

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE – DA NECESSIDADE DE DESENGANAR O PACIENTE

Caio Alexandre de Sena Alves*
Edmundo Gaudêncio**

RESUMO

No presente trabalho, busca-se discutir a relação médico-paciente, analisando abordagens antropológicas e comunicacionais, investigando vivências de médicos enquanto pacientes, quando se verifica a existência de concepções médicas e teórico-filosóficas que indicam a necessidade de humanização. Este panorama possibilita afirmar que já se observa uma série de possibilidades para execução das propostas de humanização da medicina, fazendo-se necessário sistematizá-las e avaliá-las. Além disso, este trabalho visa aproximar algo que deveria estar sempre junto da relação médico-paciente: o amor ao próximo e, principalmente, o respeito entre os seres humanos, independente de classe ou hierarquia. Aos que pretendem seguir a carreira médica, que este trabalho possa ajudar na aproximação e no respeito do médico com o paciente e vice-versa.

Palavras-chave: Relação Médico-Paciente. Antropologia Médica. Filosofia da Medicina.

1 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: p. X).

Ao tratar da saúde, Gadamer (1994), uma referência capital no 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 prática da arte médica. Gadamer conduz a reflexão sobre a humanização da medicina, em particular, sobre a relação do médico com o paciente, demonstrando o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade, por parte do médico, diante do sofrimento do paciente. Esta proposta, para a qual várias outras convergem, aspira ao nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, mas não somente sob um ponto de vista biológico. (CASSEL, 1982; HAHN, 1995; WULFF et al, 1995).

*caioasenna@gmail.com

**merciagaudencio@bol.com.br

É importante, então, lembrar que o paciente já foi um dia enganado e atualmente encontra-se ou deve-se encontrar desenganado. É o sonho de qualquer paciente desenganar-se dos péssimos serviços a ele prestados; todos que são ou já foram pacientes concordam que a situação que encontramos nos hospitais é uma situação de plena “enganação”, a qual remete aos princípios básicos das ciências da saúde.

Deve-se desenganar o paciente, de tal modo que ele possa voltar a acreditar na instituição médica como ela deve ser acreditada, na qual se procura a cura para todas as moléstias e conforto, acima de tudo.

No momento em que nos encontramos, a medicina não está preparada para enfrentar esse novo desafio. Trilhar esse caminho implicaria em trabalhar sobre o objeto da medicina de forma distinta de outras ciências naturais, superando limites de recursos convencionais e supostamente universais. Essas 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. Esse 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.

2 O PRINCÍPIO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

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.

3 A HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA

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 constituídos 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. Por um lado, baseado nesses 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. Por outro lado, tratando-se 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 (1989) relata 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 isso tenham que dedicar mais tempo de deslocamento e espera. Para superar essas dificuldades, Kleinman (Idem) sugere que o médico procure, primeiramente, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo lugar, observar 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).

De outra forma, em muitos países, ainda hoje, os médicos informam muito pouco aos pacientes sobre o seu estado de saúde e sobre as possibilidades de tratamento, mantendo 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 substituir esse tipo de postura médica paternalista por

outro modelo chamado *informativo*. Nesse modelo, o paciente é informado do diagnóstico da própria doença, as dificuldades de cura, e cabe a ele, a partir dessa 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, no modelo dito 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 por parte do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento.

4 A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO

Observa-se no Brasil a existência de fecundos e relevantes debates e iniciativas em torno da noção de *humanização*, relativos à organização da atenção à saúde em diferentes aspectos e dimensões. Em recente artigo, Deslandes (2004) identificou e discutiu diversos sentidos assumidos por essa noção em documentos veiculados pelo Ministério da Saúde, tais como: oposição à violência institucional; qualidade do atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. São, portanto, bastante amplas e diversas as possíveis aproximações à questão, o que condiz com a

perspectiva que se busca assumir no presente estudo, quando se considera a humanização a partir de um sentido genérico, que atravessa, na verdade, as diferentes dimensões tratadas por Deslandes, dizendo respeito, fundamentalmente, a uma perspectiva filosófica, a partir da qual o ideal de humanização pode ser genericamente definido como 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.

Há, na definição acima, elementos que precisam ser elucidados, não só para se compreendê-la melhor, como também para que fique mais clara a contribuição que se pretende trazer com este ensaio. Antes de mais nada, trata-se de situar seu *horizonte normativo*, entendido como uma inescapável referência ética e moral que orienta qualquer formação discursiva e que, especialmente nos discursos, visam à regulação da vida social. É elevada à condição de problema, isto é, reclama ativamente processos de validação intersubjetiva, de legitimação social (HABERMAS, 1988). Destaque-se, nesse sentido, a ampliação do horizonte normativo proposta pela definição acima, expandindo-o da referência à normalidade morfofuncional, própria ao plano tecnocientífico que caracteriza a medicina desde a Modernidade (LUZ, 1988), até à idéia mais ampla de *felicidade*.

5 TEORIA X PRÁTICA

Dizem que, quando os professores sentam-se para refletir sobre suas funções e seu papel, os alunos levantam-se para aplaudir. Quando os gestores, os prestadores do serviço e os profissionais de saúde sentam-se para discutir suas funções, planejar e qualificar o atendimento prestado à população, nós, os

usuários, aplaudimos.

Ocorre, entretanto, que as práticas no interior do sistema de saúde, inclusive em serviços vinculados ao SUS, fragmentam o usuário em um conjunto de áreas de especialidades. Esse é um dos pontos que gostaria de chamar atenção para que se possa pensar na humanização do atendimento. Como se pode falar de humanização se a pessoa é dividida em inúmeras partes, se ela é toda fragmentada em órgãos e sistemas? Como se pode falar de humanização se, para tratar de um problema de saúde, a pessoa é encaminhada de um especialista para outro, sem soluções adequadas e, muitas vezes, sem sequer ser ouvida? E se cada profissional olha para um pedaço do seu corpo como se pedaços isolados tivessem vida autônoma? As pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas, na sua inteireza - e é dessa forma que os serviços e os profissionais que querem produzir cuidados humanizados devem orientar seu trabalho. O acesso à medicina e o atendimento médico humanizado são obrigações do SUS e dos seus trabalhadores para com os usuários.

Outro aspecto da desumanização do atendimento é a relação que se estabelece entre o profissional e o usuário, a qual diminui o usuário uma vez que ele é transformado em “paciente” e colocado numa situação de inferioridade em relação ao profissional. Como é que se pode falar em humanização se a pessoa se torna insignificante diante do médico? Não é possível que o usuário consiga reagir e construir sua saúde se, na relação com o profissional que o atende, fica submetido, inibido em seu saber e sem possibilidade de iniciativa.

O atendimento à saúde normalmente é feito com uma entrega pessoal ao profissional. A mãe entrega seu filho, o doente entrega seu corpo. O que sabe o profissional da vida do filho, isolado e entregue, ou do doente? Como se pode falar em humanização se a vida que se vive fora do consultório ou do hospital

não busca ser conhecida pelo profissional de saúde? Como saber quais são as providências melhores para aquela pessoa que está diante de si, sem conhecer o modo como vive e como trabalha, quais são suas preocupações e o que quer fazer? Quando a pessoa está no meio dos seus semelhantes, fala da dor e dos problemas que está vivendo. Quando está diante do profissional de saúde, que domina a situação, as falas restringem-se ao que pergunta e valoriza o médico. Um atendimento que desconsidera os modos de vida das pessoas não pode ser humanizado e também não será resolutivo.

Costuma-se ouvir dos profissionais que, quando o doente está em situação de maior gravidade, ele “está desenganado”, já que se chegou ao limite da capacidade da medicina em resolver seu problema. Ora, se há um momento no atendimento em que o usuário é “desenganado”, então se pode supor que até então ele foi “enganado”. Humanizar o cuidado em saúde é “desenganar” o tempo todo. O atendimento em que o usuário é enganado não pode ser um atendimento humanizado. Quando quem sabe de sua saúde é apenas o médico e quando cabe ao doente apenas obedecer às prescrições do profissional, como se fossem ordens, portanto não há humanização do atendimento e nem na relação entre eles. O sofrimento acomete a pessoa que está doente e ela precisa ser informada de todas as possibilidades de atendimento de que dispõe, bem como as suas decorrências. A pessoa adoentada precisa saber e participar da decisão do que irá lhe acontecer. Ela precisa ter respeitada a sua cultura, seus costumes. Por exemplo, nós defendemos o uso de medicamentos produzidos com plantas medicinais, que são usadas há muitos séculos pelas pessoas e a partir dos quais são extraídos princípios ativos para a produção de medicamentos, por exemplo. Os profissionais de saúde precisam aprender sobre o uso dessas formas de cuidado e não somente dos medicamentos produzidos a partir dessas

plantas. Enganam os doentes quando dizem que somente têm efeito para tratar de doenças os medicamentos produzidos pelas indústrias, com fortes interesses na venda de seus produtos.

Os profissionais de saúde costumam “enganar” os doentes não somente sobre a gravidade da sua doença e sobre os procedimentos realizados. Enganam também quando não informam sobre as causas das doenças e dos sintomas que as pessoas apresentam. Nós sabemos que o uso de defensivos agrícolas causam problemas de saúde: problemas de pele, problemas renais, malformações congênitas. Os agricultores são orientados a proteger-se com capas, luvas e máscaras quando usam defensivos agrícolas na lavoura. Mas, e os efeitos que esses defensivos causam através das frutas, legumes, verduras e outros produtos “tratados” que consumimos?

Quando um doente procura o médico com feridas na pele, recebe antissépticos para tratar a infecção. Depois de receber o remédio, volta para o local onde vive ou contata novamente com os produtos que lhe causaram a reação. Sofre novos problemas, recebe outros remédios. Para humanizar o atendimento, também é preciso aprender sobre os danos que agrotóxicos defensivos e outros produtos utilizados na agricultura causam à saúde e devem ser evitados. Os profissionais devem aprender esses efeitos e “desenganar” os doentes, que também são enganados sobre isso pelas propagandas desses produtos nos jornais, revistas e na televisão e pelo efeito aparente que eles têm sobre a horti-frutigranjeiros, deixando-os maiores, mais coloridos e resistentes. De pouco adianta tratar infecções na pele das crianças quando a causa desses problemas é o esgoto a céu aberto que passa ao lado da sua casa e onde elas brincam, antes da ida à escola. As pessoas precisam ser informadas que o lixo e o esgoto causam problemas para a sua saúde e que têm direito de viver em adequadas condições de salubridade. Senão o que

acontece é que ela é “enganada”, quando se afirma que o que tem é uma simples infecção na pele e que, para resolver o problema, basta usar os remédios que o médico prescreveu.

Humanizar o atendimento também passa pelo trabalho em equipe, onde há igualdade na importância do trabalho e do conhecimento de cada uma das profissões envolvidas e uma complementação entre eles. O usuário precisa de atendimento de qualidade e nada nisto deveria intervir. Por outro lado, o trabalho em equipe implica em discussão conjunta, em que os profissionais se sentem juntos, a fim de discutir os atendimentos e o melhor modo de tratar a saúde.

6 A RECONSTRUÇÃO DOS CONSENSOS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Os processos de reconstrução orientados à humanização estendem-se a um amplo espectro de espaços onde são socialmente construídas as práticas de saúde, desde os fóruns de definição e pactuação das políticas, até o espaço assistencial. Atravessando esses diversos planos, os discursos da humanização vão se plasmando e buscando produzir entendimento público acerca do que seja correto, verdadeiro e autêntico quanto ao que fazer em relação à saúde de indivíduos e comunidades ou, em termos habermasianos, construindo suas pretensões de validade intersubjetiva nas esferas *normativa*, *proposicional* e *expressiva*, respectivamente. (HABERMAS, 1988).

Mesmo que os processos comunicativos concretos as três esferas acima sejam inseparáveis uma das outras, os discursos problematizadores de um certo regime de crenças tenderão a privilegiar sempre uma dessas esferas de validade, destacando-a do pano de fundo do "mundo da vida", embora sempre em relação com as demais esferas (HABERMAS, 1988). Assim, nos discursos que buscam alguma forma de problematização das normas que regulam as

interações humanas, é a *esfera normativa* que se destacará sobre as demais. Nos discursos cognitivos, aqueles que buscam afirmar a possibilidade de aceitar algum fato ou dado objetivo como verdadeiro, como os discursos tecnocientíficos, é o *plano proposicional* que orientará a argumentação. Por fim, os discursos que buscam identificar ou afirmar que um sujeito se apresenta autenticamente frente a outro, ou que uma dada manifestação é autenticamente representativa de uma certa perspectiva subjetiva, será o *plano expressivo* que estará em processo de validação. (HABERMAS, 1988).

Assim, também no caso da humanização das práticas de saúde, os discursos reconstrutivos admitem essas três diferentes pretensões de validade - *normativa*, *proposicional* e *expressiva*. Conforme sustentamos acima, entendemos ser constitutivo do processo de discussão da humanização das práticas de saúde no Brasil a convicção de que a tarefa reconstrutiva não se restringe à esfera proposicional das tecnociências da saúde, mas estende-se ativamente aos planos normativos e, até mesmo, expressivos, como apontado por Deslandes (2004) e Onocko-Campos (2004). Há que se atentar, entretanto, para o fato de que, no caso das práticas de saúde, sem ser exclusividade delas, mas sendo especialmente marcante nelas, a esfera proposicional das tecnociências ocupa um lugar de extraordinária importância na mediação entre interesses subjetivos e regulação moral da vida (SCHRAIBER, 1997). Os sujeitos que participam dos encontros efetivados nos espaços da saúde tendem a se reduzir à unidimensionalidade conformada por uma leitura tecnocientífica, construtora de objetos, onde um é o próprio substrato dos recortes objetivos (o paciente) e o outro aquele que produz e maneja esses recortes (o profissional). Não se trata, portanto, de uma mediação qualquer, na qual sujeitos entendem-se acerca de um objeto, ou por meio de um objeto, mas uma mediação

em que o manejo de objetos tende a substituir a interação dialógica por uma intervenção monológica, cujas finalidades e meios já se encontram definidas *a priori*, antes e para além dos seus participantes, tanto usuários quanto profissionais. Esse "paroxismo instrumental" de uma racionalidade tecnocientificamente monopolizada que coloniza de forma tão paralisante os processos interativo-formativos relacionados à saúde (AYRES, 2002), talvez ajude a compreender porque uma das mais expressivas expressões do modo de ser do humano, o cuidado, esteja buscando... humanizar-se!

Ora, se as tecnociências biomédicas interferem sistematicamente nas possibilidades de expressão subjetiva e de regulação das interações nos processos de atenção à saúde, então será forçoso admitir que mesmo as reconstruções voltadas aos campos expressivo e normativo desses processos dependerão de um esforço dirigido à esfera proposicional. Em outras palavras, se as pretensões de validação intersubjetiva de proposições acerca da verdade sobre os fenômenos da saúde e da doença determinam tão fortemente as possibilidades (e impossibilidades) de construir consensos sobre o que é correto fazer na saúde e de pôr em cena os legítimos sujeitos dessas escolhas, então as propostas de humanização, em quaisquer dos campos e esferas sobre as quais se debruçem, precisarão se ocupar da questão do conhecimento na saúde. Mais que isso, sustentamos que nesse ocupar-se há uma tarefa de caráter essencialmente hermenêutico, no sentido crítico, próprio da síntese dialética que caracteriza a hermenêutica contemporânea. (MINAYO, 2002).

7 A SAÚDE PERTENCE AO MODO DE VIVER DAS PESSOAS

Humanizar o atendimento prestado aos

usuários precisa fazer parte das reflexões dos trabalhadores da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviço. Porque o atendimento humanizado é que está registrado na lei como o atendimento que deve ser prestado pelo SUS. Por isso nós, usuários que participamos dos fóruns de controle social e das instâncias de discussão sobre a saúde, o defendemos. Nós o defendemos também porque foram representantes das nossas lutas que garantiram seu registro na Constituição brasileira de 1988. Foram nossos representantes que registraram um novo conceito de saúde na Constituição.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 reúnam 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 humanização em saúde pública, aqueles que o

têm como objeto podem repensá-lo, colocando o paciente em uma 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.

HEALTH HUMANIZATION AS AN EFFORT TO UNDECEIVE PATIENTS

ABSTRACT

The following study focus on doctor-patient relationship analyzing communicative anthropological approaches also investigating doctors' experiences as patients. When it is verified the existence of medical theoretical-philosophical conceptions which indicate humanization necessity which it makes possible to affirm that series of possibilities has been already observed in Medicine humanization proposals execution in order to be systematized and evaluated. Furthermore, this research seeks to approximate something that should be closer to a doctor-patient relationship, well as love to the others and respect among human beings, independently of class or hierarchy. For those who intend to continue medical career, this work may facilitate in doctor-patient approach having respect to each other.

Keywords: Doctor-patient relationship. Medical anthropology. Medicine Philosophy.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: 70, 1971.
- BUETOW, S. What do general practioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. **Social Science and Medicine**, Local, n. 40, p. 213-221, 1995.
- CASSEL, E. The nature of suffering and the goals of medicine. **New England Journal of Medicine**, Local, n. 306, p. 639-645, 1982.
- _____. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, n. 9, v. 1, p. 7-14, 2004.
- EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L. L. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA**, Oxford, n. 267, p. 2221-2226, 1992.
- GADAMER, H. G. **Dove si Nasconde la Salute**. Milano: Raffaello Cortina, 1994.
- HABERMAS, J. **Verdade e justificação**. Loyola, São Paulo, 1988.
- HAHN, R. **Sickness and Healing. An Anthropological Perspective**. New Haven: Yale University, 1995.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde, doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- JASPERS, K. **Il medico nell'età della tecnica**. Milano: Raffaello Cortina, 1991.
- KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1989.
- LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MINAYO M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social, próprio. In:

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs.).
Caminhos do pensamento: epistemologia e método.
Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002. p. 83-107.

ONOCKO-CAMPOS, R. Mudando os processos de
subjetivação em prol da humanização da assistência.
Ciência e Saúde Coletiva, n. 9, v. 1, p. 23-25, 2004.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a
ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do
trabalho em medicina. **Interface: comunicação,
saúde, educação** n. 1, v. 1, p.123-138, 1997.

WULFF, H. R.; PEDERSEN, S. A.; ROSEMBERG,
R. **La filosofia della medicina.** Milano: Raffaello
Cortina Editore, 1995.