

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA

LETÍCIA FARIA FERREIRA
SARAH MILENE DA SILVA RAMOS

**COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA E PROTOCOLO SPIKES: ALGUMAS
IMPLICAÇÕES COM O CONCEITO DE NORMATIVIDADE VITAL EM CANGUILHEM
E COM A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA**

**VOLTA REDONDA
2022**

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA

**COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA E PROTOCOLO SPIKES: ALGUMAS
IMPLICAÇÕES COM O CONCEITO DE NORMATIVIDADE VITAL EM CANGUILHEM
E COM A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA**

Trabalho de conclusão de módulo
apresentado ao Curso de Medicina do
UniFOA como requisito parcial para a
conclusão do módulo 8.

Aluna:

Letícia Faria Ferreira

Aluna:

Sarah Milene da Silva Ramos

Orientadora:

Prof. Júlio Cesar de Almeida Nobre

VOLTA REDONDA

2022

RESUMO

A comunicação da má notícia tem sido bastante discutida nos dias atuais. De modo articulado a esta discussão, foi criado o protocolo SPIKES, com o objetivo de nortear o profissional de saúde no estabelecimento de tal comunicação. Neste contexto, o presente trabalho traz os argumentos sobre normatividade vital, em Canguilhem, bem como a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers, visto que estes, ao se articularem, entre outras coisas, com um foco na autonomia da pessoa, parecem dialogar intimamente com a comunicação da má notícia. Logo, esta pesquisa tem como objetivo, realizar uma análise das implicações dos conceitos de normatividade vital e aqueles articulados a relação de ajuda centrada na pessoa, com os processos de comunicação da má notícia e o protocolo SPIKES. Por meio da metodologia qualitativa, de natureza básica e objetivos exploratórios, foi realizada uma revisão bibliográfica que possibilitou a conclusão de que as respectivas teorias podem ser considerados como intimamente imbricadas com tais processos comunicacionais, principalmente quando se tem em mente que o modo como a má notícia é apresentada, interfere diretamente na capacidade normativa de quem a recebe.

Palavras-chave: Má notícia; Protocolo SPIKES; Normatividade Vital; Abordagem Centrada na Pessoa.

ABSTRACT

The communication of bad news has been widely discussed these days. In conjunction with this discussion, the SPIKES protocol was created, with the objective of guiding the health professional in the establishment of such communication. In this context, arguments about vital normativity are brought up, in Canguilhem, as well as the Person-Centered Approach, by Carl Rogers, since these, by bringing, among other things, a focus on the autonomy of the person, seem to dialogue intimately with communication. of the bad news. Therefore, this research aims to carry out an analysis

of the implications of the concepts of vital normativity and those linked to the person-centered help relationship, with the processes of communicating bad news and the SPIKES protocol. Through a qualitative methodology, of a basic nature and exploratory objectives, a bibliographic review was carried out that made it possible to conclude that the respective theories can be considered as intimately imbricated with such communicational processes, especially when one bears in mind that the way in which the news is presented, it directly interferes with the normative capacity of those who receive it.

Keywords: Bad news; SPIKES protocol; Vital Normativity; Person-Centered Approach.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	METODOLOGIA.....	7
3	REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1	SAÚDE E PATOLOGIA: DA NORMALIDADE À NORMATIVIDADE.....	8
3.2	RELAÇÃO DE AJUDA EM UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA	12
3.3	COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA E PROTOCOLO SPIKES	14
3.4	ANALISANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO PENSAMENTO DE GEORGES CANGUILHEM E CARL ROGERS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA	17
4	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

A comunicação da má notícia faz parte do cotidiano médico, por isso, é um tema de grande valia a ser analisado, visto que ainda são muitas as dificuldades para a transmissão de uma notícia ruim. Atualmente, o protocolo SPIKES serve como uma importante ferramenta, facilitando tal processo, tanto para o profissional quanto para o paciente.

“Um ponto importante a ser destacado em relação ao fornecimento de informações é a clareza da perspectiva a partir da qual estamos funcionando; por exemplo, agiremos de forma diferente se consideramos o acesso à informação um direito do paciente ou um dever” (DE MARCO *et al.*, 2012, p.348).

O modo como tal momento será abordado pelo médico e vivenciado pelo paciente se articula intensamente com a concepção que este último tem acerca de sua dificuldade. Nesse ponto, o conceito de normatividade vital, termo desenvolvido por Georges Canguilhem (2009), parece estar intimamente imbricado.

A normatividade vital é um conceito que aponta para uma concepção de saúde entendida a partir da capacidade da pessoa de normatizar a própria vida, pautar suas normas. Temos aqui uma pessoa com uma boa dose de autonomia. Desse modo, torna-se uma questão crucial o quanto o paciente consegue conduzir sua vida sem que a má notícia, seja ela uma doença, deficiência ou perda de alguém querido, interfira negativamente em sua capacidade normativa. A pergunta que se coloca é: o sujeito consegue seguir sua vida de um modo renovado ou fica enrijecido em um posicionamento ao qual está acostumado?

Tendo em mente que saúde, para Canguilhem, enquanto normatividade vital, não pode ser entendida por meio de um modelo estável e padrão em termos biológicos – um suposto “normal” – que transformaria o patológico em um simples “fora do lugar”, anormal, pode-se constatar a significativa importância do modo como se estabelece a comunicação da má notícia: ela está inserida em um momento crucial de um processo de (re)construção da capacidade normativa da pessoa. Salienta-se, também, que os processos preconizados pela Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers (2009), parecem poder ajudar bastante nesse sentido.

Tal Abordagem aponta três pilares básicos para o estabelecimento de um processo de ajuda: a Compreensão Empática, a Congruência e a Consideração

Positiva Incondicional. O profissional de saúde, ao manter uma atitude baseada em tais pilares, estabelece uma relação de ajuda baseada na confiança, na compreensão, na sensibilidade, na busca do entendimento das experiências e emoções do outro. Assim, considerando o processo de comunicação da má notícia e o Protocolo SPIKES, a apropriação das concepções de Carl Rogers por parte do médico, parece permitir potencializar seu processo de escuta do outro.

Tendo tais aspectos por foco, portanto, salienta-se que o presente artigo tem como objetivo principal, analisar as implicações do conceito de normatividade vital de Georges Canguilhem e das atitudes facilitadoras de uma relação de ajuda preconizadas por Carl Rogers em sua Abordagem Centrada na Pessoa, nos processos de comunicação da má notícia e no Protocolo SPIKES.

No sentido de desenvolver a respectiva proposta por meio de uma pesquisa bibliográfica, portanto qualitativa, de natureza básica, com objetivo exploratório, inicialmente buscou-se caracterizar a abordagem de Canguilhem acerca dos conceitos de saúde e patologia, dando ênfase naquilo que o autor constrói como normatividade vital. Tal etapa analisou, também, algumas releituras já realizadas sobre a respectiva proposta do autor. Um segundo passo foi configurar a relação de ajuda e os processos comunicacionais propostos por Carl Rogers e sua Abordagem Centrada na Pessoa. Finalmente buscou-se caracterizar o processo de comunicação da má notícia, bem como a utilização do Protocolo SPIKES na contemporaneidade.

2 METODOLOGIA

O presente artigo caracteriza-se como uma pesquisa do tipo qualitativa, de natureza básica, com objetivo exploratório e procedimento bibliográfico.

Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porque das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não- métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.34).

Por pesquisa qualitativa entende-se aquela que não focaliza em uma abordagem numérica/quantitativa e sim, objetiva uma maior compreensão do fenômeno estudado, analisando as informações obtidas de uma forma organizada. O tipo de pesquisa de natureza básica é aquele cujo objetivo é a geração de conhecimentos úteis à ciência, porém sem manter um viés prático. A classificação da

pesquisa como sendo exploratória e bibliográfica consiste no entendimento de que ela busca se aprofundar no problema de pesquisa estabelecido, com a finalidade de torna-lo significativamente mais explícito e, para tal, adotará uma prática da pesquisa por meio de material bibliográfico (GERHARDT; SILVEIRA 2009). Saliencia-se que uma pesquisa bibliográfica sintetiza pesquisas bibliográficas anteriores, no sentido de obter conclusões para uma análise geral do conhecimento a ser investigado (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Desta forma, para o processo de realização desta pesquisa, foram realizadas a elaboração do tema e dos objetivos, bem como uma revisão literária, visando um maior aprofundamento teórico, com fins de gerar uma organização das informações obtidas e consequente discussão do tema proposto. “O método se caracteriza por uma abordagem mais ampla, em nível de abstração mais elevado, dos fenômenos da natureza e da sociedade” (LAKATOS, 2003, p.106).

Saliencia-se que a questão norteadora do presente trabalho, revela seu caráter eminentemente teórico: como o conceito de normatividade vital em G. Canguilhem e as atitudes facilitadoras de uma relação de ajuda preconizadas por Carl Rogers podem interferir no processo de comunicação da má notícia e no Protocolo SPIKES? Uma articulação entre abordagens tão clássicas como as destes autores, no âmbito da comunicação da má notícia, demanda um aprofundamento nos respectivos argumentos e no próprio processo de comunicação da má notícia e Protocolo SPIKES. Nesse sentido, realizou-se uma busca seletiva de literatura significativa e adequada a pesquisa. Após o levantamento de tais referências bibliográficas mais pormenorizadas, os argumentos obtidos foram organizados e analisados com o objetivo de apura-los em suas possibilidades de articulação entre si. Nesse sentido, os argumentos teóricos obtidos foram interpretados, objetivando o desenvolvimento de uma resposta ao problema de pesquisa proposto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SAÚDE E PATOLOGIA: DA NORMALIDADE À NORMATIVIDADE

Neste capítulo iremos discorrer acerca dos conceitos de saúde e patologia em Georges Canguilhem, passando brevemente pelas concepções de outros autores importantes que nos auxiliam na compreensão do quanto seu pensamento desconstrói

um modelo enraizado até então. Em tal modelo, os conceitos de saúde e patologia foram fortemente aliados a um olhar binário que separava uma suposta normalidade de uma anormalidade, baseando-se em uma rígida referência a delimitar o correto.

Para o filósofo e médico François Broussais, a saúde e a doença seriam termos definidos através de uma análise quantitativa, devendo o patológico ser entendido como uma alteração do estado normal, seja para falta ou excesso. Broussais argumenta que a vida somente seria possível enquanto ocorreria excitação nos órgãos. A patologia seria toda alteração em tais excitações, sendo o desvio do padrão. O normal seria "(...) funcionamento dos órgãos com toda regularidade e uniformidade de que são capazes" (DIAS; MOREIRA, 2011, p. 79) sendo baseado no fisiológico. Normalidade, aqui, seria compreendida como saúde.

Foucault aponta que é devido a Broussais que ocorreu uma revolução na prática médica acerca do que seria o normal e o patológico. Inicialmente, o médico atuava por meio da interpretação de sintomas, mas com a prática de dissecação de cadáveres, agora o patológico poderia ser localizado. Broussais, junto com Comte e Bernard, seriam precursores importantes das análises da patologia que se baseiam estritamente na fisiologia e anatomia (DIAS; MOREIRA, 2011).

Auguste Comte, importante filósofo positivista, articulado com as concepções de Broussais, prioriza a localização anatômica acerca de saúde e patologia, que geraria uma mudança no indivíduo doente comparado ao estado normal.

Por conseguinte, qualquer concepção de patologia deve basear-se em um conhecimento prévio do estado normal correspondente, mas, inversamente, o estudo científico dos casos patológicos torna-se uma etapa indispensável de qualquer pesquisa das leis do estado normal (CANGUILHEM, 2009, p.17).

Para o estudo da patologia, se tornaria indispensável uma avaliação baseada em leis acerca do estado considerado como normal, conforme nos sinaliza Safatle: "(...) a doença nada mais é do que um subvalor derivado do normal. É a definição do normal como estrutura valorativa positiva que define o campo da clínica" (SAFATLE, 2011, p. 4). Importante salientar que a patologia e a fisiologia se complementariam e se desenvolveriam juntas, porém, Canguilhem afirma que Comte se baseou em Broussais e, para ele, existiria um motivo para a localidade da doença, pois ocorreriam modificações anatômicas e fisiológicas devido a causas irritantes (DIAS; MOREIRA, 2011).

Assim como Comte, as abordagens de Claude Bernard e René Leriche,

médicos e fisiologistas franceses, participam do mesmo universo de argumentos visto que a saúde e a doença seriam, também para estes autores, diferenças e variações de quantidades. Canguilhem aponta que Bernard, autor com forte abordagem experimental, parte de uma referência biológica estável na abordagem do binômio saúde-patologia:

O exemplo que Canguilhem nos fornece para essa colocação de Bernard refere-se ao que esse autor entende por urina normal. Para ele, a urina normal é a urina de um animal em jejum sempre comparável a ela mesma (DIAS; MOREIRA, 2011, p. 81).

Ao adentrarmos nos argumentos de Leriche, encontramos sua célebre frase: “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. O autor, portanto, parece compreender a doença como um movimento perturbador dos órgãos, uma agitação da matéria, e a saúde como o silêncio, a inconsciência da existência dos órgãos. A doença deixaria marcas que se traduziriam em queixas, sintomas, distúrbios e alterações dos sinais vitais, ou seja, a saúde envolveria a consciência humana. Entretanto, para Leriche, esta mesma consciência não poderia ser entendida como um critério para avaliações de saúde-patologia, devendo se desumanizar a doença para avaliá-la (DIAS; MOREIRA, 2011).

Quando voltamos nosso foco diretamente para as concepções de saúde e patologia de Georges Canguilhem, temos uma proposta diferente daquelas trazidas pelos autores de então. O normal e o patológico não seriam opostos e sim qualitativamente diferentes e, com tal argumento, ele contrariava os pensadores positivistas da época, que concebiam o patológico como sendo somente uma variação quantitativa do normal e desconsiderando a participação da consciência do ser nesse processo. Desse modo, a “(...) doença difere da saúde, o patológico, do normal, como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica”. (CANGUILHEM, 2009, p. 13). Em sua abordagem, Canguilhem delineia um patológico que não se manifesta da mesma maneira em diferentes indivíduos, pois depende de múltiplos fatores para se apresentar: fatores biológicos, predisponentes, genéticos adquiridos, psicológicos, físicos e até mesmo ambientais externos podem interferir no processo de adoecimento. Para o autor, a saúde deveria ser abordada pelo prisma da normatividade, isto é, a capacidade que o ser tem de se reinventar devido as novas realidades que despontam e que a pessoa está inserida, ou seja, a capacidade de se

adaptar as novas condições estabelecidas deve fomentar a normatividade do ser. O sujeito adoecido, portanto, seria aquele que se encontraria inflexível, não conseguindo reconduzir sua vida articulando-a as novas realidades surgidas (COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999).

Canguilhem discordava das teorias positivistas no campo da saúde quando estas utilizavam análises quantitativas dos respectivos fenômenos e, conseqüentemente, não conseguiam diferenciar os mesmos. O autor também sinalizava que nem toda doença seria apenas uma variação quantitativa, de maneira que um simples aumento ou diminuição da quantidade fosse o suficiente para designar algo como patológico. Desta forma, o autor acaba por argumentar no sentido de que, para que o patológico se manifeste, deve existir uma série de fatores relacionados, tanto do indivíduo como do ambiente que o cerca (COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999).

O patológico, para Canguilhem, não seria uma simples anormalidade fora da ordem, pois precisaria ser abordado como parte da experiência de vida do ser, algo único. A diferenciação entre a saúde e a patologia seria de natureza qualitativa, visto que a saúde seria encontrada no princípio de se estar aberto a possíveis mudanças. A abertura estaria presente na saúde e ausente na doença, pois a patologia se caracterizaria como um modo conservador e rígido de vida, ou seja, não permitiria uma nova forma de viver. Traz como exemplo a velhice, afirmando como são necessárias adaptações e flexibilidade para se lidar com a deterioração orgânica. Canguilhem acredita que o patológico seria uma forma de vida inferior, em que o ser não possui capacidade normativa, não se adapta as novas condições estabelecidas, enquanto saúde seria o ser que pode se inserir no meio, onde as novas condições não se tornam obstáculos intransponíveis.

Assim, o autor estabelece que o homem se torna sadio quando ultrapassa instabilidades surgidas, promovendo novas regras de vida. Logo, a ausência de uma normalidade não poderia ser confundida com a patologia, visto que a própria doença seria um jeito de se viver. Pode-se citar, como exemplo, pessoas que convivem tranquilamente com doenças oftálmicas como miopia e astigmatismo, havendo a inserção destes quadros na experiência total de vida. O autor faz uma crítica sobre a atuação dos médicos, visto que os mesmos só estariam interessados em diagnósticos e no processo de cura para que o paciente viesse a conseguir retornar ao seu estado considerado normal (COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999).

3.2 RELAÇÃO DE AJUDA EM UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

A relação de ajuda, segundo os argumentos de Carl Rogers (2009) e sua Abordagem Centrada na Pessoa, é caracterizada por toda relação que visa crescimento de pelo menos uma das partes envolvidas, sendo um tipo de relação que auxilia a pessoa a resolver conflitos vivenciados no cotidiano, ajudando em uma maior exteriorização das questões do indivíduo.

A manutenção de uma atitude terapêutica diante do outro é um dos pontos característicos das condições básicas da proposta de Carl Rogers, visto que tal atitude seria de extrema importância em toda relação de ajuda. Salienta-se que uma relação terapêutica deve ser compreendida sempre como uma relação interpessoal. Envolve a compreensão de que existe uma influência mútua entre os envolvidos e não apenas a ação de uma pessoa sobre a outra, em termos de simples causa e efeito. A pessoa A influencia a pessoa B, do mesmo modo que a pessoa B influencia a pessoa A.

Carl Rogers aborda, no capítulo do livro “Tornar-se Pessoa” intitulado “As Características de uma Relação de Ajuda” (2009), aquilo que entende como sendo algumas das principais características que beneficiam – ou não – uma relação de ajuda. O autor cita a confiança, a compreensão e a independência como principais fatores para o favorecimento da relação cooperativa. Além disso, a falta de interesse e o afastamento são compreendidos como fatores que levam a uma relação desfavorável para a pessoa.

A confiança faz-se importante uma vez que seria necessário o merecimento, por parte daquele que se propõe a ajudar, podendo ser muito fácil perdê-la ou mesmo não a ter. Comunicações ambivalentes e contraditórias acabam por demonstrar pouca autenticidade por parte de quem ajuda, atrapalhando bastante uma relação de cunho humanista.

A confiança na relação está articulada com o conceito de Congruência no argumento de Carl Rogers. Tal conceito, fundamental na Abordagem Centrada na Pessoa, aponta que a pessoa que ajuda deve ser real, estar sintonizada e coerente com a percepção que tem de si mesma, ou seja, deve ser consciente de suas ações e emoções. A incongruência, portanto, a falta de tal autenticidade, conforme afirmamos anteriormente, termina por gerar contradições na comunicação, desencadeando falta

de confiança e confundindo o outro. Rogers explica incongruência como a diferença entre o real e a imagem que o indivíduo tem de si, logo, Congruência seria a mesma experiência, tanto do real quando da própria imagem.

Incongruência é um construto básico para a teoria que estamos desenvolvendo. Refere-se a uma discrepância entre a experiência real do organismo e a imagem de self do indivíduo, até o ponto em que esta representa aquela experiência (ROGERS, 2010. p. 159).

Salienta-se que certa atitude de independência em relação ao outro é fundamental para o estabelecimento de uma relação de ajuda, sem se sentir dependente ou se apegar na dependência do outro. É imprescindível deixar o outro ser independente, dando-lhe a liberdade de ser quem ele é, ou seja, praticar o que Rogers denominou como Consideração Positiva Incondicional. Este conceito significa uma atitude de aceitação em relação ao que o outro afirma e sente, sem fazer julgamentos (ROGERS, 2010).

A Compreensão Empática é mais um pilar para o desenvolvimento da relação de ajuda rogeriana, uma vez que é um conceito que aponta para uma escuta sensível, em sintonia com as convicções do outro. Uma busca sincera por compreendê-lo, sem realizar danos ao julgar suas concepções e sentimentos. A aceitação de todos os aspectos pessoais do outro, portanto, é condição fundamental para a presença de uma Compreensão Empática.

É importante frisar que a Abordagem Centrada na Pessoa preconiza que o comportamento da pessoa que ajuda não deve ser visto como uma ameaça pelo outro. Sendo assim, a Consideração Positiva Incondicional é um aliado nesse sentido, visto que tal atitude ajuda a demonstrar para o outro, que não há necessidade de maiores tensões quanto ao julgamento de terceiros.

Salienta-se que a relação de ajuda, portanto, está articulada a um processo comunicacional (ROGERS, 2009). Quando ocorrem divergências pessoais que acabem por estabelecer polarizações rígidas, Rogers aponta estar havendo perturbações na comunicação, pois as partes envolvidas não estariam se entendendo, não havendo uma comunicação aberta, uma Compreensão Empática na relação.

Se compreendemos realmente uma pessoa desse modo, se estamos dispostos a entrar no seu mundo privado e a ver a forma como a vida lhe parece, sem qualquer tentativa para pronunciar juízos de valor, corremos o risco de sermos nós próprios a mudar (ROGERS, 2009, p.387).

A compreensão empática, portanto, é focal na relação com o outro, pois é o que permitirá aos envolvidos, o estabelecimento de uma comunicação real, aberta, sendo mais fácil um processo de conhecimento com o outro – e não uma comunicação sobre o outro, que transforme a pessoa em objeto.

Importante frizar que Rogers também procura desenvolver as características da pessoa que despontaria após tal processo. Desta forma, Rogers nos traz o conceito de pessoa em funcionamento pleno, sugerindo que um processo de ajuda bem desenvolvido potencializaria a singularidade do ser. Para que uma pessoa esteja vivendo em funcionamento pleno, ela precisa ter uma abertura a experiência, viver cada situação como sendo única e tendo a ciência de que seu organismo é um meio confiável para alcançar um comportamento mais satisfatório em cada situação. Uma pessoa plena, portanto, mantém uma compreensão de sua experiência sensível e norteia-se por ela e não por aprendizagens rígidas, sendo mais flexível e se permitindo ser ela mesma, portanto, mais autônoma.

3.3 COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA E PROTOCOLO SPIKES

Segundo Buckman, pode-se conceituar a má notícia como sendo “aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do paciente quanto a si mesmo e seu futuro” (DE MARCO *et al*, 2012, p. 363). Assim, a má notícia consegue impactar na vida e no comportamento do paciente e de sua família, visto que pode quebrar sua expectativa de vida, trazendo à tona uma nova realidade.

Historicamente, muito tem se debatido sobre a temática da má notícia e como esta deveria ser dadas aos pacientes. Até meados da década de 1960, os posicionamentos mais comuns eram em defesa de não se revelar diagnósticos mais graves. Tal atitude se dava em função de preconceito e crenças dos médicos da época e não por experiência. Uma visão rígida de que este era o modo correto de um profissional da saúde agir nessas situações (DE MARCO *et al*, 2012, p. 363).

Na década de 1970, tal perspectiva foi mudada radicalmente. Passou-se a compreender que uma verdade deveria sempre ser informada. Entretanto, tal abordagem, assim como a anterior, estava assentada em concepções rígidas, desprovidas de dados que a sustentassem.

Em 2001, uma pesquisa conduzida por Novaes-Pinto revelou como se

comportam os paciente que acabam de receber a informação sobre seu diagnóstico de câncer e respectivo tratamento. Na ocasião, observou-se que, mesmo diante de um quadro grave, os pacientes em sua grande maioria, gostariam de estar informados sobre sua doença e que esta notícia fosse dada por um médico especialista como prioridade, pois este era percebido como possuindo conhecimento suficiente para sanar as dúvidas que surgissem.

Tal resultado de pesquisa acaba por instigar a uma visão menos pré-concebida sobre um modo correto e rígido de comunicar uma má notícia. Na atualidade, desponta um pensamento de que uma má notícia deve passar por uma constante reflexão por parte do médico, acerca de “que verdade, para qual paciente e quando” comunicar (DE MARCO *et al.*, 2012, p. 364). Desse modo, faz-se necessário que o médico aguarde o tempo de processamento da informação por parte do paciente. Pode-se afirmar, aqui, que a melhor resposta é aquela na qual existe uma pergunta, ou seja, deve-se responder aos questionamentos do paciente conforme as dúvidas forem aparecendo. De Marco *et al.*(2012) afirmam ainda ser importante que o profissional possa contar com um núcleo de apoio formado por outros profissionais – como psicólogos – para dar o suporte a cada caso.

Salienta-se que estudos mostram que comunicar uma má notícia é uma árdua tarefa, onde pacientes e familiares costumam mostrar-se insatisfeitos com a realização desta por parte dos profissionais da saúde. “Quem recebe uma má notícia dificilmente esquece quem, quando e como ela foi dita” (IGLESIAS, 2018, p.1). Logo, surge a necessidade da elaboração de protocolos que entreguem ao paciente e seus familiares a informação da má notícia de forma respeitosa, íntegra e imparcial, visando o bem estar tanto do paciente como da equipe de saúde. Assim, tem-se o Protocolo SPIKES, dividido em 6 etapas cruciais, sendo elas: planejando a entrevista (etapa 1 – Setting); avaliando a percepção do paciente (etapa 2 – Perception); obtendo o convite do paciente (etapa 3 – Invitation); dando conhecimento e informação ao paciente (etapa 4 – Knowledge); abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas (etapa 5 – Emotions); estratégia e resumo (etapa 6 – Strategy and Summary) (BAILE *et al.*, 2000).

A etapa 1 sinaliza ao médico a necessidade de se planejar mentalmente e visualizar como realizar a entrevista. Salienta-se que o mesmo deve se preparar para a realização de uma tarefa estressante, podendo preparar algumas possíveis

respostas a reações emocionais do paciente. A conectividade com quem recebe a notícia também é fator importante.

A etapa 2 consiste em perguntar ao paciente o que ele sabe sobre sua condição, visto que essa informação ajuda o médico a corrigir desinformações, bem como delinear e ajustar a má notícia.

A etapa 3 aponta para o aval do paciente no sentido da quantidade de informação que o mesmo deseja obter, isto é, se deseja saber tudo de uma vez ou depois de um certo tempo. Desta forma, o médico deve se colocar a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida e/ou informação posteriormente.

A etapa 4 sinaliza a maneira como deve ser dita a má notícia. Salienta-se que avisar ao paciente que notícias ruins estão por vir pode diminuir o impacto com que irão ser recebidas. Além disso, devem ser evitados extremos, como dizer ao paciente que o mesmo irá morrer se não realizar o tratamento imediatamente.

A etapa 5 consiste em responder as emoções do paciente, observando-as, identificando a emoção experimentada pelo paciente e nomeando-a. É importante identificar a razão de tal emoção e seu motivo.

E, finalmente, a etapa 6 aponta para a avaliação do momento certo de informar as opções de tratamento, compartilhando as responsabilidades na tomada de decisões. Importante salientar que, após a comunicação de uma má notícia tem-se a realidade subsequente. A mesma vem acompanhada de uma nova rotina, hospitalar ou residencial, e existe uma mudança que pode vir a interferir na vida do paciente. A menos que a má notícia seja um óbito iminente, o paciente deverá se adaptar a sua recém adquirida condição.

Estudos mostram que a comunicação entre o médico e seu paciente pode influenciar a adesão ao tratamento e a satisfação com a relação estabelecida. Para isso, deve ser considerada um processo e não um procedimento (CRUZ, 2016, p.107).

Deve-se ressaltar que, a revelia de tal importância, nem sempre, na formação dos profissionais, se aborda, de modo mais contundente, como comunicar e transmitir más notícias.

Sem um treino apropriado, o desconforto e incerteza, associados às dificuldades de comunicar a más notícias, podem levar os médicos e profissionais de saúde a um afastamento emocional de seus pacientes (VICTORINO, 2007, p.61).

É importante entender que uma má notícia transmitida da forma incorreta pode

descredibilizar toda a equipe de saúde, bem como seu trabalho, além de poder gerar conflitos entre familiares e profissionais. Os familiares, desta forma, incompreendem e descredibilizam toda e qualquer informação levada até eles, quebrando assim a confiança (IGLESIAS, 2018, p.1). Uma vez quebrada tal confiança, há a quebra de todo o processo relacional construído entre ambas as partes envolvidas, processo este que era baseado no “(...) respeito a autonomia e dignidade do paciente e de seus familiares, beneficiência/não maleficência, compromisso com a verdade e a justiça e o respeito aos direitos humanos” (IGLESIAS, 2018, p. 2).

Neste ponto, temos o principal dilema entre o respeito à autonomia do paciente e a não maleficência, pois ao transmitir um mal prognóstico podemos praticar a maleficência do ponto de vista do paciente, ao passo que ao não informá-lo sobre isso seria o mesmo que ferir seu direito a autonomia. Logo, tem-se, do ponto de vista judicial, o atual Código de Ética Médica que estabelece, em seu capítulo V, no artigo 34 (Relação com pacientes e familiares), que é vedado ao médico

(...) deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”. (IGLESIAS, 2018, p.2)

Segundo Iglesias, o “(...) aprendizado de uma forma humanista de comunicar as más notícias é essencial na formação do bom profissional.” (IGLESIAS, 2018, p.8).

3.4 ANALISANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO PENSAMENTO DE GEORGES CANGUILHEM E CARL ROGERS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA

A partir dos argumentos anteriormente apresentados, é possível observar algumas consonâncias entre os mesmos. Desse modo, neste presente capítulo, iremos analisar algumas implicações entre tais ideias e como estas podem estar interligadas ao tema da comunicação da má notícia.

Quando nos aproximamos da ótica de Canguilhem na abordagem daquilo que se entende por saúde, temos no conceito de normatividade vital um pilar, sendo este compreendido como a capacidade da pessoa em se reinventar, de ser capaz de conviver com as adversidades da vida. Nesse sentido, o argumento de Canguilhem traz para o centro da abordagem do conceito de saúde a presença da consciência humana, desconstruindo um ideal articulado a uma suposta normalidade de cunho somente biológico. A subjetividade toma um lugar de fundamental importância para a compreensão da saúde de uma pessoa. Se esta vivencia uma existência mais

autônoma, pautando suas normas de vida, teríamos aqui alguém mais saudável. Por outro lado, se essa pessoa fica presa a referências fixas, rígidas, que não dialogam sua situação atual, teríamos uma dimensão mais patológica da existência.

Nesse sentido, normatividade vital é um constructo teórico que parece bastante implicado com o processo de comunicação da má notícia, visto ser tal comunicação um divisor de águas entre um antes e um depois, um modo de vida ao qual a pessoa estava acostumada e uma nova e difícil realidade que se descortina naquele momento. A depender do modo como tal pessoa vivencia esse momento e o desdobra, teríamos uma vivência menos ou mais articulada a saúde ou a patologia. Tendo em mente tais considerações, pode-se afirmar que a comunicação de uma má notícia é um momento crucial para a manutenção – ou não – da capacidade normativa de um sujeito e, conseqüentemente, de sua saúde.

Quando Canguilhem traz para o centro da argumentação a potencialização da autonomia em um processo de remodelação da vida com fins de manutenção de sua normatividade vital, podemos adotar um posicionamento bastante articulado com a Abordagem Centrada na Pessoa quando esta afirma a necessidade de que, na busca da saúde, seria necessário dar voz, expressão ao paciente, para que este possa ter abertura para seus próprios sentimentos. Deste modo, conectando tais argumentos com o processo de comunicação da má notícia, se tal comunicação representa uma fronteira importante entre um antes e um depois caracterizado por intensas dificuldades para o paciente e que pode comprometer sua capacidade normativa diante dessa nova realidade que se descortina, este processo precisa se configurar como um fortalecimento de sua autonomia – e não o contrário. A escuta e a potencialização de sua singularidade são fundamentais aqui.

Tomando por referência a perspectiva de Canguilhem, tem-se um sujeito muito mais ativo na abordagem da sua saúde. Uma referência única a ditar normas sobre o que seria saudável cede espaço para uma dimensão muito mais participativa por parte do paciente. Sua saúde depende, afinal, em muito, do modo como este vivencia sua existência. Nesse sentido, a teoria da Abordagem Centrada na Pessoa e os conceitos de Carl Rogers, ao trazer o humano, as pessoas, para o centro da relação de ajuda, em muito podem contribuir para o estabelecimento de uma comunicação da má notícia que compreenda a presença ativa do paciente nesse processo. Tal comunicação acaba por se revelar como um importante momento de possível potencialização da presença do outro como protagonista de sua própria vida.

Na busca por uma manutenção/potencialização da capacidade normativa de uma pessoa que vivencia uma má notícia, a atitude rogeriana da compreensão empática por parte do profissional da saúde pode ser um importante aliado. Tal colocação se justifica uma vez que uma má notícia, segundo a literatura mais atual, envolve uma abordagem que não parta de um pressuposto rígido sobre a condução de tal comunicação. Faz-se necessário um constante questionamento sobre este cenário. A compreensão empática parece bastante imbricada com tal colocação, uma vez que ela versa sobre uma busca constante de sintonia em relação ao outro, uma compreensão acerca das vivências do paciente tendo por base suas próprias referências. A subjetividade do outro seria o balizador da comunicação pautada na empatia.

Vemos em Rogers a necessidade de uma escuta constante do outro por parte do profissional da saúde, uma atenção para sua subjetividade, afetos e entendimentos do paciente. Uma compreensão empática, desse modo, revela-se como importante elo de ligação entre a comunicação da má notícia e o processo de normatividade vital do paciente, visto que a constante escuta mais sensível se revelaria como um grande facilitador no sentido da pessoa conseguir se apropriar de sua nova forma de vida de maneira normativa, com maior responsabilidade sobre si.

Nesse ponto, pode-se realizar uma aproximação entre os conceitos de normatividade e de pessoa plena, visto que, na Abordagem Centrada na Pessoa, o objetivo de uma relação de ajuda é auxiliar o outro a se tornar alguém em maior plenitude existencial. Desse modo, o processo de comunicação, quando realizado de maneira eficaz, permite que a pessoa se abra para novas experiências, não bloqueando seus sentimentos e vivências, tornando-se uma pessoa mais plena, com uma maior consciência de si, permitindo vivenciar suas dores e alegrias, confiando em seu corpo, e no que ele experimenta. Uma pessoa plena, torna-se também uma pessoa congruente, visto que Congruência é um conceito que indica uma pessoa autêntica, sem máscaras e que não se defende de sua própria experiência.

Salienta-se que Rogers articula a atitude empática com a necessidade do estabelecimento de outras importantes atitudes em uma relação de ajuda – entre tais relações, inserimos o processo de comunicação da má notícia. Assim, para que a capacidade normativa seja trabalhada na comunicação da má notícia, inferimos ser necessário que o paciente possua confiança na pessoa do profissional. Uma vez que há a confiança, o paciente se permite ser quem realmente é, vivenciando a sua própria

experiência de vida, com seus afetos e entendimentos. Afirmamos então, a importância da Congruência do profissional, pois uma vez que se demonstre estar congruente, se tem uma comunicação mais limpa e sem falhas, sem ambivalências.

A compreensão de que uma comunicação da má notícia é um processo centrado no outro, é fundamental para que se potencialize sua presença enquanto outro, em sua singularidade. Tal característica centrada na pessoa pode se revelar, explicitamente, nos momentos em que o profissional se questiona como tal comunicação deverá ser realizada COM o paciente – e não SOBRE este, no uso da sensibilidade no sentido de compreendermos uma maneira de comunicar tal notícia em sintonia com o sentimento do outro, mantendo a Consideração Positiva Incondicional. Desse modo, temos o princípio de uma escuta sem julgamentos, permitindo – ao outro – expressar suas dores e alegrias sem que se sinta pressionado. Não se deve confundir, aqui, a Consideração Positiva Incondicional com uma concordância em relação aos afetos do paciente. Aceitar significa compreender que a respectiva vivência do paciente é digna de existir e não estamos ali para fazer apreciações, sejam elas negativas ou positivas. Salienta-se, portanto, que tanto a Consideração Positiva Incondicional como a Compreensão Empática por parte da equipe de saúde são fundamentais para que se possa compreender os afetos envolvidos na situação, permitindo a alteridade, demonstrando respeito pelo seu momento. Tal clima de aceitação acaba por facilitar que o paciente desenvolva uma maior aceitação de si, isto é, quando o mesmo vivencia uma relação que o faz se sentir aceito, esta acaba por se revelar como uma força significativa no processo de potencialização da pessoa.

De posse de tais considerações, voltamos nosso olhar para o Protocolo SPIKES, e entendemos que tal protocolo parece estar intimamente sintonizado com a concepção de normatividade de Canguilhem, bem como com a relação de ajuda preconizada por Carl Rogers. De um modo geral, entendemos que este protocolo objetiva facilitar a transmissão da má notícia aos pacientes, por meio de um processo cauteloso e sensível de escuta em um ambiente pautado por um significativo sentimento empático por parte do profissional para com quem recebe a respectiva notícia. Assim, tal prática desponta como uma forma de se comunicar/relacionar com o paciente de modo que se sinta acolhido, amparado e devidamente informado sobre sua condição médica.

A primeira etapa do Protocolo SPIKES denominada “Setting”, aponta para a

preparação do ambiente em que se dará a comunicação, bem como para o respectivo comunicador. O conceito de Congruência, aqui, é fundamental para o médico, visto que este precisa estar fortemente sintonizado com seu próprio sentimento no exato momento da comunicação. Pode-se vivenciar medo, fragilidade, ansiedade dentre outros afetos. O profissional precisa ter posse de si para que possa ter condições de ser digno da confiança do outro em um momento tão significativo e estar preparado para possíveis reações do paciente.

Essa etapa também se articula com o conceito de empatia, uma vez que o médico deve buscar compreender o mundo do paciente, focando em um modo como este gostaria de ser informado acerca da má notícia, levando a um ambiente adequado, em que o paciente possa se expressar de maneira livre, tranquila.

A segunda etapa, conhecida como “Perception”, diz respeito ao momento em que o médico procura se inteirar sobre aquilo que o paciente já tem conhecimento acerca de sua própria condição. Nesse sentido, pode-se ter em mente a importância da Consideração Positiva Incondicional nesse processo. O médico deve ter abertura para escuta-lo, sem maiores apreciações positivas ou negativas. Esse é um momento de aprendizado por parte do médico e de expressão por parte do paciente. Seria importante, antes de falar, ouvir. Lógico que, se em algum momento, o paciente demonstrar algum entendimento equivocado acerca de seu quadro médico, o profissional pode trazer uma informação mais adequada, porém sempre mantendo um canal de comunicação aberto para que o outro possa se expressar livremente, exercendo sua autonomia.

“Invitation” é a terceira etapa do Protocolo SPIKES. Sendo traduzida como “convite”, ela aponta para um momento em que o paciente poderá dirimir suas dúvidas. Ainda com o foco na Consideração Positiva Incondicional, dando abertura para a expressão do outro, ele que irá delimitar o percurso do processo de conversação. Nesse sentido, em sintonia com a Abordagem Centrada na Pessoa, ao profissional caberá falar o que lhe for perguntado ou sinalizado, de algum modo, como permitido. A sensibilidade por parte do médico, bem como o respeito pelo tempo e momento da pessoa são de fundamental importância aqui, visto que esta se prepara para estar imersa em uma nova realidade e esse momento precisa ser compreendido como sendo sempre singular, único. O outro dará os limites do processo comunicacional, sinalizando direções e portas de entrada para o profissional avançar. Desse modo, a autonomia do paciente é respeitada

Após essas três etapas iniciais, faz-se necessário transmitir a má notícia propriamente dita, isto é, o quarto passo chamado de “Knowledge”. É importante salientar que entendemos as etapas do Protocolo SPIKES não como sendo estanques entre si. São flexíveis em suas fronteiras, podendo uma etapa iniciar em meio ao final de uma anterior. Por exemplo, mantendo a atitude da Consideração Positiva Incondicional na terceira fase, pode-se adentrar nessa quarta fase na medida em que o paciente nos indica portas de entrada, desejo de saber sobre sua condição médica. Desse modo, as fronteiras entre as diferentes etapas ficam menos definidas.

É preciso manter uma escuta sensível constante, empática, um foco nos afetos e desejos vivenciados pelo paciente. No momento da respectiva comunicação, é muito importante que o médico escute os próprios sentimentos – Congruência – para que possa ter clareza do seu fluxo de sentimentos experimentados. Com uma clareza maior sobre si, torna-se possível diminuir prejuízos na comunicação derivados de afetos como a ansiedade, facilitando a manutenção do foco do profissional no fluxo de sentimentos do paciente.

Na 5 etapa, a comunicação da notícia mobiliza uma série de afetos, que podem variar bastante de pessoa para pessoa. Assim, o médico deve estar preparado para a reação do paciente, bem como deve acolhê-lo em sua manifestação de afeto, uma vez que a má notícia o atinge de um modo negativo, alterando sua vida. Salientamos, portanto, que a Consideração Positiva Incondicional e a Compreensão Empática são fundamentais aqui.

Finalmente, na 6 etapa, é necessário que, após todo o processo de comunicação, sejam traçadas metas, com informações para o paciente e sua família, de como deverão proceder, quais serão os próximos passos, qual será o tratamento – se houver. Salienta-se a necessidade de que as tomadas de decisões sejam compartilhadas. Uma comunicação aberta, conforme o preconizado por Carl Rogers, sem maiores polarizações, é bastante importante nesse momento. Uma atitude que compreenda o outro como sujeito. O objetivo é potencializar sempre a autonomia do paciente, sua capacidade normativa e, desse modo, sintonizar com o preconizado igualmente por Canguilhem.

Salienta-se a importância da família nesse processo, visto que esta se constitui em uma possibilidade de um núcleo de apoio para toda a equipe e para o paciente, podendo representar um grande auxílio para a atualização de informações sobre o bem estar do paciente, seus comportamentos, pensamentos, indagações e

adversidades que enfrenta. Muitas vezes, o paciente tende a se sentir acolhido com a proximidade de sua família, sentindo que a mesma trabalha por seus interesses pessoais nesse momento delicado que, muitas vezes, significa a possibilidade da reconstrução de sua maneira de viver.

Por outro lado, salienta-se que, a depender dos afetos familiares experimentados na situação pela qual passa o paciente, estes podem vir a atrapalhar no processo de reconstrução da sua capacidade normativa. Atitudes pré-concebidas de superproteção, visando filtrar informações a revelia do que o paciente de fato demonstra desejar, podem bloquear uma comunicação mais aberta e acolhedora dos seus sentimentos reais, dificultando uma apropriação maior, por parte deste, do seu momento vivenciado e devolução de sua autonomia. Desse modo, uma escuta sensível do médico e de sua equipe pode ajudar bastante no seu processo de mudanças, visto que o sujeito se sente acolhido e amparado por todos a sua volta e mais encorajado a expressar e vivenciar seus afetos.

Existe uma imensa rede de fatores que influenciam o sujeito na construção de sua nova realidade após uma má notícia, porém cada ser irá se manifestar nesse momento de maneira singular. Sua atitude irá depender de seu processo de normatividade, ou seja, sua capacidade de se reinventar perante a nova realidade, tendo em vista que tal processo faz parte da experiência da vida. Por isso é necessário que, ao se deparar com sua nova condição, o sujeito esteja mais flexível, aberto a mudanças, e que a equipe de saúde propicie um suporte para que tal sujeito se aproprie do que vivencia. Faz-se necessário, portanto, uma perspectiva para além do diagnóstico, do tratamento da doença em si, e voltar o olhar para o paciente enquanto pessoa.

4 CONCLUSÃO

A partir dos estudos realizados, pode-se concluir que a comunicação da má notícia feita pelos profissionais de saúde segue atrelada, de forma significativa, a manutenção da autonomia e capacidade normativa das pessoas que a recebem. Desse modo, ela representa um fator crucial acerca da possibilidade de o sujeito seguir ou não um caminho criativo, com renovadas normas de vida em um processo próprio de tomada de decisões, visto que uma má notícia se situa na fronteira entre um antes e um depois de uma vivência pessoal experimentada como de intensa

dificuldade. A sustentação da capacidade normativa em um momento tão crucial, portanto, é fortemente impactada pelo modo como tal processo comunicativo é conduzido. Sendo assim, observou-se que os conceitos de normatividade vital e saúde em Canguilhem podem ser considerados como intimamente imbricados com o Protocolo SPIKES que baliza o processo de comunicação de má notícia, bem como com as atitudes preconizadas por Carl Rogers para o estabelecimento de uma relação de ajuda nos termos da Abordagem Centrada na Pessoa.

Conceitos profundos como a Congruência, a Consideração Positiva Incondicional e a Empatia, desenvolvidos na obra de Rogers, quando exercidos pelos profissionais de saúde que informarão a má notícia, revelam-se como impactantes e indispensáveis na sua atuação balizada pelo Protocolo SPIKES. O respectivo Protocolo evidencia fases em tal comunicação que possibilitam uma aproximação gradativa, centrada na pessoa e cautelosa por parte do paciente em relação a sua situação potencialmente difícil. A Compreensão Empática, convivendo com as atitudes de Congruência e Consideração Positiva Incondicional, revela-se como um pilar importante nesse processo, visto que é exatamente tal atitude, quando presente no profissional de saúde responsável por informar a má notícia, que permite uma aproximação deste com o mundo subjetivo do outro sem fortes julgamentos, permite sintonizar a notícia a ser dada com a pessoa que irá recebê-la. Desse modo, a respectiva comunicação é conduzida conjuntamente com o outro, respeitando seus sentimentos e possibilidades, bem como facilitando que se sinta mais confortável para se expressar e mais autônomo, pleno no processo.

REFERÊNCIAS

BAILE W. F. *et al.* SPIKES – Um protocolo em seis etapas para transmitir más notícias: aplicação ao paciente com câncer. **The Oncologist**, v.5, ago. 2000. Disponível em: <https://mediacdns3.ulife.com.br/PAT/Upload/2005426/SPIKESUmProtocoloemSeisEtapasparaTransmitirMsNotciasAplicaoaoPacienteco_20200816093749.pdf> Acesso em: 03 set. 2020.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, pág. 13-36, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73311999000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de setembro de 2020.

CRUZ, C.O.; RIERA R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. **Diagn Tratamento**. 2016. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf>. Acesso em 07 set. 2021.

DE MARCO, M. A. *et al.* **Psicologia Médica**: abordagem integral do processo saúde-doença. São Paulo: Artmed, 2012. p. 348-358.

DIAS D. A. S.; MOREIRA, J. O. As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: relendo Canguilhem. **Revista Psicologia & Saúde**, Minas Gerais, v.3, p.77-85, jan. 2011.

GERHARDT, T. E; Silveira, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

IGLESIAS, S. B. O. *et al.* É possível comunicar notícias difíceis sem iatrogenia? **Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2018. Disponível em <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20291d-DocCient_-_E_possivel_comunicar_noticias_sem_iatrogenia.pdf>. Acesso em 07 set.2021.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em <https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india> Acesso em 20 out. 2020.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

_____. As condições necessárias e suficientes para mudança terapêutica da personalidade. In: WOOD, J. K. et al (org.). **Abordagem Centrada na Pessoa**. 5. ed. Vitória: EDUFES, 2010. p. 143-162.

_____. Conceito de pessoa em pleno funcionamento. In: WOOD, J. K. et al (org.). **Abordagem Centrada na Pessoa**. 5. ed. Vitória: EDUFES, 2010. p.71 - 91.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença de Georges Canguilhem. **Sci. stud.** São Paulo, v. 9, n. 1, pág. 11-27. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 set. 2020.

VICTORINO, A. B. *et al.* Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-63, jun. 2007. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a05.pdf>>. Acesso em 07 set. 2021.