

**PODER OU ASSIMETRIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE? -
COSTURANDO O TEMA A PARTIR DE FLUTUAÇÕES TEÓRICAS E
APLICADAS DENTRO DOS ESTUDOS DA COMUNICAÇÃO E DA
LINGUAGEM¹**

*POWER OR ASSIMETRY IN THE MEDICAL-PATIENT RELATIONSHIP? -
COSTURING THE THEME FROM THEORETICAL FLUTUATIONS AND APPLIED
IN THE STUDIES OF COMMUNICATION AND LANGUAGE*

Francisco Renato Lima²

Resumo: Neste estudo, aborda-se a questão da comunicação em contextos médicos, com a finalidade de situar, como o tema ‘poder ou assimetria na relação médico-pacientes’, vem sendo tratado na literatura, com base em algumas pesquisas no campo teórico e aplicado, como por exemplo, as realizadas por Martine (1989), Magalhães (2000), Albuquerque (2002), Zacariotti (2003), e van Dijk (2010). Consoante aos resultados das pesquisas desses autores, apresenta-se o posicionamento assumido por Lima (2016), no tratamento do tema ao discutir, em seu trabalho, como se dá a compreensão na comunicação entre médicos e pacientes. O autor, na breve exploração que faz desse aspecto dentro da discussão do tema, concorda com os demais autores, corroborando com a ideia de que essa relação não é apenas assimétrica, como pretende Caprara; Rodrigues (2004), mas há, bem marcada, a presença do uso do poder na linguagem durante a comunicação entre médicos e pacientes.

Palavras chave: Relação comunicativa. Médico & Paciente. Poder. Assimetria.

Abstract: *This study addresses the issue of communication in medical contexts, with the aim of situating, as the theme 'power or asymmetry in the physician-patient relationship', has been treated in the literature, based on some research in the theoretical and applied field, such as those performed by Martine (1989), Magalhães (2000), Albuquerque (2002), Zacariotti (2003) and van Dijk (2010). According to the results of the researches of these authors, we present the position assumed by Lima (2016), in the treatment of the topic when discussing, in his work, how the understanding in the communication between doctors and patients is given. The author, in his brief exploration of this aspect within the discussion of the theme, agrees with the other authors, corroborating with the idea that this relationship is not only asymmetrical, as Caprara; Rodrigues (2004), but there is, well marked, the presence of the use of power in the language during the communication between doctors and patients.*

Keywords: *Communicative relationship. Doctor and Patient. Power. Asymmetry.*

¹ O material apresentado nesse texto faz parte de um aspecto não explorado, embora reconhecido e mencionado, na pesquisa de mestrado do autor, realizada no Programa de Pós-graduação em Letras – Estudos da Linguagem (UFPI), na qual se objetivou observar as representações dos médicos e dos pacientes sobre os modos de compreensão do evento de letramento consulta médica. A pesquisa, defendida em março de 2016, foi orientada pela professora Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho. A dissertação, no formato acadêmico e integral, intitulada: “*Letramentos em contextos de consulta médica: um estudo sobre a compreensão na relação médico-paciente*”, está disponível em: <<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/172/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf?sequence=1>>; e também, em livro (no prelo (2018)) com os resultados integrais da pesquisa.

² Graduado em Pedagogia (UNIFSA) e Letras – Português/Inglês (IESM). Mestre em Letras – Estudos da Linguagem (UFPI). Professor Substituto (Auxiliar Nível – I) da Universidade Federal do Piauí, lotado no Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino (DMTE). Coordenador de disciplinas do Centro de Educação Aberta e a Distância (CEAD/UFPI). E-mail: fcorenatolima@hotmail.com

Da proposta: uma apresentação, uma contra-apresentação ou uma justificativa de sê-la ou não sê-la?

No processo comunicativo, a compreensão e a não compreensão são inerentes à enunciação (HILGERT, 2012). A primeira pressupõe um processo gradual de interação e diálogo entre os sujeitos enunciadore, que interpostos na e pela ação da linguagem, no momento do diálogo recorrem às experiências vividas, criando e recriando possibilidades de atribuir significados e sentidos ao contexto comunicativo no qual estão inseridos.

Nessas circunstâncias, situam-se o médico e o paciente. Sujeitos que, para Ledur; Lucchese (2008, p. 9), ao refletir sobre suas múltiplas formas de comunicação, destacam que “o significado pode estar nas palavras dos dois, mas pode ser mais veemente nos gestos, nas expressões faciais, no olhar, na postura e, em especial, nas inferências abstraídas pelas partes”. O processo comunicativo deve ser articulado a partir de uma cooperação e um acordo entre o que se diz, o que se escreve, o que se ouve e o que se reproduz a partir dessa sequência interativa, constituindo assim, os contornos de uma conversa que tem como finalidade prescrever e orientar uma ação futura, que resulte no bem estar físico, psíquico e social do paciente. Porém, muitas vezes, a estrutura organizacional desse discurso é marcada pela verticalização das falas dos sujeitos e pela relação de poder e autoridade, uma vez que somente um fala (geralmente o médico) e o outro apenas escuta (geralmente o paciente), contribuindo assim, para que se crie um distanciamento entre eles, o que faz com que, muitas vezes, o discurso médico não alcance a subjetividade do paciente.

Nessa tênue linha entre o compreender e o não compreender, que ao mesmo tempo, aproxima e distancia esses sujeitos, o ato de comunicar-se pode ser definido como “um esforço alternado imprescindível em favor de uma compreensão em constante risco” (FIEHLER, 2002, p. 08). E nisso, “a compreensão aparece como algo que a qualquer momento corre risco, pode falhar, e que a comunicação por isso exige dos parceiros uma cuidadosa observação e um trabalho construtivo, a fim de chegar, na medida exigida, à compreensão” (p. 08), que é, portanto, instável e dependente de um empreendimento coletivo, colaborativo e dialógico.

Desse entrecruzamento de vozes que constituem o tecido conversacional e interacional entre médicos e pacientes, durante as consultas médicas, busca-se em Bakhtin (2014a, p. 79) compreender “em que consistem essas inter-relações?”

O paciente deseja esconder do médico algumas experiências emocionais e acontecimentos de sua vida, procura impor ao médico seu ponto de vista sobre as causas da doença e o caráter de suas experiências emocionais. O médico, por sua vez, procura preservar sua autoridade de médico, visa a conseguir revelações do paciente, empenha-se em fazê-lo aceitar o ponto de vista correto sobre a doença e os seus sintomas. Com tudo isso cruzam-se outros elementos: entre o médico e o paciente pode haver diferenças de campo, de idade, de posição social e, por último, diferença de profissão. Tudo isso complexifica as relações mútuas e a luta entre eles. E eis que nesse clima social complexo e singular constroem-se aquelas enunciações verbalizadas – narrações e réplicas do paciente em sua entrevista com o médico – [...].

É desse cenário, que ecoam as vozes dos sujeitos de uma pesquisa de Mestrado em Estudos da Linguagem (UFPI), realizada por Lima (2016), intitulada: “*Letramentos em contextos de consulta médica: um estudo sobre a compreensão na relação médico-paciente*”, na qual o autor investigou o processo comunicativo estabelecido entre médico e paciente, a partir de uma pesquisa de campo, realizada em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Nazária (PI), localizada a cerca de 30 km da capital, Teresina (PI). Na coleta de dados, além da observação direta dos fatos, o autor utilizou o instrumento entrevista, por meio da formulação de perguntas abertas, em que os sujeitos apresentaram suas respostas, de forma oral e livre, o que permitiu constituir um *corpus* de 48 entrevistas, sendo 3 com médicos Clínicos Gerais e 45 com pacientes; bem como a fotografia das 45 receitas médicas, cedidas pelos pacientes, ao saírem do consultório.

Diante desse *corpus*, a análise empreendida pelo autor partiu da análise das representações dos médicos e dos pacientes sobre os modos de compreensão do evento de letramento consulta médica. Partiu dos seguintes problemas: a) Como se dá a compreensão na atividade comunicativa entre médico e paciente, a partir do modo como esses sujeitos representam o evento de letramento consulta médica? b) Quais as formas ou estratégias de retextualização que os pacientes utilizam para a compreensão da receita médica?

Essa breve apresentação da pesquisa de Lima (2016) faz-se necessária, tendo em vista que, particularmente, nesse trabalho, discute-se um aspecto não explorado no referido estudo, - o poder ou assimetria na relação médico-paciente - por uma questão

de recorte teórico, que se enveredou por outras categorias analíticas³, mas, ainda assim, ficou reconhecida pelo autor, durante todo o processo analítico dos dados da pesquisa.

O propósito de apresentar então, este aspecto no presente texto, apóia-se na reflexão de Amorim (2004, p. 11), de quem se compartilha o seguinte pensamento: “Toda pesquisa só tem começo depois do fim. Dizendo melhor, é impossível saber quando e onde começa um processo de reflexão. Porém, uma vez terminado, é possível ressignificar o que veio antes e tentar ver indícios no que ainda não era e que passou a ser”. Por isso, os resultados e/ou apontamentos apresentados em uma pesquisa, constituem apenas, uma possibilidade, uma abertura de caminho para se pensar com maior cuidado e zelo um determinado tema, neste caso: ‘a comunicação entre médicos e pacientes em contextos de consultas médicas’.

Assim é a pesquisa de Lima (2016), localizada em um contexto analítico mais amplo, e que, segundo o próprio autor, ao olhar para os seus dados e o modo como foram analisados, considera duas questões: a) um campo de outras possibilidades e caminhos para o tratamento do *corpus* dentro da linguística; e b) reconhece e assume os aspectos não explorados em seu estudo, seja por uma limitação de espaço, ou mesmo por uma questão de recorte teórico, aspecto este, que já foi justificado anteriormente em nota de rodapé. É a partir desse último aspecto, que se anseia mencionar, nesse texto, aquilo que pode ser considerado como uma costura do tema ‘interação médico e paciente’, a partir de alguns entrelaçamentos teóricos que se coadunam nos estudos da linguagem e da comunicação. Para tanto, recorre-se à leitura de algumas pesquisas sobre o tema, dentre elas: Martine (1989), Magalhães (2000), Albuquerque (2002), Zacariotti (2003), e van Dijk (2010).

É importante mencionar, ainda, que neste texto, apresenta-se apenas uma leitura teórica sobre a questão, situando, apenas ao final, alguns dados da pesquisa de campo, realizada por Lima (2016) e seu posicionamento sobre o tema.

Um olhar sobre a relação médico e paciente nos contextos de atendimento clínico: a abordagem psicanalítica e dialógica de Mikhail Bakhtin, em ‘O freudismo’, especialmente

³ O autor tratou especificamente da compreensão na relação comunicativa entre médicos e pacientes, a partir das categorias ‘eventos de letramento’ e ‘retextualização de gêneros textuais’, tendo por base, os baldrames teóricos dos Novos Estudos do Letramento e da Linguística Textual (LT).

Ao desenvolver estudos sobre o discurso e a linguagem, tomando como foco de observação e interpretação sessões da prática psicanalítica de Freud⁴, Bakhtin (2014a [1927]), em ‘*O Freudismo*’, percebe que há “uma luta entre paciente e médico, na qual o paciente procura esconder do médico algumas experiências emocionais e acontecimentos de sua vida e lhe impor seu ponto de vista sobre as causas de tais experiências e de sua doença”, destaca Bezerra (2014, p. XVI) em um texto introdutório no referido livro; concebendo, assim, essa relação como parte de um processo dialógico entre dois sujeitos em interação social pela linguagem.

Essa ‘luta’, mencionada pelo autor, é, no entanto, simbólica, pois há uma oscilação na relação comunicativa entre os sujeitos da interação. O médico, culturalmente, tem uma autoridade ou poder construído sobre o paciente; e que o utiliza durante a consulta, enquanto este fica inibido ou constrangido. Esse fato interfere na interação imediata entre os interlocutores, que é construída em um contexto extra verbal, o qual determina a constituição do enunciado verbalizado (BAKHTIN, 2014a [1927]). Nesse processo, não se pode ignorar a natureza ideológica que orienta o enunciado, uma vez que ele é produto de uma orientação social, e que só se realiza, na reação resposta ativa entre os interlocutores.

Sobre a questão do dialogismo, que se inscreve nas entrelinhas de toda a sua obra, Bakhtin a desenvolve com mais precisão em ‘Problemas da poética de Dostoiévski’ (2013 [1929]) e em outros textos, como: “*O Discurso no Romance*’, no livro ‘*Questões de Literatura e de Estética: a teoria do romance*” (2014b [escrito entre 1924-1941 e publicado em 1975]), como destaca Bezerra (2014, p. XVI-XVII). Ao continuar referindo-se à relação médico e paciente, embora em contextos de psicanálise, a linguagem apresenta-se como elemento que condiciona os sujeitos sociais nas relações dialógicas que se estabelecem.

A voz do médico é a voz que reage ao discurso do outro, tenta antecipar-lhe as definições, manter o seu ponto de vista sobre si mesmo; nesse diálogo cruzam-se duas consciências, dois pontos de vista, duas avaliações. O médico também é uma instância do diálogo que procura não só antecipar-se à réplica do outro mas impor o seu ponto de vista de forma mais taxativa. “O médico, por sua vez, procura preservar *sua autoridade de médico*, visa a conseguir revelações do paciente, empenha-se em *fazê-lo aceitar o ponto de vista sobre a doença e seus sintomas*” (grifos meus). Aqui, além do dialogismo como

⁴ É importante ressaltar que, o estudo bakhtiniano parte de um âmbito da psiquiatria, e que nessa discussão e comparado ao trabalho de mestrado de Lima (2016) é possível referi-lo apenas pela similaridade dos pares, ou seja, o médico e o paciente, que fazem parte do contexto de atendimento psiquiátrico observado por Bakhtin; e que constituem os sujeitos principais da pesquisa do autor.

luta e interação eu/outro, surge uma categoria de discurso que Bakhtin só define mais tarde, em 1934-35 (veja-se o ensaio “O Discurso no Romance”). Trata-se da categoria “discurso autoritário”, daquele discurso que se impõe pela autoridade de quem o emite, no caso dado o médico na condição de representante de uma instituição científica – a medicina –, e se nos impõe independentemente de ser interiormente persuasivo ou não; já se apresenta antecipadamente vinculado à autoridade do emissor. Mas, na ótica de Bakhtin, mesmo usando esse “discurso autoritário”, o médico não pode fugir à realidade de que a sessão de psicanálise é um pequeno acontecimento social imediato e as enunciações do paciente refletem a dinâmica social da relação entre os dois falantes, traduzindo assim, a dramaticidade que caracteriza a teoria de Freud. Essa interpretação da sessão de psicanálise deve-se a uma engenhosa teoria do convívio social que Bakhtin desenvolve paralelamente, na qual “nenhum enunciado verbalizado pode ser atribuído exclusivamente a quem o enunciou: é produto de interação entre falantes” e, em termos mais amplos, de todo o contexto social da enunciação. (Grifos do autor)

Tendo em vista essa reflexão proposta pelo autor, em leitura bakhtiniana, percebe-se que é como se o paciente já tivesse certeza do problema que tem, ou previsse um diagnóstico, e fosse ao consultório médico apenas para ter uma confirmação e/ou um ‘atestado’ oficial de sua enfermidade. Uma terceira hipótese a ser considerada é a de que, embora ‘lute’ com o médico, o paciente lhe atribui uma confiança, pois sabe que ele está atribuído de um papel institucionalizado e um *status* na cadeia hierárquica das relações sociais, que lhe atribui o poder de dar um retorno ou de resposta para o que ele está sentido.

Já, quando este paciente busca “impor seu ponto de vista sobre as causas de tais experiências e de sua doença”, duas hipóteses podem ser consideradas: a primeira é a que o paciente apresenta comportamentos de natureza psicossomática, e que, motivado por alguma razão psicológica e emocional, cria mentalmente uma série de sintomas como dores, alergias etc., que até podem ser detectadas por exames laboratoriais, uma vez que o corpo acaba sendo afetado, mas a causa primeira do surgimento é psicológica, de modo que o tratamento adequado é feito com o médico e o paciente; a segunda é que este paciente sofre da síndrome de Munchausen, na qual o sujeito apesar de saber que não está doente, finge, deseja estar; pois, na verdade, ele procura é atenção e compaixão, e busca no médico esse apoio. É diferente da hipocondria, em que o sujeito realmente acredita que está doente; e também de um mero fingimento, para obter ganhos e lucros financeiros etc. (ASHER, 1951).

De todo modo, seja qual for a motivação que leve esse paciente ao consultório médico, há entre esses sujeitos, uma interação, uma relação dialógica mediada pela linguagem, tanto quando no falar, como no silenciar, aspectos, que Bakhtin (2011

[1979]), no texto: “Apontamentos de 1970-1971”, estabelece como distintos, ao apontar que:

A violação do silêncio pelo som mecânico e fisiológico (como condição da percepção); a violação do mutismo pela palavra de modo pessoal e consciente: esse é o mundo inteiramente outro. No silêncio nada ecoa (ou algo não ecoa), no mutismo ninguém fala (ou alguém não fala). O mutismo só é possível no mundo humano (e só para o homem). (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 369).

Embora Bakhtin (2011 [1979]), utilize o termo ‘mutismo’, Petrilli; Ponzio (2000) *apud* Ponzio (2006, p. 473), consideram que o termo “calar”, como referido anteriormente, é mais apropriado, pois “calar não é só mutismo. O calar não está fora da linguagem, mas também é falar indireto, palavra distanciada, palavra irônica, paródia, alegoria: palavra da escrita literária”⁵. Assim, o calar torna-se mais abrangente, respondendo mais adequadamente, à proposta de compreensão da palavra, como signo linguístico de interação verbal. O autor explica que:

Bakhtin distingue, de um lado, as condições da percepção do som e as condições da identificação do signo verbal, e de outro, as condições da compreensão do sentido da palavra, da enunciação. O silêncio faz parte das duas primeiras, a recepção do som e a identificação do signo; enquanto o calar está entre as condições da compreensão do sentido. O silêncio diz respeito ao som, e é também a condição da individuação, da identificação do som. Em relação à palavra, ele permite o seu reconhecimento, a identificação das unidades nas quais ele se articula e a individuação do dito. Já o calar diz respeito ao dizer e à compreensão que responde. O silêncio e o ouvir, no sentido de escutar, dizem respeito às condições da percepção e do reconhecimento da palavra. Já o calar e o escutar dizem respeito às condições do entendimento produtor de sentido da palavra. O silêncio está ligado ao ouvir, ao fazer-se ouvir e ao querer ouvir. Já o calar está ligado à escuta, à disposição para a escuta e à demanda por escuta. O calar é possível apenas no mundo humano, apenas para o homem, mas requer escuta. O calar, a escuta, o som dotado de silêncio (a palavra) constituem, diz Bakhtin, uma peculiar “logosfera, uma estrutura unitária, ininterrupta, uma totalidade aberta (inacabável)”. (PONZIO, 2010, p. 01)

Em leitura similar, Lampoglia; Miotello (2012, p. 07) consideram, portanto, que “é necessário o silêncio para que minhas palavras sejam reconhecidas e identificadas. Mas, para que minhas palavras sejam compreendidas e respondidas, faz-se necessário o calar, que se insere no campo da enunciação e do irrepitível”. Desse modo, o silêncio é um processo que antecede o calar. É um espaço onde o interlocutor assimila a informação e tem a possibilidade de, a partir dela, emitir uma mensagem, seja o falar

⁵ Texto original: “El callar no es solamente mutismo. El callar no ha salido del lenguaje, sino que es también hablar indirecto, palabra distanciada, palabra irónica, parodia, alegoría: *palabra de la escritura literaria* (cf. Petrilli y Ponzio, 2000)”. - Tradução de: Lampoglia; Miotello (2012).

(emitir um som) ou então calar, que conforme o princípio responsivo e dialógico da linguagem configura uma resposta ao enunciado do outro.

Em meio às inquietações referentes à saúde, as relações dialógicas e de troca de informações se realizam por movimentos hierárquicos na escala social entre o médico - imbuído de um papel de autoridade e poder frente à passividade dos pacientes - e estes últimos, em condição de espera por um diagnóstico, o que a partir de então, refletirá nos modos de ser, estar e ver o mundo deste paciente.

Diante disso, é possível ainda, referir-se à figura do médico como um sujeito da ciência, fundado na filosofia cartesiana de Descartes, capaz de construir-se como sujeito do discurso, a partir da capacidade de pensamento, objetivando um ideal de racionalidade, que independe do corpo e da matéria para existir, “compreendi que eu era uma substância de que toda a essência ou natureza não é senão pensar, e que para ser, não necessita de nenhum lugar, nem depende de qualquer coisa material” (DESCARTES, 1996, p. 33). Esse sujeito, no discurso, aparece como detentor de um saber construído entre as relações de poder que o amparam socialmente e as realizações sociais estratégicas utilizadas no jogo da linguagem, a qual implica, muitas vezes, na não compreensão da mensagem.

Alguns entrelaçamentos teóricos que se coadunam nos estudos da comunicação e da linguagem

Buscando situar a discussão dos problemas de comunicação e compreensão na relação médico e paciente, neste tópico recorre-se à leitura de algumas pesquisas realizadas sobre o tema, dentro dos estudos da comunicação e da linguagem. Embora algumas dessas pesquisas se fundamentem em linhas teóricas divergentes e, por isso, apresentem as particularidades de cada teoria, ainda assim, é importante mencioná-las, tanto para concordar ou aprofundar, quanto para discordar; mas ainda assim, reconhecendo suas contribuições para a ampliação das discussões sobre o tema.

Autores de diferentes pesquisas defendem a ideia de que a relação entre médicos e pacientes é eminentemente marcada pelo exercício do poder, derivado do uso da linguagem. Dentre eles, destaca-se os trabalhos de Martine (1989), Magalhães (2000), Albuquerque (2002), Zacariotti (2003) e Van Dijk (2010), os quais são apresentados a seguir, com o intuito de pô-los em diálogo.

Martine (1989), com o propósito de compreender as relações entre língua e poder, apresenta um estudo de natureza sociolinguística interacional, em que analisa a assimetria interacional no contexto de interação entre médicos e pacientes de instituições de saúde pública. Para tanto, a autora observa as entrevistas entre um médico de um ambulatório pediátrico e duas mães de níveis sociais distintos, acompanhadas dos filhos de colo, o que faz surgir algumas reflexões, a saber:

A questão do poder nessa interação tem sido tomada no sentido 'naturalizado', i.e., as convenções para um tipo tradicional de consulta médica incorporam pressupostos de *sensu comum* (Fairclough, 1988: 2) que tratam a autoridade médica e a hierarquia como coisas dadas. Uma revisão sobre a comunicação médico-paciente mostra que o poder que se estabelece nessa relação é visto como uma coisa natural, resultado do conhecimento limitado do paciente sobre questões médicas, da ansiedade e da incerteza do paciente para com o tratamento e o prognóstico de cura, e de controle do médico de informações pertinentes [...] O fato de que o conhecimento e a *expertise* de alguns médicos e a limitação de alguns pacientes sejam atributos abertos à discussão [...], não altera o fato de que a força conservadora do 'senso comum' esteja ainda operante em grande parte das interações entre médicos e pacientes e em muitos estudos sobre essa relação (MARTINE, 1989, p. 239-240) (Grifos da autora)

De imediato, a autora percebe que: “o poder exercido pelo médico, que deveria, em princípio, circunscrever-se apenas aos aspectos técnicos e profissionais, tende em muitos casos, a extrapolar e abranger toda a relação que se estabelece na situação comunicativa” (MARTINE, 1989, p. 240). E, ao final de suas observações, quando considera três aspectos para analisar a questão: **i**) a mudança ou tomada de turno na fala e o controle de tópico; **ii**) o princípio de cooperação, as Máximas de Grice e os limites de negociação; e **iii**) a estrutura do discurso: a construção do sentido, conclui que:

Este aspecto de poder na interação médico-paciente é um determinante estrutural concreto que interfere na relação não somente no que diz respeito aos aspectos profissionais e técnicos, mas, em muitos casos, determina a própria relação social que se estabelece (MARTINE, 1989, p. 254)

A reprodução das relações de poder ocorre pelas oposições que se criam entre capital cultural/linguístico dominante e capital cultural/linguístico dominado, i.e., entre valores e normas sócio-culturais dominantes e valores e normas sócio-culturais dominantes, entre linguagem especializada e linguagem cotidiana (MARTINE, 1989, p. 265)

Através de uma pesquisa etnográfica, realizada em hospitais públicos de Brasília (DF), Magalhães (2000), guiando-se pelos princípios teóricos da Análise Crítica do Discurso (ACD), critica as condições precárias no sistema de atendimento no Brasil. A

autora analisa o discurso médico pediátrico, enfocando seus aspectos textuais e contextuais, os quais o evidenciam como um discurso assimétrico; discute a construção da identidade dos sujeitos médicos e pacientes, a partir de suas práticas discursivas em contexto de consultas; observa os diferentes procedimentos de interpretação utilizados e que podem gerar as falhas na comunicação; e aponta para a necessidade de mudança nos usos da linguagem nas práticas médicas. A partir disso, a autora identifica que durante as consultas médicas existem muitas divergências na interpretação das informações, geradas a partir de dois polos: **a)** o uso de uma linguagem seguindo os parâmetros de uma racionalidade técnica e científica pelos médicos; e **b)** as interpretações dos pacientes são baseadas em experiências do senso comum.

Estabelece-se, desse modo, um contrato social, entre médicos, pacientes e acompanhantes. Tal contrato pressupõe um acordo tácito sobre representações da linguagem na prática social médica. Ou seja, existe um consenso a respeito da imagem do Eu e do Tu. Como parte desse consenso, naturaliza-se a ideia de que compete aos médicos examinar, medicar, explicar, solicitar exames, prescrever; e aos pacientes, aceitar serem examinados e medicados, ouvir as explicações, realizar os exames solicitados e seguir a prescrição médica. Existe, portanto, uma relação de poder entre médicos e pacientes/acompanhantes (MAGALHÃES, 2000, p. 18-19)

Percebe-se que assim como na pesquisa de Lima (2016), em seu estudo Magalhães (2000), também objetivava analisar a compreensão na interação entre médicos e pacientes. Diante das situações observadas, a autora aponta que a linguagem se constitui como um elemento de dominação devendo, portanto, a reflexão sobre a prática comunicativa entre médicos e pacientes, “buscar compreender o papel da linguagem na reprodução da distância social e do preconceito” (MAGALHÃES, 2000, p. 179).

Já Albuquerque (2002), em sua tese sobre a comunicação na relação médico-paciente, em unidades de terapia intensiva pediátrica, percebe esse mesmo fenômeno, ressaltando que a postura dos médicos varia de acordo com a classe social das crianças atendidas, o que faz com que alguns pais adotem uma postura mais retraída e passiva diante do médico. A autora aponta que essa prática comunicativa constitui-se de uma relação de poder,

[...] na qual as manifestações do exercício da cidadania do mais fraco é paralisada, o que demonstra o fato de que o desequilíbrio na relação entre ambos não fica meramente restrito ao domínio do saber médico. Encontra-se, também, demarcada pelo uso do saber como forma de dominação, o que

aprofunda a desigualdade social já existente, própria da sociedade de classes (ALBUQUERQUE, 2002, p. 50).

A partir disso, a autora conclui que o médico adota tal postura baseado no princípio da beneficiência, pois que “acredita ter não somente o direito, mas o dever de ser paternalista”, e seu objetivo é apenas “promover, exclusivamente, a cura da doença do paciente, sem se preocupar com a autonomia do mesmo” (ALBUQUERQUE, 2002, p. 64) e, assim, o paciente não assume uma voz ativa e participativa no próprio tratamento do problema de saúde.

Ao longo do tempo, a relação médico-paciente tem sido encarada a partir de diferentes modelos que influenciaram os comportamentos dos sujeitos durante a comunicação. Goldim; Francisconi (2000), com base na proposta do pesquisador americano Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown/EEUU, de 1972, consideraram que esses modelos dividem-se em quatro tipos: sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista, conforme a Tabela 1:

Tabela 1: Modelos de relação médico-paciente

Modelo	Autoridade	Poder	Relação de poder do médico	Relação de poder do paciente
Sacerdotal	médico	médico	dominação	submissão
Engenheiro	médico	paciente	acomodação	variável
Colegial	-	igualitário	negociação	negociação
Contratualista	médico	compartilhado	compromisso	compromisso

Fonte: Goldim; Francisconi (2000)

Ampliando essa proposta, Silva (2010, p. 421), aponta que:

Em 1992, foi apresentada outra proposta para esses modelos. De acordo com essa [nova] proposta, o modelo sacerdotal seria denominado de **paternalístico** e o modelo do engenheiro seria chamado de informativo. Sem se referir ao modelo colegial, subdividem o modelo contratualista em dois outros, interpretativo (médio envolvimento) e deliberativo (alto envolvimento), considerando o grau de autonomia do paciente. Ainda comentam a possibilidade da existência de um quinto modelo que seria chamado de instrumental, onde o paciente seria utilizado pelo médico apenas como um meio para atingir outra finalidade, citando como exemplo a utilização abusiva de pacientes em projetos de pesquisa, tal como o realizado em Tuskegee. (Grifo meu)

É este modelo paternalista trazido por Silva (2010), ampliando a proposta apresentada por Goldim; Francisconi (2000), a que Albuquerque (2002) se referiu anteriormente; e que com maior regularidade foi observado neste estudo.

Com pesquisa também sobre a relação médico-pacientes no campo da pediatria, Zacariotti (2003) aponta para a presença da assimetria, situação que fica evidente pelo fato de que o médico possui um saber científico acadêmico (avançado nível de letramento escolar), o que o coloca numa posição superior em relação aos pacientes, que se assumem como menos esclarecidos e carentes da ajuda do médico; logo, nesses casos:

O saber médico é aceito como legítimo e oficial conferindo-lhe um poder que, muitas vezes, manifesta-se através de uma relação de dominação, com práticas autoritárias. Essas práticas, de acordo com a classe social da clientela, podem ir da coerção à persuasão. São as coercitivas tanto mais evidentes quanto menos favorecida for a classe social (ZACARIOTTI, 2003, p. 183).

Em uma perspectiva apenas teórica sobre o tema, Van Dijk (2010) discute sobre relações de dominação e poder em diferentes tipos de discurso, dentre eles ‘discurso médico-paciente’. Ao expor os resultados de algumas pesquisas de campo realizadas nessa área, aponta alguns aspectos recorrentes, como: o uso da linguagem para esconder intenções, tendo-se, assim, um poder camuflado; o poder relacionado às questões de classe social, idade, raça e sexo; a persuasão; ironias e menosprezo em relação às reclamações dos pacientes (fato também identificado por Magalhães (2000)); o uso depreciativo da linguagem para referir-se a alguns pacientes; discriminação pelo sotaque dialetal ou socioletal dos pacientes; os médicos controlam as trocas dos turnos (fato também identificado por Martine (1989)); entre outras questões. O autor, com base nesses quesitos, destaca que “o exercício e a organização local do poder na conversa médico-paciente entrelaçam-se de forma intrincada com formas sociais e institucionais mais gerais de controle” (VAN DIJK, 2010, p. 66).

Desse modo, a relação paciente x médico dá-se em uma estrutura hierarquizacional, na qual as manifestações de poder interferem diretamente nas realizações discursivas que constituem a situação sociocomunicativa: a consulta médica. Ainda para van Dijk (2010), no “discurso médico-paciente” “há a possibilidade de o poder advir de uma organização e rotinização institucionais” (p. 66), ou seja, a

manutenção do poder nessa relação está instituída nos domínios histórico-culturais da organização da sociedade.

Os resultados das pesquisas desses autores convergem com o entendimento de Gnerre (1998, p. 05), ao apontar que a linguagem

[...] não é usada somente para veicular informações, isto é, a função referencial denotativa da linguagem não é senão uma entre outras; entre estas ocupa uma posição central a função de comunicar ao ouvinte a posição que o falante ocupa de fato ou acha que ocupa na sociedade em que vive.

Ou seja, as formas como a linguagem é utilizada podem definir os lugares de ocupação social de cada sujeito. A depender do contexto, da situação comunicativa e das intenções dos falantes, são criadas barreiras de segregação, estratificação, distanciamento e discriminação dos sujeitos, constituindo assim, como ferramenta de dominação. Para o autor,

A função central de todas as linguagens especiais é social: elas têm um real valor comunicativo, mas excluem da comunicação as pessoas da comunidade lingüística externa ao grupo que usa a linguagem especial e, por outro lado, têm a função de reafirmar a identidade dos integrantes do grupo reduzido que tem acesso à linguagem especial (GNERRE, 1998, p. 23).

Esses grupos de ‘linguagem especial’ podem ser compreendidos como as diferenças no modo de uso da linguagem entre médicos e pacientes, visto que os primeiros têm uma formação acadêmica especializada em uma área técnica, carregada de conceitos difíceis de ser compreendidos até mesmo por pessoas que têm uma formação superior, mas que são de outras áreas do conhecimento; enquanto os segundos, muitas vezes, são analfabetos, têm apenas o letramento social, a leitura de mundo, o que, em alguns contextos institucionalizados, não é suficiente para a plena compreensão. Quando isso acontece, logo se pode concordar com o autor, quando diz que “a começar do nível mais elementar de relações com o poder, a linguagem constitui o arame farpado mais poderoso para bloquear o acesso ao poder” (GNERRE, 1998, p. 22). Nesse caso, o poder compreender satisfatoriamente as informações, de modo que garantam o sucesso do tratamento do problema de saúde.

Situando a pesquisa de Lima (2016) nesse contexto: brevíário

Em sua pesquisa, Lima (2016) traz exemplos de pacientes que relatam situações vivenciadas fora das UBSs pesquisadas, mas que se assemelham aos resultados das pesquisas dos autores citados. Diferentemente desses autores, Lima (2016), não observou diretamente as interações realizadas na consulta médica, para que pudesse proceder com essa mesma afirmação; porém, durante as representações do evento de letramento consulta médica, três pacientes⁶ mencionam possíveis situações hipotéticas das quais têm conhecimento ou já vivenciaram em outros locais, em que o médico usa de um poder, cultural e institucionalmente construído para inibir a ação do paciente e, por conta disso, prejudica a compreensão da linguagem, seja oral ou escrita:

P8/UBS1: [...] *Tem determinado tipo de médico que você entra, ele já vem com ignorância, ele não presta atenção no que a gente tá falando, ele não examina direito; se a gente pede para explicar de novo, ele não explica, ele já vem tipo com ignorância, aí é muito ruim desse jeito, por que a gente vai atrás de uma solução pro que a gente tá sentido e tem tipo de médico que não entende, que pronto, ali ele é o medico e acabou, ele que sabe e pronto, eu acho horrível isso daí.*

P12/UBS1: [...] *não é nem todos os médicos que atende a gente bem, outros atende mal. Aquele que atende bem é muito bem você entender ele, né? Mas tens uns que eu vou falar: é péssimo [...].*

P19/UBS2: [...] *a única coisa que eles podiam fazer é que quando a gente tivesse a dúvida, a gente chegasse, ele atendesse a gente direito, pra explicar mais direito pra gente. [...].*

Essas experiências foram externas às UBSs pesquisadas pelo autor mas, ainda assim, válidas para ilustrar a problemática, uma vez que conforme esses relatos, os pacientes sempre associam a postura autoritária do médico a algo que prejudica a compreensão das informações necessárias a realização de uma consulta que atenda às suas necessidades.

Alguns estudos no campo da saúde, como por exemplo, o de Caprara; Rodrigues (2004, p. 141), ao tratarem do assunto, referem a questão como um caso de assimetria e mencionam que: “além dos aspectos culturais temos de enfatizar que eles (médicos e pacientes) não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído”,

⁶ Nessa amostragem do *corpus*, os sujeitos são identificados conforme a classificação proposta em Lima (2016).

e isso interfere na comunicação entre eles, uma vez que “mesmo pertencendo à mesma cultura, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes”, carregados pela experiência cultural e letrada que determinam seus comportamentos.

No entanto, nesse estudo, tomando por base os resultados das pesquisas citadas e a breve ilustração do trabalho de Lima (2016), que contém as representações trazidas por médicos e pacientes, pode-se dizer que a relação médico e paciente se constrói em torno do uso do poder. Não é possível falar apenas em um caso de assimétrica, uma vez que nessa relação há uma distribuição do poder entre os parceiros, e cada um utiliza-o para atuar sobre o outro. No caso específico dessas interações, histórica e culturalmente, tem sido dos médicos para com os pacientes. Os primeiros, atribuídos de conhecimento técnico e poder institucionalizado, que lhes conferem força e respeito, posicionam-se em uma situação de superioridade, de onde controlam, determinam e direcionam os rumos e os comportamentos dos segundos; os quais, em situação de fragilidade, aceitam as regras do jogo, conforme estabelecidas pelos primeiros, e assim, tem-se naturalmente, a constituição de uma relação de subordinação.

Ainda nos dados de Lima (2016), encontra-se uma paciente que em seu depoimento revela sua consciência acerca de como se dá essa relação de poder instituída com o médico: “[...] *assim, se uma pessoa for falar pra você assim: ‘vai demorar muito’*. Todos nós estamos aqui pra falar com o médico, resolver algum problema, né? *Aí é muita gente, ninguém pode fazer nada, a demora é normal, por que é muita gente*” (P14/UBS1). Nesse caso, ela menciona uma situação que pode ser apontada como uma forma de o médico exercer poder sobre o paciente, que é a espera na fila, enquanto aguardam atendimento, mas que ela considera “normal” já que “todos” precisam “falar com o médico”, são carentes de sua ajuda. Isso se aproxima da perspectiva apontada por Zacariotti (2003), em sua pesquisa.

As reflexões oriundas dos resultados das pesquisas dos autores, bem como os ilustrativos exemplos de Lima (2016) são importantes para a elucidação deste estudo. É possível apontar mais para a questão do poder, do que simplesmente assimetria na relação entre médicos e pacientes, considerando-se que se percebe, tanto na literatura como pela forma como os pacientes representaram o evento de letramento consulta médica, a evidência da dominação ou uso do poder por meio da linguagem, e não apenas de uma simples gradação no uso desta, em decorrência, muitas vezes, das diferenças socioculturais de cada um deles.

Algumas considerações finais e apontamentos de pesquisas

Da literatura:

A questão tratada neste trabalho, partindo de pesquisas na área de comunicação e linguagem, sobre o tema ‘comunicação entre médicos e pacientes’ (MARTINE (1989) / MAGALHÃES (2000) / ALBUQUERQUE (2002) / ZACARIOTTI (2003) / VAN DIJK (2010)), girou em torno da discussão sobre o poder ou assimetria na comunicação entre médicos e pacientes. Esse problema partiu da hipótese de que a relação entre esses sujeitos acontece em torno, principalmente, do uso abusivo do poder na linguagem.

Os resultados desses estudos apontam para a prevalência do poder nesses espaços de interações, e não apenas de uma relação meramente assimétrica. Esse fato está atrelado às relações existentes entre os sujeitos, as quais foram arquitetadas historicamente na cultura organizacional das instituições, que naturalmente distribui e organiza o exercício do poder entre os parceiros. Neste caso, os médicos detêm um conhecimento técnico e específico, que lhes confere um poder institucionalizado e, que lhe dá força para atuar no controle de algumas situações; quando têm que, por exemplo, dizer ou não, com clareza o conteúdo que o paciente espera. Esse fato interfere nos rumos da vida dos pacientes, que em situações frágeis, por conta do problema de saúde, aceitam ser guiados pelas regras determinadas institucionalmente pelo médico; e isso, muitas vezes, implica diretamente, no exercício de um poder manipulador e de controle premeditado, conforme a perspectiva foucaultiana.

Partindo-se dessa perspectiva, considera-se que no contexto da sociedade atual, as manifestações do poder são inerentes a todas as relações sociais dos sujeitos em suas atitudes e práticas cotidianas, existindo diferentes formas de manifestação de poder entre os sujeitos, pois ele funciona “como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação” (FOUCAULT, 1998 [1979], p. 295), e, portanto, independente dos níveis de escolarização dos sujeitos.

Da pesquisa de Lima (2016):

No eixo dessa discussão, destacam-se os resultados da pesquisa de Lima (2016), na qual o autor, embora não tenha aprofundado esse aspecto em sua análise, observou-o

com bastante cuidado na análise do *corpus*. Durante a coleta de dados, alguns pacientes relataram já ter passado por alguma situação dessa natureza em contextos de consulta médica, em que houve o uso do poder, incorrendo em falhas de comunicação entre eles.

Ainda no contexto de sua pesquisa, outra questão que pode ser mencionada é o atraso de médicos, o que se configura como uma forma de uso do poder, tendo em vista que o profissional sabe da necessidade do paciente, da condição de passividade que a doença o expõe e, por isso, deixa-o esperando.

A questão mais conflituosa que aparece nessa relação, segundo os resultados da pesquisa de Lima (2016), é a comunicação entre médicos e pacientes; principalmente nas modalidades oral ou escrita que podem, muitas vezes, não ser claras e trazerem problemas de compreensão para os pacientes. O problema mais grave é observado na modalidade escrita, manifesta na letra escrita no gênero receita médica. Inclusive, tanto os pacientes como os médicos apontaram para isso. Os primeiros em tom de reclamação e descontentamento, mas, ainda assim, assumem uma postura reflexiva e letrada na forma como buscam transpor o problema e apontar soluções para superá-lo. Os segundos reconhecem o problema, e, de certo modo, assumem sua responsabilidade com a situação. Embora também digam que buscam criar estratégias para resolvê-lo, percebe-se ainda, que há a manutenção de uma cultura de preservação da face, posicionando-se como guardiões de um território de ocupação social, conforme os padrões historicamente postulados.

Do reconhecimento e apontamentos para pesquisas futuras:

Portanto, iintegrando-se aos trabalhos anteriormente mencionados, a pesquisa de Lima (2016) reconhece este aspecto como possibilidade de análise em seus dados, os quais permitem várias leituras e interpretações. O autor as considera atrativas e relevantes de serem aprofundadas, para o empreendimento de pesquisas futuras no âmbito da linguística, por meio dos instrumentais metodológicos utilizados pelas diversas correntes teóricas dessa ciência.

O próprio autor menciona isso, ao final do trabalho, quando destaca: “os resultados alcançados com este estudo suscitam algumas inquietações, no sentido de que se possa aprofundar e dar continuidade à discussão do tema” (LIMA, 2016, p. 224). Sem dúvida, este texto figura como uma sinalização para essas múltiplas aproximações com o objeto de estudo. Sua opção de leitura dos dados, portanto, não os esvaziou, pelo

contrário, recomenda outras, que possam ser válidas e interessantes para ampliar o debate sobre o tema. “Levantamos nós, apenas, a ponta do véu” (LIMA, 2009, p. 195), portanto.

Referências

ALBUQUERQUE, Maria Clara. *Enfoque bioético da comunicação na relação médico-paciente nas unidades de terapia intensiva pediátrica*. 2002. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

AMORIM, Marília. *O pesquisador e seu outro: Bakhtin nas ciências humanas*. São Paulo: Musa, 2004.

ASHER, Richard. Munchausen’s syndrome. *The Lancet*. 1951 fev: 339-341.

BAKHTIN, Mikhail. *O freudismo: um esboço crítico*. Tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Perspectiva, 2014a. [1927]. p. XI-XIX.

_____. O discurso no romance. In: _____. *Questões de estética e de literatura: a teoria do romance*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2014b. [1975]. p. 71-210.

_____. *Problemas da poética de Dostoiévski*. Tradução Paulo Bezerra. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. [1929].

_____. Apontamentos de 1970-1971. IN: _____. *Estética da criação verbal*. Tradução Paulo Bezerra. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. [1979]. p. 367-392.

BEZERRA, Paulo. Freud à Luz de uma Filosofia da Linguagem. In: BAKHTIN, M. *O freudismo: um esboço crítico*. Tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Perspectiva, 2014a. [1927]. p. XI-XIX.

CAPRARA Andrea; RODRIGUES Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1):139-146, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf> >. Acesso em: 26 dez. 2015.

DESCARTES, R. *Discours de la Méthode et Essais*. Oeuvres Publiées par Charles ADAM & Paul TANNERY. Paris: Vrin, 1996. v. VI.

FIEHLER, Reinhard. Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation: Einführung in die Thematik. In: FIEHLER, Reinhard. *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2002, p. 715.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução Roberto Machado. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1998. [1979].

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. *Modelos de relação médico-paciente*. 2000. [on line] Disponível em: < www.ufrgs.br/bioetica/modelos/htm >. Acesso em: 20 dez. 2015.

GNERRE, Maurizio. *Linguagem, escrita e poder*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

HILGERT, José Gaston. Os problemas de compreensão na fala na perspectiva da construção interativa da compreensão. In: FANTI, Maria da Glória di; BARBISAN, Leci Borges. *Enunciação e discurso: tramas de sentidos*. São Paulo: Contexto, 2012. p. 77-94.

LAMPOGLIA, Francis; MIOTELLO, Valdemir. O silêncio e o calar sobre a ditadura militar pelo olhar de Bakhtin: a diferença entre o ouvir e o escutar. *Palimpsesto*, nº 14, Ano 11, 2012, Dossiê (1). p. 1-14. Disponível em: < <http://www.pgletras.uerj.br/palimpsesto/num14/dossie/palimpsesto14dossie05.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2015.

LIMA, Francisco Renato. *Letramentos em contextos de consulta médica: um estudo sobre a compreensão na relação médico-paciente*. 2016. 254 f. Dissertação (Mestrado em Letras – Estudos da Linguagem) – Centro de Ciências Humanas e Letras. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

LIMA, Silvana Maria Calixto de. *Entre os domínios da metáfora e metonímia: um estudo de processos de recategorização*. 2009. 204 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LEDUR, Paulo Flávio; LUCCHESI, Fernando. *Comunicação médico-paciente: um acordo de cooperação*. Porto Alegre: AGE, 2008.

MAGALHÃES, Izabel. *Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico*. Brasília: Thesaurus, 2000.

MARTINE, Luiza Corrêa e Castro. Análise da constituição e reprodução no discurso médico-paciente: uma abordagem sociolinguística interacional. In: TARALLO, Fernando (Org.). *Fotografias sociolinguísticas*. Campinas: Pontes, 1989. p. 239-268.

PONZIO, Augusto. Escritura de la novella y del cinema como crítica de La comunicación global. UNED. *Revista Signa*, nº 15 (2006), págs. 469-492. Disponível em: < <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc0g433> >. Acesso em: 13 jun. 2015.

_____. *As orientações linguísticas hoje e a escuta como arte da palavra*. Texto publicado em 31 de outubro de 2010, na página do GEGe - Grupo de Estudos de Gêneros do Discurso, São Carlos, São Paulo, Brasil. Disponível em: < <http://textosgege.blogspot.com.br/2010/10/os-orientacoes-linguisticas-hoje-e.html> >. Acesso em: 18 jun. 2015.

SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. vol.10, suppl. 2, pp. s419-s425, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/21.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

VAN DIJK, Teun A. *Discurso e poder*. São Paulo: Contexto, 2010.

ZACARIOTTI, Edith Tereza P. A relação médico-paciente na pediatria. In: BRANCO, Rita Francis Gonzalez Rodrigues. *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 181-190.