

Alteridade e poder na relação médico-paciente

Alterity and power in the doctor-patient relationship

Recebido: 18/09/2022 | Aceito: 29/11/2022 | Publicado: 02/12/2022

Acimar Gonçalves da Cunha Júnior¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4664-4568>

 <http://lattes.cnpq.br/9122748425433082>

Universidade Católica de Brasília – UCB, DF, Brasil

E-mail: acimarjr@hotmail.com

Resumo

O presente artigo discute a possibilidade de construção e entronização do conceito de alteridade na relação médico-paciente na contemporaneidade. Diante de um contexto histórico do desenvolvimento da medicina e das diferentes formas de relacionamento do médico com o paciente que se lhe apresenta, identificando as formas de poder que se estabelecem no cenário da assistência médica, caracteriza-se a relação médico-paciente da atualidade como uma relação de perda da subjetividade e não reconhecimento do humano diante de uma medicina tecnocrônica. Propõe-se, a partir do entendimento do conceito de alteridade, principalmente na acepção de Emmanuel Lévinas, identificar a possibilidade de resgate do termo “em moda” humanização do atendimento quanto o desenvolvimento do encontro de subjetividades na relação classicamente estabelecida entre médico e paciente.

Palavras-chave: Relação Médico-paciente. Subjetividade. Alteridade. Poder. Humanização.

Abstract

This article discusses the possibility of constructing and enthroneing the concept of alterity in the doctor-patient relationship in contemporary times. Faced with a historical context of the development of medicine and the different forms of relationship between the doctor and the patient who is presented to him, identifying the forms of power that are established in the scenario of medical care, the current doctor-patient relationship is characterized as a relationship of loss of subjectivity and non-recognition of the human in the face of technocratic medicine. It is proposed, from the understanding of the concept of alterity, mainly in the meaning of Emmanuel Lévinas, to identify the

¹ Possui graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (1995). Atualmente é médico do Hospital Materno Infantil de Brasília / SES / DF e médico da Rede Privada de Hospitais do Distrito Federal, bem como médico cirurgião pediatra oncológico do Hospital da Criança de Brasília. É professor da Universidade Católica de Brasília e professor do Centro Universitário UNICEPLAC. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Cirurgia Pediátrica Geral e Cirurgia Pediátrica Oncológica. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília. Doutorando em Psicologia, com início do programa em fevereiro/2018, na Universidade Católica de Brasília. Foi coordenador de especialidade, Cirurgia Pediátrica, da Secretaria de Estado de Saúde do DF, entre 2009 e 2015. Foi médico conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal na gestão 2013 a 2018. Atualmente é médico Responsável Técnico Assistencial da Unidade de Clínicas Cirúrgicas Pediátricas do Hospital Materno Infantil de Brasília. É preceptor do programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) / SES / DF.

possibility of rescuing the term “in fashion” humanization of care in terms of the development of the encounter of subjectivities in the classically established relationship between doctor and patient.

Keywords: *Doctor-patient Relationship. Subjectivity. Alterity. Power. Humanization.*

Introdução

A medicina parte da primazia de que há um momento índice das relações humanas de empatia do homem com os humanos. Para Hipócrates de Cós (460 – 377 a.C), "é mais importante conhecer o doente do que o tipo de doença que ele sofre", o que se complementa em "o homem tem que ser visto também como parte integrante do ambiente em que vive". E ainda, "a medicina não pode ser fundamentada em dogmas absolutos, pois cada pessoa pode reagir de modo diferente em diferentes ambientes, da mesma forma que uma doença pode ter diversas causas e consequências variadas em indivíduos diferentes".

Dessa relação humana estabelecida, William Osler (1913) destaca que a base da medicina é a simpatia e o desejo de ajudar outros e tudo que é feito neste sentido deve ser chamado de medicina. Ousando traçar uma intersecção com o pensamento de Emmanuel Lévinas, que tem como principal fio condutor os momentos de constituição da subjetividade, a relação médico-paciente pode se aprofundar na constituição do sujeito como humano na responsabilidade pelo outro.

Contudo, percebe-se que, no contexto sociocultural contemporâneo, a relação médico-paciente de diferentes períodos históricos, adquire caráter de uma crise da subjetividade, o que impõe que se assuma com decisão a sempre renovada questão sobre o sentido do humano. É o que os diversos serviços de assistência descrevem como humanização do atendimento no campo das ações públicas de saúde (Boletim CNS, 2001). Para Cassel (1982), "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".

Para Deslandes (2006), essa crise de construção do sujeito dentro da relação médico-paciente reflete uma situação tensa, conflituosa, contraditória e desigual das relações de poder. Na contemporaneidade, o homem apresenta maior expectativa de vida, maior expectativa de boa saúde, maior oportunidade para desenvolvimento individual, maior oportunidade de utilizar-se da tecnologia da informação e uma grande queixa em relação à assistência médica e aos serviços médicos. E a construção da subjetividade do médico parece estar ancorada, ainda que inconscientemente, no poder associado à prescrição, numa relação etnocêntrica entre o saber médico/científico e o saber humano. Discute-se que a perda do sentido do humano na medicina cientificista/tecnológica e, mais ainda, contratualista na relação médico-paciente, baseia-se, muito provavelmente, no aparente desencanto do médico quanto à perda do poder nessa relação (Deslandes, 2006). Médico e paciente se relacionam num determinado momento, carregando consigo duas realidades distintas. E essas realidades que manifestam algum tipo de choque cultural/saber, podem ser vistas como uma manifestação etnocêntrica.

O presente texto compreende um exercício reflexivo sobre a relação médico-paciente no âmbito da assistência, cujo cenário caracteriza-se por uma conexão de forças que em geral favorece a hierarquização e sujeição, com perda da subjetividade. Busca caracterizar essa relação em diferentes termos conceituais e sua interferência na construção da alteridade e possibilidade da retomada do sentido do humano (humanização).

Perspectiva histórica e modelos de poder na relação médico-paciente.

Das diferentes relações que se estabelecem no interior das práticas da assistência da saúde, de fato destacam-se as trocas interpessoais entre médico e paciente. Para Pedrosa (2016), desse par depende o contrato prescritor e é nele que, sob o atravessamento das práticas dominantes incididas na relação médico-paciente, ocorre a produção de subjetividade. Esta, entendida como um processo condicionado pela configuração sócio histórica em que se dá, também impõe uma análise das relações de poder presentes naquela relação.

Nesse caso, em razão da polissemia do termo, resgata-se Wolf (1999), para quem o poder pode ser analisado sob diferentes perspectivas - individual; transacional; contextual; e estrutural – a fim de esclarecer sob que parâmetro de análise o sentido de poder se faz nos diferentes momentos da relação médico-paciente.

Segundo esse autor, a modalidade individual de compreensão do poder, de cunho nietzschiano, sustenta que o indivíduo possui uma potência ou capacidade inerente a ele. O modo transacional pressupõe que o poder se manifesta nas interações e transações entre pessoas e se refere à habilidade de um ego em impor seu desejo sobre um alter. Para Wolf (1999), entretanto, esse modelo de compreensão não considera a natureza dos campos onde as interações existem. Sob a perspectiva contextual, é o poder que controla os contextos nos quais as pessoas exibem suas capacidades e interagem com outras, sob a mediação de instrumentos de controle. Por último, o poder estrutural é manifesto em relações e não opera apenas internamente aos contextos e domínios, mas também organiza e orquestra os próprios contextos e especifica a direção e distribuição de fluxos de energia. Essa modalidade é coerente com o olhar de Foucault (1979), que se preocupava com o exercício da governança, da ação sobre a ação.

Em outra direção, Enriquez (2007), para apresentar um conceito de poder, inspirado na psicanálise, retoma o mito de “Totem e Tabu”, defendendo que este se torna:

a história de cada indivíduo, de sua luta interna entre suas pulsões de vida (criação do mundo fraterno) e de morte (pai castrador que renega seus filhos, filhos assassinos do pai: luta pelo reconhecimento que só pode ter êxito através da submissão do outro), além de expressar um dos elementos essenciais do poder: a proeminência da pulsão de morte sobre a vida. **A essência de todo poder é ser ele fundamentalmente destrutivo.** (p. 17, *grifo da autora*).

Portanto, segundo Enriquez (2007), o poder pode ser concebido como um objeto de desejo, o que corresponde ao modelo transacional apresentado por Wolf (1999). Entretanto, a despeito das diferenças epistemológicas que marcam as

perspectivas desses autores, percebe-se um denominador comum entre ambos: a preocupação quanto o risco de destruição que opera diretamente no poder ou, dissimuladamente, sob a máscara da sedução e da manipulação.

Assim, recuperando a interação médico-paciente como eixo de análise das relações de poder presentes no ambiente ambulatorial/hospitalar, questiona-se se é possível uma forma de poder “construtivo”, favorável à transformação e emancipação do cuidar nessa relação.

Na antiguidade, a medicina apresentava um aspecto transcendente, revestindo-se de forte caráter sagrado. A profissão médica seria guiada por uma ética que se expressava pelo sentido religioso do juramento hipocrático, onde o médico deve agir sempre buscando o bem-estar do paciente. A relação médico-paciente afigurava-se primorosa, era solene e ocupava o ponto central da cena. Consistia na afirmação de que se o médico tem como função agir sempre para o bem do paciente, então o que ele prescrevia não necessitava de outras confirmações, nem sequer do consentimento daquele que necessitava dos cuidados médicos (Gomes, 1999). O pensamento hipocrático deu fundamento ao que se denomina de paternalismo médico.

É o que Robert Veatch (1972) estabeleceu como o modelo sacerdotal da relação médico-paciente e Emanuel & Emanuel (1992) o chamaram de modelo paternalístico, onde a decisão tomada pelo médico, em nome da beneficência, não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente. Processo de tomada de decisão de baixo envolvimento com a autoridade e o poder pelo médico baseando-se numa relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente.

A rigor, a presença do semelhante (médico) no momento do mistério gerado pela doença quebra o desconforto do isolamento, da cruel sensação de abandono quando o paciente (palavra cujo significado etimológico vem do latim *patientem*: o que sofre, o que padece) sente-se refém da condição mórbida, desamparado e indefeso. Em função do modelo sacerdotal da relação e de uma compreensão equivocada da origem da palavra paciente, este último termo passou a ser utilizado com conotação de passividade, ao mesmo tempo em que indica aquele que sabe esperar, sem pressa, o curso dos acontecimentos (Emanuel & Emanuel, 1992).

Passando pelo materialismo mecanicista do século XVIII e evoluindo pelo positivismo do século XIX que defende a ideia de que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro, a medicina passa a revestir-se do prestígio das ciências experimentais enquanto assiste ao esvaecimento das ciências humanas no seu cenário. Os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. Assim como houve também transformação no protagonismo do paciente, que passa a se denominar cliente, e a pagar por serviços médicos contratados (Gomes, 1999).

A influência das relações mercantilistas e a dominação capitalista do final do século XIX e século XX estabelecem nova forma de relacionamento médico-paciente que passa a se estabelecer numa escala de manutenção da autoridade do médico, porém com transferência do poder para o paciente/cliente. O médico assume o papel de repassador de informações/divulgador do conhecimento científico e o paciente é

visto como um cliente que demanda uma prestação de serviços. Trata-se do modelo engenheiro de Robert Veatch (1972), chamado posteriormente por Emanuel & Emanuel (1992) de modelo informativo. Trata-se também de um processo de tomada de decisão de baixo envolvimento, que se caracteriza mais pela atitude de acomodação do médico que pela dominação ou imposição do paciente.

Com o processo de evolução da sociedade e a formulação dos direitos do homem desenvolveram-se os princípios da autonomia, do liberalismo ético que resultou no sentido antipaternalista da relação médico-paciente, sem que com isso se anulasse o princípio de benefício. Surge a necessidade de obtenção do consentimento informado, antes de se realizar qualquer procedimento médico (Gomes, 1999). Esta evolução pode ser vista tanto na prática dos médicos bem como nas expectativas dos pacientes; acrescenta-se uma participação mais ativa dos pacientes que utilizam os dados relacionados aos cuidados de saúde acessíveis a todos através de uma rede de dados universalizada.

Observa-se que o médico preserva a sua autoridade, enquanto detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente também participa ativamente no processo de tomada de decisões, exercendo seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais. O processo ocorre em um clima de efetiva troca de informações e a tomada de decisão pode ser de médio ou alto envolvimento, tendo por base o compromisso estabelecido entre as partes envolvidas. É o que Robert Veatch (1972) chama de o modelo contratualista e Emanuel & Emanuel (1992) de interpretativo/deliberativo.

Mediante a natureza multifacetada da relação médico-paciente, compreende-se, a exemplo do que defendeu Wolf (1999), que é mais adequado adotar o modo estrutural para analisar o poder implicado nas trocas interpessoais desse par prescritor/prescrito. Como Foucault (1979), entende-se que o poder deve ser concebido como algo que funciona em cadeia, não está em um lugar específico, nem pertence a alguém em particular. Ele não é um bem, mas um dinamismo que se exerce em rede, na qual todos os indivíduos circulam, de modo que qualquer um pode estar em posição de ser submetido ao poder e/ou de exercê-lo.

A Medicina atual, na opinião de Pessini e Barchifontaine (2000), é mais científica e menos humana, tendo como uma de suas características: “[...] a incapacidade de resolver humanisticamente os problemas do dia a dia.” A desagregação da relação médico-paciente torna-se perceptível num cenário de instrumentalização da razão voltada à tecnologia, norteados pelo mito do progresso e do consumo com vistas ao bem-estar.

Pessini e Barchifontaine (2000) comentam sobre a existência de três categorias de médicos: “[...] o médico-humano, o médico-sábio e o médico-tecnocrônico.” O médico-humano é “[...] aquele que ouve e examina atentamente o doente. É o amigo e conselheiro”. Nesta perspectiva, a relação médico-paciente provoca a descontração e o restabelecimento do equilíbrio psicológico do paciente e, sendo necessário, indica um especialista que não perceba o paciente como um “[...] repositório de sinais e sintomas.” O médico-sábio, por sua vez, constitui-se numa “[...] espécie de central de dados aonde o paciente chega e de onde parte em seguida com uma receita.” É representado pela figura competente, inacessível e silenciosa, diante da qual o paciente pouco fala de si, de suas preocupações e padecimentos físicos. E por fim, o médico-tecnocrônico, aquele dotado de requintadas habilidades de manipulação de

aparelhos eletrônicos interpostos entre ele e o paciente. Discute-se aqui da não aprendizagem ou perda da capacidade do profissional médico de obter informação acerca do doente e os sinais que apresenta da doença apenas com o apurado exame físico do paciente.

O poder do médico na contemporaneidade e a autonomia do paciente.

Na prática médica atual - tal como descrito por Foucault em sua conferência de 1974, proferida no IMS/UERJ, intitulada "O nascimento da Medicina social", os doentes tendem a perder "o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem", e, por conseguinte sua autonomia (Foucault, 2001). Autonomia no que diz respeito não somente à forma como serão tratados, como também à determinação de seu modo de vida e de conduta.

Amparado numa doutrina da verdade científica, temporária por excelência e até que venha a ser refutada, o médico se vê um guardião da verdade que deve ser imposta ao paciente e deve ter seu defeito corrigido por aquele que supostamente sabe a verdade sobre o seu corpo, com a perda de elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente (Boltanski, 1979).

A comunicação entre o doente e o médico esteve presente na pesquisa realizada por Boltanski (1979). O autor discute diferenças do conhecimento médico-científico e do conhecimento médico-familiar e atribui tais diferenças à relação paciente-médico, considerada como produtora de ansiedade, enfatizando as dificuldades com o padrão comunicacional, especificamente, o médico "não ser franco".

Foucault (2001) identificou o surgimento e desenvolvimento, a partir do século XVIII, de um fenômeno ainda presente nos dias atuais, que passou a ser designado como biopoder. Esse fenômeno teve início com a medicalização do Estado, das cidades e da população, ou seja, quando a vida em seu conjunto passou a ser objeto de preocupação do Estado, por meio da intervenção médica.

Para Pedrosa (2016), o surgimento do biopoder contribuiu para reforçar a atitude paternalista do médico em sua relação com o paciente, tendo em vista a importância atribuída ao médico não apenas no que se refere à cura das doenças, mas à própria organização social. Contribuiu-se para que, ainda hoje, se encontre certa resistência em se informar adequadamente o paciente, e transferir para este o poder de decidir acerca de uma possível intervenção médica.

Segundo Pedrosa (2016), o médico, na qualidade de titular de um conhecimento técnico especializado, costuma optar por não fornecer as informações indispensáveis à compreensão acerca dos possíveis riscos relativos aos respectivos procedimentos aos quais os pacientes serão submetidos, por entender que a sua formação lhe permite decidir pelo paciente.

Nesse contexto cultural do poder do conhecimento técnico-científico e de crise ética da modernidade, faz-se necessário o desenvolvimento de uma ética da alteridade como critério valorativo capaz de pautar a relação médico-paciente, de modo a garantir o respeito à autonomia e afastar condutas marcadas pelo paternalismo médico. É possível o estabelecimento de uma relação fundamentada na ética de Lévinas enquanto estruturação do sujeito na responsabilidade do cuidado pelo outro?

O Ético, tal como Lévinas, na relação médico-paciente – constituição da subjetividade.

Não há nenhuma dúvida de que as maravilhas científicas modernas aumentaram consideravelmente a capacidade do médico do século XXI de diagnosticar e tratar seus pacientes. Mas há um custo. Inicialmente previstos como ferramentas práticas para coletar dados adicionais sobre o qual basear o diagnóstico, estes novos testes e procedimentos tornaram-se foco central para muitos médicos, que em grande parte ignoram a qualidade da informação encontrada na aparência e o funcionamento dos olhos do paciente, pele, dentes, cabelo e reflexos (Osler, 1913). A arte do exame físico, uma vez tão essencial para o processo de diagnóstico e o bem-estar emocional do paciente, está se tornando obsoleta. É a relação tecnocrônica da assistência médica em detrimento do sentido do humano.

Para William Osler (1913), chamado por vezes de pai da medicina moderna, conhecedor e defensor da *reflexologia*, “quando os nervos dos olhos e dos pés forem corretamente entendidos, haverá menos necessidade de intervenções cirúrgicas”. Há um profundo sentido simbólico na citação de Osler quanto à autonomia do paciente na preservação das emoções/sentimentos que o indivíduo expressa pelo olhar (medo, ansiedade, tristeza, solidão) e a sua liberdade aceitar ou não uma determinada prescrição médica.

Segundo Lévinas (2008), para a mentalidade ocidental o Outro é aceito apenas se convertido e reduzido ao Eu: minha cultura, religião, ideologia, filosofia ou visão de mundo. Assim, o Outro é entendido como nada, não-humano ou inexistente e, portanto, pode sofrer violência ou ser eliminado sem prejuízo à consciência. A forma de ver o mundo a partir de si mesmo, negando a alteridade do Outro, é chamada por Lévinas de pensamento totalizante ou totalidade.

Para Bastiani (2008), na ética de Lévinas, além de reconhecer o Outro em sua alteridade, sinaliza-se para outro modo de ser em que um assume sua responsabilidade para com o outro de forma desinteressada. Na linguagem levinasiana a ética deve ser entendida onde a justiça e a igualdade social são estabelecidas na relação em que o Eu é sempre o primeiro a responder pelo Outro e por toda a humanidade; “ética [...] é o encontro com o outro homem ou, mais exatamente, a revelação do rosto [...]. Encontro e não conhecimento: revelação e não descoberta”. Trata-se da constituição do sujeito como humano na responsabilidade pelo Outro em oposição à hegemonia do ser que caracteriza a ontologia no pensamento ocidental. Para Santos (2007):

Revelação da alteridade de outrem e não descoberta de um dado da consciência: eis delineada toda a distância crítica da ética levinasiana em relação à concepção moderna de sujeito. Pois o sujeito moderno reconhece o seu fundamento em si mesmo, enquanto sujeito ab-soluto, cuja atividade cognitiva termina por assimilar a realidade das coisas à sua própria identidade. [...] O sujeito moderno é monológico e tautológico: não escuta senão a si mesmo. [...] Em suma, a ética moderna assegura a liberdade do sujeito, mas não a justiça ao Outro.

Ainda na discussão de Santos (2007), a visão levinasiana do estatuto ético da subjetividade como um-para-o-outro não se resume à iniciativa do sujeito em direção ao Outro, pois, nessa iniciativa, o sujeito, a rigor, não chega a sair de si mesmo e

permanece como centro constitutivo da realidade, acabando por assimilar a alteridade de outrem à sua própria identidade.

E no cenário da relação médico-paciente surgem possibilidades infinitas do estabelecimento desse encontro, da revelação do rosto. É o exercício da *clínica* cujo sentido etimológico da palavra, numa base indo-européia, *kli* significa recostar, inclinar. É o paciente que se deita (do grego *klinikos*, leito, cama) e o médico que se inclina sobre o paciente deitado para olhá-lo. Há possibilidade da construção e desenvolvimento do conceito de alteridade em Lévinas: “ser outro, pôr-se ou constituir-se como Outro”. E é nessa dimensão de constituir-se para outro, que se desenvolve a sensibilidade da responsabilidade com o Outro (Bastiani, 2008).

A ética da alteridade em Lévinas, segundo Bastiani (2008), propõe uma superação do individualismo a partir da constatação de que a subjetividade somente se constitui a partir do Outro. O outro é sempre anterior ao Eu. É uma anterioridade que possibilita o ser e o existir do Eu. Parte-se da percepção do Outro como condição para a existência do Eu no entendimento do verdadeiro sentido da solidariedade social que deve pautar todas as relações sociais, assim como a relação médico-paciente.

Essa constituição do sujeito como humano na ética da responsabilidade, dentro da relação médico-paciente, tem como pontos críticos (Gomes, 1999) o sigilo, o respeito ao pudor, a convicção bilateral do empenho de meios, a expectativa cerimonial, o consentimento esclarecido, a busca da verdade, a beneficência, a não maleficência, a autonomia do paciente, a atenção ao paciente e, por fim, a solidariedade. Na perspectiva da alteridade de Lévinas, Gomes (1999) cita que “o próximo começa em mim, às vezes um pouco aquém do limite absoluto da minha epiderme”.

Assim, a relação médico-paciente é o princípio e fim da arte/ofício da medicina no plano do benefício direto ao semelhante, cabendo ressalva para as ações preventivas de promoção ou preservação da saúde; quando a relação se torna mediata e coletiva.

A considerada humanização do atendimento médico merece ser entendida como um encontro fecundo entre alteridades dentro da relação médico-paciente, com a mudança de paradigmas na formação científica/tecnocrônica do próprio médico, buscando um desenvolvimento do sentido do humano na responsabilidade do cuidado do Outro. Na filosofia levinasiana, a relação ética genuína ocorre quando a alteridade é preservada sem, contudo, deixar de acolher o Outro em sua fragilidade e necessidade. É uma relação de passagem e aceitação, não de concordância, posse ou identidade, pois o Eu será sempre o mesmo e o Outro será sempre o Outro. Não há subjetivação, nem cuidado, sem reconhecimento da alteridade.

Referências

Bastiani, M. (2008). *O sentido do humano como responsabilidade pelo outro no pensamento de Levinas*. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2805>

Boletim do Conselho Nacional de Saúde. Ano 3, número 22, 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/boletins/novos/2001_0809_Boletim_CNS_n22.pdf.

Boltanski, L. (1979). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.

Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306, 639-645. DOI: 10.1056/NEJM198203183061104

Deslandes, S.F., comp. (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226. DOI:10.1001/jama.1992.03480160079038

Enriquez, E. (2007). *As figuras do poder*. São Paulo: Via Lettera.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2001). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes.

Gomes, J. C. M. (1999). *A bioética e a relação médico-paciente*. Disponível em: www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1999/0999/Bioetica.htm

"Hipócrates de Cós (460 - 377 a.C)" em *Só Filosofia*. Virtuoso Tecnologia da Informação, 2008-2022. Consultado em 30/11/2022 às 12:38. Disponível em: http://www.filosofia.com.br/historia_show.php?id=27

Levinas, E. (2008). *Totalidade e Infinito*. Portugal: Edições 70.

Osler, W. (1913). *The evolution of modern medicine: a series of lectures delivered at Yale University on the Silliman Foundation*. Disponível em: <http://manybooks.net/titles/oslerwiletext98teomm10.eBook>

Pedrosa, L. A. C. (2016). Ética da alteridade e respeito à autonomia na relação médico-paciente. *Revista Direito Unifacs*. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/4067/2789.pdf>

Pessini, L., & Barchifontaine, C. P. (2000). *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola.

Santos, L. C. (2007). *O sujeito é de sangue e carne: a sensibilidade como paradigma ético em Emmanuel Levinas*. Tese (Doutorado em Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/3433>



Veatch, R. M. (1972). Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Cent Rep*, 2(3), 5-7. DOI: <https://doi.org/10.2307/3560825>

Wolf, E. R. (1999). *Envisioning power: ideologies of dominance and crisis*. Califórnia: University of California Press.