

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva¹

Paula Travassos de Lima Nolasco^{II}

Dialética da autonomia dos equilíbrios nos conflitos entre pacientes e cirurgiões oncológicos

Dialectics of balanced autonomy in disagreements between patients and oncological surgeons

RESUMO

OBJETIVO: Compreender diferentes lógicas de autonomia presentes nos conflitos entre prescrições cirúrgicas e expectativas de pacientes com diagnóstico de câncer.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo, no qual foram realizadas 11 entrevistas semi-estruturadas com cirurgiões oncológicos especializados em tumores de cabeça e pescoço da cidade do Rio de Janeiro, RJ, entre 2000 e 2005. Os participantes foram selecionados por *chain sampling* e a interrupção do trabalho de campo obedeceu ao critério de saturação. Utilizando-se a técnica de análise de discurso, buscou-se identificar as premissas estruturantes do conceito de autonomia, que comporiam uma dialética discursiva no contexto dos pacientes que relutam em se submeter a cirurgias consideradas mutiladoras.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: Inicialmente, os cirurgiões exibiram assertivas padronizadas, centradas em conceitos deontológicos de autonomia. À medida que narravam suas experiências, foram observados auto-questionamentos que expunham contradições quanto ao conceito cotidiano de “ressecabilidade informada”. Neste ponto os discursos padronizados se deixam permear por auto-questionamentos sobre a necessidade de um retorno ao equilíbrio existencial prejudicado pelo câncer.

CONCLUSÕES: As narrativas expressaram demandas por uma “autonomia de equilíbrios” na forma de um semi-projeto não idealizável aprioristicamente, embora dependente de interações com o outro. Os resultados indicam a necessidade de reflexão perante o conceito de autonomia como premissa linear, categórica e individual que, embora superficialmente elaborada, têm governado as ações cotidianas.

DESCRIPTORIOS: Relações Médico-Paciente, ética. Recusa do Paciente ao Tratamento, ética. Recusa do Paciente ao Tratamento, psicologia. Pacientes, psicologia. Neoplasias, cirurgia. Barreiras de Comunicação Paternalismo. Ética Médica. Pesquisa Qualitativa.

^I Escola de Medicina e Cirurgia. Departamento de Medicina Especializada. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Paulo Roberto Vasconcellos-Silva
Escola de Medicina e Cirurgia
R. Mariz e Barros, 775 - Tijuca
22290-240 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: bioeticaunirio@yahoo.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To comprehend different logics of autonomy that are present in conflicts between surgical prescriptions and the expectations of patients with diagnoses of cancer.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: This is a qualitative study in which 11 semistructured interviews were conducted with oncological surgeons specializing in head and neck tumors, in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, between 2000 and 2005. The participants were selected by means of chain sampling and the fieldwork was halted in accordance with the criterion of saturation. The discourse analysis technique was used to identify the premises that structured the concept of autonomy and would constitute the discursive dialectics within the context of patients who fight against undergoing surgery that is considered to be of mutilating nature.

ANALYSIS OF RESULTS: At first, the surgeons expressed standardized statements centered on deontological concepts of autonomy. As they narrated their experiences, self-questioning that brought out contradictions regarding the routine concept of “informed resectability” was observed. At this point, the standardized discourse became permeated by self-questioning about the need to return to the existential balance that had been harmed by the cancer.

CONCLUSIONS: The narratives expressed demands for “balanced autonomy” in the form of a semi-project that is not aprioristically idealizable but is dependent on mutual interactions. The results indicated the need for reflection on the concept of autonomy as a linear, categorical and individual premise that, although superficially elaborated, governs everyday actions.

DESCRIPTORS: Physician-Patient Relations, ethics. Treatment Refusal, ethics. Treatment Refusal, psychology. Patients, psychology. Neoplasms, surgery. Communication Barriers. Paternalism. Ethics, Medical. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A cancerologia nas últimas décadas tornou-se uma complexa e interessante área de atuação para diversas categorias profissionais. Contudo, o debate acerca dos pressupostos éticos que instruem suas intervenções não se expandiu à altura da sofisticação técnica.¹⁷ Nesse campo, a Bioética acrescenta interessantes debates sobre os elementos constituintes da autonomia dos pacientes,^{5,14} assim como a necessidade de capacitação comunicativa perante prognósticos adversos.^{2a} No campo da cirurgia oncológica, apesar do grau de estadiamento do tumor atualmente ser o principal determinante da conduta terapêutica, há variadas demandas eticamente relevantes ainda não contempladas nas decisões.^{12,13,20} Questiona-se o modelo de autonomia individualista, centrado unicamente na decisão informada dos pacientes e sem espaços para os contextos nos

quais o aspecto relacional e dialógico desse princípio deveria ganhar força.^{5,10}

Não obstante o impacto das intervenções tenha se reduzido nas últimas décadas, as cirurgias de cabeça e pescoço ainda legam incontornáveis seqüelas – às vezes mais mutiladoras do que a doença em seu estadiamento inicial – com rastros de sofrimento moral e físico. O diagnóstico trágico e as intervenções nesses contextos tendem a gerar intensas pressões emocionais de variadas origens e contra-mecanismos de defesa.²⁷ Há tensões suplementares geradas pelo imperativo técnico de exigir ações imediatas em contextos por vezes conflituosos de opiniões entre cirurgiões e pacientes. Tal contexto leva os profissionais em questão a lidar rotineiramente com padecimentos físicos e morais sob a vulnerabilidade decorrente do diagnóstico de câncer.^b

^a Buckman R, Baile W, Korsch B. A practical guide to communication skills in clinical practice [CD-ROM]. Mississauga: Medical Audio-Visual Communications Inc; 1998.

^b Cestari MEW. A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer [dissertação de mestrado]. Londrina: Programa Interinstitucional da USP, UEL e UNOPAR; 2005.

O presente estudo teve por objetivo compreender diferentes lógicas de autonomia presentes nos conflitos entre prescrições cirúrgicas e expectativas de pacientes com diagnóstico de câncer.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado estudo qualitativo, no qual foram conduzidas 11 entrevistas semi-estruturadas com cirurgiões oncológicos especializados em tumores de cabeça e pescoço da cidade do Rio de Janeiro, RJ, de 2000 a 2005. Os cirurgiões, que atuavam no setor público e privado, foram selecionados para as entrevistas por indicação mútua ou *chain sampling*.¹⁹ Buscou-se, entre outros assuntos, a identificação da dialética discursiva envolvida nas decisões perante pacientes que recusaram intervenções cirúrgicas. Na fase piloto foram colhidas cinco entrevistas que, após as primeiras leituras, orientaram a seleção do segundo grupo de seis entrevistas (com elenco expandido de questionamentos). Nos momentos iniciais o cotidiano dos processos diagnóstico-terapêuticos foi tematizado para que as perguntas se direcionassem para os casos de conflito entre as perspectivas técnicas e as da clientela. Os temas principais do roteiro de entrevistas foram: qualificação e tempo de experiência no campo; processo de diagnóstico-estadiamento e indicação de intervenção; casos considerados difíceis; situações-limite (como a recusa às cirurgias indicadas); dilemas percebidos; comunicação dos prognósticos adversos.

A interrupção da coleta seguiu o critério de “exaustão” ou “saturação” do objeto de estudo no conjunto do material.²⁴ Nos cenários discursivos procurou-se delinear premissas e racionalidades estruturantes do processo dialético envolvido no conceito de autonomia que usualmente norteia as decisões cirúrgicas.²⁵

Na análise do material, após a transcrição do texto e a conferência de sua fidelidade, iniciou-se a leitura fluante² (primeiro contato no qual emergem impressões preliminares orientadoras). A seguir procedeu-se à “impregnação” – leitura em profundidade de cada um dos relatos na busca da compreensão do todo de um mesmo depoimento.²⁷ Com base na leitura e discussão dos textos preliminares, foi possível elaborar a estratégia das aproximações posteriores. Daí emergiu um esquema provisório de interpretação (síntese de cada depoimento) a orientar a análise das categorias.

Após as sínteses provisórias, cujo foco era a singularidade do conceito de autonomia de cada entrevista, procedeu-se à leitura horizontal do conjunto dos relatos, o que nos permitiu identificar um sistema de relações e categorias secundárias. Buscou-se assim captar as relações construídas discursivamente entre os sujeitos morais e seus discursos e práticas.

Como referencial teórico, foi utilizado o conceito habermasiano^{7,22} de tensão entre a racionalidade instrumental (ligada à esfera do trabalho e da produção) e a comunicativa, que identifica e reconstrói as condições universais do entendimento possível, centrada no uso da linguagem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz. Conforme a Resolução Nº 196/96, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, contendo os objetivos do trabalho, a garantia de anonimato e o endereço dos pesquisadores.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A receptividade e disponibilidade dos entrevistados foi considerada, sem exceções, muito boa face às dificuldades despertadas pelo tema. Alguns se expressaram em um estilo mais formal e assertivo, outros formularam suas inquietações como perguntas auto-referidas. Houve perceptível franqueza e interesse por parte da maioria dos entrevistados que, frequentemente, expunham claramente aspectos pessoais, aqui omitidos.

As premissas estruturantes identificadas foram exploradas, permitindo antever uma dialética de complementaridade entre imperativos de intervenção instrumental e ação comunicativa. As conversações transcenderam aos proferimentos iniciais, fundamentados em conceitos estabilizados ao redor da atividade em questão. O foco de interesse se concentrou nas estratégias geradoras de acordos frente às dissensões, frequentemente ligadas a desconfortos éticos conexos ao conceito de autonomia.

Nos primeiros momentos das entrevistas, na descrição do processo de decisão (e identificação dos mecanismos argumentativos na defesa das perspectivas de beneficência e autonomia), o que emerge de forma mais destacada é um “discurso padronizado”. Os proferimentos se repetem quase que nas mesmas palavras, sem pretensões críticas ou auto-críticas e sempre apoiados ora em estratégias instrumentais (centrados unicamente na objetivação de cânceres a ressecar) ora em discursos deontológicos sobre autonomia. Estes foram interpretados como “discursos algorítmicos” (ênfase na complexidade de lidar com estruturas frágeis envolvidas por tumores de difícil delimitação) na descrição de uma espécie de protocolo de decisões que dispensa a avaliação dos efeitos materiais da intervenção sobre expectativas pessoais.

O impacto das intervenções ao redor dos “tecidos-alvo” foi pouco tematizado, não sendo manifestadas preocupações acerca do que acontece no que concerne à vida pretérita e ao destino dos pacientes. Os discursos-padrão expressam pouca consideração

com as necessidades plurais de superação dos desafios no destino dos pacientes. Sob o peso e a urgência das demandas cirúrgicas torna-se impossível atender às premissas existenciais geradas em tais condições. Nesse contexto, o sentido de resgate heróico é a tônica da intervenção: a certa separação entre o que é câncer e o que não é. A biografia dos pacientes, assim como a idéia de autonomia que se oponha à “auto-evidente” beneficência da ressecção, são quase-obstáculos à ação instrumental. As ferramentas necessárias à deliberação parecem se limitar apenas ao arsenal diagnóstico, delimitador das margens ressecáveis do tumor.

“Ter uma idéia muito boa da laringe antes operar o doente... Isso é a parte de exame, depois vem a parte de imagem, ele tem que ter uma noção muito boa de radiologia... Hoje em dia com a ressonância magnética, tomografia computadorizada, sem um desses exames a maioria dos tumores da cabeça e pescoço não tem um diagnóstico correto. Então, você... Tem que lançar mão desses exames, se você quiser ter uma boa decisão pra o que você vai fazer com o doente.” (entrevista 3)

“As cirurgias são delicadas e... você tem que avaliar se esse tumor é ressecável ou não, de uma maneira mais cuidadosa, porque tem muita estrutura nobre, muita estrutura nervosa.” (entrevista 2)

De forma diversa, não se observou essa homogeneidade nos depoimentos acerca dos conflitos gerados por dissonâncias. Por vezes são adotados “discursos deontológicos” que simplesmente acatam as decisões discordantes sem a procura ativa por interlocução e contra-argumentação, às custas de uma limitada lógica de “ressecabilidade informada”. Nesse caso os profissionais parecem presumir que as opções alheias se nortearam por adequada informação acerca de riscos e conseqüências, sem considerar os desníveis impostos, por vezes, pela baixa escolaridade e pelos estados de extrema comoção.

“Agora, se ele vai querer ser tratado ou não, isso no meu modo de ver, é um problema exclusivamente dele. Se ele se recusa ao tratamento, o meu papel é expor, da melhor forma possível, o que é possível se fazer por ele; o que vai acontecer com ele tratando ou não tratando e tentar fazer ele entender isso. Agora, se ele não quiser ser tratado, aí é um papel de escolha do paciente.” (entrevista 7)

“A orientação é de que não encare essa posição do paciente como uma forma de contestação ao que ele indicou, mais sim como um ponto de vista pessoal, que tem as suas razões e que precisa ser respeitada e a nossa função neste caso vai ser de oferecer pra esse paciente, dentro das opções restantes que a gente tem, o que há de melhor e mais adequado pra ele... Existe realmente essa tendência, né? Quando o doente não faz o que você determinou, existe uma tendência do

profissional, do cirurgião se afastar do doente, principalmente quando você indica uma cirurgia e o doente não aceita.” (entrevista 1)

À medida que as conversações se desenrolaram, percebeu-se uma espécie de “atenuação” na ênfase técnica dos discursos. Inicialmente havia um discurso deontológico-instrumental sintetizado pelo dever de informar e acatar anuências ou desistências – sempre, e inadvertidamente, partindo de perspectivas marcadamente assimétricas. Após os primeiros momentos das entrevistas, foram observados indícios de inquietações, sobretudo ligados às limitações inerentes às técnicas cirúrgicas no reequilíbrio dos cotidianos afetados pelo câncer. Embora a tônica ainda fosse o “resgate heróico”, foram percebidas preocupações acerca do restabelecimento de funções fonatórias, da deglutição e de uma estética aceitável. Por vezes foi descrita a adoção de táticas de aproximação que buscam simetria para incitar diálogos com vistas à coordenação das ações.

Assim, o objeto de intervenção deixa de ser a separação da malignidade dos tecidos sãos e ocorre uma sutil mudança de foco em direção ao restabelecimento da funcionalidade de órgãos no contexto de uma vida plenamente aceitável. Talvez expressem a necessidade (não confessa) de reflexão menos superficial perante o conceito de autonomia como diretiva categórica, linear e incondicional, premissas que, embora debilmente elaboradas, têm governado as ações cotidianas. Transcendidos os discursos deontológicos-instrumentais, as assertivas técnicas são permeadas por intenções de busca dialógica por harmonização, de recondução a uma vida equilibrada, funcional, com mínimas seqüelas. Embora a ressecabilidade tenha se mostrado, de início, tão marcante nas conversações, após a emersão de tantos discursos padronizados, outros valores e premissas vêm à luz de formas peculiares.

Foram apresentadas reflexões, mais ou menos explícitas, no sentido da preocupação com a qualidade de sobrevivência pós tratamento. Nasce, enfim, os discursos sobre a autonomia dos equilíbrios, orientados pela noção de “caminho de volta”.

“Você não pode só julgar o câncer. Você tem que julgar a doença junto com o paciente... Todas as nossas cirurgias vão trazer conseqüências e seqüelas que vão alterar a vida do paciente, em tudo, né? ... Não adianta você tratar o câncer e você destruir que esse paciente tenha uma qualidade de vida depois.” (entrevista 4)

“Eu tento deixar o mais explícito possível, o que está acontecendo com ele... se ele vai sentir dor... Se ele vai sentir dificuldade para comer, se ele vai ter falta de ar, se ele pode sangrar... Enquanto a maioria do pessoal tenta esconder isso e jogar tudo isso para o psicólogo, eu tento dar uma noção para o paciente do que vai acontecer com ele daqui para frente.” (entrevista 8)

“Você vai reconstruir, você pode fazer retalhos, você vai trazer de volta. Então, você tem uma troca muito grande no tratamento... Da cura da patologia, do restabelecimento da função e ao mesmo tempo dando um resultado satisfatório pro paciente. Então, eu acho que essa integração desses fatores todos faz com que a especialidade seja atrativa sim.” (entrevista 4)

A operabilidade para o equilíbrio existencial subtraído pela doença transcende à mera ressecabilidade do tumor: para que as intervenções sejam exitosas e certas deve haver um sistema orgânico e psíquico ao redor do campo cirúrgico que propicie condições ideais para as técnicas cirúrgicas virtuosas. Sob tais perspectivas, tematizam-se as condições do retorno a uma vida social aceitável, que inclua o convívio com familiares e amigos.

“E pra ele (a cirurgia) foi um benefício... As pessoas com quem ele vive, do convívio dele, são pessoas que aceitam bem aquilo, e que não há uma discriminação, uma ojeriza ao que foi feito... Ele ia ter uma morte muito triste, se continuasse o tumor do jeito que ele estava... É o bom senso. E como é que eu vou adquirir esse bom senso? ... Só com experiência.” (entrevista 4)

Aspira-se a um reequilíbrio orgânico-existencial, com poucas estigmatizações, com uma qualidade de vida não idealizada previamente, mas a ser conquistada em vista de perspectivas pessoais. Neste ponto, o cirurgião, além de dominar a esfera técnica, passa a se interessar pela ação comunicativa como intermédio para alcançar um projeto aceitável e autônomo de sobrevivência. À medida que as conversações evoluem, a dialética dos discursos expõe convergências e divergências quanto à ressecabilidade informada. Ora se assume um papel de tutor, ora de conselheiro, algumas vezes até se apresentando como paradoxos passíveis de ricas interpretações – os mesmos profissionais que antes descreviam atitudes de distanciamento em sua prática, passam a se ressentir da falta de espaços para interação nos quais poderiam oferecer bem mais do que a perícia cirúrgica.

“É um tempo muito pequeno que a gente tem, eu não posso ficar uma hora conversando com o paciente... Faço o possível dentro de cinco ou dez minutos, que é o tempo que eu tenho para fazer a consulta.” (Entrevista 8)

“A gente faz tanta cirurgia que a gente fica maluco. É muito doente com o câncer avançado... Com recidiva, porque tem câncer avançado, né? Então é uma situação complicada.” (entrevista 3)

Parece não restar muitos espaços para ação comunicativa no universo do sistema público de saúde neste tipo de atividade. O discurso cirúrgico-instrumental perante

a vulnerabilidade de pacientes desvalidos não está suficientemente amadurecido para se voltar autocriticamente em questionamentos sobre tal forma de assistir a clientela. Por outro lado, observam-se também ideais de reequilíbrio e não apenas de ressecções. Também aspira-se a um “retorno”:

“Será que eu não induzi esse paciente a esse tratamento? E será que eu... Realmente trouxe um benefício? O homem ficou com seqüela neurológica... Tem um defeito de um lado da face... Mas, ele está morando no Sul; ele vem a cada quatro meses aqui; e se alimenta normalmente... Ele está com a família dele. Ele tem em essa mutilação na face, mas... Qual era a opção pra ele? Nenhuma. Se não fizesse essa cirurgia ele ia morrer... Mas mesmo assim, será que essa vida que ele leva agora, será que se ele soubesse anteriormente ele iria concordar? ... Eu acho que talvez sim, porque ele ainda está com a família dele. Ai, não basta apenas você ver o paciente isolado, você tem que ver o paciente como um todo, o meio aonde ele vive.” (entrevista 8)

A doença, enfim, adquire as feições de uma condição existencial, um desafio de superação que exige não somente um instrumental eficaz como também reflexões sobre o papel do médico frente à finitude humana. A autonomia do equilíbrio surge na forma de um semiprojeto não idealizável aprioristicamente, mas sempre dependente de experiências de alteridade.

Tem-se radicado no indivíduo capaz e informado o protagonismo exclusivo das decisões cruciais e frequentemente irreversíveis. Não obstante, sob tais perspectivas e no contexto de uma sociedade democrática, pluralista, secular e semi-maleável às diferenças, está por ser criada uma utopia que estabeleça um “metro ético”, marco irreduzível e universal de autonomias.¹¹ As inquietações originadas por tais obstáculos levam alguns às mais céticas perspectivas: uma inviável bioética que abarque peculiaridades dos bilhões de agentes morais que habitam o planeta.³

Os adventos biotecnocientíficos estão a acrescentar questões desconhecidas a um complexo contexto socio-cultural de reafirmação da responsabilidade moral dos indivíduos em sedimentar seus percursos existenciais como ponto de partida da relação médico-paciente.^a Princípios canônicos hipocráticos do *ethos* médico não mais se prestam a intermédio de análise ou resolução dos conflitos morais a emergir.^a Nos foge a luz de um conceito de autonomia acessível a contextos clínicos como o aqui descrito, visto que o vigente é teoricamente complexo e de difícil aplicação prática.²¹

Por outro lado, a peculiar hierarquia de valores que governa decisões na Medicina é considerada por alguns como uma defesa coletiva contra ansiedades resultantes

^a Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente [tese de doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 1999.

do ofício e do constante lidar com situações de impotência.⁴ Os cirurgiões em particular,²³ são persistentemente desafiados pela realidade existencial de seus pacientes que, ao impor limites à ação instrumental, demanda um apurado senso ético que transcende à perícia técnica. Há situações nas quais um agente sente-se premido por tensões morais a optar entre várias abordagens,²³ embora o imperativo técnico facilite tais decisões inclinando-o aos protocolos e algoritmos. No cenário descrito tais tensões não se apresentam tão explicitamente à frente das questões ligadas ao êxito de execuções técnicas, posto que alternativas de aproximação em conflito com posturas mais distanciadas são tácita e constantemente derrotadas.

Não obstante, à medida que os espaços dialógicos entre profissionais e entrevistadores se ampliam, percebe-se que o inflexível itinerário do pensar/fazer técnico se deixa permear por questionamentos e reflexões sobre equilíbrios, tracionados exclusivamente pela força ilocucionária (com variável enfaticidade e elaboração) dos diálogos.

Às leituras mais superficiais, nos cenários descritos germinam as sementes dos vícios paternalistas que têm encontrado no sistema público de saúde os solos mais férteis. Na confluência das demandas técnicas (de produção e rapidez de atendimentos) com as demandas comunicativas de uma clientela precariamente esclarecida sobre a natureza e prognóstico de seus males, os atores tendem a firmar acordos tácitos. Decerto é possível imaginar que, em seus extremos mais condenáveis, tais acordos podem se assentar sob uma condição de especial vulnerabilidade, que tende a ceder a toda decisão e se resignar à confiança quase-incondicional nos especialistas. Tal confiança, se timidamente questionada por ambas as partes, origina a categoria semi-paternalista da autonomia-para-anuências. Sob a segurança de perspectivas deontológicas-instrumentais, no recurso ao outro como instância de mera anuência ou dissidência, é possível admitir como fim idealizado de beneficência a mera ressecção dos tumores. Deve-se reconhecer, no entanto, que o envolvimento com pessoas com expectativas sombrias de sobrevida implica insustentáveis sobrecargas psíquicas – o que tende a incitar sublimações no recurso às técnicas e na alienação das interações.

Caberiam aqui perspectivas comunicativas como a da “ética do discurso.”⁹ apoiada na partilha intersubjetiva para identificação de valores e definição de prioridades. A intersubjetividade como instância privilegiada de deliberação parece ineqüívvel perante tantas assimetrias entre especialistas e clientela. O ritmo de urgência dos contextos descritos parece sobrecarregar os protocolos técnicos de incertezas e postergação.

Estudos descritivos dedicados à racionalidade ou à eticidade médico-cirúrgica parecem optar pela tipificação

sob perspectivas estáveis e estáticas, o que tende a fortalecer a idéia de uma forma de “essencialidade” imanente ao ofício em questão.^{18,23} Por outro lado, existe a opção por uma abordagem que contemple aspectos discursivos aparentemente contraditórios, talvez encerrando uma dialética à qual seria difícil ignorar, ao preço do risco do engessamento analítico, contraproducente em tal estabilidade. Haveria versões distintas a desenvolver no embate dialético entre o discurso “deontológico-instrumental” e o “discurso do reequilíbrio”?, seria a pergunta lacunar do presente estudo. Haveria busca de efetividade, da célere anuência para ressecabilidade (eleita como beneficência técnica maior), pelo intermédio do discurso deontológico-instrumental? À medida que a reflexão se instala à força de persistentes contradições, emergem questionamentos da qual seria difícil escapar sem confrontações existenciais. Haveria no interior dos discursos deontológicos-instrumentais algum tipo de conflito entre registros da adversidade do *outro* no *eu* profissional?

Não pretendemos aqui incitar à demolição das deontologias profissionais, mas conduzir à reflexão e questionamento de seus usos estabilizados nas instituições médicas. Sob ponto de vista antropológico, a relevância do caráter diretivo das normas^{15,16} ao lado da crença dos atores sociais na possibilidade de justificá-las,⁶ podem ser tidas como atributos principais da vida ética. Porém, é ilustrativo situar por outros ângulos de visão o paradigma das filosofias da consciência e das éticas principialistas de racionalidade radicada exclusivamente no sujeito e que tem a nos revelar o foco da intersubjetividade como fonte de norma, cognição e ação.⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização da razão oferece as condições da intercompreensão pelo intermédio de uma “ética do discurso”: expansão dos pressupostos pragmáticos da linguagem pelos terrenos da subjetividade e da comunicação. A multiplicidade de perspectivas interpretativas contemporânea não mais deveria se esgotar em reflexões monológicas, como as definições canônicas de autonomia, talvez insuficientes em contextos nos quais a legitimidade e a equidade ocupam a cena central. A dialética dos discursos retratados encerram indistinções recursivas entre potencialidades e limites da razão instrumental perante as demandas originadas por lapsos comunicativos. As múltiplas facetas que o paternalismo abastecido pela falta de diálogo pode assumir talvez acrescentem em rapidez assistencial o que subtraem às interações mais estreitas e essenciais. Isso tende a originar um conceito normativo e minimizado de autonomia, adstrito aos consentimentos informados, no qual o imperativo técnico determina ações que, além de questionáveis às leituras mais aprofundadas, freqüentemente degeneram em distanciamentos.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
2. Carron AT, Lynn J, Keaney P. End of life care in medical textbooks. *Ann Intern Med.* 1999;130(1):82-6.
3. Engelhardt Jr HT. Critical care: why there is no global bioethics. *J Med Philos.* 1998;23(6):643-51. DOI: 10.1076/jmep.23.6.643.2555
4. Fiori MLM, Yazigi L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. *Psicol Reflex Crit.* 2005;18(2):200-6. DOI: 10.1590/S0102-79722005000200008
5. Gilbar R, Gilbar O. The medical decision-making process and the family: the case of breast cancer patients and their husbands. *Bioethics.* 2009;23(3):183-92. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2008.00650.x
6. Gluckman M. The Judicial Process among the Barotse of Northern Rhodesia - Zâmbia. Manchester: Manchester University Press; 1967.
7. Habermas J. The theory of communicative action. Reason and the rationalization of society. Boston: Beacon Press; 1984.
8. Habermas J. O discurso filosófico da modernidade. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
9. Habermas J. A ética da discussão e a questão da verdade. São Paulo: Martins Fontes; 2004. p.9.
10. Hickey KS, Lyckholm L. Child welfare versus parental autonomy: medical ethics, the law, and faith-based healing. *Theor Med Bioeth.* 2004;25(4):265-76. DOI: 10.1007/s11017-004-3137-7
11. Knights D, Willmott H. Autonomy as utopia or dystopia In: Parker M, editor. *Utopia and Organization.* London: Sage; 2003.
12. Krizek T. Ethics and philosophy lecture: surgery. Is it an impairing profession? *J Am Coll Surg.* 2002;194(3):352-66. DOI: 10.1016/S1072-7515(01)01182-6
13. Lasalle Jr DL. Ethics in research and surgical practice. *Am J Surg.* 1997;174(6):589-91. DOI: 10.1016/S0002-9610(97)00205-5
14. Little M. The fivefold root of an ethics of surgery. *Bioethics.* 2002;16(3):183-201. DOI: 10.1111/1467-8519.00281
15. Malinowski B. Crime e costume na sociedade selvagem. Brasília: Editora UnB; 2003.
16. Mauss M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: EDUSP; 1974.
17. McCullough LB, Jones JW, Brody BA, editors. *Surgical ethics.* New York: Oxford University Press; 1998.
18. Murphy P. Are patients decisions to refuse treatment binding on health care professionals? *Bioethics.* 2005;19(3):189-201. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2005.00436.x
19. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods.* Beverly Hills: Sage; 1990.
20. Peterson LM. Human values in the care of the surgical patient. *Arch Surg.* 2000;135(1):46-50. DOI: 10.1001/archsurg.135.1.46
21. Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioetica.* 1998;6(1):27-37.
22. Siebeneichler FB. Jurgen Habermas: razão comunicativa e emancipação. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro; 1989.
23. Torjuul K, Nordam A, Sørli V. Ethical challenges in surgery as narrated by practicing surgeons. *BMC Med Ethics.* 2005;6:E2. DOI: 10.1186/1472-6939-6-2.
24. Turato E. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003. p.363.
25. Wear S, Milch R, Weaver WL. Care of dying patients. In: McCullough LB, Jones JW, Brody BA, editors. *Surgical Ethics.* New York: Oxford University Press; 1998.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Nolasco PTL, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, em 2006.