

Artigos especiais

Esta seção se destina à publicação de artigos de autores convidados.

A relação médico-paciente na perspectiva de Pellegrino e Thomasma

The doctor-patient relationship from the perspective of Pellegrino and Thomasma

Jorge Cruz

Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal
jcruz@hospitaldaarrabida.pt

Resumo: O autor analisa a relação assistencial médico-paciente, considerada a pedra angular do exercício da medicina, a partir da perspectiva de Edmund D. Pellegrino e David C. Thomasma. Descrevem-se as principais características dos modelos comercial e contratual na relação clínica, destacando-se a proposta de Pellegrino e Thomasma de um modelo de beneficência fiduciária. Este modelo se baseia na relação de confiança que deve existir entre o médico e o paciente, e tem em consideração quatro componentes do bem do paciente: o bem biomédico, a percepção do próprio paciente acerca do bem, o bem para o paciente como ser humano e o bem supremo ou espiritual. Trata-se de uma abordagem que valoriza a autonomia e dignidade do paciente como pessoa, defende a sua vulnerabilidade face aos avanços científicos e tecnológicos da medicina, mas confere ao médico um papel ativo fundamental na procura do bem do paciente.

Palavras-chave: Edmund D. Pellegrino, relação médico-paciente, beneficência, bioética.

Abstract: The author analyzes the doctor-patient relationship, considered the cornerstone of medical practice, from the perspective of Edmund D. Pellegrino and David C. Thomasma. We describe the main characteristics of the business and contractual models in clinical relationship situations, highlighting the proposal of Pellegrino and Thomasma of beneficence-in-trust. This model is based on the trust that should exist between doctor and patient, and takes into account four components of the good of the patient: the biomedical good, the patients's own perception of the good, the good for the patient as a human, and the spiritual or ultimate good. It is an approach that values the autonomy and the dignity of the patient as a person, preserves his vulnerability from the scientific and technological advances in medicine but gives the doctor a key and active role in the search of the patient's good.

Keywords: Edmund D. Pellegrino, doctor-patient relationship, beneficence, bioethics.

“The more our time seems to force us into an inherently confused relationship of doctor and patient, the more firmly must we recall what a true physician is like”
Karl Jaspers (1883-1969)

Na obra *For the Patient’s Good: Toward the Restoration of Beneficence in Health Care*, Edmund Pellegrino e David Thomasma (1) consideram que os dois modelos dominantes na relação médico-paciente na sociedade contemporânea são o comercial e o contratual. Ambos se baseiam na valorização da autonomia do paciente e surgiram em grande medida como resposta ao paternalismo da tradição hipocrática.

Podemos definir o conceito de paternalismo médico como sendo uma ação tomada em benefício do paciente sem ter em conta a sua vontade ou desejos, assumindo que o clínico tem melhor percepção do bem do doente do que o próprio. Pellegrino e Thomasma identificam vários graus de paternalismo médico. Consideram que, no passado, este assumia uma expressão mais forte, uma vez que os desejos, escolhas e preferências do paciente eram desvalorizados ou ignorados. Atualmente, é mais frequente uma manifestação fraca de paternalismo, que pode ser reconhecida quando, por alguma razão, nem sempre legítima, não é fornecida ao doente toda a informação necessária para este poder decidir de forma livre e esclarecida acerca de determinado tratamento ou intervenção, ou quando se tenta manipular ou condicionar as suas escolhas. Nas situações em que o doente está incapacitado para decidir e não é possível conhecer a sua vontade (p. ex. através de familiares ou de um testamento vital), as decisões médicas que forem tomadas de acordo com as *leges artis* não podem ser consideradas paternalistas, mas sim beneficentes (1).

Segundo Pellegrino (2), a metamorfose da ética médica que se verificou nos últimos quarenta anos, mais evidente e de maiores proporções nos Estados Unidos da América (EUA), mas em rápida propagação nos outros países, alterou profundamente a relação clínica. Aponta como algumas das causas que contribuíram para este fenô-

meno, nem todas negativas, a democracia participativa ser encarada como o sistema político de eleição, o crescente pluralismo moral e heterogeneidade das sociedades modernas, a influência dos meios de comunicação social, a desvalorização do papel da religião como fonte de moralidade, a desconfiança generalizada para com todas as manifestações de autoridade e o poder cada vez maior que é proporcionado aos médicos pelos avanços tecnológicos. Assistiu-se assim a uma mudança de paradigma na relação médico-paciente, em que o ônus da decisão clínica se transferiu do primeiro para o segundo elemento do binômio (3). A *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, de 1948, e sobretudo a *Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*, de 1997, são alguns documentos, reconhecidos pelas sociedades democráticas, que têm em conta os direitos e proteção dos cidadãos face aos vertiginosos avanços científicos e tecnológicos da medicina (4,5).

Num certo sentido, como apontam Pellegrino e Thomasma (1), os modelos baseados no paternalismo médico ou na autonomia do paciente facilitam o processo deliberativo, na medida em que se trata de uma decisão unilateral que não procura a obtenção de um acordo ou consenso acerca de determinado tratamento, ao contrário do que os autores propõem no modelo da beneficência em confiança.

O modelo comercial

No modelo comercial ou consumista, que se rege por fatores socioeconômicos e pelas leis do comércio, o cuidado de saúde é considerado um bem de consumo. O paciente é visto como um cliente e o médico como um prestador de serviços em troca de uma remuneração, estando os princípios e valores éticos subordinados à autonomia do primeiro (6). As companhias de seguros de saúde, assim como as clínicas e hospitais privados, consideram o paciente um consumidor dos serviços de saúde e não têm pudor em designá-lo de cliente. Neste contexto, a função assistencial do médico envolve principalmente a obrigação de atuar com competência no desempenho profissional e de informar o paciente do seu estado de saúde, das várias modalidades de tratamento possíveis e dos seus riscos e benefícios (6). O seu compromisso ético é mínimo, restringindo-se ao cumprimento estrito

das obrigações deontológicas e legais a que está sujeito. Contudo, Pellegrino e Thomasma (7) afirmam repetidas vezes que o nível de exigência ética e moral das decisões médicas deve ser superior ao requerido por lei.

Os defensores do modelo comercial alegam que a competição entre as empresas envolvidas na prestação de cuidados de saúde e os incentivos comerciais promovem a qualidade e a eficácia dos serviços prestados aos pacientes. Contudo, os estudos empíricos realizados nos EUA têm revelado que é precisamente o oposto que se tem verificado (8).

Pellegrino (9) declara que o cuidado de saúde jamais deverá ser considerado um bem de consumo nem a medicina um negócio, devido à natureza peculiar do ato médico. No encontro clínico entre um paciente vulnerável e debilitado devido à doença e o seu médico, seria um abuso que este último se aproveitasse desse estado de fragilidade, e da relação de confiança que se estabelece entre ambos, para a obtenção de lucro. Já Platão (10), em *A República*, chamava a atenção para este ponto. No diálogo ficcionado entre Sócrates e Trasímaco, pergunta o primeiro: “*o médico, no sentido rigoroso que há pouco definias, é seu objectivo ganhar dinheiro ou tratar os doentes? Refere-te ao médico de verdade*”, ao que responde Trasímaco sem hesitar: “*tratar os doentes*” (p.20).

Um outro argumento que Pellegrino invoca para rejeitar a cultura empresarial da saúde tem a ver com o fato de o conhecimento médico ser patrimônio universal da humanidade e não propriedade de uma instituição, de um país ou de uma classe profissional. Os estudantes de medicina e de enfermagem, ao escolherem essa profissão, assumem implicitamente o compromisso, perante a sociedade, de utilizarem os seus conhecimentos e competências ao serviço do doente. Para Pellegrino (9), os honorários médicos (e a palavra *honorário* provém do latim *honore*, que significa *honra*) são a recompensa do tempo e energia dispendidos durante a formação, que deve ser contínua ao longo da vida, bem como uma compensação pelos riscos inerentes à atividade profissional, e não por os clínicos serem os detentores exclusivos dos segredos da arte médica. Daniel Serrão (11) recorda que os honorários médicos, ainda no princípio deste século 20, eram relacionados muito mais com a capacidade econômica e financeira da

pessoa doente e sua família do que com a qualidade e eficácia da intervenção médica; ou seja, cada pessoa pagava segundo as suas posses e o médico aceitava, em geral, nada receber dos que eram pobres.

Muitos médicos consideram que o modelo consumista representa uma antítese da missão superior da medicina, na medida em que desumaniza tanto o médico como o paciente. Na conclusão do seu ensaio *The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic*, Pellegrino (9) é assertivo: "if health care is a commodity, it is for sale, and the physician is, indeed, a money-maker; if it is a human good, it cannot be for sale and the physician is a healer" (p.243-66). Recordando as palavras de Platão, atrás referidas, defende que só há uma resposta eticamente aceitável a este dilema.

O modelo contratual

O modelo contratual considera a relação médico-paciente como um simples contrato de prestação de um serviço qualificado. O cuidado de saúde é entendido não tanto como um bem de consumo, mas como um serviço que é prestado ao paciente ou à comunidade. Este modelo pretende diminuir a assimetria de poder que tem lugar no ato médico, considerando tanto o paciente como o médico parceiros nessa relação (1). Requer competência técnica e científica do profissional para corresponder às necessidades expressas pelo paciente, desde que não colidam com a sua consciência e valores. Tal como o anterior, trata-se também de um modelo legalista e assente num minimalismo ético, no qual tanto o paciente como o médico são sujeitos de direitos e de deveres, não sendo requerida excelência moral no exercício da profissão, mas o simples cumprimento das normas deontológicas e da lei do país (6). Nesta perspectiva, a cortesia e o respeito pela dignidade do paciente não se distinguem do que se espera do habitual convívio social ou das relações comerciais.

O modelo contratual encontra inspiração na ideia de contrato social de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), onde se valoriza o consenso como forma de garantir os direitos de todos os cidadãos, bem como no conceito de autonomia individual de John Locke (1632-1704). Este modelo assenta num contexto de desconfiança, em que o

objetivo é não se ultrapassarem os limites definidos no contrato, nem sempre escrito, mas leva à prática de uma medicina defensiva que, em última análise, prejudica o paciente.

O bioeticista Robert Veatch (12) tem sido, ao longo dos anos, um dos mais destacados defensores do modelo contratual da relação clínica, alicerçado no respeito para com a autonomia dos pacientes. No seu livro *Patient, Heal Thyself: How the New Medicine Puts the Patient in Charge*, publicado em 2009, defende o que denomina de nova medicina ou medicina pós-moderna, que na sua opinião irá revolucionar a prática médica à escala mundial. Afirma categoricamente que os doentes se tornarão o elemento mais forte e importante da relação médico-paciente e serão responsáveis pela tomada de decisões médicas que lhes digam respeito. O papel do médico será de facilitar ou assistir o paciente a compreender o seu estado clínico e as várias opções de tratamento, se for o caso, mas não interferindo ou condicionando essas escolhas.

Esta nova medicina não rejeita a ciência médica, mas sim a ideia generalizada de que os médicos sabem o que é melhor para os seus pacientes com base nos conhecimentos científicos, seja a importância de uma alimentação saudável, do exercício físico ou da abstenção do tabaco ou do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Veatch defende a tese de que o paciente habitualmente sabe o que é melhor para si próprio, mesmo que isso inclua hábitos nocivos para a saúde, como uma alimentação rica em calorias e gorduras saturadas ou o sedentarismo (12).

No epílogo desta obra, que tem por título *A Patient Manifesto*, Veatch (12) contesta a expressão *ordens médicas* ou *tratamento de eleição*, recorda que os hospitais não são estabelecimentos prisionais, rejeita o conceito de consentimento informado e outros que, na sua opinião, representam expressões de paternalismo médico. Termina o seu livro com o seguinte repto: "*Patients of the world, take responsibility for your own healing. You have nothing to lose but your passivity. Doctor no longer knows best*" (p.253-7).

A principal diferença entre os modelos comercial e contratual é que, neste último, os detalhes do contrato de prestação de serviços são conhecidos antes do encontro clínico por ambas as partes e seguidos de modo mais escrupuloso. Os dois modelos podem coexistir

e são essencialmente instrumentais e procedimentais, pois não reconhecem a existência de uma moralidade intrínseca à medicina e permitem a subordinação de princípios éticos, como o princípio da preservação da vida, ao que for acordado por ambas as partes na relação clínica (6).

Nestes dois modelos de relação clínica, a medicina é considerada uma ocupação ou profissão como qualquer outra, "*a way to make a living rather than a means of service to others*" (p.9) (13). Algumas virtudes, como a compaixão ou o altruísmo, podem ser encorajadas se contribuírem para a satisfação global do doente pelos serviços recebidos e deste modo para o sucesso da clínica ou instituição onde o médico trabalha, tendo por conseguinte um propósito utilitarista. Por outro lado, dá-se mais valor à fidelização do paciente à instituição de saúde do que ao médico, e assiste-se à intromissão de agentes externos à profissão médica, como gestores e economistas, na organização e funcionamento dos serviços de saúde, conforme lamenta Dinis da Gama (14), professor da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Os médicos neste início do século 21 perderam praticamente o estatuto e a independência profissional, que fora um privilégio de que usufruíram os seus predecessores, ao longo de décadas, e que constituiu desde sempre um forte fator de sedução da profissão. Para subsistir estão hoje totalmente dependentes de terceiros, mal pagos e coartados nos seus tradicionais graus de liberdade. Têm sido institucionalmente desqualificados, transformados em "colaboradores" de outros grupos profissionais, são obrigados a responder mais pela quantidade do que pela qualidade, o seu trabalho é escrutinado ao minuto por sofisticada tecnologia e constituem o veículo preferencial de que se servem as empresas seguradoras e a indústria de vocação sanitária, para a rentabilização dos seus propósitos, ou seja, para a obtenção de lucros (14).

Para Pellegrino (1), ainda que se possa encontrar uma componente contratual ou mesmo empresarial legítima em grande parte dos atos médicos, sobretudo nos serviços prestados em instituições de saúde privadas, ela não deverá constituir o fundamento da relação clínica. A socióloga australiana Deborah Lupton (15) recorda que "*the privileged representation of the patient as the reflexive, autonomous consumer simply fails to recognise the often unconscious, unarticulated dependence that patients may have on doctors*" (p.373-81).

O modelo da beneficência

Edmund Pellegrino e David Thomasma advogam que somente uma ética baseada no modelo da beneficência permitirá ultrapassar os problemas e dificuldades suscitados pela afirmação cada vez maior da autonomia e direitos dos pacientes na sociedade atual. Neste modelo que propõem, de uma beneficência fiduciária (*beneficence-in-trust*), o princípio da beneficência assenta numa relação de confiança entre médico e paciente. O clínico (que denomina de *helper and healer*) assume o compromisso de ajudar o paciente a recuperar a saúde, se tal for medicamente possível, restabelecendo assim a sua autonomia como pessoa, que se encontra fragilizada pela doença (1). A sua obrigação primária é para com o bem do paciente individual, que constitui o propósito da medicina desde os tempos de Hipócrates. Também para o médico, filósofo e historiador espanhol Pedro Laín Entralgo (16) (1908-2001), "*los deberes del médico respecto al enfermo no son otra cosa que el cumplimiento de la regla de oro del arte de curar: procurar el bien de su paciente*" (p.183).

De acordo com este modelo, uma decisão poderá ser medicamente correta do ponto de vista científico (*a right decision*), mas só será uma boa decisão (*a good decision*) se tiver em consideração o sistema de valores do paciente individual. Os dois elementos deverão estar presentes na decisão ética, resultante do diálogo sincero e cordial entre o paciente e o médico. O carácter do médico e as virtudes que cultiva na actividade clínica são determinantes para garantir o respeito pelo bem do doente (17). O nosso autor reconhece que este modelo de relação clínica é o mais exigente de todos a nível pessoal, profissional e ético, mas também o mais satisfatório em termos de realização profissional, pois é o único que põe em prática, de modo mais completo, o aforismo hipocrático "a saúde do meu doente será a minha primeira preocupação" (p. 9-10) (13).

Em *For the Patient's Good*, Pellegrino e Thomasma (1) enunciam quatro postulados neste modelo de beneficência fiduciária. O primeiro determina que tanto o médico como o paciente devem agir de forma livre e autónoma no processo deliberativo, respeitando os valores de cada um. O segundo declara que a responsabilidade dos médicos

na relação clínica é superior à dos pacientes, tendo em conta a desigualdade de poder e conhecimento entre ambos. Deste modo, os primeiros devem prestar toda a informação de que os pacientes precisam para decidirem de forma esclarecida e consciente, bem como utilizarem o seu poder com prudência, em virtude do estado de vulnerabilidade e dependência que a doença condiciona. O terceiro postulado impõe a obrigação dos médicos serem pessoas de integridade moral, uma vez que o caráter do profissional é o elemento fundamental na tomada de decisão. O último postulado afirma que os médicos devem estar conscientes da complexidade de muitas decisões clínicas num contexto de relativismo moral, mas não devem desistir de tomar uma decisão simultaneamente correta e boa do ponto de vista ético.

No que respeita ao bem do paciente, os autores destacam quatro componentes principais, mas salientam que ele deve ser encarado como uma unidade num processo dialético. Em primeiro lugar, identificam o bem do ponto de vista médico (*medical good*), também chamado bem biomédico ou tecnomédico (*biomedical or techno-medical good*), que consiste na tentativa de resolução do processo fisiopatológico da doença através de uma intervenção cirúrgica ou da instituição de uma terapêutica apropriada, segundo as *leges artis* (p. ex. anticoagulação no tratamento de uma trombose venosa profunda ou cirurgia nos casos de apendicite aguda). Nesta perspectiva, o bem do paciente está diretamente relacionado com os conhecimentos e competência do médico e depende dos recursos proporcionados pela ciência médica e pela tecnologia. Trata-se do bem instrumental que o paciente pretende quando recorre a uma consulta e tem por objectivo a cura ou controle da doença, a melhoria dos sintomas e a preservação da vida. Infelizmente, segundo Pellegrino (18), há uma tendência dos profissionais de saúde terem em conta apenas este aspecto no encontro clínico, como se o bem biomédico fosse equivalente ao bem do doente, o que poderá condicionar uma atitude paternalista e prepotente do médico para com o paciente sempre que existir algum benefício fisiológico ou terapêutico, cientificamente comprovado, para determinado procedimento proposto. O tratamento agressivo de doenças potencialmente reversíveis, como p. ex. uma pneumonia pneumocócica, em doentes em fase terminal, geralmente apenas prolonga o sofrimento e o processo de morrer, pelo que não pode ser considerado

uma ação beneficente. É um exemplo de uma situação em que o bem biomédico (o tratamento da pneumonia) se distingue do bem para o paciente, pois a existência de um tratamento eficaz não é condição suficiente para que tal ato seja considerado beneficente (1).

Num segundo nível, o bem biomédico é confrontado com a opinião do paciente acerca do que considera melhor para si próprio (*patients's perception of the good*). Nesse sentido, são tidas em consideração as preferências, escolhas e valores do paciente individual. Perante a mesma situação clínica e idêntica proposta de tratamento, diferentes pacientes poderão fazer escolhas distintas. Segundo Pellegrino (19), "*these qualities and values are unique for each patient and cannot be defined by the physician, the family, or anyone else*" (p.559-70). A decisão certa é aquela que é a mais adequada para um determinado paciente, não sendo necessariamente a melhor para os pacientes em geral, para os médicos, para a ciência ou para a sociedade. O respeito para com o sistema de valores do paciente torna-se ainda mais premente nos países que dispõem de tecnologia médica e cirúrgica altamente desenvolvidas (1).

Nem sempre o que está indicado do ponto de vista médico deve ser feito, se colidir com o risco que o paciente está disposto a correr para desfrutar dos benefícios previsíveis de determinado tratamento, nesse momento e nessas circunstâncias. Como dizia o filósofo e ensaísta espanhol Ortega y Gasset (1883-1955), "*yo soy yo y mi circunstancia*". Está implícito neste ponto a obtenção de um consentimento verdadeiramente informado, sendo obrigatório conhecer e aceitar a vontade do paciente, mesmo quando não corresponde ao bem biomédico (18).

No patamar seguinte encontramos um outro componente, que representa o bem para o paciente como ser humano ou pessoa (*good for humans*). O respeito pela dignidade humana, independentemente da idade, sexo, cor da pele ou condição social, é incluído nesta dimensão. Deste modo, seria inaceitável expôr o paciente a riscos excessivos e desproporcionados relacionados com determinado tratamento, mesmo que tivesse dado o seu aval de modo esclarecido e reiterado através da assinatura de um formulário de consentimento informado. Ao contrário dos outros componentes, que são sempre particulares, este aspeto é independente da pessoa concreta, do momento ou das

circunstâncias peculiares da decisão (18). Se o bem para o paciente como ser humano fosse tido em conta, não se teriam verificado os abusos na experimentação humana como os que ocorreram em Tuskegee, no Alabama, ou no Hospital de Willowbrook, em Nova Iorque.

O nível mais elevado deste processo dialético de procura do bem do paciente consiste no bem supremo ou espiritual (*ultimate good*). Trata-se do reconhecimento da espiritualidade do ser humano (i.e. aquilo que dá sentido à vida), cada vez mais valorizada na prática clínica e que se traduz no respeito para com as opções religiosas ou ideológicas do paciente, de que o exemplo paradigmático é a recusa de transfusões sanguíneas por Testemunhas de Jeová (19). Na ordem de prioridades do paciente, a saúde pode até nem ser considerada o maior bem (1).

Pellegrino esclarece que nem sempre é possível integrar estes quatro componentes do bem do paciente na decisão clínica ou mesmo estabelecer uma hierarquia entre eles, designadamente em situações de emergência ou quando se trata de menores ou pacientes com perturbações cognitivas ou psiquiátricas.

De qualquer modo, mesmo nestes casos, pelo menos o bem biomédico e o bem do paciente como pessoa podem e devem ser tidos em conta, pois pelo fato de alguns pacientes não serem competentes não deixam de ser pessoas. Por outro lado, sublinha que o médico não tem a obrigação de acatar todas as escolhas e caprichos do paciente, especialmente os que colidem com os seus próprios valores e consciência (19). Aliás, mesmo havendo total concordância entre médico e paciente acerca do bem, tal fato não determina que a decisão seja necessariamente correta. Alguns exemplos a que Pellegrino (18) alude são a falsificação de um diagnóstico para obtenção de uma indenização por uma companhia de seguros ou a não notificação às autoridades de uma doença infecciosa de declaração obrigatória.

O modelo de beneficência fiduciária proposto por Pellegrino e Thomasma, em nossa opinião, torna a relação médico-paciente mais satisfatória para ambos. Trata-se de uma abordagem que valoriza a autonomia e dignidade do paciente como pessoa e defende a sua vulnerabilidade face aos avanços científicos e tecnológicos da medicina, mas confere ao médico um papel ativo fundamental na procura do bem do paciente.

Referências

1. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: toward the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988: 101-6.
2. Pellegrino ED. The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage. In: Gillon R (ed.). Principles of health care ethics. New York: John Willey; 1994: p.354.
3. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics. JAMA. 1993; 269(9):1158-62.
4. Carta Internacional dos Direitos Humanos. Declaração Universal dos Direitos do Homem: Adotada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução 217A (III); 10 de Dezembro de 1948.
5. Conselho da Europa. Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Adoptada e aberta à assinatura em Oviedo; 4 de Abril de 1997.
6. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993: p.169.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions. New York: Oxford University Press; 1981: p.248.
8. Relman AS. Profit and Commercialism. In: Post SG (Ed.). Encyclopedia of Bioethics (3a ed). New York; Thomson Gale 2004, vol (4): 2171.
9. Pellegrino ED. The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. J Med Phil 1999; 24 (3): 243-66.
10. Platão. A República (12a ed). Fundação Calouste Gulbenkian; Lisboa, 2010.p. 20.
11. Serrão D. A ética médica e os custos dos cuidados de saúde, In: Serrão D, Nunes R. (Coord.). Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto, 1998. p.156.
12. Veatch RM. Patient, heal thyself: how the new medicine puts the patient in charge. New York; Oxford University Press 2009: VII-VIII.
13. Pellegrino ED. The moral foundations of the patient-physician relationship: the essence of medical ethics in military medical ethics. In: Beam TE, Sparacino L (Eds.). Textbooks of military medicine (Vol. 1). Washington DC. US Army, Office of the Surgeon General; 2003:p. 9.
14. Da Gama AD. O declínio do estatuto médico no início do milénio. Rev Port Cir CardioTorac Vasc 2008; 10(4): 185-86.

15. Lupton D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Soc Sci Med* 1997; 45(3): 373-81.
16. Laín-Entralgo P. *El médico y el enfermo* (2a ed). Madrid; Triacastela 2003: 183.
17. Pellegrino ED. Edmund Pellegrino: critical thinker. *Physician* 1998; 10(4): 14-17.
18. Pellegrino ED. Moral choice, the good of the patient, and the patient's good. In: Moskop JC, Kopelman L (Eds). *Ethics and critical care medicine*. Dordrecht, Holland; Reidel 1985: 122.
19. Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos* 2001; 26: 559-79.

Recebido em: 15/05/2014 Aprovado em: 20/08/2014