes e suas famílias. A prática clínica em saúde é uma das áreas que mais amarga insatisfações relacionadas especificamente com as interações interpessoais que fazem parte – imprescindível – do atendimento que deve ser prestado. Quando se trata de comunicar más notícias, as queixas e dificuldades se avolumam.

Diante da necessidade de comunicar ao paciente e/ou seus familiares o diagnóstico de uma doença incurável, aqueles para quem a expectativa de vida encurta-se diante de um adoecimento grave e irreversível, o profissional médico depara-se com um dos contextos em que surge a situação específica na relação médico-paciente da comunicação de más notícias. Neste momento é preciso comunicar ao paciente informações como ter se tornado inviável seguir com os tratamentos de proposta curativa, ou mesmo a existência de um prognóstico reservado, implicando em mais transformações e impactos na sua vida e na de seus familiares.

É frequente encontrarmos pacientes e famílias trazendo relatos psicologicamente traumáticos deste momento. Muitos pacientes relatam situações estressantes no momento mesmo da comunicação, em comunicações que ficam compreendidas como ‘você não tem mais jeito’, ‘não posso fazer mais nada por você’, ‘está em fase terminal’, etc. Além de medo, desesperança e perda de perspectiva, pacientes que passaram por estas comunicações relatam também sentimento de abandono pela ruptura abrupta do vínculo de confiança, causada por uma má comunicação de más notícias. Há ainda o sentimento de que houve desistência por parte do médico.

Os estudos em comunicação em saúde enfatizam a existência de uma diferença entre *informar* e *comunicar*; a negligência da distinção destes dois atos pode agravar os problemas de comunicação em situações que envolvem fortes simbolismos como o da palavra *câncer*, ou dos prognósticos graves que envolvem terminalidade, tornando a situação da CMN uma situação muitas vezes insuportável para ambos paciente e médico/profissional de saúde⁸.

Em sua *Antropologia dos Cuidados Paliativos*, Menezes refere-se, em diversos trechos, a características comunicacionais envolvidas nos cuidados a pacientes oncológicos *fora de possibilidades terapêuticas curativas*⁹. Neste contexto, ocultar a verdade ao paciente pode ser entendido como uma forma de evitar ou impedir o incômodo de expressões emocionais, que inevitavelmente irão surgir nesta comunicação. Assim, os aspectos comunicacionais na prática dos Cuidados Paliativos precisam envolver uma comunicação aberta entre profissionais de saúde e pacientes seus familiares, a priorização da expressão de sentimentos nas comunicações

⁸ Vamos dar preferência aqui para utilizar o profissional de medicina como referência, não por exclusão das outras categorias profissionais da vivência da situação de CMN, mas, porque, como no lembra Buckman, a CMN recai, na maioria das vezes, sob responsabilidade do médico (Buckman, 1992). Legalmente, no caso brasileiro, é guardada a este profissional a função de informar diagnósticos e prognósticos das doenças físicas.

⁹ Pacientes considerados elegíveis para Cuidados Paliativos exclusivos são aqueles diagnosticados com doenças crônicas, evolutivas e progressivas, de prognóstico de vida supostamente encurtado a poucos meses ou ano.

estabelecidas, além de características pessoais dos profissionais que contribuam para a construção de uma prática em saúde considerada *mais humanizada* (Menezes, 2004).

Sobre esta comunicação aberta ao paciente, Menezes descreve que os objetivos de uma comunicação em que informações sobre a gravidade do quadro de saúde, a interrupção de recursos terapêuticos curativos, ou mesmo a terminalidade é oferecida ao paciente, seriam: “a redução da incerteza da situação vivida pelo doente, o fortalecimento da relação médico/paciente e a necessidade de oferecer uma direção ao enfermo e à sua família” (Menezes, 2004, p. 105). Para alcançar a estas habilidades comunicacionais, que se traduzem, segundo a autora, em um padrão de comportamento no profissional de Cuidados Paliativos, é necessário um processo pedagógico, que ela identifica ocorrer paulatinamente no curso da prática assistencial nos Cuidados Paliativos (Menezes, 2004).

2.4.2 – O médico e a equipe de saúde diante da CMN

Através de entrevistas com profissionais médicos atuando nos CP, Menezes encontra em sua pesquisa concordância quanto a considerarem a tarefa de informar o diagnóstico e prognóstico extremamente difícil. O encargo da CMN pode produzir inúmeras fantasias no médico, principalmente as que envolvem algum risco emocional ao paciente como suicídio ou depressão (Menezes, 2004).

A CMN não é atributo exclusivo dos profissionais de Cuidados Paliativos. Situações de agravo de doença e terminalidade fazem parte do cotidiano da maioria dos médicos e equipes de saúde. Contudo, Araujo e Silva denunciam que muitos profissionais demonstram desconhecer técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal com pacientes em processo de morrer, também por não saber trabalhar os sentimentos que a situação de morte iminente lhes desperta. No que se refere a CMN com pacientes oncológicos, falar abertamente sobre câncer é considerado um problema por ainda prevalecer em nossa cultura, crenças e preconceitos que associam o diagnóstico oncológico inevitavelmente de terminalidade e sofrimento (Araújo e Silva, 2007). Existe grande dificuldade dos profissionais em estabelecer uma comunicação honesta e sem mentiras ao mesmo tempo em que mantenham no paciente esperanças e o otimismo. Todavia, alguns autores afirmam ser possível incentivar e manter a adequação de esperanças e expectativas diante da situação vivida pelo paciente de forma compatível com a vinculação da necessidade de ser honesto, em uma comunicação aberta, com o paciente (Whitney *et al.*, 2008).

Outros estudos identificaram que situações de CMN consideradas mais dificultosas para os médicos envolvem comunicações sobre óbito de pacientes jovens, em mortes por quadro agudo e quando da dificuldade de compreensão da família sobre o caso (Starzewski Júnior *et al.*, 2005), ou sobre tópicos de difícil abordagem para os médicos, como recorrência ou avanço da doença, fracasso do tratamento, interrupção do tratamento curativo e consequente transição para tratamento paliativo exclusivo, e também sobre a capacidade de oferecer esperança quando já não há proposta curativa ou de recuo da doença (Fumis, 2010).

Encontramos uma pesquisa qualitativa em que foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com médicos oncologistas, sobre a percepção de conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia (Geovanini e Braz, 2013). As dificuldades relatadas pelos oncologistas na tarefa de CMN dividiram-se em: falta de investimentos para desenvolvimento de habilidades de comunicação durante a formação de graduação; o próprio simbolismo do câncer; fantasias relacionadas ao conhecimento do diagnóstico pelos pacientes; e dificuldades pessoais dos médicos na abordagem da morte e do morrer. Já os conflitos éticos relatados se relacionam com a adequação moral do emprego da verdade na comunicação com o paciente e com o manejo com a família na relação médico-paciente. As autoras concluíram que os problemas éticos decorrem mormente das relações paternalísticas que conflitam com a questão da autonomia do paciente. O tipo de dinâmica familiar também interfere nesta relação médico-paciente.

Os resultados destas entrevistas sugerem então que muitas vezes, embora o médico perceba que sua conduta na comunicação com o paciente não está correta, não se sente adequadamente preparado e/ou capacitado para agir de forma diferente. Dificuldades ou impedimentos pessoais do médico para a abordagem e enfrentamento da morte podem inclusive conduzir o profissional a insistir em práticas de obstinação terapêutica (Geovanini e Braz, 2013).

Um exemplo deste tipo de percepção por parte dos médicos é descrito num estudo multinacional, para o qual foram entrevistados médicos considerados paliativistas do Canadá, de países europeus francófonos e, na América do Sul, do Brasil e da Argentina. Através da comparação entre as respostas às entrevistas, agrupadas regionalmente, teve como resultados que apenas uma parcela pequena tanto dos médicos sulamericanos quanto europeus acreditam que seus pacientes queiram saber sobre a terminalidade, embora afirmem acreditar que grande parte dos pacientes conheça seu diagnóstico e prognóstico. Estes dois grupos diferenciam-se do grupo de médicos canadenses entrevistados, cujas respostas indicaram que estes médicos

apostam mais no desejo de seus pacientes acerca de informações sobre a gravidade de seu estado. Esta diferença regional se traduz também no achado de que para os médicos sulamericanos os princípios de beneficência e de justiça (pertencentes à corrente de bioética conhecida como principialista) teriam prioridade sobre o princípio de autonomia do paciente, diferindo, novamente, do resultado encontrado entre os médicos canadenses. Os autores acreditam que esta tendência entre os médicos sulamericanos pode ser reflexo de uma atitude mais paternalista na assistência à saúde. O estudo conclui apontando para diferenças regionais significativas nos critérios de comunicação de más notícias, evidenciando influências culturais na prática médica (Bruera *et al.*, 2000).

2.4.3 - O paciente e seus familiares diante da CMN

Na contramão do que nos mostram os resultados das pesquisas que abordaram os médicos e profissionais de saúde acerca da CMN, as pesquisas que, por outro lado, tiveram como alvo os próprios pacientes e/ou seus familiares, nos apresentam resultados que contradizem boa parte das respostas encontradas nas entrevistas com médicos.

Apesar de parecer haver comumente uma apreensão dos profissionais quanto à receptividade das notícias ruins pelos pacientes e de seu desejo de recebê-las, estudos em âmbito nacional encontram alto percentual de pacientes que afirmam desejar conhecer seu diagnóstico oncológico nos resultados dos trabalhos investigados. Diniz *et al.* apresentam uma pesquisa em que buscam identificar a prevalência de depressão em pacientes em Cuidados Paliativos, associando o quadro à informação do diagnóstico/prognóstico. Em seus resultados, saber o diagnóstico e ter recebido tratamento oncológico se correlacionam inversamente com a presença de depressão. Contudo, os pacientes sinalizam comunicação pobre com o médico, e, conseqüentemente, apresentam altas taxas de depressão. Neste estudo encontramos também a informação de que mais de 80% das comorbidades psicológicas e psiquiátricas dos pacientes oncológicos passam despercebidas e não são adequadamente tratadas. Este alto índice é atribuído a deficiência na comunicação efetiva dos pacientes com seus médicos. Concluem sugerindo que a informação adequada diminui o sentimento de isolamento do paciente e contribui para cooperação mútua médico-paciente (Diniz *et al.*, 2006).

Gulineli *et al.* encontraram resultado semelhante ao interrogar pacientes sobre o desejo de informação e de participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves. Em sua pesquisa, foram entrevistadas 363 pessoas atendidas no ambulatório ou internadas na enfermaria de um serviço universitário de Clínica Geral. As entrevistas procuraram conhecer

sobre o desejo de ser informado e de que familiares também fossem informados em casos de diagnósticos de câncer e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), e também de ser informado e participar de decisões terapêuticas em caso de tumores abdominais. Como resultado, concluíram que a grande maioria da população estudada deseja receber corretamente as informações sobre suas condições de saúde, ainda que estas envolvam diagnósticos de doenças graves ou incuráveis. Além disso, apontam para a importância dos vínculos familiares no processo de cuidado em saúde, o que faz com que os pacientes desejem também que suas famílias sejam informadas.

Discutindo os dados encontrados, os autores deste estudo propõem que o fato de muitos profissionais se omitirem de informar um diagnóstico grave aos pacientes pode ter como motivos aspectos relacionados aos profissionais: dificuldades em construir uma relação médico-paciente em que seja possível a troca comunicacional efetiva, ou dificuldades nas habilidades comunicativas de forma a se fazer compreender pelos pacientes; mas também aspectos relacionados às atitudes dos pacientes diante da tradicional relação médico-paciente onde não estão habituados a solicitar maiores informações do médico ou questionar por mais clareza na informação, acatando as orientações médicas ainda que não as compreendam totalmente (Gulinelli *et al.*, 2004).

Estudos como estes nos demonstram existir um grande desejo de informação dos pacientes sobre diagnósticos médicos, mesmo em caso de doenças graves. Fortalecem a ideia de que o paciente não apenas deve ser informado com clareza sobre sua condição, mas também estimulado a participar das decisões terapêuticas que lhe dizem respeito. Fica patente ainda que a rede familiar dos pacientes não pode ser excluída dos processos terapêuticos e comunicacionais.

Em vários outros trabalhos que buscaram avaliar a comunicação médico-paciente em situações de más notícias, como agravo ou incurabilidade de doenças e comunicações de óbito com familiares, os resultados das entrevistas tomadas descrevem insatisfações com a comunicação e atenção dispensadas, consideradas inadequadas (Starzewski Júnior *et al.*, 2005), além de percepção de despreparo do profissional para a CMN (Chehuen Neto *et al.*, 2013). A comunicação é reconhecida pelos pacientes como uma das áreas mais delicadas, dentre as que requerem maior demanda de habilidades na relação terapêutica, comprovando ser a comunicação interpessoal um importante atributo dos cuidados em saúde. Em situações mais agravadas ou de terminalidade, a partir da fala dos próprios pacientes surgem como fatores

importantes: o vínculo de confiança, a presença compassiva, a capacidade de não focar a interação apenas na doença e morte e a valorização da comunicação verbal alegre e otimista (Araújo e Silva, 2007).

2.4.4 – Os Pactos de Silêncio

Philippe Ariès, no famoso estudo intitulado *O homem diante da morte*, conta como, “desde a segunda metade do século XIX, algo de essencial mudou a relação entre o moribundo e seu ambiente” (Ariès, 2014, p. 757). A tarefa, desde sempre desagradável, de anunciar a uma pessoa doente a proximidade de sua morte, começa a ser rejeitada por quem antes, ainda que em desagrado, se via na obrigação moral de cumprí-la: o médico, o clérigo, a família. Ariès chama a este processo *o início da mentira*: é a importante questão dos pactos ou a conspiração do silêncio.

Os pactos de silêncio são situações onde há um acordo, implícito ou explícito, que envolve familiares, amigos e/ou profissionais de saúde, no propósito de controlar – ou mesmo alterar – as informações dadas ao paciente, no intuito de ocultar ou suavizar o diagnóstico ou a gravidade da situação.

Rodriguez realizou um levantamento de estudos originais que investigam as causas, consequências e possíveis intervenções sobre situações de conspirações de silêncio. Nas situações de progressão de doença e terminalidade, ainda hoje, a estes pactos de silêncio são devidas inúmeras mortes solitárias e despedidas silenciadas. Os estudos revisados pela autora destacam a importância da comunicação entre a tríade médico-paciente-família na redução do impacto emocional das situações difíceis do adoecer e tratamento, além de favorecer a assimilação gradual das informações que precisam ser passadas neste contexto. Entre as barreiras para a comunicação clara e eficiente entre médicos e pacientes, aparece a dificuldade destes profissionais em lidar com a demanda de pacientes e suas famílias, tanto por falta de tempo, como por não se perceberem preparados para lidar com temas como o fim de vida (Rodriguez, 2014).

Nas conspirações de silêncio a comunicação paciente-família também pode estar/ser prejudicada. Muitas vezes o surgimento de um pacto de silêncio acontece por iniciativa da própria família, num ímpeto protetor ao paciente, e seus médicos aderem a esta solicitação. Em qualquer circunstância, é imprescindível um canal de comunicação aberto para expressão de sentimentos de ansiedade, tristeza, culpa, e de emoções como raiva e medo, que frequentemente

surtem durante o enfrentamento de más notícias. A percepção desta situação pelo paciente aumenta níveis de ansiedade e depressão, além de impossibilitar despedidas e fechamentos importantes para a sua vida. Este pacto também prejudica a família na elaboração do luto. O silêncio estabelecido carrega medos, dor e angústia, tanto para pacientes quanto para suas famílias, prejudicando suas relações. Um grande obstáculo para uma comunicação mais clara diante de notícias difíceis é a percepção da família de sua própria incapacidade para falar/lidar com a morte e o morrer (Rodriguez, 2014).

A qualidade da comunicação pode desvelar ou perpetuar o pacto do silêncio, impactando no processo mesmo de elaboração das notícias recebidas pelo paciente, bem como na humanização da relação médico-paciente. A comunicação é um processo, e, como tal, requer capacidades adaptativas por parte de todos os envolvidos na relação.

2.4.5 - Protocolos em CMN

Buscamos até agora, através das seções anteriores deste trabalho, apresentar o assunto Comunicação de Más Notícias em saúde, contextualizando seu surgimento como questão da prática em saúde e como objeto de estudos. Tentamos demonstrar ainda alguns aspectos envolvidos na questão sob a ótica tanto dos médicos e profissionais de saúde, como dos pacientes e seus familiares. Vimos também que, na grande maioria do material estudado, acredita-se que haja uma deficiência na aquisição de habilidades comunicacionais para a transmissão de más notícias por parte dos profissionais, e que estas habilidades são passíveis de treinamento e desenvolvimento. Passemos agora a uma análise de como a questão vem sendo abordada no que diz respeito a propostas de treinamento de habilidades em CMN.

A partir de sua experiência no ensino de habilidades comunicacionais para estudantes de medicina na Universidade de Toronto, e agregando conhecimento de outras experiências docentes na área de comunicação em saúde e comunicação de más notícias de pesquisadores de universidades norteamericanas e canadenses, Robert Buckman, no início dos anos 1990, lançou seu livro *How to break bad News: A guide for health care professionals*. A época, Buckman descreve não haver muitas publicações ou *guidelines* sobre o tema específico da CMN, e considerou este fato como efeito de uma negação social – enraizada principalmente na cultura dos profissionais de saúde – de que comunicar más notícias fosse realmente um problema ou uma dificuldade a ser elaborada.

No entanto, Buckman afirma que as situações que envolvem CMN e suas consequências estão entre as de mais difícil manejo para os profissionais de saúde e são as situações onde o desenvolvimento de estratégias claras e de habilidades comunicacionais se faz mais crucialmente necessário. A CMN é, a seu ver, não uma atividade opcional do trabalho em saúde, da qual o médico poderia esquivar-se, mas obrigatória e indissociável da prática médica.

A ideia calcada nas práticas paternalistas do cuidado em saúde, de que a explanação da verdade sobre a doença poderia ser prejudicial ao paciente – fantasias e medos acerca dos danos emocionais que poderiam advir do desvelar de uma notícia difícil – se traduz na ambivalência na atitude dos médicos diante das situações de CMN, em que demonstram necessidade de controle absoluto sobre a quantidade – e a qualidade – das informações transmitidas ao paciente e/ou seus familiares. Para Buckman, o desconforto diante das situações de CMN pode ser resultante de fatores sociais, emocionais e de formação dos médicos, entre eles: negação da morte, adoecimento e envelhecimento; dificuldades em enfrentar o próprio sofrimento diante do sofrimento de seus pacientes; fragilidades na formação profissional para elaborar defesas e capacidade de enfrentamento destas situações; medo de causar dor ao outro e fantasias acerca de *culpar o mensageiro*¹⁰ (Buckman, 1984).

Buckman aponta, à época, para o aumento de situações de litígio entre pacientes e médicos que teriam como causa uma comunicação deficiente. Assim é que entende que as habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde se relacionam diretamente com a ampliação dos direitos dos pacientes à informação e à escolha. Acredita que o treinamento em CMN possibilita a redução de erros na comunicação, e conseqüentemente, da frustração diante dos erros, aumentando o conforto do profissional diante desta tarefa.

É nesta perspectiva que Buckman propõe para o treinamento de habilidades em CMN o formato de um protocolo, que partiria de algumas regras básicas, ainda que não absolutas. Neste livro de 1992 começa a desenvolver um protocolo em seis passos, cuja importância central residiria na possibilidade de poder ser ensinado e aprendido (Buckman, 1992).

Quase uma década após, Buckman, em colaboração com Baile e outros colaboradores do hospital universitário, referência em assistência e pesquisa oncológicas, *MD Anderson Cancer Center*, de Houston, Texas, publicaram no periódico *The Oncologist* um artigo trazendo a

¹⁰ “Blame the Messenger”, no original. Analogia utilizada pelo autor com base na estória de Dario III, rei da Pérsia, que, ao ter sido derrotado por Alexandre, o Grande, teria mandado assassinar Charidemos, quem o teria admoestado sobre seu infortúnio.

descrição de um protocolo em seis etapas, voltado para o treinamento de habilidades comunicacionais para CMN no âmbito oncológico. O artigo apresentava ainda resultados positivos da aplicação do protocolo em treinamentos com médicos e residentes de oncologia quanto ao aprimoramento de suas capacidades para discutir informações desagradáveis com os pacientes (Baile *et al.*, 2000).

A este protocolo deu-se o nome SPIKES, acrônimo criado a partir das palavras-chave referentes a cada etapa proposta no protocolo. S, para ‘setting’: o primeiro passo para a promoção de uma CMN adequada seria a construção do ambiente adequado para a comunicação. Esta ambientação envolve não apenas estruturas físicas, como a privacidade do lugar onde se dá esta comunicação, mas também questões de acolhimento, como a presença de pessoas importantes das relações do paciente, a forma como o médico se posiciona diante dele para oferecer disponibilidade e contato físico se necessário, e mesmo o gerenciamento do tempo e evitação de interrupções. P, para ‘perception’: recomenda-se nesta etapa, identificar primeiramente as informações das quais o paciente já dispõe e perceber seu grau de compreensão da situação, o que auxilia ao médico organizar seu ponto de partida para a comunicação. I, para ‘invitation’: o médico, neste momento, deve estimular o paciente a estabelecer questões acerca de sua situação, ‘convidando’ o médico a esclarecê-las; esta etapa serve a permitir que o médico forneça as informações de acordo com a capacidade, o desejo e interesse do paciente em recebê-las. K, para ‘knowledge’: aqui o protocolo propõe que um aviso inicial de que más notícias estão por vir como uma forma de amenizar o impacto da informação sobre o paciente, como uma forma de prepará-lo para lidar com a verdade que está para ser anunciada pelo médico. E, para ‘emotions’ ou ‘empathy’: após a comunicação de uma má notícia, o médico precisa lidar com as reações emocionais que surgem nos pacientes, e que variam imensamente de pessoa para pessoa; o protocolo sugere que o médico deva adotar atitude suportiva e empática, identificando adequadamente as reações emocionais do paciente, permitindo sua expressão e respondendo compreensivamente. E S, para ‘strategy/summary’: a última etapa envolve oferecer ao paciente as possíveis estratégias de ação para o seu caso, identificando os recursos de tratamento disponíveis, criando, enfim, um plano para o futuro que auxilie a diminuir o sentimento de incerteza sobre o que virá (Baile *et al.*, 2000).

Contemporaneamente ao surgimento do SPIKES, dois outros autores propunham um protocolo um pouco mais simples como ferramenta para auxiliar os médicos a manejar o sofrimento de seus pacientes em situações de CMN. Chamado de ABCDE, este instrumental propunha permitir expressão de emoções, alcançar um entendimento comum acerca do

problema a ser tratado, acessar as necessidades básicas de informação do paciente, identificar riscos iminentes, inclusive de suicídio, abordar o desconforto imediato causado pela notícia, garantir um plano inicial de abordagem do problema, antecipar dúvidas e questões não expressadas pelo paciente e minimizar sentimentos de isolamento, com a garantia de o paciente não estar sendo abandonado pelo seu médico. Todos estes fatores deveriam ser acessados na relação comunicacional entre médico e paciente através dos pontos: A – (advance preparation) conhecer o que o paciente sabe e preparar-se emocionalmente para a comunicação; B – (Build a therapeutic environment) organizar a ambiência, tanto física quanto emocional para a comunicação adequada com o paciente; C – (Communicate well) comunicar-se de forma honesta e empática, além de expressar-se com clareza; D – (Deal with patient reactions) ser capaz de manejar as reações emocionais dos pacientes; e E – (Encourage and validate emotions, Evaluate the News) permitir a expressão de emoções, reconhecê-las como legítimas e auxiliar o paciente na avaliação e compreensão acerca da situação tratada (Rabow e Mcphee, 1999).

Comunicar más notícias aparece em toda a literatura estudada como um dos deveres mais difíceis de um médico, e no entanto, a educação médica geralmente oferece pouca preparação formal para esta tarefa. Sem um treinamento adequado, o desconforto e a incerteza associados com a situação de CMN podem levar os médicos a se afastar afetivamente de seus pacientes. Todavia numerosos estudos mostram que os pacientes geralmente desejam divulgação franca e empática de um diagnóstico grave, de terminalidade ou outras más notícias. O treinamento focado em habilidades e técnicas de comunicação para facilitar a CMN é capaz de melhorar tanto a satisfação do paciente quanto o conforto do médico diante destas situações. Estudos na área de Cuidados Paliativos apoiaram-se na ferramenta ABCDE como recurso através do qual médicos possam desenvolver habilidades de comunicação para proporcionar esperança e cura aos pacientes que recebem notícias ruins (Vandekieft, 2001).

Desenvolvido por pesquisadores indianos, outro protocolo de seis etapas, e bastante similar ao SPIKES, o protocolo BREAKS é descrito como uma estratégia de comunicação sistemática e fácil para a CMN por seus autores. 'BREAKS', também um acrônimo, se divide nas seguintes etapas: B – 'Background': inicialmente, verificar os antecedentes de saúde do paciente; uma comunicação terapêutica eficaz depende do conhecimento aprofundado do problema do paciente. R – 'Rapport': considera a importância de construir uma relação de reciprocidade entre médico e paciente, como estratégia de fortalecimento do vínculo de confiança. E – 'Exploring': de forma semelhante ao SPIKES, este protocolo recomenda começar a abordagem com o que o paciente conhece sobre sua doença. A – 'Announce': aqui também se encontra

proposto que haja um preparo inicial informando ao paciente que notícias difíceis estão por vir. K – ‘Kindling’: após a transmissão da notícia difícil, recomenda-se que o médico esteja atento às reações do paciente, considerando que cada pessoa recebe seu diagnóstico de forma diferente. S – ‘Summarize’: por fim, médico deve resumir a conversa e as preocupações expressadas pelo paciente durante a comunicação, destacando os pontos mais importantes acerca da situação de saúde do paciente (Narayanan *et al.*, 2010).

Esta preocupação com a sistematização de regras básicas, através do formato de protocolos é percebida nas últimas décadas do século XX, consolidando a criação destes em fins da década de 1990 e início dos anos 2000. O SPIKES tornou-se amplamente difundido desde então, e vem sendo largamente utilizado e debatido, tanto nas pesquisas acadêmicas como na elaboração de estratégias de treinamento em serviço e educação continuada voltadas para CMN. Além disso, a disseminação de relatos de experiências bem-sucedidas no treinamento de habilidades comunicacionais através do SPIKES influenciou outras iniciativas de criação de ferramentas e modelos de treinamento em comunicação na relação médico-paciente.

O âmbito da oncologia e dos cuidados paliativos oncológicos é o que agrega o maior número de estudos e iniciativas para formulação novas estratégias de treinamento em CMN. À utilização dos protocolos conjugou-se o uso de recursos como audiovisuais e os chamados *role playing*¹¹ com a participação de pacientes simulados, reproduzindo situações reais de relação médico-paciente. No artigo *Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care*, pesquisadores norte-americanos descrevem a experiência de um programa de treinamento elaborado como oficinas de 4 dias de duração, enfatizando a prática de habilidades comunicacionais em pequenos grupos, ao qual nomearam *Oncotalk*. O formato desta intervenção baseou-se em modelos de ensino de tarefas de comunicação específicas focadas na trajetória da doença do paciente. Participaram deste programa 115 oncologistas residentes de 62 instituições médicas norte-americanas. O estudo teve duração de três anos e seus resultados identificaram mudanças substanciais nas habilidades comunicacionais dos participantes. Desta forma, concluíram os autores que o desenho do programa *Oncotalk* representou um modelo de treinamento bem-sucedido para melhorar as habilidades de comunicação para médicos em pós-graduação (Back *et al.*, 2007).

¹¹ *Role playing* é uma técnica de jogos, que foi absorvida pela psicologia, principalmente no âmbito comportamental, que consiste na simulação e interpretação de papéis envolvidos em situações de relações humanas, com o intuito de treinar ou aprimorar comportamentos, buscar soluções coletivas para conflitos ou dilemas, e também com fins educacionais e de treinamento profissional.

Experiências brasileiras também são relatadas no campo dos estudos sobre CMN. Como tese de doutoramento na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), foi desenvolvido um programa de capacitação em comunicação interpessoal em Cuidados Paliativos. Identificando a deficiência do ensino de habilidades comunicacionais na formação em saúde como fator de estresse profissional, esta pesquisadora concebeu e aplicou este programa a 303 profissionais de saúde de categorias distintas, oriundos de 5 diferentes instituições e divididos em 11 turmas. Orientando-se pela filosofia dos Cuidados Paliativos, o programa adotou estratégias pedagógicas semelhantes às encontradas na experiência americana, como o *role playing*, a discussão de casos clínicos, além de recursos audiovisuais. Parte dos participantes da capacitação foram reavaliados após um ano decorrido, e constatou-se que os conhecimentos e habilidades adquiridos mantiveram-se, evidenciando um bom resultado do programa (Araujo, 2011).

Em termos de importância política para o campo da Comunicação em Saúde, não podemos deixar de referir neste estudo o projeto “Comunicação de Notícias Difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde”. De iniciativa do Ministério da Saúde, foi realizado, no ano de 2009, através de parceria entre o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. O projeto deu origem, em 2010, a publicação de mesmo nome, onde os coordenadores participantes expuseram suas reflexões, experiências e conclusões acerca dele (Inca e Einstein., 2010).

Tendo como ponto de partida a política de humanização (materializada pela PNH) como elemento estruturante do SUS, e seu desdobramento sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a justificativa do projeto fez referência à falta de preparo dos profissionais de saúde para a comunicação efetiva e o suporte emocional adequado aos pacientes. Isto se traduziria em atitudes de silenciamento, falsas promessas de cura, comunicações abruptas com prejuízos à relação terapêutica, e sofrimento desnecessário a ambos paciente e equipe de saúde (Inca e Einstein., 2010).

Participaram desta iniciativa 109 profissionais da saúde, dos quais 54 médicos, 21 enfermeiros, 15 psicólogos, 13 assistentes sociais, 04 fisioterapeutas e 02 nutricionistas, oriundos do próprio INCA, e dos serviços de oncologia e cuidados paliativos da rede de hospitais federais e de hospitais universitários do Rio de Janeiro, segundo dados da publicação. Como estratégias pedagógicas destacam-se as oficinas de sensibilização no formato *role*

playing e encontros de grupos formados no modelo Balint-Paideia¹², onde o protocolo SPIKES serviu de referencial para a discussão sobre o desenvolvimento das habilidades comunicacionais.

Na perspectiva deste projeto, a questão da comunicação em saúde é concebida como um problema sobre ‘cuidar do cuidador’. O profissional de saúde é o primeiro destinatário das más notícias, e estas são sempre questões que ultrapassam a segurança da competência técnica. O preparo para uma disponibilidade para escutar, oferecer suporte, compartilhar afetos, exigida nas relações com os pacientes geralmente não é oferecido pela formação profissional, nem tampouco encontra espaço de elaboração nas instituições de assistência à saúde. Postula-se que haja então uma deficiência na formação para os aspectos afetivos do trabalho em saúde e os aspectos éticos de reconhecimento do outro.

Sem este preparo, o sofrimento do profissional de saúde diante do sofrimento de seus pacientes acaba podendo acionar mecanismos de defesa que geram distanciamento afetivo, implicando diretamente na comunicação médico-paciente. As defesas psíquicas do profissional tentariam negar a realidade dos fatos, desejando adiar o sofrimento de todos os envolvidos: o paciente, seus familiares, e ele próprio.

Este modelo realizado pelo projeto do MS teve avaliações muito positivas no relato dos coordenadores participantes. Desta forma, a proposta foi replicada, extrapolando o âmbito da oncologia, abordando as equipes de UTIs neonatais e obstétricas em maternidades prioritárias brasileiras. Os responsáveis transformaram esta experiência em artigo, onde relatam os resultados de forma positiva. Um aspecto sublinhado em seu texto tem especial relevância: respondem espontaneamente a um possível questionamento sobre a rigidez formal de uma proposta protocolar, diante de um assunto tão envolto na subjetividade das relações clínicas. Afirmam os autores:

Apesar de [o SPIKES ser] nominado como ‘protocolo, essa proposta subverte o caráter preditivo/normativo dos protocolos em geral, uma vez que se constitui de modo a orientar a abordagem da comunicação da má notícia para a singularidade de cada caso (Lugarinho *et al.*, 2016, p. 68).

¹² Instrumento gerencial e de formação para equipes de profissionais de saúde, cuja proposta envolve lidar com as subjetividades envolvidas nos casos clínicos apresentados, buscando a construção de uma grupalidade solidária que propicie o aumento da capacidade de análise e intervenção dos profissionais sobre suas próprias situações de trabalho (Cunha e Dantas, 2009).

Diante do rol destas experiências e discussões acerca de estratégias educacionais para aquisição, treinamento e desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos contextos de más notícias, encontramos-nos com a pergunta: “Então, existe possibilidade de administrar o trágico?” (Inca e Einstein., 2010, p. 59).

1 – Ética

Para chegarmos a uma articulação dos tópicos abordados no primeiro tomo deste trabalho com os referenciais teóricos que iremos propor, é necessário começarmos pelo início: neste primeiro capítulo, vamos brevemente introduzir o campo da filosofia onde se instala a discussão de nosso problema teórico, a ética.

O professor Arcângelo Buzzi dedicou algumas de suas obras à introdução do pensamento filosófico para leigos e estudantes. Em seu *Filosofia para Principiantes – A Existência Humana no Mundo* (Buzzi, 1998), afirma ser a filosofia uma disciplina que elabora um saber específico, ordenado, através da investigação das coisas que se relacionam com nosso próprio ser. “A um tal saber ordenado que usamos para nos relacionar responsabilmente com tudo o que vivemos, os antigos gregos chamavam de *epistéme*¹³”, termo de onde derivou o atual conceito de ciência. “A ciência, segue Buzzi, é uma decisão responsável de correspondência ao que vivemos” (Buzzi, 1998, p. 18).

Na interpretação da filosofia estruturada como ciência ordenada, de acordo com a definição de ciência de Buzzi, a ética surge como um dos modos de correspondência à realidade como realização da *existência-humana-no-mundo* (Buzzi, 1998). Neste processo de saber-fazer conhecimento acerca da totalidade dos entes, o ser humano busca compreender ao mundo (que percebe como externo a si mesmo) e também a si mesmo: é ele o agente que busca dar sentido a este saber-fazer. A ética é, então, a ciência da responsabilidade, através da qual o ser humano se experimenta não como objeto exterior a si mesmo, mas *enquanto* agente sobre os outros entes e sobre si mesmo. Nesse sentido, Buzzi afirma que “a ciência, o modo de tratar a natureza, é no fundo uma decisão ética, uma decisão de responsabilidade” (Buzzi, 1998, p. 19) e também “*a moral* (que cultua a sabedoria, a coragem, a fortaleza e a temperança), *a política, a economia, a estética, a religião...* são fenômenos éticos, são atividades altamente organizadas, onde empenhamos todas as energias para chegar à realização da existência-no-mundo (...)”¹⁴ (Buzzi, 1998, p. 20).

Ética – enquanto modo ou caminho para a realização da existência-humana-no-mundo – é um campo de estudos da filosofia alvo de interesse e debate desde os primeiros filósofos.

¹³ Grifo do autor.

¹⁴ Grifos do autor.

Abundam, dentre os filósofos da antiguidade clássica, textos cuja preocupação voltava-se para as possibilidades de fundamentação da conduta do ser humano. Este interesse perseverou ao longo do desenvolvimento da ciência – na acepção já acima mencionada – filosófica, permeando as obras de grandes pensadores como Aquino, Agostinho, Kant, e, mais recentemente, escolas como o existencialismo francês, a filosofia política ou os representantes da Escola de Frankfurt¹⁵.

O objeto primário do domínio da ética é o agir humano, discutido em bases de princípios normativos que o norteiam. Este agir humano produz como efeito uma *ação humana*: Leclerc, discorrendo sobre as teorias da ação, defende a tese que afirma não existir ação humana sem uma *intenção* correspondente, sem um componente mental de *volição*. Esta intencionalidade implica em um *comprometimento* forte do agente (Leclerc, 2014). No âmbito da ética, portanto, a ação humana é interpretada enquanto objeto e fruto de aplicação de predicados avaliativos morais, na medida em que envolve capacidades discriminatórias, e a responsabilização sobre deliberações e escolhas.

A ética é, então, considerada uma disciplina normativa, por que busca estabelecer o que *deve ser*, apoiada em critérios de correção ou incorreção do agir humano, não apenas em sentido técnico ou instrumental, mas com base no caráter relacional do agir humano sobre os entes no mundo – inclusive, e com maior atenção na maioria das doutrinas éticas, os outros seres humanos – e sobre si mesmo. A ética não cria normas, mas as indica e elucida aos seres humanos, apresentando os valores e princípios que devem nortear sua conduta moral e mesmo a existência humana.

Em verdade, no decorrer do desenvolvimento do pensamento filosófico acerca das questões éticas do agir humano, foi possível distinguir dois gêneros de questionamentos morais¹⁶. O primeiro, conformando mais especificamente o domínio normativo da ética, indaga tanto sobre a tomada de decisão – o que devo fazer, qual a decisão moralmente correta numa dada situação específica – quanto, de forma mais universal, sobre que tipos de ações podem ser consideradas boas ou corretas, bem como quais os critérios que as definem do ponto de vista moral. São as chamadas *questões de primeira ordem*. O segundo gênero, chamado, por

¹⁵ Cf. Manual de Ética (Torres, 2014).

¹⁶ De acordo com Houaiss: **ética** – 1. Conjunto de preceitos sobre o que é moralmente certo ou errado 2. Parte da filosofia dedicada aos princípios que orientam o comportamento humano; e: **moral** – 1. Conjunto de regras de conduta desejáveis num grupo social (Houaiss, 2015). Desta forma, seguiremos a tendência da maioria dos autores em bioética de utilizar os termos *ética* e *moral* indistintamente, salvo indicação em contrário.

consequente, de *questões de segunda ordem*, diz respeito, à linguagem, conceitos e métodos utilizados no discurso das questões de primeira ordem, ou seja, na ética normativa. Ao pensamento sobre o pensamento da ética corresponde a *metaética* (Boeira, 2014). A discussão metaética, por mais fecunda que saibamos ser, não será objeto do presente trabalho, em virtude do escopo mesmo do interesse de pesquisa. A ética normativa é de caráter essencialmente prático (Mendonça, 2014), e, como tal, pertinente ao nosso objeto de estudo.

2 – Ética das Virtudes

Uma indagação que constela o cerne das discussões éticas é sobre a motivação do agir humano. Por um lado, porque agimos como agimos, e, por outro, como devemos agir e porque assim o devemos. Esta questão pode ser resumida como ‘o que nos motiva a agir moralmente’? São inúmeras as fundamentações oferecidas pelos diversos modelos ético-normativos para tentar responder a esta questão. Williges demonstra que, a partir da questão da motivação moral, os estudos de ética normativa podem ser distinguidos em duas categorias de modelos de abordagem ética: um grupo de doutrinas centradas na ação obrigatória, e um outro grupo, centrado na questão de *o que é bom ser* (Williges, 2014).

No primeiro grupo encontram-se grande parte das teorias éticas consequencialistas e as teorias deontológicas. As primeiras, mormente utilitaristas, defendem a obrigatoriedade da ação correta sob a premissa da produção das melhores consequências, ou aquelas que produzam o máximo de consequências boas para a maior parte de envolvidos. A ação moralmente correta numa dada situação, é, portanto, aquela que produzirá a melhor consequência para o maior número de concernidos na ação. Já para as teorias de caráter deontológico, cujo maior referencial é a obra do filósofo alemão Immanuel Kant, a avaliação das consequências resultantes da ação é necessária, mas não suficiente para definir tal ação como moralmente correta (Esteves, 2014).

Kant formulou um princípio moral universal, ao qual denominou *imperativo categórico*, considerando o agir humano moralmente correto como um fim em si mesmo. Para a doutrina kantiana, a ética do agir humano não é instrumental, ou seja, não se propõe a ser um meio para o alcance de fins outros ou consequências ponderadas, mas é algo que possui um valor em si mesmo. Ambas as formulações consequencialista e deontológica, contudo, tem um ponto de encontro na preocupação centrada na correção da ação. O agente moral é aquele que *faz a coisa certa*.

Uma outra linhagem de tradição do pensamento ético é aquela que se preocupa não (exclusivamente) com a correção da ação, mas com o caráter e a identidade do agente moral. Williges nos explica: “A moralidade é entendida aqui não apenas com um foco na ação, mas envolvendo elementos como (...) aperfeiçoamento e autorrealização moral e identificação com as ações que fazemos” (Williges, 2014, p 180). Esta forma de abordagem das questões éticas é caracterizada pelo aspecto perfeccionista de suas proposições: há espaço para o aprimoramento

moral do sujeito, objeto último da busca pela moralidade. O caráter do agente moral é prerrogativa para alcançar uma vida humana desejável.

Assim como em Kant fundou-se o mais forte marco teórico para uma ética deontológica, e no utilitarismo tem-se o principal referencial de uma ética consequencialista, a ética teleológica (que aponta para fins últimos de realização humana) perfeccionista (que considera o aprimoramento como finalidade da realização humana) tem como premissas fundamentais os conceitos de bem, virtude e caráter. Estes conceitos são articulados no corpo teórico da Ética das Virtudes.

Remontando à Antiguidade Clássica, a Ética das Virtudes tem no núcleo central de sua teoria o pensamento de Aristóteles. Outras escolas gregas, como o epicurismo, o estoicismo, e Sócrates e Platão, também se utilizavam da idéia de virtude como excelência na vida humana. De qualquer forma, foi o corpo conceitual aristotélico que se desenvolveu no trabalho posterior dos filósofos que se debruçaram sobre a ética baseada nas virtudes; este grupo de correntes de pensamento filosófico é comumente chamado de neo-aristotélico. Alguns destes estudiosos mais recentes afirmam ter a Ética das Virtudes experimentado um longo período de latência, após ter vigido desde a época Grega Clássica até a Idade Média, quando encontrou seu diálogo com a ética cristã, através de Agostinho e Tomás de Aquino (Anscombe, 1958; Macintyre, 2007; Paviani e Sangalli, 2014).

A Ética das Virtudes Clássica define uma finalidade para a vida humana: o viver bem, a vida boa. Este conceito de vida boa está intrinsecamente ligado ao de caráter: este, definido como a soma dos hábitos adquiridos no cotidiano das práticas, seria o ‘habitat’ das virtudes, sem as quais jamais se alcançaria a vida boa. Ao contrário da maioria das Éticas modernas, para a Ética das Virtudes Clássica aristotélica, o *Bem próprio do homem* é prior à obrigação e ao dever. Aristóteles acredita que a natureza do ser humano seria equipada para adquirir virtudes através do hábito (formação do caráter): a ideia da virtude moral como algo que não possuímos por natureza, mas que somos capazes, por natureza, de desenvolvê-la. A ética aristotélica tem caráter de ciência esquemática. Primeiramente, divide o que ele chama de ‘alma’ em parte irracional – contendo as faculdades vegetativa, sensitiva e apetitiva, e parte racional – as faculdades teórica e prática. Nesta última cultivam-se as virtudes: Aristóteles introduz a ideia de que há dois tipos de virtude, as intelectuais (sabedoria filosófica, a compreensão, a sabedoria prática) e as morais (liberalidade e temperança) (Aristóteles, 1991).

A ética de Aristóteles é definida como uma teoria teleológica, pois assentada no conceito grego de *eudaimonia*: todos os conceitos de virtude, fim, bem maior do homem se articulam em função da realização própria da vida humana – o florescimento humano, a felicidade, a vida boa ou a excelência. No encontro com a ética cristã da Idade Média, a virtude passa a ser orientada pela relação espiritual, individual e interior com o Deus cristão, e se relaciona de forma vinculativa com uma ideia de dever moral: o cumprimento obrigatório da lei divina. Desta forma, a eudaimonia aristotélica se vê identificada com a *beatitudo cristã*: o homem, marcado pelo pecado, mas portador de razão prática, encontra no exercício voluntário das virtudes cristãs a via para a realização da felicidade eterna junto à graça de deus (Paviani e Sangalli, 2014).

Atribui-se ao texto *Filosofia Moral Moderna*, de G. E. M. Anscombe, publicado em 1958, o marco de uma retomada acadêmica dos estudos sobre a Ética das Virtudes no campo da filosofia moral, a partir de uma crítica à fragilidade das proposições éticas modernas, baseadas mormente nas teorias deontológicas e utilitaristas. Diante de uma insatisfação com o que parecem defender as teorias que não se apoiam nas virtudes – o julgamento moral seria como uma ordem programada de fora (leis mais ou menos generalizáveis ou consequências), à qual as pessoas responderiam igualmente de forma programada – o pensamento neoaristotélico proliferou, reintroduzindo a questão do caráter do agente moral e a valorização de diversos âmbitos da vida que formam o caráter como decisões morais novamente para o centro do debate ético. Alguns autores preocuparam-se com o papel dos sentimentos e da empatia na vida ética (Pence, 2004), conquanto em uma ética das virtudes, temos que conhecer de que tipo de pessoa se trata, o que pensa e sente sobre os demais e sobre si mesmo, sobre seu próprio caráter e suas ações. Numa ética das virtudes, a ação não tem lugar em um vazio político; é preciso conhecer como os diferentes tipos de sociedades estimulam diferentes virtudes e vícios. Casa, filhos, trabalho e demais escolhas pessoais também não podem ser alienadas de moralidade se o pensar da Ética trata justamente de como devemos viver.

Assim é que filósofos e estudiosos da ética e das teorias de justiça, criticando uma sensível falência, a partir do último século, da Ética moderna (Macintyre, 2007), retomaram o entendimento da virtude como cerne do ordenamento moral e jurídico, relacionando-a com formação de caráter e equilíbrio entre as normas e as condutas individuais. Afirmam assim, que os avanços científicos de nossas sociedades não podem simplesmente ignorar conceitos como bem, virtude e caráter, sob o prejuízo da falência dos valores éticos e morais da comunidade. Paviani e Sangalli concluem:

Também prova a relevância da ética das virtudes hoje a constante busca do senso de justiça. Graças a ela, as pessoas exigem seus direitos umas às outras. Ela é vital para alcançar o bem-estar e a felicidade, a igualdade política, de direitos, no sentido jurídico e moral. Ela exige reconhecimento do Outro, prudência, coragem, generosidade, autenticidade, para além do mero cumprimento de normas legais. A justiça requer a prática da solidariedade entre indivíduos e grupos, e exige a prática do princípio de responsabilidade na vida social e política (Paviani e Sangalli, 2014, p. 243).

3 – Ética do discurso

A reflexão acerca da relação entre ciência e ética na modernidade, e a crítica da ineficácia dos modelos morais convencionais não resultou apenas nas propostas de releitura e atualização da ética das virtudes clássica. A Escola de Frankfurt, nas décadas de 1970 e 1980, albergou o desenvolvimento de teorias éticas sob a ótica de uma *comunidade de comunicação*. Karl-Otto Apel e Jürgen Habermas são os dois principais representantes desta escola que, juntos, formularam a fundamentação filosófica da Ética do Discurso.

A ética do discurso tem caráter deontológico, na medida em que pressupõe o estabelecimento de normas, sem, contudo, vincular-se ao modelo de sujeito transcendental metafísico kantiano, que possui em si mesmo a capacidade racional de deliberação sobre os princípios morais universalizáveis. Antes, o sujeito moral da ética do discurso se estabelece de forma intersubjetiva através de processos comunicacionais, que, em si mesmos, possuiriam um potencial normativo (Pinzani, 2014). É objeto desta ética, não o conteúdo das normas morais, mas “as condições sob as quais podemos afirmar que certa norma possui validade” (Pinzani, 2014, p. 307).

Interessado na dimensão linguística das normas morais, Habermas descreve dois modelos de racionalidade: uma racionalidade instrumental, e uma racionalidade comunicativa. A primeira, definida por um tipo de raciocínio que visa estabelecer e alcançar finalidades específicas, não tem seu conteúdo sujeito a escrutinação por avaliação moral de seus valores. Este tipo de raciocínio, característico dos discursos da economia ou da administração, seria predominante nas sociedades contemporâneas e muitas vezes eclipsaria a atuação da racionalidade comunicativa mesmo em âmbitos em que esta deveria ter predominância. A racionalidade comunicativa por sua vez, é característica do âmbito dos discursos morais, e visa a estabelecer formas de comunicação que favoreçam o entendimento mútuo, em busca de consenso acerca das normas morais. É esta a racionalidade que está em questão na ética do discurso.

O discurso é então aqui entendido a partir de um ato comunicativo dentro da racionalidade comunicativa, que, como tal, tem algumas pretensões: de compreensibilidade do que se é enunciado; da verdade do que se está afirmando; da validade da norma moral defendida; e da veracidade da opinião que se emite em correspondência com as emoções ou intenções do locutor. O discurso se dá através da troca argumentativa entre interlocutores, objetivando a justificação das pretensões de verdade e validade.

Assim definido, o discurso habermasiano no campo moral é dividido em dois tipos: o discurso de fundamentação, e o discurso de aplicação. O primeiro busca decidir sobre a validade de uma norma, através de condições de comunicação ideais, assim descritas:

Em situação **ideal**¹⁷, no discurso podem intervir todos os membros de uma comunidade, com a possibilidade de introduzir em qualquer momento todos os possíveis argumentos (à condição que sejam pertinentes ao assunto) e de discutir sem limite temporal até prevalecer o melhor argumento (ou seja, o mais racional, não o mais sugestivo, nem o que encontra mais adesões porque quem o introduziu possui mais habilidade retórica ou ameaçou os demais com o uso da força). No discurso ideal o consenso é atingido com base em boas razões em prol de um argumento, não com ameaças, sugestão, persuasão retórica, pressão, etc (Pinzani, 2014, p. 309).

Uma breve reflexão sobre nossas interações cotidianas já pode apontar problemas quanto a dificuldade em se atender a estes critérios. Habermas identifica estas limitações, mas segue defendendo que o modelo ideal de discurso serve a ser um modelo regulador para os discursos reais, que deverão tê-lo como parâmetro ideal de realização. O segundo tipo de discurso, de aplicação, não se propõe a fundamentar normas morais, mas a estabelecer meios de tomada de decisão diante de dilemas morais em situações concretas, onde haja conflito quanto a aplicação de diferentes normas. Este é o tipo de discurso, segundo a Teoria da Racionalidade Comunicativa de Habermas, de que estamos tratando ao discutir a comunicação de más notícias em saúde.

Tratando da comunicação no âmbito da relação médico-paciente, é bastante tentador adotar a proposta da Ética do Discurso de Apel e Habermas como base para discutir a ética comunicacional na prática médica. Apel se dedica à reflexão da relação entre ética e ciência na modernidade; afirma que a ciência se pretende isenta de valoração, enquanto o pensamento da ética seria indissociável da atribuição de valor. Advoga por uma racionalidade ética, a necessidade de fundamentação racional da ética na era da ciência. Ao denunciar que a (pretensa) objetividade científica tenha exilado a pretensão de validade das normas e juízos de valor moral para o âmbito de um subjetivismo descompromissado, defende que as chamadas *decisões de consciência* podem ser levadas a um acordo segundo regras normativas, assumindo uma responsabilidade para a práxis da vida social (Apel, 1994). Da mesma forma, Habermas rejeita a ideia de um *decisionismo* ético do qual acusa as teorias subjetivistas ou emotivistas: o que pretende ter validade moral são razões, e não sentimentos ou preferências subjetivos. Contudo,

¹⁷ Grifo do autor.

esta razão precisa ser atingida através de estratégias cooperativas, de forma dialógica, das quais participem ativamente todos os concernidos.

Numa situação de dilema moral envolvendo a comunicação médico-paciente, como, por exemplo, uma tomada de decisão quanto a procedimentos terapêuticos de risco, a proposta dialógica é extremamente interessante, e escapa de dois outros recursos que podem ser mais moralmente inadequados numa situação dada: por um lado, um contratualismo mercadológico, em que o médico atua apenas como um prestador de informações e serviços, e, por outro, a queda num paternalismo legitimador de normas unilaterais, baseadas na ideia de um saber superior. De fato, Habermas admite que no discurso tomam parte indivíduos em diferentes estágios de desenvolvimento moral. É então que introduz o conceito de *interesse*, como estratégia para garantir a representação de todos os concernidos diante de uma situação moral. Ele nos diz:

Por um lado, só a efetiva participação de cada pessoa concernida pode prevenir a deformação de perspectiva na interpretação dos respectivos interesses próprios pelos demais. Nesse sentido pragmático, cada qual é ele próprio a instância última para a avaliação daquilo que é realmente de seu próprio interesse. Por outro lado, porém, a descrição segundo a qual cada um percebe seus interesses deve também permanecer acessível à crítica pelos demais (Habermas apud Pinzani, 2014, p. 213).

O discurso envolvendo indivíduos em diferentes estágios de desenvolvimento moral e apresentando diferentes interesses, favorece, inclusive, neste processo dialógico, a ampliação de horizontes de cada sujeito tomando parte no discurso, podendo tornar cada vez mais refinadas as capacidades de julgar normas morais e de tomada de decisão.

Contudo, Habermas reconhece inúmeras limitações pragmáticas de sua ética do discurso; ora, o discurso real nunca se dá em condições ideais. Assim, são limitações do discurso real frente ao discurso ideal i) o fato de que nas situações de discurso reais, as formas de argumentação se dão de maneiras muito menos rígidas do que nos discursos teóricos; ii) as situações de discurso reais não estão livres da pressão existente de conflitos sociais (por exemplo, na relação médico paciente, as disparidades sociais relativas a status, escolaridade, vulnerabilidade social, etc.); iii) as premissas do discurso ideal estão sempre ameaçadas pelas práticas comunicacionais de comunidades onde o modelo consensual não é dominante (por exemplo, nas práticas em saúde que ainda alimentam relações paternalistas de cuidados); iv) a escassez de saber, tempo, disponibilidade para a comunicação dialógica, e outros recursos.

Para os autores da *Ética do Discurso* há o entendimento de que estas limitações e conflitos acontecem apenas ao nível da aplicação das normas, o que não descredita, portanto, as premissas fundamentais da teoria quanto ao discurso de fundamentação das normas morais. Especificamente no contexto das relações médico-paciente em seu aspecto comunicacional, limitações do discurso de aplicação relativas a atitudes e capacidades individuais, reconhecidas pelo próprio Habermas, são características e bastante evidentes nas práticas em saúde. Pinzani enumera:

(...)limitada disponibilidade de tempo disponível individualmente, atenção episódica para temas que tem uma história peculiar, limitadas capacidades cognitivas de elaboração, distribuição desigual de atenção, das competências e do saber, egocentrismo, fraqueza de vontade, irracionalidade, autoengano, atitude oportunista, paixões, preconceitos, etc (Pinzani, 2014, p. 320).

Apesar da evidente aproximação de uma ética voltada prioritariamente para as questões da linguagem e do discurso na elaboração da vida moral com o tema de comunicação na relação médico-paciente, nos parece que, por melhores que sejam estas contribuições, há um núcleo central de atributos das relações humanas que impactam decisivamente sobre questões de ética relacional, e que, ao terem os fundadores da *Ética do Discurso* passado ao largo dos aspectos emocionais e propriamente subjetivos dos juízos de valor moral que conformam as normas morais, deixaram de contemplar também estes atributos. Isso parece manter esta teoria muito mais próxima de um ideal do que de possibilidades reais de uma ética dialógica.

Além de tudo, as limitações acima descritas ressoam diretamente nas questões discutidas pela *Ética das Virtudes*. Encerramos esta sessão com uma citação que parece concordar, afinal, com a opção pela *Ética das Virtudes* para a análise do nosso tema:

O princípio moral ‘exclui do discurso moral inclinações, paixões e interesses particulares, modos de vida culturalmente determinados, critérios valorativos éticos e máximas da vida boa’ (Günther apud Pinzani, 2014, p. 320). Mas nos encontramos sempre e inevitavelmente num determinado mundo da vida do qual tais elementos éticos e culturais são parte. Até o princípio moral pode ser utilizado somente dentro de determinadas formas de vida (Pinzani, 2014, p. 320).

4 – Bioética

É razoavelmente um consenso dentre os estudiosos da área, que o termo Bioética tenha sido utilizado pela primeira vez em 1970, pelo oncologista norteamericano Van Ressenlaer Potter. Potter concebeu este conceito como uma *ponte* necessária para a preservação do futuro da humanidade: ele antecipava a necessidade de articular o progresso científico com valores morais humanos. Contudo, o desenvolvimento da disciplina pareceu afastar-se um tanto da proposta original de Potter nas décadas seguintes, estreitando-se para uma *bioética médica* ou da biomedicina (Ten Have, 2012). Mais recentemente já proliferam outros estudos que se aproximam mais das preocupações originais de Potter, nos termos de uma *bioética global*, mas não é dela que nos ocuparemos aqui. O âmbito deste trabalho fica circunscrito à discussão bioética da ética biomédica.

Neste sentido, Rego, Palácios e Siqueira-Batista nos apresentam uma contextualização da Bioética enquanto disciplina, extensa pelos campos teórico, acadêmico e da prática, que surge de forma necessária em virtude da complexificação – equacionada pelo progresso científico – do trabalho em saúde, característica de todo o século XX. Apontam para as questões éticas que foram levantadas desde a primeira metade daquele século, acerca das experimentações científicas com seres humanos, como incubadoras das reflexões que conformariam o debate da Bioética nas décadas posteriores. A incessante complexificação da assistência à saúde, seja no âmbito dos cuidados em saúde, seja no das pesquisas clínicas, exigiu, de forma cada vez mais urgente, a readequação das respostas morais. Para isso, a Bioética exigiu a integração de diversos saberes e campos de conhecimento, caracterizando-se como um saber transdisciplinar (Neves). Assim, estes autores definem a Bioética como: “(...) o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, que emprega uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar” (Rego *et al.*, 2009, p. 32).

A Bioética também se constitui como lugar de reflexão para o trabalho/trabalhador em saúde. Para Ramos, a Bioética atua como ferramenta para o manejo de problemas da prática, e tem duplo caráter de proteção: tanto para aqueles que sofrem diretamente as consequências das dificuldades, erros e abusos da prática em saúde, como sobre a preservação da ideia de boa prática voltada para seus praticantes. Ela nos diz que “a bioética é, potencialmente, um sistema abstrato capaz de produzir reflexividade, ordenando a experiência e o projeto de identidade subjetiva do trabalhador em saúde” (Ramos, 2012, p. 146). A Bioética, nesta concepção, afeta

tanto ao público leigo, que recebe a ação de um agir qualificado habilitado pelo instrumental da Bioética, quanto aqueles que, habilitados ou se habilitando para a prática, possam (passam a) sentir-se qualificados para tal ação.

A partir da transformação histórica dos universais éticos – da natureza, para deus, para a razão – e a moderna percepção do caducar destes universais, a falibilidade de um princípio normativo heterônomo universal empurra o ser humano para ocupar o lugar de formulador destas regras: Neves nos explica que este é o movimento, sobretudo a partir da década de 1970, que gesta o surgimento das, inéditas até então, éticas aplicadas. A Bioética nasce como resposta a uma necessidade inequívoca de resposta moral e exercício normativo ao novo mundo das biotecnologias do século XX. Uma crise de amoralidade na sociedade moderna que levava a urgência da busca por novas fórmulas de moralidade. “A Bioética surge então como expressão desta subordinação necessária da ciência ao homem” (Neves, 2014, p. 152).

Assim, em respeito ao seu caráter de ética aplicada, a bioética se desdobra em dois campos. Um campo analítico e investigativo, que conforma uma dimensão descritiva, e outro campo prescritivo, conformando uma dimensão normativa – sem, contudo, exaurir-se em uma deontologia. Ambas estas dimensões seguem indissociáveis. Tem, ainda, um âmbito essencialmente prático no qual diversas correntes procuram oferecer respostas pragmáticas aos dilemas morais que se apresentam na prática dos cuidados em saúde. Dessa forma, muitas vezes as correntes da Bioética buscam fundamentação em mais de uma teoria moral, agregando perspectivas que as tornam mais inclusivas. É o caso, por exemplo, da chamada corrente *principialista*, ou *principialismo*, sobre a qual veremos no próximo parágrafo. Assim é que também existe um grande número de correntes baseadas nos mesmos instrumentais teóricos, utilizando-os para embasar os aspectos aos quais atribuem maior valorização no debate bioético. Estamos tratando aqui, portanto, a Ética das Virtudes como um grande grupo, como uma família de teorias éticas, assim como o são o utilitarismo e a deontologia, a título de nos servir a uma comparação entre a filiação filosófica moral com a qual optamos fazer a discussão do tema em questão, e suas principais divergentes. Adiante, entraremos especificamente na teoria ética das virtudes com a qual optamos fundamentar o debate bioético.

As discussões acerca dos limites éticos da experimentação científica com seres humanos não apenas foram campo fértil para o desenvolvimento das reflexões que constituíram o campo da bioética, como também são ainda hoje, importante veículo de divulgação das questões bioéticas, tanto no meio acadêmico quanto no leigo. São aparentadas às discussões sobre ética

em pesquisa com seres humanos aquelas que discutem a prática clínica. Ambas são âmbitos da atuação médica na relação com os sujeitos de suas práticas. A obra seminal sobre estas discussões em ética médica é o livro *Princípios da Ética Biomédica*, de Childress e Beauchamp (2002). Nele, os autores sistematizam uma teoria dos quatro princípios *prima facie* – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – que ficou conhecida como principialismo. Oriundo da cultura anglo-saxã, o princípio da autonomia ganhou amplo destaque nas reflexões bioéticas, e o principialismo ficou tão universalmente difundido, que chega mesmo a ser, muitas vezes, tomado como a teoria bioética em si (Rego *et al.*, 2009).

Não obstante, as reflexões bioéticas recebem diversas contribuições das mais diferentes correntes da ética e das teorias de justiça, conformando propostas que discutem desde aspectos políticos, de saúde pública e coletiva, até as questões da prática cotidiana no campo da saúde, como tomada de decisões e a relação médico-paciente. Muitas destas propostas vieram apontar, ou mesmo tentar suprir, a insuficiência do referencial principialista no campo da bioética *in toto*.

Neste estudo, é proposta uma abordagem de questões de ética médica, circunscritas por um debate bioético, no âmbito da comunicação nas relações médico-paciente, através do referencial teórico da ética das virtudes, como vem sendo debatido mais recentemente em leituras contemporâneas desta teoria. No caso, vamos ver mais à frente como a filósofa neozelandesa Christine Swanton (1947 -) propõe uma atual Ética das Virtudes pluralista, desenvolvida sobre reflexões acerca do pensamento ético nas obras do filósofo alemão Friedrich Nietzsche (1844 – 1900), e tentar demonstrar como esta proposta pode servir ao debate do tema em questão. Por ora, mais algumas considerações sobre as reflexões bioéticas em diferentes correntes.

Controvérsias éticas não raras na prática médica, como as questões envolvendo comunicação de más notícias, colocam em cheque a primazia das correntes deontológicas e/ou consequencialistas sobre o debate bioético. Uma defesa por uma abordagem ética das virtudes no campo da Bioética, especificamente sobre a questão da relação médico-paciente, compreende que a experiência clínica é um âmbito bastante amplo para o debate não apenas sobre *o que fazer*, baseando-se em normas heterodoxas, mas sobre *quem é* este agente moral nesta relação. Mesmo a escolha dos princípios sobre os quais agir é em grande parte dependente do caráter dos agentes morais na atividade clínica. Pellegrino e Thomasma, em seu *The virtues in medical practice* afirmam que:

It seems obvious that despite a proliferation of policies and guidelines, if the individual physician, as well as the patient, is not habitually disposed toward the good and generally to be trusted, terrible consequences occur in medicine and medical practice, from outright fraud to direct harm to patients (Pellegrino e Thomasma, 1993, p. 13).

Os antigos códigos de ética médica tinham suas condutas ancoradas no caráter do médico, como aquele que asseguraria o bem-estar do paciente. Pellegrino e Thomasma ligam diretamente as virtudes às qualidades necessárias à (boa) prática médica.

Uma das interpretações para o mais recente desenvolvimento da abordagem da Ética das Virtudes para a Bioética o considera como uma reação ao crescente movimento consumista nos cuidados em saúde, o que, num polo oposto à tradição paternalista – da forma como já anteriormente a definimos – coloca o profissional da saúde como um agente do paciente, a quem serve, sem independência moral (Oakley, 2015). Buscando delinear o que define a Ética das Virtudes e a diferencia do utilitarismo e do kantismo – como grandes grupos, famílias de tradição filosófica – Oakley descreve o que considera ser seis pressupostos chaves: i) para o critério de correção de uma ação, a referência ao caráter do agente moral é essencial na justificação da ação correta; ii) o Bem tomado como anterior e prioritário à correção, implica em estabelecer primeiro o que seja valorável ou bom, para só depois definir a correção de uma ação; iii) as virtudes são bens plurais intrínsecos e irredutíveis; iv) as virtudes são objetivamente boas e seu valor independe se o agente as deseja ou não; v) alguns bens intrínsecos são relativos ao agente moral; vi) o agir correto não requer que se maximize o bem-estar ou o Bem. Na relação da ética das virtudes com a Bioética, Oakley descreve a importância do caráter virtuoso na prática médica em termos da relação médico-paciente: o médico não deve, por exemplo, cumprir com a verdade para com seu paciente somente pela importância do livre consentimento ou do respeito à autonomia do paciente, mas porque isto envolve uma virtude, no caso, a de ser verdadeiro (Oakley, 2009).

O professor escocês Alastair Campbell, outrora presidente da International Association of Bioethics (IAB), em entrevista ao CREMESP em 2002 (Oselka, 2009b), enfatizou a necessidade de, nas relações médicos-pacientes, aliar os sentimentos à prática. Nas teorias de base kantiana ou consequencialista, o agente moral surge como uma figura abstrata, universal, *sem rosto*. A teoria das virtudes valoriza o caráter específico deste agente moral (Pence, 2004). Contudo, os conceitos aristotélicos da ética das virtudes clássica diferem radicalmente da forma moderna do uso da ideia de *moral, bem, obrigações*, etc. Anscombe propõe a necessidade de

uma filosofia da psicologia para equipar as justificativas éticas (Anscombe, 1958). Oakley defende que a ética das virtudes tem enorme contribuição para oferecer ao debate bioético, principalmente em áreas como as discussões acerca do começo e fim de vida e a prática dos cuidados em saúde. Ele exemplifica com o trabalho de Rosalind Hursthouse sobre o aborto, *Beginning Lives*, de 1987. Nele, Hursthouse defende que o debate em que o foco no conflito entre os direitos da mãe e os direitos do feto é não só improdutivo, como irrelevante para a questão central da moralidade do aborto. Segundo sua visão ética das virtudes, o cerne da questão da moralidade não é a correção da ação aborto, mas sim o caráter com o qual esta decisão é tomada. Sob esta perspectiva, os direitos individuais (da mãe, no caso) poderiam ser exercidos de forma virtuosa ou de forma viciosa. Essas seriam as bases sobre as quais as condições para a valoração moral de determinadas ações devem se sustentar (Oakley, 2009). Veremos isto de forma mais aprofundada mais à frente.

Diego Gracia, bioeticista espanhol de renome internacional, também concedeu entrevista ao CREMESP, no ano de 2005 (Oselka, 2009b). Ao falar sobre o agir ético na prática médica, duas posições sobressaem em importância: em primeiro lugar, a de que a deliberação no agir do médico é uma deliberação ética, mas também é uma deliberação clínica. O saber técnico não está dissociado do agir ético. Em segundo lugar, a busca pela correção das ações na prática clínica não deve buscar decisões clínicas corretas, mas decisões *prudentes*. Glaser e Strauss, discutindo a questão da consciência da proximidade da morte pelos pacientes, descreve com precisão o cerne da questão de comunicação de más notícias sob a visão bioética: “The problem of awareness is crucial to what happens both to the dying patient and to the people who give him medical and nursing care” (Glaser e Strauss, 2005, p. 6). É um problema técnico e moral.

Temos então que na ética das virtudes clássica aristotélica há uma distinção entre as virtudes da boa pessoa e virtudes específicas de determinados papéis sociais. Virtudes da boa pessoa como tal são necessárias para viver harmoniosamente em sociedade. Virtudes específicas são necessárias para realizar bem uma função ou dedicar-se a uma atividade ou profissão. O valor das virtudes está em serem necessárias para uma vida humana bem-sucedida. As pessoas vivem de formas diferentes. As sociedades também diferem entre si, favorecendo estes ou aqueles tipos de vida. Haverá traços distintos necessários para viver de forma bem-sucedida cada tipo de vida. Aristóteles propõe pontos em comum entre as pessoas, postulando a ideia de virtudes necessárias a todas as pessoas em todas as épocas. Apesar de guardadas as diferenças entre pessoas e sociedades, as virtudes essenciais não seriam prescritas por

convenções sociais, mas por fatos de nossa condição humana comum. A ética das virtudes avança sobre as questões da motivação moral: faltaria mérito ou valor nas ações morais praticadas por um sentido abstrato de dever. As teorias éticas que enfatizam apenas a correção da ação não fornecem uma explicação satisfatória da vida moral (Rachels, 1969).

As virtudes específicas para uma boa prática nos cuidados em saúde são elementos frequentes nas reflexões morais acerca destas práticas, embora ainda que não claramente em bases da ética das virtudes. Na sua antropologia dos Cuidados Paliativos, Menezes relata o entendimento dos profissionais desta área de atuação sobre a construção de uma identidade profissional: o conhecimento técnico é condição imprescindível, mas não suficiente, e deve ser conjugado a certas características pessoais, apontadas como necessárias principalmente no processo comunicacional entre médico/profissional de saúde-paciente. São citados atributos como “ser paciente”, “atencioso”, “ter compaixão”, “bom senso”, “empatia”, “tranquilidade”, “docilidade” e “sensibilidade” (Menezes, 2004). Parece seguro afirmar que estas características são atributos relacionados ao desenvolvimento de virtudes na prática profissional. Além disso, descreve que o modelo de comunicação adotado pela equipe de Cuidados Paliativos prioriza o princípio da autonomia do paciente, levando o médico a estabelecer uma modalidade de relação com seus pacientes onde a tomada de decisão é compartilhada (Menezes, 2004). Também Monica Trovo, em sua dissertação tratando da comunicação em CP, identificou elementos constitutivos do processo comunicacional excelente, ou suficientemente bom, na relação médico-paciente, sob os conceitos de “empatia”, “compaixão” e “sinceridade prudente” (Araujo, 2011). Vemos que o vocabulário das virtudes, permeia, desta forma, todo o universo da discussão bioética que envolve a comunicação médico-paciente.

Se novos autores e reflexões mais recentes se propuseram a apontar a fragilidade da proposta princípalista como instrumento universalizável no campo da bioética, parece que os próprios autores desta proposta já haviam percebido esta deficiência, buscando aparar estas arestas através da conciliação dos princípios *prima facie* com a importância do caráter do agente moral nas tomadas de decisão. Childress e Beauchamp, no já mencionado *Princípios da Ética Biomédica*, assim escrevem:

A moralidade inclui mais que obrigações. Quando ocorrem conflitos morais, com frequência reconhecemos que os traços de caráter das pessoas que devem fazer julgamentos não são menos importantes que as obrigações expressas nos princípios e nas regras. Neste capítulo, muitas vezes destacamos a importância de virtudes tais como a veracidade, a confiabilidade e a fidelidade. Toda teoria ética adequada tem de considerar essas virtudes tanto quanto os ideais morais (Childress e Beauchamp, 2002, p. 494).

E ainda: “(...)os princípios não nos fornecem diretrizes precisas ou específicas para todas as circunstâncias concebíveis. Eles requerem julgamentos, que por sua vez dependem do caráter, do discernimento moral, e do senso de responsabilidade de uma pessoa” (Childress e Beauchamp, 2002, p. 495).

Para concluir esta seção, refletimos que a comunicação efetiva entre equipe de saúde e paciente é instrumento viabilizador e garantidor de autonomia. Neste sentido, retomando a discussão da micropolítica do trabalho em saúde, a questão da autonomia está para além de um princípio de escolha, mas faz parte do processo de subjetivação nas práticas em saúde: “(...) o sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu ‘modo de andar a vida’” (Franco e Mehry, 2013, p. 29).

5 – Nietzsche

Para podermos seguir adiante e apresentar a ética das virtudes proposta por Christine Swanton, é, antes, necessário que apresentemos a filosofia nietzschiana sobre a qual ela constrói sua teoria, em seus elementos fundamentais para a compreensão de ambas as obras.

Sem ser, por exemplo, uma espécie de monstro, uma sentina de imoralidade, sou o contrário (por temperamento) dessa classe de indivíduos que até agora continua sendo venerada como modelo de virtude. Orgulho-me de seguir as doutrinas do filósofo Dionísos e preferiria mil vezes mais ser considerado como um sátiro do que como um santo (Nietzsche, 1959, EH, Prefácio, II, pp. 15,16).

Nietzsche foi um crítico da moralidade. Chamava a si próprio um imoralista, e foi, por isso, muitas vezes tomado ao pé da letra por críticos e estudiosos de sua obra. Não obstante, sua obra foi e continua sendo estudada por filósofos e pensadores da moral. Felizmente, muitos destes trabalhos passaram a novas interpretações da filosofia nietzschiana, procurando entender suas concepções éticas e sua filosofia moral sob um olhar crítico-constutivo.

A vida e o pensamento de Nietzsche estão interligados em um profundo imbricamento. O pensamento de Nietzsche tem uma profunda coerência, ainda que uma coerência assimétrica, dado o caráter fragmentário de sua obra. Podemos identificar, de forma esquemática conquanto simplificada, três períodos distintos. O primeiro período, caracterizado como pessimismo romântico, Nietzsche desenvolve uma metafísica estética, largamente influenciada pela admiração às obras de Wagner e Schopenhauer. Preocupa-se com a música e a arte, o belo, o sublime e o trágico. Sua principal obra deste período é *O Nascimento da Tragédia*.

Entre 1876 e 1881, Nietzsche rompe com os ideais românticos e metafísicos, assumindo características iluministas: cultua a liberdade de espírito (*Freiegeist*) e assume-se como livre-pensador. Neste período inicia em seu pensamento a crítica à moral judaico-cristã. São obras importantes desta fase *Humano, demasiado humano* e *Gaia Ciência*. O terceiro e último período, que conta de 1882 a 1888, Nietzsche liberta-se do ideal iluminista, que passa a ser alvo de críticas em seus trabalhos, e adota o ideal de afirmação da vida como supremo valor. É o período de seu *Zaratustra*.

Os escritos de Nietzsche têm características de sublimação de suas experiências pessoais. Em sua obra autobiográfica, *Ecce Homo*, Nietzsche retoma uma ideia trágica, a ideia de que a delicadeza e amabilidade extremas relacionam-se com a morbidez. A influência dos

estados inquietantes de Nietzsche em sua obra se traduz pela capacidade de produzir a partir destes estados, e está no fundamento da ideia do pathos da distância: para poder analisar os fenômenos é preciso se distanciar deles. Assim é o esforço de Nietzsche por não apenas viver o que sente, mas de dar um estilo ao que sente. Tudo em Nietzsche é extremamente reflexivo.

Na base dos desdobramentos posteriores do pensamento de Nietzsche sobre ética e moral, e das ideias por ele consagradas de *amor fati* e *eterno retorno* – conceitos fundamentais para entender sua filosofia moral *in toto* – os dois primeiros ensaios de Nietzsche parecem já delinear o caminho futuro de seu pensamento. Sob os títulos de *Fatum e história* e *Liberdade da vontade e fatum*, ambos de 1862, Nietzsche tenta resolver, de maneira dialética, o problema da liberdade de vontade e o fatum, entendido como força que resiste a esta liberdade. O livre arbítrio, para ser exercido, necessita de algo que resiste a ele. A absoluta liberdade de vontade sem nada que a ela se oponha, faria do homem um *deus*; o fatum absoluto (como princípio fatalista), faria do homem um autômato.

Nietzsche descreve o destino como a realidade quando ela escapa ao homem. Essa é uma ideia muito cara à filosofia moral, na medida em que tenhamos que deliberar eticamente sobre nossas atitudes diante deste fatum que nos escapa. Ao homem é dado fazer o que ele quiser; apenas é impossível que, uma vez tendo feito o que queria, não se crie uma cadeia do *feito*, uma trilha. E nestas bases que Nietzsche vai sustentar sua defesa do amor fati: escolher o seu destino não quer dizer que se possa escapar dele.

Nietzsche se faz crítico veemente do ideal germânico, e, por conseguinte, do ideal da sociedade ocidental de sua época. Sua alegoria do sentimento do outono da civilização indica que ele percebe a ruína do edifício de valores de sua cultura, o desaparecimento das tradições com as instituições que as sustentam. É neste sentido que Nietzsche vai empreender severas críticas à moral religiosa da época e seus ideais de virtude, como crítica às instituições vigentes e aos poderes instituídos.

Tomemos por exemplo o conceito de pudor em Nietzsche, importante para a compreensão de sua psicologia, e que se refere à sua crítica à *virtude* da compaixão. A atitude crítica de Nietzsche diante da *virtude cristã* da compaixão pode, inclusive, nos trazer algumas iluminações, por analogia, sobre o modelo paternalista de relação médico-paciente nos cuidados em saúde, muito disseminado, curiosamente, em sociedades como a nossa, onde valores morais ainda estão muito próximos de valores da teologia moral.

Como virtude fundada na moral cristã, Nietzsche é contra a compaixão por interpretá-la como um vício moral, disfarçado em virtude na ideologia da *moral do escravo*: aquele que tem compaixão pelo outro se coloca diante do outro vendo nele apenas o sofrimento e entende-se como um valoroso doador para o outro. Como se o outro fosse igual ao sofrimento e se coloca acima do outro como a pessoa boa (virtuosa). Porém, nenhum homem é só sofrimento, todo homem é maior que seu sofrimento. O compassivo se coloca como moralmente superior e nisso, para Nietzsche, arrasa sua moral. Nietzsche critica a psicologia do compassivo, que, para ele, é a psicologia do ressentimento. Em *Gaia Ciência*, Nietzsche afirma haver um despudor quando se olha alguém que sofre e o obriga a identificar-se com seu sofrimento. Assim é que, para Nietzsche, o sacerdote é um “doutor bastante animado” (Trindade, 2014, p. 80) para a salvação dos outros, mas que nega sua própria condição animal humana.

No período de *O Nascimento da Tragédia*, Nietzsche estabeleceu uma dialética entre o que chamou de as duas pulsões artísticas da natureza: o apolíneo e o dionisíaco. O interesse pela tragédia grega em Nietzsche, tem a ver, então, como sua crítica à modernidade. Para Nietzsche, a sociedade ocidental teria se desenvolvido sobre a racionalidade socrática – Nietzsche interpretava Sócrates como o porta-voz da cientificidade objetiva. A dignidade do trabalho como dogma da modernidade seria um dos frutos de uma sociedade construída sobre a ideia de escravidão. “O trabalho e suas duas irmãs, a ciência e a técnica, tudo em nome do conhecimento e da utilidade desinteressados, astuciosos falastrões, diria Nietzsche” (Trindade, 2014, p. 82).

O naturalismo de Nietzsche rejeita a dialética matéria-espírito. A natureza é ela própria a artista, e a arte não é apenas atividade do espírito humano. A natureza cria formas, e, ao criá-las, a arte começa na fisiologia. Nesse processo criador, tanto na natureza quanto no homem, as pulsões apolíneas e dionisíacas são elementos fundamentais no equilíbrio da vontade criadora. O dionisíaco traz em si o primordial, mas também a morte. Só a pulsão apolínea confere sentido à dor dionisíaca. Se a morte é o grande devir, o homem que afirma a vida, afirma, sobretudo, este caráter duro da vida: esta é a alegria trágica.

Sua filosofia trágica, portanto, é uma filosofia de afirmação do homem na vida, através do agir criativo da vontade e pela adesão incondicional ao amor fati. Para Nietzsche, o homem tomado pela pulsão dionisíaca mergulha o olhar no profundo abismo do ser. Essa visão mata a ilusão necessária à ação no mundo. A arte – o apolíneo das formas – transforma esta aversão em imagens capaz de tornar a vida possível. A visão dionisíaca pura é incompatível com a vida;

o apolinismo, a arte das imagens, é fundamental para que o homem se torne capaz de agir. A dialética que Nietzsche propõe neste período de metafísica estética, e que planta as sementes de sua crítica à ciência e à moral de seu tempo, está não entre o apolíneo e o dionisíaco como polos opostos em si; a dialética é do apolíneo e o dionisíaco conciliados versus Sócrates: a figura do homem do saber científico.

Nietzsche entende o otimismo socrático como fio da causalidade da razão. Para Nietzsche, o que nasce com Sócrates é um tipo de conhecimento, o conhecimento da ciência, que é inimigo da criação artística. A filosofia moderna chega então aos limites do conhecimento com Kant, e sua proposição de que conhecemos os fenômenos, mas não as coisas-em-si. Nietzsche defende, então, que a arte se faz necessária para curar essa doença da dissociação, característica da modernidade. Da mesma forma, o hedonismo não é uma saída para Nietzsche; sua crítica ao utilitarismo rejeita a evitação da dor e a busca pelo prazer como um recurso da consciência. Para Nietzsche, o importante – e, podemos mesmo dizer, o moralmente importante – é a afirmação da dor como parte da existência, defendendo uma inteireza da experiência. Na psicologia de Nietzsche, é preciso conhecer o máximo de contradições, sobretudo em si próprio, e suportá-las, ao invés de extingui-las.

Portanto, podemos afirmar que Nietzsche critica a ciência positivista de sua época via Sócrates – ou via sua interpretação de Sócrates. Sócrates, para Nietzsche, é a época da razão e do homem teórico, e o socratismo sofre de uma ficção, que é achar que se pode dominar racionalmente a existência. O ideal do homem teórico pretenderia dominar e estruturar racionalmente tudo o que há; criticando a pretensão de que dominando instrumentalmente algumas coisas, se está dominando tudo, Nietzsche critica a pretensão da racionalidade (científica positivista) de dar conta do todo do real.

Assim inicia o projeto de revalorização de todos os valores em Nietzsche. Novas interpretações de sua obra, principalmente nas últimas décadas do século XX, defendem que a desvalorização da moral que Nietzsche executa é a expressão de necessidades, que são, elas mesmas, parte da ética contemporânea: a necessidade de livrar-se de concepções éticas corporificadas pela moralidade moderna e cristã, para encontrar e aceitar sua própria concepção de ética (Vaccari, 2010).

Vaccari explica o uso provocativo da linguagem por Nietzsche: ao se definir um imoralista, Nietzsche nos incita a ressignificar termos valorativos que uma cultura dominada por conceitos da ética cristã teria esvaziado de significado. Nietzsche não intenta demolir teorias

filosóficas, nem tampouco a moral em si mesma; seu objetivo é combater uma cultura que, a seu ver, empobrece a humanidade e frustra o perfeccionismo individual.

Cunha, por sua vez, insere Nietzsche num grupo de pensamento denominado de filosofias da suspeita: teorias que acusam a derrocada da ética clássica, adotando atitude relativista e/ou cética quanto a possibilidade de uma ética universalizável. A autora aponta aspectos importantes recortados do pensamento nietzscheano úteis a reflexões acerca do agir humano. Destacam-se o entendimento de um vínculo estreito entre consciência e corpo, ou entre matéria e espírito, a vontade de potência como força criadora de valores afirmativos da vida, e o ser humano situado no campo do devir e das multiplicidades (não polarizantes), e não das essências. Desta forma, na ética nietzscheana, a práxis não pode ser cega, mas pautada pelo emprego da vontade de potência ativa (Cunha, 2005).

Para esclarecer aqui o que seja a vontade de poder em Nietzsche, lancemos mão da descrição oferecida por Van Balen:

A vontade de poder ou vontade de potência é a vida mesma enquanto pluralidade de energia e forças que se direciona em todos os sentidos: ascendente, descendente, verticalmente e horizontalmente. O mundo constitui-se, na verdade, de uma rede de forças que podem aumentar e tornar a vida mais potente e saudável, mas que também pode diminuir, enfraquecendo e “adoecendo” a própria vida. Nietzsche não considera a vontade de potência como uma estrutura estável e permanente. Não é uma essência, mas um princípio plástico(...) (Balen, 1999, p. 41).

É preciso agora falar algumas palavras sobre como o pensamento de Nietzsche vem sendo discutido no âmbito da ética das virtudes, que é o escopo do presente trabalho.

Continua existindo a antiquíssima ilusão de saber, saber com precisão em cada caso, como se produz a ação humana (...) “Eu sei o que eu quero, o que eu fiz, sou livre e responsável, posso dar o nome de todas as possibilidades morais e de todos os movimentos interiores que precedem um ato; vocês podem agir como quiserem” (...) Assim pensava antes cada um, assim pensam ainda quase todos. (...) Não é justamente isso a “terrível” verdade: que o que se pode saber de uma ação não basta jamais para fazê-la? (Nietzsche, 2016, AUR, par 116, p.83).

Nietzsche é um filósofo da cultura, e, como tal, denuncia que a crença na verdade como valor incondicional não é a expressão de um fato ou lei que transcende o homem, mas sim, um resultado de uma avaliação moral. A própria moral é construída sobre juízos de valor que o próprio ser humano atribui às coisas. Os problemas fundamentais da cultura do ocidente, para

Nietzsche, são de natureza moral; a cultura se assenta em valores morais, como o é o valor da verdade para a ciência (Giacoin Junior, 1989).

O pensamento moral hegemônico da modernidade ao qual se dirige a crítica nietzscheana inclui o utilitarismo inglês e a deontologia de matriz kantiana. Como já vimos, coube a Anscombe o mérito, no século XX, de retomar espaço para a ética das virtudes no debate moral. Seu artigo apontava para a necessidade de conhecimento de psicologia moral e para a debilidade dos conceitos de dever e de obrigação moral diante da ausência de uma crença moral compartilhada em um legislador moral universal. Essa proposta abriu caminho não apenas para o debate moral nos termos da ética das virtudes, mas também para a aproximação do pensamento de Nietzsche com esta ética.

Lopes identifica como obstáculo para um diálogo proveitoso com a filosofia moral de Nietzsche o fato de que as interpretações de sua obra e seu pensamento mais influentes no século XX enfatizaram apenas e unilateralmente aspectos considerados negativos das ideias nietzschianas, e sua rejeição da tradição moral hegemônica, deixando de privilegiar, ou mesmo de contemplar, os aspectos construtivos de sua reflexão crítica e de sua ética. Contudo, Lopes afirma, os atuais estudos sobre Nietzsche reconhecem sua contribuição positiva para a renovação da reflexão no pensamento ético (Lopes, 2013).

Vaccari faz uma apreciação do perfeccionismo em Nietzsche: a admiração por algo que é percebido como externo a nós mesmos induz a consciência de que existe uma melhor maneira de ser. Disso, advém a percepção daquilo que ainda não somos, mas que poderíamos vir a ser, aliada ao constrangimento pelo que somos hoje. Assim é que, uma representação concreta do que admiramos nos outros nos ajuda a focar em quem realmente somos. Em Nietzsche, a fidelidade a quem se é, é o que caracteriza a vida virtuosa dos indivíduos exemplares. O que confere valor a cada ser humano é o fato de ser um exemplo individual de vida que não pode ser reduzido aos demais. O que diferencia os indivíduos exemplares dos demais não é uma diferença de tipo ou quantitativa, mas qualitativa: é a singularidade criativa individual (Vaccari, 2010).

A vinculação de Nietzsche ao pensamento da ética das virtudes pode contribuir, nos estudos atuais, para a consolidação desta ética como uma alternativa viável às duas outras vertentes principais da ética normativa. Podemos apontar como elementos deste encontro a recusa a uma abordagem da vida moral pautada exclusivamente em regras ou imperativos abstratos, privilegiando uma ética organizada em torno da ideia de virtude e não na noção de

lei ou dever moral; a força normativa na formação de caráter e não da adoção irrefletida de critérios procedimentais; uma maior sensibilidade ao contexto e à complexidade da vida moral e da natureza humana, e uma atenção para a educação dos afetos (Lopes, 2013).

Para Nietzsche, o dever moral *par excellence* é a autenticidade. A simples imitação da figura de excelência implica no sacrifício da própria realização de vida: a negação do amor-próprio que alimenta a psicologia do ressentimento. A emulação, e não a imitação, do exemplo de excelência, implica no reconhecimento de quem se é. Desta forma, a moralidade nobre do pensamento de Nietzsche não está relacionada com estruturas sociais de classe, mas sim com os valores de sua psicologia moral: o que faz de uma pessoa (moralmente) nobre não é diretamente seu comportamento, mas certos aspectos de seu caráter, em particular, o amor-próprio (Vaccari, 2010).

Contra a moral utilitarista e a moral cristã, Nietzsche ataca principalmente as normas morais de que i) a felicidade seja intrinsecamente boa e o sofrimento intrinsecamente mau, e ii) escrúpulos morais derivados de uma concepção de pena e altruísmo como virtudes. Ambas as premissas pertencem ao que Nietzsche chamou de *moral do escravo*: alçado ao patamar dos mais altos valores morais, tudo aquilo que nega a pulsão criativa da vontade de poder, ao passo que os valores nobres de afirmação da vida foram rejeitados.

Ao fazer a reflexão ética sobre o campo da prática dos cuidados em saúde, o pensamento nietzscheano está diametralmente oposto às práticas paternalistas, mas advoga em favor de uma relação médico-paciente onde seja possível um processo de subjetivação que permita ao paciente apropriar-se de seu tratamento. Para Nietzsche, agimos pelo interesse dos outros não quando os ajudamos, mas quando os educamos. A produção de subjetividade é uma via de mão dupla nas relações pautadas pela ética (das virtudes) nietzschiana:

The cultivation of our genius is, then, a condition for being able to develop one's capacity to recognize and respond to real needs in other people. In Nietzsche's perfectionist framework, the best way of helping others is not choosing for them, but cultivating one's self and constructing one's example of how an individual life may receive the maximum value (Vaccari, 2010, p. 187).

6 – Christine Swanton, uma Ética das Virtudes Pluralista e a Comunicação de Más Notícias em Saúde.

Tratamos, na primeira parte deste trabalho, de apresentar um percurso descritivo de como no campo do saber médico, cooptado pela racionalidade científica que floresceu a partir do século XIX, foi possível o surgimento de uma série de reflexões críticas que tiveram por alvo as práticas em saúde. O âmbito destas críticas que conforma nosso objeto de estudo é essencialmente prático, ao mesmo tempo que relacional, e diz respeito à dimensão interpessoal das relações médico-paciente. É, portanto, do âmbito da ética.

A comunicação de más notícias em saúde é parte inerente à prática médica e, como tal, necessita de um saber técnico que a norteie. Por outro lado, como acontecimento na dimensão relacional do encontro entre profissional de saúde e usuário, não pode prescindir de um saber também relacional, articulado pelo conceito de *tecnologias leves* da prática em saúde. A articulação entre a aplicação de saberes técnicos-científicos e as tecnologias leves de caráter ético-relacional é assunto de interesse das reflexões bioéticas.

A filosofia moral dos séculos XIX e XX teve forte predominância das teorias éticas de base deontológica e consequencialista, o que, podemos inferir com base no material que viemos estudando, se refletiu na construção de importantes referenciais teóricos da bioética, desde seu surgimento, na segunda metade do século XX. Tanto no campo descritivo, quanto nas proposições prescritivas da bioética, percebemos a predominância de premissas apoiadas sobre deveres morais externos aos sujeitos da ação moral. Os trabalhos que examinamos na primeira parte, sobre a situação da comunicação de más notícias, em sua maioria, trazem propostas de estratégias baseadas em protocolos a serem seguidos e na ponderação de princípios em maior ou menor grau universalizáveis.

Contudo, o que estas soluções para situações de conflito moral nas relações médico-paciente parecem ignorar é que, tanto no vocabulário dos usuários em saúde quanto no dos profissionais que vivenciam estas situações, os termos utilizados para descrever o cerne da questão moral envolvida pertencem ao universo da ética das virtudes. Os pacientes não buscam um profissional que domine apenas a técnica da aplicação correta do protocolo de comunicação SPIKES, senão um médico, enfermeiro, fisioterapeuta, etc., que lhe seja também capaz de demonstrar empatia em atitude compreensiva no processo da comunicação. Assim como o profissional de saúde não se sente despreparado tecnicamente para lidar com estas situações por

falta de um conhecimento científico protocolar, senão pela carência de não ter desenvolvido habilidades relacionais na prática em saúde.

6.1 – Um exemplo de caso clínico

Vamos ver um exemplo, retirado da publicação *Bioética Clínica – Reflexões e Discussões sobre casos selecionados*, do CREMESP, do ano de 2009 (Oselka, 2009a). Nesta publicação, expõem-se casos clínicos que envolvem situações de conflito moral, seguidos de um rol de argumentos, as principais questões a ser levantadas e então, uma breve discussão, que busca estabelecer orientações gerais que possam nortear casos semelhantes. O caso que nos interessa está sob o título de ‘Comunicação de Más Notícias’ e é resumido da seguinte forma:

Paciente de 38 anos recebe diagnóstico de glioblastoma multiforme avançado e inoperável. Ao questionar do que se trata, oncologista – acreditando estar defendendo a própria honestidade profissional – explica taxativamente: “um câncer cerebral maligno que irá mata-lo em pouco tempo”. Paciente entra em quadro depressivo, que apressa sua morte (Oselka, 2009a, p. 47).

Seguiremos com a análise do caso apresentada pela publicação, ao mesmo tempo em que procuramos articular a discussão formulada com a proposta da ética das virtudes de Christine Swanton.

6.2 – A ética das virtudes de Christine Swanton

Christine Swanton é uma filósofa neozelandesa da universidade de Auckland. Ao lado de G.E.M. Anscombe, Rosalind Hursthouse, Alasdair MacIntyre, Michael Slote, Robert Solomon, entre outros, participa de uma geração contemporânea de filósofos que contribuiram, em maior ou menor grau, para a retomada do pensamento da ética das virtudes na filosofia moral. Muitos destes abordaram o pensamento de Nietzsche, reconhecendo neste afinidades inegáveis com uma teoria das virtudes. Contudo, para grande parte destes autores, a ética nietzschiana pareceu insuficiente ou demasiadamente controversa para ser adotada *in toto* como fundamento de uma nova ética das virtudes (Goosens, 2005).

Não foi este o caso para Swanton. Fundamentando a maior parte de sua teoria ética em Nietzsche – e também em Hume – Swanton rejeita uma leitura de Nietzsche que não seja realista e objetivista – em oposição às frequentes interpretações de seu pensamento como imoralista, relativista ou subjetivista. Para a filósofa, Nietzsche leva a ética das virtudes a um patamar mais longe do que o fez Aristóteles.

Para estabelecer as bases sobre as quais Swanton vai propor a sua ética das virtudes, ela defende uma compreensão taxonômica da filosofia moral. Assim, a ética das virtudes e sua análoga deontologia deveriam ser entendidas como *famílias* da teoria moral. A partir destas famílias, as éticas da virtude aristotélicas ou neoaristotélicas, por exemplo, no primeiro caso, e as filosofias de matriz kantianas, no outro, seriam gêneros de filosofia ética. E, por fim, Aristóteles ou Kant e suas próprias teorias seriam categorizados como espécies de teoria moral. Dentro da família da ética das virtudes, as éticas neoaristotélicas seriam um gênero de ética das virtudes eudaimonista; já a sua própria teoria, assim como a ética de Nietzsche, seriam do gênero não eudaimonista.

O pensamento nietzschiano flerta com a ética das virtudes, e pode, na visão de Swanton, ser compreendido como uma espécie do gênero, na medida em que os conceitos éticos normativos em Nietzsche são *qualidades* de pessoas e ações, que podem ser descritas pelos conceitos abrangentes de justo, benevolente, generoso, etc. A *vida boa* própria ao ser humano é o conceito organizador abrangente da teoria moral de Nietzsche. Contudo, Swanton não identifica o naturalismo de Nietzsche com o de Aristóteles, mas o classifica como um naturalismo fraco ou vago: em Nietzsche as virtudes têm relação com a natureza dos seres humanos, *enquanto* seres humanos. Contudo, o perfeccionismo em Nietzsche não objetiva um *télos* definido como o Aristotélico; a ênfase está, antes, em que o homem possa superar a si mesmo no seu processo de maturação e crescimento.

Swanton defende que a principal contribuição de Nietzsche para a ética das virtudes seja o reconhecimento da preponderância de uma psicologia profunda como fundamento de uma filosofia moral. Assim: “(...) what Nietzsche calls ‘the *development-theory of the will to power*¹⁸’ is for him the appropriate and non-superficial psychology through which human beings are to be understood, and which uncovers the nature of their virtues and vices” (Swanton, 2015, sec. 1.3).

Enquanto a ética aristotélica tinha como meta um caráter ideal, para Nietzsche o agir virtuoso depende mais de um conjunto de firmes disposições de caráter. Desta forma, uma ética das virtudes em Nietzsche rejeita a visão teleológica tradicional de que o ser humano deve almejar um estado final de perfeição próprio ao ser humano em geral, ou mesmo a um tipo superior de ser humano. A ética das virtudes em Nietzsche é uma ética do tornar-se, onde

¹⁸ Grifo da autora

criatividade, produtividade, resistência e superação desempenham papel central como modos de expressão das virtudes.

Tanto em Nietzsche como em Aristóteles encontramos uma ética da realização do ser humano como excelência humana; em Nietzsche, através da expressão sadia do que ele chamou *vontade de poder*, o *télos* não é determinado de forma universal, mas mantém as ideias centrais de uma ética da autorrealização como desenvolvimento, maturidade e excelência. Nestas bases, Swanton estabelece uma proposta de uma nova compreensão dos desdobramentos da ética das virtudes contemporânea mais adequada a uma interpretação do pensamento de Nietzsche.

Swanton propõe uma ética das virtudes pluralista, que, como gênero, seria análoga ao consequencialismo e oposta ao hedonismo utilitarista. O pluralismo na ética das virtudes proposto por Swanton abrange tanto o conceito de virtude, quanto a noção de ação correta nele baseada. A noção de virtude é central na teoria de Swanton na medida em que a autora defende que as exigências próprias da moralidade não podem ser compreendidas sem uma concepção das virtudes mais relevantes (Swanton, 2015). Ela assim estabelece uma definição de virtude nos seguintes termos:

*A virtue*¹⁹ is a good quality of character, more specifically a disposition to respond to, or acknowledge, items within its field or fields in an excellent or good enough way (Swanton, 2003, p. 19).

Nas visões eudaimonistas de virtude, uma virtude precisa necessariamente ser boa para o florescimento do agente moral. Swanton defende o conceito de virtude como disposição para responder adequadamente às demandas do mundo. Para o eudaimonista, a posse das virtudes leva necessariamente o agente moral à boa vida; na virtude como disposição para responder bem às demandas do mundo, a boa ou correta ação não necessariamente leva a, ou é idêntica à boa vida. As virtudes são condições necessárias para que o florescimento humano seja possível, mas um traço de caráter não obrigatoriamente precisa contribuir para o florescimento de seu portador para ser definido como uma virtude.

Swanton, apoiada no pensamento de Nietzsche, elabora uma ética que considera as respostas emocionais como elemento vinculativo das respostas morais. Nietzsche nega que haja propriedades morais ou valorativas dos objetos independentemente das respostas emocionais, das perspectivas ou da interpretação do sujeito. A moralidade compromete nossas vontades e

¹⁹ Grifo da autora.

paixões ao dirigir nossas ações. Desta forma, não é possível adotar a ideia de um agente virtuoso idealizado. A virtude não depende apenas da virtuosidade do agente, posto que a competência moral, ou sabedoria prática, do agente não é sinônimo de infalibilidade.

O pluralismo da ética das virtudes de Swanton se relaciona com o caráter perspectivista do pensamento nietzschiano, por vezes interpretado como relativismo ou subjetivismo. Nietzsche, ao contrário, critica a *objetividade* científica do positivismo vigente que busca uma verdade isenta de juízo de valor. Se esta exigência da verdade objetiva fosse correta, a ética partiria de uma situação de apuro: cada ser humano em sua deliberação moral é limitado em sua própria perspectiva. Nietzsche redireciona o entendimento da objetividade dos focos externos ao agente, para aquilo que o comportamento do sujeito expressa; objetividade como um aspecto das virtudes depende da associação de várias perspectivas em conjunto, como uma disposição a responder de forma menos limitada às demandas do mundo (Swanton, 2003).

Enquanto as teorias consequencialistas sustentam-se sobre o truísmo de que o único modo válido de reconhecimento moral é a promoção de valor, Swanton trabalha o aporte dos elementos de psicologia profunda trazidos pelo pensamento nietzschiano para o campo da ética, para defender uma ética das virtudes que aceite diferentes bases para o reconhecimento moral, como valor, status, o bem e os laços afetivos. Da mesma forma, os modos de resposta no campo das virtudes são plurais.

6.3 – De volta ao caso clínico

O caso que estamos vendo é considerado uma situação de comunicação de más notícias por envolver um diagnóstico de doença incurável e prognóstico que se relaciona com a terminalidade e a finitude da vida humana. Situações como esta não são raras na prática médica e consideradas difíceis por acionar conteúdos emocionais de difícil manejo, tanto nos profissionais, quanto nos pacientes.

O caso do homem portador de glioblastoma é especificado no texto da seguinte forma: há uma primeira comunicação, em que a informação diagnóstica é oferecida nos termos da descrição clínica em linguagem técnica, como “glioblastoma multiforme no cérebro, já em fase avançada” (Oselka, 2009a, p. 47). A esta primeira reação, segue o relato, o paciente reage como leigo, “assustado, totalmente inexperiente no assunto, pede ao médico que ‘ traduza ’ o diagnóstico, de forma que possa entender” (Oselka, 2009a, pp. 47-8). Neste primeiro ato comunicacional, o médico aparentemente teria optado pelo recurso ao conhecimento técnico-

científico como estratégia para formular a comunicação de uma má notícia. Este recurso muitas vezes pertence a mecanismos de evitação do confronto com as emoções de difícil manejo de ambos.

Ao ser confrontado com a ineficácia desta estratégia, quando o paciente solicita pela *tradução* da informação transmitida, a ação do médico é descrita como: “confiante de que está garantindo sua postura ética de ‘jamais mentir a um atendido’” (Oselka, 2009a, p. 48), e a comunicação é feita de forma clara e objetiva, apresentando a incurabilidade e a terminalidade como fatos inexoráveis. O resultado desta comunicação é então assim relatado:

Atônito, inconformado (acabara de fazer financiamento de apartamento próprio e prestes a ser pai pela primeira vez, pois sua mulher estava nos últimos meses de gestação), o paciente decide nada fazer, pois ‘de nada iria adiantar’, entra em depressão, abreviando o tempo de vida que lhe resta (Oselka, 2009a, p. 48).

Para discutir a repercussão desta situação de comunicação entre médico e paciente, o artigo estabelece como pergunta-base: “Para garantir a ética e a transparência da relação médico-paciente, deve-se dar diretamente ao paciente toda e qualquer notícia?” (Oselka, 2009a, p. 48). Os argumentos levantados na discussão listam recomendações de que a verdade seja sempre preservada, com atenção a maneira como é feita a comunicação. As bases sobre as quais o texto propõe construir esse processo comunicacional são mormente deontológicas, como o recurso a elementos do código de ética médica ou da legislação vigente sobre o tema, ou o apoio em protocolos ou princípios balizadores da ação comunicacional em saúde.

Contudo, o resultado *entrar em depressão, abreviando o tempo que lhe resta*, como consequência do respeito a uma *postura ética de jamais mentir*, construída externamente ao agente moral como norma universalizável, deixa evidente a falibilidade e mesmo a inadequação deste tipo de normatividade ética para estas situações na relação médico-paciente.

6.4 – Relações human(izad)as demandam uma ética das virtudes

Relações human(izad)as demandam uma ética que contemple os aspectos emocionais e a psicologia humana, não como entraves a serem contornados por um ideal de objetividade que transcende o indivíduo, mas como elementos da moralidade em si mesma. De acordo com Swanton, é justamente esta a contribuição de Nietzsche para a ética das virtudes: é Nietzsche quem alerta para a psicologia profunda subjacente às disposições motivacionais das virtudes. Além disso. Seu perspectivismo permite a diferenciação das virtudes de acordo com

características tais como o papel social que o agente moral ocupa, suas capacidades e particularidades de vida. A normatividade de uma ética das virtudes em Nietzsche reside na defesa dos valores de afirmação da vida, não apenas como vida humana genérica, mas a vida própria de cada um e seu valor como manifestação única e criativa da vontade de poder.

A vontade de poder é o conceito central, afirma Swanton, sobre o qual Nietzsche articula a ideia de afirmação da vida e sua psicologia das virtudes e vícios. Ela é o impulso motivacional que constitui o mundo da ética como mundo inteligível, pois torna a diferença entre virtude e vício inteligível através de uma orientação criativa no mundo. A criatividade é um aspecto fundamental dos modos de reconhecimento moral na ética das virtudes pluralista de Swanton. A vontade de poder é a manifestação da natureza ativa, crescente e desenvolvimentista do ser humano – congrega uma ideia de expansão ou expansividade da vida. Contudo, a vontade de poder não tem valor em si mesma: o que tem valor é o *exercício bom ou excelente* da vontade de poder.

A proposição da vontade de poder como motivação da vida e sua crítica ao tipo de moralidade altruísta de sua época conferiu a Nietzsche uma interpretação reducionista de seu conceito de egoísmo por parte de alguns de seus críticos. A análise mais aprofundada que Swanton nos oferece demonstra que Nietzsche não ataca a moralidade em si mesma, mas um tipo de moralidade que se sustenta na negação da vida, em oposição às atitudes de afirmação da vida. O altruísmo não virtuoso, para Nietzsche, seria deste tipo de moralidade, ao passo que o egoísmo virtuoso seria uma postura afirmativa da vida.

Nietzsche advoga por um fortalecimento do senso de si mesmo. O egoísmo virtuoso do indivíduo maduro não é um egoísmo de gratificação instantânea – ou seja, é diferente de um hedonismo – nem tampouco alheio à socialização: há um contraponto entre nem afirmar todas as vidas, nem prontamente negar as formas de vida consideradas medíocres; é preciso buscar uma afirmação compreensiva. No altruísmo não virtuoso, há uma fuga de si mesmo, e vive-se no outro e para o outro; é uma forma de desprezo de si mesmo. Uma ética das virtudes tem de ser, nestes termos, fundamentada no conceito de amor próprio: a afirmação da própria vida, e não meramente a admiração da vida de outros.

O amor próprio envolve aceitação (de quem se é, de seu destino) e criatividade. Para Nietzsche, o amor próprio é parte de uma dinâmica psicológica onde a pessoa vê a si mesma como digna de investimento em se autorrealizar. Ambos os conceitos de amor próprio e de vontade de poder, no pensamento nietzschiano, são de importância fundamental para sua

concepção ética: a resposta adequada às demandas do mundo depende do exercício virtuoso da expressão da potência de vida, do amor e da criatividade.

Na *Genealogia da Moral* de Nietzsche (GDM, 1998), Swanton identifica quatro temas principais discutidos pelo filósofo, como crítica a um tipo de moralidade que se fundamenta em distorções da vontade de poder (Swanton, 2015). Em primeiro lugar, aparece a perversão da crueldade, caracterizada por uma forma de egoísmo *não socializado* (Swanton, 2015) – não virtuoso - que falha em tratar os outros com o devido respeito. Em segundo, a neurose do punitivismo cruel – a crueldade inverte seu vetor e, como sintoma neurótico, apresenta-se como uma distorção da vontade de poder que se volta contra si mesmo como culpa. Segue-se a neurose do ressentimento, outra forma de distorção da vontade de poder baseada no *complexo de inferioridade*, que interpreta a fraqueza humana como mérito – a moral do escravo. E então, a neurose resignada do ideal ascético, o apelo à *liberdade*: liberdade como forma de escapar do mundo e de si mesmo – nesta definição se enquadrar a crítica à hiperobjetividade científica/intelectual como desejo de verdade absoluta; para Nietzsche esta é uma distorção ascética da *espiritualização* entendida como busca de aprimoramento humano.

Em oposição a estas formas distorcidas – não virtuosas, ou viciosas – da vontade de poder, Swanton identifica três virtudes universais em Nietzsche. O *esquecimento*, processo seletivo e ativo, como forma de não se manter preso ao passado, à neurose da culpa, porque a ética nietzschiana é uma ética do *tornar-se*, expressão da vontade de poder como amor próprio, é a primeira virtude universal em Nietzsche. A segunda virtude universalizável no pensamento nietzschiano é a justiça, contrastando com os vícios do *punitivismo rigoroso* e *equidade científica* (Swanton, 2015). Aqui cabe um esclarecimento:

At this point we can read Nietzsche as dissecting two separate origins of two kinds of vice opposed to justice as a virtue. (a) Resentment-based vice: ‘scientific fairness’, ‘bringing down’ forms of equality, envy, rancor. (b) Vice sourced in cruelty (distorted aggression) turned inward and then externalized: punitive forms of ‘justice to excess’ associated with a sense that punishment can never fit the crime; punishment can never be commensurate with guilt (Swanton, 2015, sec. 8.4).

O indivíduo justo possui um senso de responsabilidade. A terceira virtude universal que Swanton depreende do pensamento de Nietzsche é a sabedoria. Sabedoria aqui entendida como virtude ativa para perseguir e conhecer a verdade – diferente do vício da hiperobjetividade científica – sobre si mesmo e sobre o mundo. A verdade buscada pela sabedoria implica um comprometimento com o mundo.

Assim é que as distorções delineadas por Nietzsche sobre a vontade de poder e o amor próprio – o desprezo de si mesmo, a fraqueza da vontade, o egocentrismo – prejudicam a objetividade necessária ao exercício das virtudes na relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo/os outros.

6.5 – A ética dos papéis alvo-centrada de Swanton e a comunicação de más notícias em saúde

Uma virtude é uma qualidade de caráter. É uma disposição para reconhecer ou responder às demandas morais de seu campo de forma excelente ou suficientemente boa. Uma ação *da* virtude é uma ação que demonstra ou expressa um número suficiente destas qualidades de caráter em grau suficiente. Atingir o alvo de uma virtude é uma forma bem-sucedida de reconhecimento ou responsividade moral, adequadamente apropriada ao contexto em que determinada virtude é demandada. A *ação virtuosa* é aquela que atinge necessariamente o alvo de uma determinada virtude. Assim Swanton estabelece a diferenciação entre a ação *da* virtude e a *ação virtuosa* (Swanton, 2003).

Numa ética das virtudes que considera a expressão de estados interiores excelentes ou suficientemente bons do agente, as virtudes precisam dialogar com teorias psicológicas que ajudem a esclarecer estes estados. Contudo, Swanton abre espaço em sua teoria para a possibilidade da correção da ação considerar elementos que não estão completamente sob controle do agente moral. Assim, uma ação de um estado virtuoso pode não ser uma ação virtuosa, porque não alcança o alvo de determinada virtude. Da mesma forma, uma ação virtuosa pode não ser uma ação de um estado de virtude, por não conseguir expressar suficientemente bem estados internos excelentes ou suficientemente bons.

Por outro lado, Swanton também analisa que uma ação possa ser correta, do ponto de vista das virtudes, sem, contudo, ser obrigatória, ainda que desejável ou admirável. Um agente moral pode também falhar na realização da ação correta desejável, sem, por isso, ser culpabilizado. Conquanto o alvo de uma virtude dependa da compreensão do contexto no qual a ação ocorre, Swanton admite a possibilidade de que a ação integralmente virtuosa esteja não apenas para além da sabedoria ou conhecimento do agente, mas também para além de suas forças ou capacidades (Swanton, 2003).

Essas contemporizações, todavia, não defendem a negligência quanto ao agente moral em prol de uma ótica exclusivamente consequencialista. Uma ação baseada exclusivamente na

imitação de outro agente moral virtuoso, ainda que, a princípio, pareça promover o bem ou valor, pode ser tornar, nas mãos de outro agente, uma ação não virtuosa: ainda que visando o alvo de uma virtude, pode expressar estados viciosos do agente moral.

Na discussão do caso do homem diagnosticado com câncer incurável, Duch destaca a necessidade de atentar para as necessidades e capacidades informacionais do paciente. Atribui este cuidado à situação de desigualdade entre médico e paciente: “(...) nesta relação, espera-se que o médico seja o detentor do saber e o paciente, o ponto mais frágil” (Oselka, 2009a, p. 51). Se ficássemos apenas com esta análise, poderíamos criticar o fundamento desta conduta a partir da ideia nietzschiana do altruísmo como expressão de uma vontade fraca, decadente, exteriorizada pelo vício da *pena*.

A análise de Duch sobre o caso segue o caminho de valorizar que o profissional esteja atento às suas próprias emoções, que emergem na relação e na comunicação com seu paciente, impactando sobre a conduta do profissional. Swanton descreve dois componentes na concepção da tarefa prática da ética das virtudes: os objetivos do agente na construção da solução e as virtudes da prática. As virtudes da prática, na ética proposta por Swanton, são necessariamente dialógicas, porque, segundo a autora, a deliberação de um único agente é sempre limitada, e porque os problemas morais sempre participam de um contexto social. Desta forma, “a person needs the dialogical virtues, both to overcome her own limitations, and to participate adequately in a social context” (Swanton, 2003, p. 259). As virtudes da prática devem ainda favorecer uma compreensão mútua entre os agentes e concernidos, além de permitir um balanço de poder dialógico, que considere relevante a participação dos envolvidos na tomada de decisão.

Nestes termos, a análise sobre o caso clínico realizada por Duch parece defender uma forma disfarçada de paternalismo, em vista de seus argumentos. Sobre o médico acessar as próprias emoções, ela justifica que “a sensibilidade emocional do profissional é muito importante para apreciar as necessidades do paciente”; já sobre admitir compaixão, afirma que “pode ser essencial para que as condutas médicas sejam aceitas”. Assim definida, a conduta médica sugerida parece pender muito mais para o que Nietzsche chamou de altruísmo não virtuoso, do que para uma ação virtuosa na comunicação médico-paciente. Swanton exemplifica esta situação em seu texto:

(...) I have also allowed that we may at times tolerate in altruism the hyperobjectivity vice of the self-effacing or expansionist sort if such altruism promotes sufficient good. It may be, however, that such forms of aid cause subtle harms, because, for example, it is unloving or is insensitive to the real

needs of people, promotes dependency, humiliates, subtle serves the interests of harmful elites, and so on (Swanton, 2003, p. 197).

Swanton afirma que tanto em Nietzsche como em Aristóteles, a universalidade das virtudes é apenas estrutural. As virtudes precisam ser diferenciadas conforme as diferentes circunstâncias da vida individual. Não é apenas uma questão de aplicar inteligentemente virtudes universais em cada ocasião, mas que estas virtudes assumem diferentes expressões de acordo com contextos como, por exemplo, o papel social que o agente em questão ocupa.

O exercício da medicina é um papel social diferenciado em nossa sociedade, e como tal, pode ser objeto de análise conforme a ética dos papéis que Swanton propõe. Ela defende a existência de uma diferenciação ética robusta no exercício de papéis sociais, mas essa diferenciação não permite, ou menos ainda requer, ações perversas ou imorais. Há uma concepção básica de que, no agir profissional, existem obrigações diferenciadas relativas ao papel social daquele profissional que derivam das próprias instituições às quais estes papéis estão atrelados (por exemplo, o médico à medicina, o advogado ao direito, etc.). Nesta concepção, é aceito que muitas vezes estas obrigações diferenciadas referentes ao papel exercido podem conflitar com as demandas de uma moralidade *ordinária*, no sentido de leiga (Swanton, 2016).

Numa ética das virtudes ortodoxa, o que define a virtude é o bem enquanto ser humano, e a concepção de ação correta está baseada no agente virtuoso. Nesta visão, o conflito entre a obrigação diferenciada do papel social e a moralidade ordinária resulta em insensibilidade moral, perda da integridade e fragilização da vida moral dos agentes. A crítica à aplicação da ética das virtudes ortodoxa à ética profissional denuncia que a excessiva confiança (dependência) no julgamento moral do agente virtuoso pode ser pouco transparente, além de procurar os determinantes da correção da ação no lugar errado (Swanton, 2016).

Swanton propõe uma concepção ética das virtudes para a ética dos papéis sociais que compreende uma concepção específica da diferenciação das obrigações morais que é compatível com a moralidade num sentido mais amplo, ainda que possa conflitar com a moralidade ordinária. Desta forma, virtudes básicas, como generosidade ou benevolência, precisam ser diferenciadas nos papéis sociais; todavia, agir de acordo com as virtudes diferenciadas não permite agir não virtuosamente ou de forma perversa.

As virtudes básicas possuem alto grau de abstração, porque visam o bem enquanto ser humano. As situações concretas de ação precisam das virtudes diferenciadas. Swanton rejeita as concepções de ação correta baseadas exclusivamente na qualificação do agente virtuoso, e adota uma visão alvo-centrada de correção da ação. A apreciação situacional de um agente, por mais virtuoso que seja, não é necessariamente correta – como vimos no caso clínico, o médico acreditava estar sendo fiel a um princípio ético de máxima importância em sua avaliação. A sabedoria prática não é infalível, assim como os aspectos do conhecimento técnico – a precisão do diagnóstico e mesmo o domínio de protocolos de comunicação – também não são suficientes para a ação virtuosa, embora necessários.

Na ética dos papéis sociais de Swanton, portanto, a justiça ou a correção da ação é determinada pelo cumprimento dos alvos contextualmente determinados da virtude diferenciada. Alcançar o alvo da virtude diferenciada por papéis sociais não é imoral, uma vez que estes papéis são parte da moralidade, entendida de forma mais ampla. Os ocupantes de um papel social não são autorizados, pelas suas obrigações quanto a estes papéis, a agir de maneira irrestrita ou mesmo perversa; todavia, pode ser que as exigências deste cargo ou função sejam contrárias a uma moralidade concebida através das virtudes básicas não diferenciadas. Swanton exemplifica:

For example the target of a caring doctor in assessing a patient is not to make her feel good but to give an accurate diagnosis, but in a respectful way. The target of a caring friend by contrast is to make her feel good in an affectionate way (Swanton, 2016, p. 694).

Na conclusão da análise do caso clínico, Duch afirma que a relação de comunicação médico-paciente apresenta dificuldades que se situam no “limite entre a obediência aos nossos princípios de fidelidade à veracidade, e o respeito ao princípio de Não-maleficência” (Oselka, 2009a, p. 52). A solução que aponta sustenta-se na ideia de *bom-senso*. Esta proposição é bastante controversa, posto que ao mesmo tempo que se norteia por princípios externos ao agente moral, razoavelmente universalizáveis, garante-se na sabedoria prática do agente virtuoso. Aprendemos com o trabalho de Swanton que, na prática médica (em saúde), as determinações de um médico virtuoso não podem ser exclusivamente a única condição a predizer à ação correta.

As virtudes diferenciadas por papéis sociais diferem qualitativamente de formas diferenciadas de um vício básico: a virtude da firmeza, por exemplo, não é análoga ao vício da

insensibilidade, no trato, por exemplo, do médico com seus pacientes. Contudo, as virtudes diferenciadas também apresentam seus excessos.

The ‘evil of the good’ applies also to the paternalistic doctor who with ‘pathological certainty’ and ‘driven by a personal unshakable ethic of what a good doctor must do for his patients’ zealously prolongs life, ‘shaming those of us who favour palliative care over prolongation of life at any cost’ (Swanton, 2016, p. 701).

A certeza apresentada – como a certeza do médico que estava garantindo sua postura ética de dizer a verdade – é a certeza patológica, que resulta em uma forma de altruísmo patológico – nos termos definidos em Nietzsche.

Por fim, uma aplicação prática da ética das virtudes pluralista, na situação específica de comunicação de más notícias na relação médico-paciente, pode tomar a forma da ética dos papéis sociais alvo-centrada advogada por Swanton. Uma virtude básica, como a benevolência, por exemplo, precisa ser delimitada por características contextuais – os papéis de cada um dos concernidos: médico e paciente; a situação histórica dos envolvidos: financiamento de novo imóvel, prestes a ter o primeiro filho; aspectos culturais: adequação da linguagem utilizada entre os dois participantes no diálogo; etc. Só desta forma é possível formar uma concepção precisa do alvo desta virtude neste contexto particular.

Não é verdade, portanto, que vícios básicos, como o paternalismo, relacionado à beneficência, passam a ser compreendidos como virtudes diferenciadas quando na atuação em papéis sociais. As virtudes diferenciadas por estes papéis requerem uma sabedoria também diferenciada, não apenas a sabedoria prática das virtudes básicas. Além disso, não é suficiente apenas a referência ao caráter moral do agente, mas também o alcance bem-sucedido do alvo específico da virtude em questão. Este alvo só pode ser definido de forma contextualizada, posto que uma virtude propriamente dita é a virtude em que todos os campos relevantes de uma prática (seus papéis, suas particularidades narrativas de vida) estejam integrados de forma excelente ou suficientemente boa (Swanton, 2016).

Conclusão

Mehry, em seu texto *O cuidado é um acontecimento e não um ato*, nos oferece à reflexão a figura do brincante. O brincante é o sujeito que dança, canta, fabrica o momento costurando um entrelaçamento de si mesmo e o outro no encontro entre dois brincantes (Franco e Mehry, 2013).

Nietzsche afirmou que só poderia crer num *deus* que soubesse dançar (Nietzsche, , AFZ, Ler e Escrever, p. 46). A vida, para Nietzsche, é a expressão própria da vontade de potência em ato criativo.

Para o olhar da micropolítica do trabalho em saúde de Mehry, a clínica do cuidado em saúde é um encontro entre dois brincantes, porque o encontro entre profissional de saúde e paciente é um encontro entre duas subjetividades, que, ainda que carreguem as estruturas de forças específicas de suas posições sociais, criam o processo do cuidar neste encontro em ato.

A saúde, para Nietzsche, nada tem a ver com estar-se doente ou não; ou melhor, a doença faz parte do conceito de saúde em Nietzsche. A grande saúde é a potência do corpo em produzir vida. Como filósofo crítico da cultura, Nietzsche colocava em questão o ideal de homem e de vida preconizados pela cultura a qual criticava (Conceição e Franco, 2017). Certamente sua crítica se estende ao ideal de saúde associado a estes ideais de vida e de homem.

Não está em pauta aqui propor a negação da medicina, das tecnologias e dos avanços no campo da saúde que hoje, mais que nunca antes, salvam vidas e melhoram a existência humana sobre a Terra. Mas se há a necessidade de se mobilizar em várias partes projetos que levam a alcunha de humanização, voltados para um âmbito onde não há senão justamente relações humanas, talvez então Nietzsche tenha algo a acrescentar.

Mehry afirma ser o cuidado em saúde um acontecimento autopoietico, por ter a capacidade de representar um encontro que produz vida. Mas talvez este encontro só se realize enquanto autopoiese se todos os brincantes envolvidos neste encontro ousarem exercer a transvaloração dos valores proposta por Nietzsche. É preciso valorar a saúde como um ato criativo de afirmação da vida.

Dessa forma, saúde e doença jamais se contrapõem, mas, ao revés: negar o sofrimento e a dor é contrário à grande saúde, que se mantém aberta à fluidez da vida. Mesmo a pessoa adoecida pode exercitar sua vitalidade, porque preserva sua potencialidade de afirmação da vida. A transitoriedade e o caráter fluido da saúde exigem uma constante reavaliação: múltiplos

são os cuidados em saúde, porque múltiplos serão os valores do sujeito a cada instante transitório de sua saúde ou seu adoecer.

Se o cuidado em saúde acontece em ato, em autopoiese criativa, tornando-se múltiplos cuidados na transitoriedade das situações de vida, e a isso podemos chamar *humanização dos cuidados em saúde*, acreditamos ser possível, no campo dos debates bioéticos, contribuir com as questões da relação médico-paciente através de uma nova ética das virtudes. Explico:

Identificamos, ao longo deste estudo, o lugar do problema da comunicação de más notícias na relação médico-paciente (profissional de saúde-paciente) e apostamos na hipótese fundamentada na ética das virtudes de Christine Swanton. Em primeiro lugar por identificar, em consonância com autores como Anscombe, Slote e outros, a importância do caráter do agente moral retomar lugar nas discussões éticas e bioéticas, diante da insuficiência de outras perspectivas para oferecer soluções abrangentes para inúmeros dilemas morais. Como Anscombe apontou, havia a necessidade de aliar uma psicologia profunda ao discurso das virtudes, preenchendo lacunas deixadas intocadas pelas teorias das virtudes clássicas; Swanton buscou esta resposta na filosofia de Nietzsche, o primeiro filósofo a (ousar) oferecer uma psicologia profunda.

A ética das virtudes pluralista de Swanton resgata o foco no caráter do agente moral, mas não faz dele rei absoluto: as virtudes tem um alvo a ser atingido; este alvo, por sua vez, só pode ser identificado de forma dialética, ou seja, relacional. Ou, se quisermos retornar às palavras de Merhy, no encontro, na produção do cuidado em ato. O agente moral pode ser virtuoso, mas isso não o exime da possibilidade de erro. No entanto, se delimitadas pelo contexto e pelas circunstâncias da vida individual, as virtudes podem constituir instrumentos preciosos para que os brincantes, na autenticidade da vontade de potência afirmativa da vida, produzam este cuidado autopoietico.

Com isso, entendemos ter alcançado o objetivo de estabelecer a possibilidade de que uma nova teoria ética das virtudes, a Ética das Virtudes Pluralista de Christine Swanton, se constitua como referencial teórico viável para a discussão bioética acerca da comunicação de más notícias na relação médico-paciente. Entendemos também ser um referencial teórico passível de aplicação como base para a discussão das práticas educacionais e assistenciais nos cuidados em saúde.

Contudo, longe de haver uma conclusão como encerramento do debate, o principal resultado deste estudo foi abrir novos portais para novos caminhos a serem percorridos no desenvolvimento dos estudos da Bioética.

REFERÊNCIAS

- ANSCOMBE, G. E. M. Modern Moral Philosophy. **Philosophy**, v. 33, n. 124, p. 16, 1958.
- APEL, K.-O. **Estudos de Moral Moderna**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1994.
- ARAÚJO, M. M. T. D. **Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde**. 2011. Escola de enfermagem., USP, São Paulo.
- ARAÚJO, M. M. T. D.; SILVA, M. J. P. D. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo
Communication with patients in palliative care: favoring cheerfulness and optimism. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007/12PY - 2007 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& >.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco; Poética**. São Paulo: Nova Cultural, 1991.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.
- AYRES, J. R. D. C. M. O desafio da humanização e os horizontes normativos da atenção à saúde. In: DESLANDES, S. F. (Ed.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BACK, A. L. et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. **Arch Intern Med**, v. 167, n. 5, p. 453-60, Mar 12 2007. ISSN 0003-9926 (Print) 0003-9926.
- BAILE, W. F. et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302-11, 2000. ISSN 1083-7159 (Print) 1083-7159.
- BALEN, R. M. L. V. **Sujeito e identidade em Nietzsche**. Rio de Janeiro: UAPÊ, 1999.
- BEACH, M. C. et al. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? **Patient Educ Couns**, v. 62, n. 3, p. 347-54, Sep 2006. ISSN 0738-3991 (Print) 0738-3991.
- BERTOL, S. R. S. VI COMSAUDE: A importância da comunicação a serviço da saúde. **Comunicação & Sociedade**, São Bernardo do Campo, v. 41, p. 4, 2004.

_____. Comunicação da saúde: surgimento e consolidação da especialidade. **Mídia Saúde e Trabalho**, São Leopoldo, v. XIII COMSAUDE, 2005.

BOEIRA, N. F. Objetivismo, subjetivismo e relativismo. In: TORRES, J. C. B. (Ed.). **Manual de Ética. Questões de ética teórica e aplicada**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

BRUERA, E. et al. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. **Palliat Med**, v. 14, n. 4, p. 287-98, Jul 2000. ISSN 0269-2163 (Print) 0269-2163.

BUCKMAN, R. Breaking bad news: why is it still so difficult? **British Medical Journal (Clinical research ed.)**, v. 288, n. 6430, p. 1597-1599, 1984. ISSN 0267-0623. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/> >.

_____. **How to break bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press 1992.

BUZZI, A. R. **Filosofia para principiantes. A existência humana no mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. E. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 647-654, 1999. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&nrm=iso >.

CHARLES, C.; WHELAN, T.; GAFNI, A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? **BMJ**, v. 319, n. 7212, p. 780-782, 1999. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/bmj/319/7212/780.full.pdf> >.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente

Health professionals and the delivery bad news: patient perspectives. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 23, n. 4, 2013/12PY - 2013 2013. Disponível em: < <http://rmmg.org/artigo/detalhes/415> >.

CHILDRESS, J. F.; BEAUCHAMP, T. L. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

CONCEIÇÃO, H. R. M.; FRANCO, T. B. **Tensões no conceito de saúde a partir de Nietzsche - a grande saúde e a produção do cuidado**. 2017. 7.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. **Uma contribuição para a co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT PAIDEIA**. São Paulo: Unicamp, 2009.

CUNHA, M. P. S. D. Sucedâneos à ética clássica: reflexões sobre o agir humano e o além do homem nietzscheano. **Trans/Form/Ação**, v. 28, p. 49-65, 2005. ISSN 0101-3173. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732005000100003&nrm=iso >.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 7-14, 2004. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&nrm=iso >.

_____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 401-403, 2005. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200017&nrm=iso >.

_____. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. D. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 641-649, 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&nrm=iso >.

DINIZ, R. W. et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos

Awareness of cancer diagnosis does not lead to depression in palliative care patients. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 5, p. 298-303, 2006/10PY - 2006 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& >.

EPSTEIN, I. **A comunicação também cura na relação médico-paciente**. 2006. Angellara, São Paulo.

ESTEVES, J. Éticas deontológicas: a ética kantiana. In: TORRES, J. C. B. (Ed.). **Manual de ética. Questões de ética teórica e aplicada**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. **Educación medica y salud**, v. 10, n. 2, 1976.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. In: (Ed.). Sao Paulo: Hucitec, 2013.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974. ISSN 1540-4560. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x> >.

FUMIS, R. R. L. Comunicação das más notícias: um cuidado com a saúde

Communicating bad news: a health care. **Rev Bras Med**, v. 67, n. supl.5, 2010/04PY - 2010 2010. Disponível em: < <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&> >.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista Bioética**, v. 21, p. 455-462, 2013. ISSN 1983-8042.

GIACOIA JUNIOR, O. O grande experimento: sobre a oposição entre eticidade (Sittlichkeit) e autonomia em Nietzsche. **Trans/Form/Ação**, v. 12, p. 97-132, 1989. ISSN 0101-3173. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31731989000100008&nrm=iso >.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **Awareness of Dying**. New Brunswick, New Jersey.: AldineTransaction, 2005.

GOOSENS, T. J. P. **Nietzsche and Aristotle in contemporary Virtue Ethics**. Utrecht: Utrecht University 2005.

GRILL, K. **Paternalism**. Encyclopedia of Applied Ethics. CHADWICK, R.: Elsevier: 359-369 p. 2012.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. **O abuso de poder na psicoterapia e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério**. São Paulo: Paulus, 2004.

GUIMARÃES, A. S. Amigos, Deuses ou Cientistas: os médicos e seus pacientes. In: EPSTEIN, I. (Ed.). **A comunicação também cura na relação médico-paciente**. São Paulo: Angellara, 2006.

GULINELLI, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, p. 41-47, 2004. ISSN 0104-4230. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100033&nrm=iso >.

Houaiss. Pequeno Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. São Paulo: Moderna 2015.

INCA, I. N. D. C.; EINSTEIN., S. B. I. A. **Comunicação de Notícias Difíceis: Compartilhando Desafios na Área da Saúde**. Rio de Janeiro.: INCA, 2010.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**.: Government of Canadá, Ministry of Supply and Services 1981.

LECLERC, A. Questões fundamentais da teoria da ação. In: TORRES, J. C. B. (Ed.). **Manual de ética. Questões de ética teórica e aplicada**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

Lei 12.864. Brasília, DF: Governo Federal 2013.

Lei 8080. Brasília, DF: Governo Federal 1990.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988.

LOPES, R. Há espaço para uma concepção não moral da normatividade prática em Nietzsche?: notas sobre um debate em andamento. **Cadernos Nietzsche**, p. 89-134, 2013. ISSN 2316-8242. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-82422013000200005&nrm=iso >.

LUGARINHO, C. et al. Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis em maternidades prioritárias brasileiras. **Revista Divulgação em saúde para Debate.**, v. 54, p. 13, 2016.

MACINTYRE, A. **After Virtue. A study in moral theory**. 3rd. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press, 2007.

MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias de comunicação**. 16. São Paulo: Ed. Loyola, 2014.

MENDONÇA, W. Questões metaéticas. In: TORRES, J. C. B. (Ed.). **Manual de Ética. Questões de ética teórica e aplicada**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MERQUIOR, M. **Converso, logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde. Por uma ética do cuidado**. SCHARGEL, M. O. Rio de Janeiro: Garamond 2009.

MS. HumanizaSus. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS., Brasília, DF., 2004.

NARAYANAN, V.; BISTA, B.; KOSHY, C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. **Indian Journal of Palliative Care**, India, v. 16, n. 2, p. 61-65, May-Aug 2010. ISSN 0973-1075 1998-3735. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144432/> >.

NEVES, M. D. C. P. Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea. In: PORTO, D.;SCHLEMPER JR, B., et al (Ed.). **Bioética: saúde, pesquisa, educação**. Brasília: CFM/SBB, v.2, 2014.

NIETZSCHE, F. **Assim Falava Zaratustra**. 12. São Paulo: Ediouro.

_____. **Ecce Homo**. In: (Ed.). São Paulo: Edições e Publicações Brasil Editôra, 1959.

_____. **Genealogia da moral: uma polêmica**. Companhia das Letras, 1998. ISBN 9788571648234.

_____. **Crepúsculo do ídolos ou Como se filosofa com o martelo**. Petrópolis, RJ: Vozes 2014.

_____. **Aurora**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2016.

OAKLEY, J. A virtue ethics approach. In: KUHSE, H. e SINGER, P. (Ed.). **A companion to bioethics**. 2nd: Wiley-Blackwell, 2009.

_____. A virtue ethics perspective on bioethics. **Bioethics Update**, v. 1, n. 1, p. 41-53, 2015/01/01/2015. ISSN 2395-938X. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395938X15000066> >.

OMS/WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. OMS/WHO 1946.

OSELKA, G. C. **Bioética Clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados**. ORTONO, C. São Paulo: CREMESP. Centro de Bioética 2009a.

_____. **Entrevistas exclusivas com grandes nomes da bioética [estrangeiros]**. São Paulo: CREMESP. Centro de Bioética., 2009b.

PAVIANI, J.; SANGALLI, I. J. Ética das Virtudes. In: TORRES, J. C. B. (Ed.). **Manual de ética. Questões de ética teórica e aplicada**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

PELLEGRINO, E.; THOMASMA, D. **The virtues in medical practice**. New York: Oxford University Press, 1993.

PENCE, G. La teoría de la virtud. In: SINGER, P. (Ed.). **Compendio de Ética**. 3a. Madrid: Alianza Editorial, 2004.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, p. 33-37, 2005. ISSN 0104-0707. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100004&nrm=iso >.

PINZANI, A. A ética do discurso. In: TORRES, J. C. B. (Ed.). **Manual de ética. Questões de ética teórica e aplicada**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

RABOW, M. W.; MCPHEE, S. J. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. **Western Journal of Medicine**, v. 171, n. 4, p. 260-263, 1999. ISSN 0093-0415. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/> >.

RACHELS, J. Virtue Ethics. In: RACHELS, S. (Ed.). **The elements of moral philosophy**. New York: McGraw-Hill, 1969.

RAMOS, F. R. D. S. A bioética como ferramenta de interpretação da realidade: entre o universalismo e o pluralismo. In: PORTO, D.;GARRAFA, V., *et al* (Ed.). **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Catedra Unesco de Bioética/SBB, 2012.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RODRIGUES, M. A. D. S. A importância da comunicação para a implementação da PNH no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Organicom**, v. Ano 9. Edição Especial., n. 16/17, 2012.

RODRIGUEZ, M. I. F. Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente: cúmplices da conspiração do silêncio

Silenced farewell: medical staff, family, patient: accomplices in the conspiracy of silence. **Psicol. rev.**, v. 23, n. 2, p. 261-272, 2014/11PY - 2014 2014. Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/22771/16503> >.

ROGERS, E. M. Up-to-Date Report. **Journal of Health Communication**, v. 1, n. 1, p. 15-24, 1996/02/01 1996. ISSN 1081-0730. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/108107396128202> >.

RUIZ-MORAL, R. et al. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. **Patient Educ Couns**, v. 64, n. 1-3, p. 242-8, Dec 2006. ISSN 0738-3991 (Print)

0738-3991.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 4. São Paulo: Ed. Loyola, 2006.

STARZEWSKI JÚNIOR, A.; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte

The academic background of the physician and the communication of a patient's death to family members. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 1, p. 11-16, 2005/02PY - 2005 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& >.

SWANTON, C. **Virtue Ethics. A pluralistic view**. New York: Oxford University Press, 2003.

_____. **The Virtue Ethics of Hume and Nietzsche**. Wiley Blackwell, 2015.

_____. A Virtue Ethical Theory of Role Ethics. **The Journal of Value Inquiry**, v. 50, n. 4, p. 687-702, December 01 2016. ISSN 1573-0492. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s10790-016-9582-5> >.

TEN HAVE, H. A. M. J. Bioética sem fronteiras. In: PORTO, D.;GARRAFA, V., *et al* (Ed.). **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012.

THOMPSON, T. L.; PARROT, R.; NUSSBAUM, J. F. The Routledge Handbook of Health Communication. New York, 2011.

TORRES, J. C. B. **Manual de ética. Questões de ética prática e teórica.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

TRINDADE, D. D. A vulgaridade e o devir nobre da crítica em Nietzsche. In: PAULON, S. M. O. (Ed.). **Nietzsche psicólogo: a clínica à luz da filosofia trágica.** Porto Alegre: Sulina, 2014.

VACCARI, A. **THE PERFECTIONIST DIMENSION IN FRIEDRICH NIETZSCHE'S CRITIQUE OF MORALITY.** 2010. 17.

VANDEKIEFT, G. K. Breaking bad news. **Am Fam Physician**, v. 64, n. 12, p. 1975-8, Dec 15 2001. ISSN 0002-838X (Print)

0002-838x.

WALKER, L. G. Communication skills: when, not if, to teach. **Eur J Cancer**, v. 32a, n. 9, p. 1457-9, Aug 1996. ISSN 0959-8049 (Print)

0959-8049.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **A pragmática da comunicação humana. Um estudo de padrões, patologias e paradoxos da interação.** São Paulo: Cultrix, 1967.

WHITNEY, S. N. et al. Beyond breaking bad news: the roles of hope and hopefulness. **Cancer**, v. 113, n. 2, p. 442-5, Jul 15 2008. ISSN 0008-543X (Print)

0008-543x.

WILLIAMS, A. M.; IRURITA, V. F. Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. **Int J Nurs Stud**, v. 43, n. 4, p. 405-15, May 2006. ISSN 0020-7489 (Print)

0020-7489.

WILLIGES, F. Psicologia moral. In: TORRES, J. C. B. (Ed.). **Manual de ética. Questões de ética teórica e aplicada.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.