

A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica

The patient-physician relationship:
towards humanization of medical practice

Andrea Caprara ¹
Anamélia Lins e Silva Franco ²

¹ Departamento de Saúde
Comunitária, Universidade
Federal do Ceará.
Rua Costa Mendes 1608,
5º andar, Fortaleza, CE
60430-097, Brasil.

² Instituto de Saúde
Coletiva, Universidade
Federal da Bahia.
Rua Padre Feijó 29, 4º andar,
Canela, Salvador, BA
40110-170, Brasil.
anamelia@ufba.br

Abstract *Based on a literature review, this article discusses the physician-patient relationship by presenting anthropological and communicational approaches, physicians' experiences as patients, key concepts showing the need for humanization of the patient-physician relationship, and some theoretical-philosophical reflections relating primarily to hermeneutics. Based on this framework, one can already identify a series of possibilities for implementing humanizing proposals. The challenge now is to classify, publish, and evaluate these proposals.*

Key words *Patient-Physician Relationship; Medical Anthropology; Philosophy of Medicine*

Resumo *A partir de uma revisão da literatura, busca-se discutir a relação médico-paciente, apresentando abordagens antropológicas e comunicacionais, vivências de médicos enquanto pacientes, concepções fundamentais da medicina que indicam a necessidade de humanização e algumas reflexões teórico-filosóficas, principalmente relacionadas a hermenêutica. Este panorama possibilita afirmar que já se observa uma série de possibilidades para execução das propostas de humanização da medicina a partir de bases teórico-filosóficas. Faz-se necessário sistematizá-las, publicá-las e avaliá-las.*

Palavras-chave *Relação Médico-Paciente; Antropologia Médica; Filosofia da Medicina*

Introdução

“A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo” (Cassel, 1991:X).

Ao tratar da saúde, Gadamer (1994), como uma referência ao pensamento hermenêutico, destaca os atributos da prática do médico na produção da saúde, profissão que há muito é definida como ciência e arte de curar. Em todo o processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da arte médica. Gadamer conduz a reflexão sobre a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Esta proposta, em relação a qual várias outras convergem, aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico (Cassel, 1982; Hahn, 1995; Wulff et al., 1995).

No momento em que nos encontramos, a medicina não está preparada para enfrentar este novo desafio. Trilhar este caminho implicaria em trabalhar sobre o objeto da medicina de forma distinta de outras ciências naturais, superando limites de recursos convencionais e supostamente universais. Estas mudanças, consideradas fundamentais para o nascimento de uma nova prática da medicina, resultam de uma relação complexa entre teoria e prática, configurada no âmbito da ciência moderna. Este conflito fica ainda mais explícito se considerarmos os fatores sócio-políticos determinantes do processo saúde-doença.

Neste artigo pretende-se analisar o tema das relações humanas entre pacientes e médicos, tal como vem sendo abordado na literatura da antropologia médica, da filosofia hermenêutica e de abordagens comunicacionais. A relevância atual desta discussão se dá em decorrência das novas bases legais da qualidade da assistência e dos debates em torno da formação do médico.

Principais abordagens da relação paciente-médico

O repensar da atuação da medicina nesta segunda metade de século tem ocorrido dentro de várias perspectivas. Nos anos cinquenta, o médico e filósofo alemão Karl Jaspers desenvolveu uma série de reflexões sobre o médico na idade da técnica e uma crítica muito forte à psicanálise. Jaspers (1991) enfatiza a necessidade da medicina recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, assumidos impropriamente pela psicanálise e esquecidos pela medicina, perseguindo um caminho baseado exclusivamente na instrumentação técnica e na objetividade dos dados.

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 (Schneider, 1994), de análises psicanalíticas da figura do médico (Groesbeck, 1983; Guggenbuhl-Craig, 1983), 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 (Balint, 1988). Entre várias outras teorias da comunicação, recordamos a da Escola de Palo Alto e alguns dos principais membros do renomado “Colégio Invisível”: Gregory Bateson, Watzlawick, Jackson (Watzlawick et al., 1972).

Nas décadas de 60 e 70, foram pioneiros na área da sociologia da saúde os trabalhos de Talcott Parsons sobre a relação médico-paciente e o consenso intencional – atualmente, em uma outra versão, chamado de consentimento informado – originado da atenção à defesa dos direitos dos consumidores. Uma necessidade ainda muito recente de reduzir os efeitos nocivos de comportamentos inadequados do médico no contato com o paciente resultou, em vários países, no aumento das denúncias e também em aumento dos gastos com a saúde. Buscando reduzir os gastos, têm sido desenvolvidos diversos estudos a respeito da qualidade dos serviços de saúde e das diretrizes de reorganização do modelo assistencial, incluindo o ponto de vista dos usuários a respeito do fornecimento do serviço prestado pelo sistema de saúde (Ardigò, 1995). A maioria destes estudos fundamentam-se nas publicações de Donabedian, que, no início dos anos 80, publicou vários volumes e artigos a respeito deste argumento (Donabedian, 1990).

A comunicação entre o doente e o médico esteve presente na pesquisa realizada por Bol-

tanski (1979) em diferentes regiões da França. Este autor discute diferenças do conhecimento médico-científico e do conhecimento médico-familiar e relaciona tais diferenças à relação doente-médico. A relação doente-médico é considerada como produtora de ansiedade, principalmente pelas classes populares, porque não possuíam critérios objetivos de avaliação, enfatizando as dificuldades com o padrão comunicacional, especificamente, o médico “não ser franco”. Este texto foi base para muitos trabalhos realizados no Brasil.

Uma outra perspectiva representada por autores como Arthur Kleinman, Byron Good, Cecil Helman, Gilles Bibeau e Allan Young (Kleinman, 1980, 1988, 1991; Bibeau, 1992; Good, 1994; Helman, 1994) analisa a relação médico-paciente sob o ponto de vista da antropologia, tentando analisar não somente o componente cultural da doença, mas também a experiência e o ponto de vista do doente e dos familiares, as interpretações e as práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. O trabalho destes autores tem influenciado em boa parte a realização do curso a respeito da comunicação médico-paciente que ocorre na Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard (Branch et al., 1991), assim como outros programas de formação (Seppilli & Caprara, 1997), constituindo-se como um componente-chave de formação na graduação e pós-graduação na área médica (Craig, 1992; Usherwood, 1993).

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (Ardigò, 1995), tratados através de temas como o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde (Atkinson, 1993; Williams, 1994; Gattinara et al., 1995; Dunfield, 1996; Rosenthal & Shannon, 1997), o *counselling* – o aconselhamento (Bert & Quadrino, 1989), a comunicação médico-paciente (Branch et al., 1991; WHO, 1993), o sofrimento do paciente e a finalidade da biomedicina (Cassel, 1982, 1991) e o consentimento informado (Santosuosso, 1996).

No que diz respeito aos autores brasileiros, pode-se observar uma reativação das discussões vinculadas a este tema; entretanto, isto tem sido apresentado principalmente sob a forma de ensaios apresentando opiniões ou declarando inspirações teóricas. Dois trabalhos destacam-se, por estarem baseados em análises sistematizadas de grande extensão. O

primeiro seria o estudo desenvolvido por Supicira (1981). No momento em que foi realizado o estudo, a população brasileira era atendida prioritariamente por três sistemas que atuavam em paralelo: previdência social, medicina de grupo e centros de saúde estaduais e municipais. A análise feita pela autora, tendo como objeto o atendimento em puericultura, indica um padrão de escolha da clientela resultante da avaliação do problema desencadeador da necessidade de busca do serviço em confronto com as características dos sistemas de atenção disponíveis. Esta avaliação considerava condições físicas, acessibilidade, eficácia, disponibilidade de profissionais e de medicamentos. Por exemplo, foi observado que a puericultura era considerada melhor no Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) do que na unidade de saúde do estado, porque no Inamps era possível consultar sempre o mesmo médico. Isto nos indica que os três grandes prestadores possuíam três modelos assistenciais diferentes e que a população reconhecia e optava pelo mais adequado às necessidades geradoras da busca do atendimento, incluindo aspectos da dimensão relacional.

Particularmente relevante na análise dessa nova conjuntura é o estudo de Schraiber (1993), que analisa, a partir de entrevistas realizadas com médicos com longa prática clínica, a incorporação da tecnologia no exercício da profissão. A análise marcada pela perspectiva histórico-estrutural evidencia que o médico, diferente das outras profissões, não perdeu a propriedade do saber e do fazer com a consolidação do modelo capitalista. Entretanto, paralelamente a esta transformação da sociedade, observa-se a valorização da ciência e, assim, a intelectualização dos saberes. A medicina teria passado pela universalização de seus atos, tendo como objeto da sua ciência o doente que, nesta condição, perdeu suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente. Nessa condição, o ato médico se configura como ato repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, tendo, assim, entrado no universo das séries de produção, aquelas que marcam a sociedade industrial-tecnológica (Schraiber, 1993).

Médicos como pacientes

Tem sido freqüentemente abordadas as diferenças de referencial do paciente e do médico (Boltanski, 1979; Kleinman, 1980; Helman, 1994). Os casos de médicos que enquanto pacientes tiveram a iniciativa de refletir e relatar

a experiência da sua própria doença são bons exemplos e formam bases para uma reflexão. Através da experiência da doença, os médicos reavaliaram o modelo biomédico que adotavam e/ou estavam acostumados? O que dizem essa experiência sobre a vivência de paciente, em relação ao sofrimento, à cura, ao conhecimento de si mesmo?

Um desses relatos é do neurologista Oliver Sacks (1991). Ele conta que, em certa ocasião, quando estava passeando por caminhos montanhosos da Noruega, defrontou-se com um touro. Tomado pelo pânico, começou a correr e caiu, fraturando uma das pernas. Transformar-se de médico em paciente significou: "... a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muitos dos seus direitos, não se é mais livre" (Sacks, 1991:28).

Um outro médico, Geiger, clínico geral, conta como a experiência da doença modificou a sua maneira de ver a biomedicina: "*No espaço de uma a duas horas, transformei-me, de um estado saudável, a uma condição de dor, de incapacidade física. Fui internado. Eu era considerado um médico tecnicamente preparado e respeitado pelos colegas, no entanto, como paciente, tornei-me dependente dos outros e ansioso. Ofereciam-me um suporte técnico à medida em que eu me submetia a um considerável nível de dependência*" (Geiger, 1975, *apud* Hahn, 1995:238).

São muito significativos, nesses relatos de experiências de doenças, a atitude e as respostas de outros médicos em relação aos colegas que se encontravam na condição de pacientes. O caso de Rabin, um endocrinologista com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica, é emblemático. No início da doença, procurou escondê-la dos colegas, receoso de que a sua carreira pudesse vir a ser destruída. Com o agravamento da doença, muitos colegas se distanciaram. Para ter um diagnóstico definitivo, Rabin procurou um importante especialista em esclerose lateral amiotrófica. Sobre este contato, ele expressou:

"...fiquei desiludido com a maneira impessoal de se comunicar com os pacientes. Não demonstrou, em momento nenhum, interesse por mim como pessoa que estava sofrendo. Não me fez nenhuma pergunta sobre meu trabalho. Não me aconselhou nada a respeito do que tinha que fazer ou do que considerava importante psicologicamente, para facilitar o enfrentamento das minhas reações, a fim de me adaptar e

responder à doença degenerativa. Ele, como médico experiente da área, mostrou-se atencioso, preocupado, somente no momento em que me apresentou a curva da mortalidade da esclerose amiotrófica" (Rabin & Rabin, 1982, *apud* Hahn, 1995:245).

Alguns meses depois desse contato decepcionante, Rabin, lendo um artigo desse mesmo médico, ficou surpreso diante da importância que o mesmo atribuía ao papel do suporte moral e psicológico no tratamento de pacientes com esclerose lateral amiotrófica.

Os médicos que escreveram sobre a experiência da doença que viveram, embora poucos, revelam como a formação médica é intensamente orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia, à clínica, desconsiderando a história da pessoa doente, o apoio moral e psicológico.

Face a essa realidade, o primeiro ponto a ser colocado para reflexão é relativo ao comportamento profissional do médico que deve incorporar cuidados ao sofrimento do paciente, possivelmente divergente do modelo clínico. Isto não significa que os profissionais de saúde tenham que se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, se faz necessário uma sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com o paciente, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença.

Esta demanda exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional. Deste modo, é importante considerar criticamente o desenvolvimento do modelo biomédico como contexto no qual se configuram formas de relação médico-paciente e, assim, ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática.

A humanização da prática médica

Faz-se necessário refletir um pouco sobre as concepções que fundamentam o modelo biomédico, considerando, inclusive, que este é o principal modelo financiado pelo recurso público.

A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como consti-

tuídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. Se, por um lado, baseados nestes princípios, foram conquistadas importantes transformações, a partir do século XIX, como o nascimento da clínica, a teoria dos germes de Pasteur e até os recentes sucessos nos estudos de genética, imunologia, biotecnologia; por outro têm sido desprezadas as dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença. Em se tratando dos padrões de comunicação verbal e não-verbal, assim como a variedade de padrões comunicacionais, são muitos os problemas que surgem na relação médico-paciente: a) a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento (Helman, 1994).

Kleinman et al. (1989) relatam que 50% dos pacientes que consultam um clínico geral nos Estados Unidos descrevem uma série de sintomas identificados por eles, mas que não são considerados pelo médico para a definição do quadro diagnóstico da doença. Diante de uma informação como esta, torna-se mais compreensível que a maioria dos pacientes prefira procurar um médico de confiança, mesmo que para isto tenham que dedicar mais tempo de deslocamento e espera. Para superar estas dificuldades, Kleinman sugere que o médico procure, primeiramente, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo lugar, observe como interpretam a doença. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

A continuidade do vínculo estabelecido é outro aspecto a ser considerado dentro desse processo. O médico que acompanha por bastante tempo os mesmos pacientes conhecerá melhor uma determinada comunidade e a história das famílias (Buetow, 1995).

Em muitos países, ainda hoje, os médicos informam muito pouco aos pacientes sobre o seu estado de saúde e sobre as possibilidades de tratamento, tendo um relacionamento de tipo paternalista, no qual o paciente é dependente do julgamento e das idéias do médico. Nos Estados Unidos, Canadá e em alguns países europeus, a partir das reivindicações dos

movimentos a favor dos direitos dos pacientes e também pela política de mercado, ao considerar que o médico é um prestador de serviço e o paciente um consumidor, tentou-se superar este tipo de postura paternalista dos médicos por outro modelo chamado *informativo*. Neste modelo, o paciente é informado do diagnóstico da própria doença, as dificuldades de cura, e cabe a ele, a partir desta informação, a decisão final sobre o tratamento (Emanuel & Emanuel, 1992). Com esse padrão comunicacional, estão de acordo juristas, docentes de bioética e alguns médicos, por admitirem que o paciente tenha direito a uma informação correta e a decidir-se pelo próprio tratamento.

Entretanto, neste modelo informativo, o médico funciona como simples técnico, fornecedor de informações corretas para o paciente. A superação dos modelos paternalista e informativo significa a necessidade de assumir um processo de comunicação que implique na passagem de um modelo de comunicação unidirecional a um bidirecional, que vai além do direito à informação. Esse terceiro modelo, intitulado comunicacional, exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento.

A possibilidade da abordagem Hermenêutica

Os relatos apresentados na primeira parte desse artigo mostram mudanças de valores, não em função de um enquadramento teórico-científico, mas das experiências dos médicos enquanto pacientes. Esta vivência da condição oposta à que caracteriza seu cotidiano tem sido atualmente valorizada, já que é produtora de um conhecimento que nasce de uma experiência pessoal, contrária ao conhecimento científico, não sendo replicável, não sendo controlável e, por vezes, até mesmo explicitada como difícil de ser relatada. A concepção proposta pode ser dirigida ao médico, a quem se tem incentivado e até exigido uma sensibilidade, freqüentemente pouco definida ou explicitada, mas que pode ser referida como a sensibilidade daquele que já ocupou o lugar de doente.

Em um passado próximo, com uma tradição de valorização exagerada da ciência, se menosprezava a experiência pessoal. As fontes de paixão explícitas do profissional eram a ciência e a arte. Assim, não se poderia reconhecer uma trajetória de *ferido*, do doente que ti-

nha se tornado médico, e, com esta marca, se aproximava mais daquele que lhe procurava. Esta negação pode estar vinculada a uma certa necessidade de superioridade, de diferenciação; observa-se, porém, que algumas formações exigem que o profissional passe pela condição de usuário.

Várias abordagens, principalmente psicoterapêuticas, consideram como parte do processo de formação a experiência enquanto usuário da técnica, o lugar de paciente, de cliente. Um exemplo muito conhecido trata-se da psicanálise. O psicanalista passa por um processo terapêutico motivado por uma angústia semelhante àquela que leva um cliente ao consultório. O psicanalista experimentou a trajetória da cura que ele acompanha nos seus pacientes. Ao falar dessa semelhança entre psicanalista e psicanalisado, Lacan (1998) usa a imagem bíblica de que ambos são feitos do mesmo barro.

Esta imagem usada por Lacan liga-se à Mitologia Grega pela figura de Chiron, o centauro que ensinou a arte médica a Esculápio, doente com chagas incuráveis, um arquétipo da figura do médico-ferido. Groesbeck (1983) ao realizar um re-exame do conceito de cura, orientado pelos referenciais da psicologia analítica, refere-se aos costumes da era clássica, especialmente a imagem arquetípica do médico-ferido. Este médico, por estar afetado e assim ser também um paciente, conhecia o caminho da cura. A figura da serpente passou a ser associada a Esculápio pela capacidade de rejuvenescer a si própria mediante a troca periódica da pele, que simbolizaria o libertar-se da doença. Para que a cura ocorresse, os pacientes eram levados para a parte mais interna do templo, permanecendo ali a espera de um sonho de cura, no qual o médico tocava na parte doente com as mãos. A cura estaria vinculada a uma condição pessoal de doente, mas, além disso, a uma ação, a uma prática do médico ao tocar o paciente, ao agir sobre ele.

Esta compreensão da possibilidade de construção de um conhecimento a partir de uma prática nos faz retornar aos pressupostos hermenêuticos (Gadamer, 1994; Wulff et al., 1995). Para Ricoeur (1994), o mundo em que vivemos está lingüisticamente construído e historicamente dado. Ao assumir a construção do mundo vinculado à língua, à lingüística, aos significados, aos signos, estamos tratando dos processos de comunicação que diferenciam e unificam os grupos. Este processo se dá pela compreensão de uma linguagem que não se restringe à linguagem verbal, mas inclui a linguagem corporal e gestual.

O processo hermenêutico é composto de compreensão e explicação como duas fases recorrentes e complementares. Analisando estas fases na relação médico-paciente do modo como Gadamer tem discutido, pode-se afirmar que estas não são propriedades de uma das partes. Tanto o médico como o paciente encontram-se na condição de explicar e compreender a si mesmos e ao outro. Na medida em que o médico assimila e assume esta compreensão, se aproxima do paciente, recorre às várias fontes de explicação e compreensão da situação, inclusive a sua própria história.

Nesta mesma perspectiva, Bibeau (1997) considera que a interpretação pressupõe um campo semântico partilhado: vive-se um exercício de partilha e aquele que interpreta a si mesmo pode ser um ponto de vista possível para o campo semântico. Portanto, a interpretação não está acima do seu interpretado; antes, cada expressão concorre com sua interpretação. Esta consideração inclui uma chave para 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.

Talvez possamos dizer, a partir de Gadamer, que para o médico atender, ouvir realmente aquele que o procura com uma queixa, faz-se necessária a experiência da condição de submetido ao conhecimento científico e não somente de conhecedor. Este argumento, entretanto, também pode produzir uma exigência quase artificial: experiências pessoais para a compreensão das situações de saúde nas quais se encontram os pacientes. Uma perspectiva mais concreta e produtiva é a utilização de alternativas pedagógicas suficientemente sensíveis à incorporação das várias fontes de conhecimento, de forma a possibilitar ao profissional o conhecimento baseado não somente na autoridade proveniente da ciência, mas uma nova concepção de conhecimento médico articulado com uma postura de autoridade-submissa daquele que identifica na condição de paciente, cliente, usuário um saber decorrente da prática ou da experiência.

E, nesta progressão de perspectivas, se estabelece um círculo hermenêutico de explicações, tomando uma compreensão da experiência de doente, instaurado enquanto exercício de partilha e fortemente vinculada às relações interpessoais constituídas na unidade ambula-

torial ou hospitalar como um todo, mas, principalmente, na relação com o médico, representante do saber intelectualizado, tecnológico e detentor da cura.

Ao fim deste texto, espera-se que este tenha possibilitado a retomada da discussão da relação paciente-médico tanto na prática profissional, quanto como elemento fundamental na formação do médico. Buscou-se principalmente apresentar essa temática de forma ampla, referindo alguns dos principais autores, dentro de alternativas que não necessariamente se complementam. A abordagem hermenêutica apresentada por Gadamer (1994) foi tomada como um eixo, na medida em que denuncia a relação conflituosa existente na medicina entre o saber e o fazer. No que diz respeito à relação paciente-médico, a contribuição da hermenêutica mostra que nem o modelo paternalista nem o modelo informativo assimilam a riqueza do momento clínico quando terapêutico.

Observa-se que a abordagem teórica do tema, enquanto objeto de estudo, carece ainda de um volume expressivo de publicações que reúnem e articulem de modo abrangente aspectos teóricos, análises de dados empíricos e avaliações de propostas de intervenção ou de análise.

Retomando o título, entendemos que, em torno do tema relação médico-paciente, aqueles que o têm como objeto podem repensá-lo, colocando o paciente em um posição tão ativa quanto a do médico, na medida em que a queixa do paciente guia o momento clínico, e este repensar do lugar do paciente indica um dos alvos do projeto de humanização da medicina.

Este projeto, entretanto, deve prioritariamente ser contexto para uma prática apoiada pela aprendizagem, pela reflexão, sem negar ou menosprezar os recursos tecnológicos presentes no cotidiano da profissão, mas utilizando-os como recurso e não como finalidade da intervenção na saúde.

Agradecimentos

Agradecemos a Profa. Eurides Pitombeira de Freitas pela leitura e comentário de uma primeira versão deste texto. Nosso carinho à Profa. Ana Cecília Bastos, que tem acompanhado estas discussões e colaborou profundamente na versão final deste texto. Ao Prof. Tullio Seppilli pelo constante estímulo teórico e pelo afeto e disponibilidade, como também à Silvia Mamede Studart, Jorge Montenegro Braga e Naomar de Almeida Filho pelo apoio fornecido no desenvolvimento deste trabalho.

Referências

- ARDIGÒ, A., 1995. *Corso di Sociologia Sanitaria I Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria*. Bologna: Università di Bologna.
- ATKINSON, S. J., 1993. Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 9:283-299.
- BALINT, M., 1988. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- BELLOMO, A.; SUMA, D.; ALBANO, M. G.; LOTTI, A. & MARTINO, V., 1990. Psicopedagogia Medica: La formazione in "communication skills" in Facoltà innovative e nel Curriculum Parallelo Sperimentale (CPS) - Bari. *Pedagogia Medica*, 4:154-157.
- BERT, G. & QUADRINO, S., 1989. *Il Medico e il Counselling*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- BIBEAU, G., 1992. *Entre Sens et Sens Commun, Exposé de Présentation à l'Académie des Lettres et des Sciences Humaines de la Société Royale du Canada*. Montréal: Académie des Lettres et des Sciences Humaines de la Société Royale du Canada. (mimeo.)
- BIBEAU, G., 1997. *Aula 1, Proferida no Instituto de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia*. Salvador: Universidade Federal da Bahia. (mimeo.)
- BOLTANSKI, L., 1979. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BRANCH, W. T.; ARKY, R. A.; WOO, B.; STOECKLE, J. D.; LEVY, D. B. & TAYLOR, W. C., 1991. Teaching medicine as a human experience: A patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. *Annals of Internal Medicine*, 114:482-489.
- BUETOW, S., 1995. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Social Science and Medicine*, 40:213-221.
- CASSEL, E., 1982. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306:639-645.
- CASSEL, E., 1991. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

- CRAIG, J. L., 1992. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: A longitudinal study. *Medical Education*, 26:276-281.
- DONABEDIAN, A., 1990. *La Qualità dell'Assistenza Sanitaria*. Roma: NIS.
- EMANUEL, E. J. & EMANUEL, L. L., 1992. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267:2221-2226.
- DUNFIELD, J. F., 1996. Consumer perceptions of health care quality and the utilization of non-conventional therapy. *Social Science and Medicine*, 43:149-161.
- GADAMER, H. G., 1994. *Dove si Nasconde la Salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GATTINARA, B. C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C. T.; GIACONI, J. & CAPRARA, A., 1995. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo - Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública*, 11:425-438.
- GOFFMAN, E., 1959. *Strategic Interaction*. New York: Ballantine Books.
- GOOD, B., 1994. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GROESBECK, C. J., 1983. A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana - Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*, 1:72-96.
- GUGGENBUHL-CRAIG, A., 1983. *Al di Sopra del Malato e della Malattia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- HAHN, R., 1995. *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University.
- HELMAN, C., 1994. *Cultura, Saúde, Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- JASPERS, K., 1991. *Il Medico nell'Età della Tecnica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A., 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- KLEINMAN, A., 1991. Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15:275-301.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. & GOOD, B., 1989. Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale. *Sanità Scienza e Storia*, 1:3-26.
- LACAN, J., 1998. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos* (J. Lacan, ed.), pp. 591-652, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- LIBMAN, E. G., 1985. La necessità di un nuovo modello medico: Una sfida alla biomedicina. *Sanità, Scienza e Storia*, 2:5-28.
- LINGIARDI, V.; MONTALTO, M. & MAFFEI, C., 1993. L'attitudine al rapporto medico-paziente in un campione di studenti di medicina: Confronto tra maschi e femmine. *La Formazione del Medico*, 7:31-38.
- RABIN, D.; RABIN, P. L. & RABIN, R., 1982. Occasional notes. Compounding the ordeal of ALS: Isolation from my fellow physicians. *New England Journal of Medicine*, 307:506-509.
- RICOEUR, P., 1994. *Tempo e Narrativa*. Campinas: Papirus.
- ROSENTHAL, G. E. & SHANNON, S. E., 1997. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care*, 35:58-68.
- SACKS, O., 1991. *A Leg to Stand on*. London: Picador, MacMillan Publishers Ltd.
- SANTOSUOSSO, A., 1996. *Il Consenso Informato*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- SCHNEIDER, P. B., 1994. *Psicologia Medica*. Milano: Feltrinelli Editore.
- SCHRAIBER, L. B., 1993. *O Médico e seu Trabalho - Limites da Liberdade*. São Paulo: Editora Hucitec.
- SEPPILLI, T. & CAPRARA, A., 1997. *Il Rapporto Medico-Paziente: Un Approccio Antropologico, Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale*. Perugia: Fondazione Angelo Celli, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, Università degli Studi di Perugia, Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri, Sezione Provinciale di Perugia della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). (mimeo.)
- SUCUPIRA, A. C. S. L., 1982. *Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- USHERWOOD, T., 1993. Subjective and behavioural evaluation of the teaching of patient interview skills. *Medical Education*, 27:41-47.
- WHO (World Health Organization), 1993. *Doctor-patient Interaction and Communication*. Geneva: Division of Mental Health, WHO.
- WATZLAWICK, P.; HELMICK, J. B. & JACKSON, D. D., 1972. *Une Logique de la Communication*. Paris: Éditions du Seuil.
- WILLIAMS, B., 1994. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine*, 38:509-516.
- WULF, H. R.; PEDERSEN, S. A. & ROSEMBERG, R., 1995. *La Filosofia della Medicina*. Milano: Raffaello Cortina Editore.