

DIAGNÓSTICO MÉDICO: ATÉ ONDE VAI A ÉTICA? MEDICAL DIAGNOSIS: GO TO THE ETHICS?

Adriana de Fátima Valente Bastos, Suelen Santos de Melo

Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

bastos.eja@gmail.com, suelen.s.melo@hotmail.com

RESUMO

Este consiste em uma pesquisa de caráter qualitativa, exploratória e descritiva, que tem como objetivo geral evidenciar quais aspectos éticos que regem os médicos do Hospital Napoleão Laureano, ao noticiarem o diagnóstico de câncer ao paciente. Os dados foram coletados a partir da amostra de 7 (sete) médicos oncológicos, que representam 10% do universo pesquisado. Foram feitas 5 (cinco) perguntas sobre a problemática abordada, em que os mesmos expunham suas respostas em formas de depoimentos que foram coletados e posteriormente transcritos. Conclui-se que a relação médico-paciente, ao se diagnosticar a doença, acontece de uma maneira em que o médico na maioria das vezes, se coloca em uma postura imparcial, tendo que ter um posicionamento que específico em suas relações de trabalho, pois leva em consideração não só os princípios da Ética Médica, mas também o respeito e bom senso para com o paciente.

Palavras-chaves: Ética, Ética Médica, Relação Médico-Paciente, Relação de Trabalho, Revelação do Diagnóstico Cancerígeno.

ABSTRACT

This consists of a qualitative research study, exploratory and descriptive, which aims to highlight what general ethical governing doctors at Hospital Napoleon Laureano, noticiarem to the diagnosis of cancer to patients. Data were collected from a sample of seven (7) oncology physicians representing 10% of the group studied. We made five (5) questions about the issues at stake, in which even exposed their responses in ways that testimonies were collected and later transcribed. We conclude that the physician-patient relationship, to diagnose the disease, occurs in a way that doctors most often, put yourself in a fair position, having to have a specific position in that their working

relationships as takes into account not only the principles of medical ethics, but also respect and common sense to the patient.

Keywords: Ethics, Medical Ethics, Physician-Patient Relationship, Relationship Work, Revelation Diagnostic Carcinogen.

1. Introdução

A ética como ciência da moral, contribui para que possamos delimitar o campo das escolhas a serem feitas, em que nos permite separar os bons dos maus costumes, o bem e o mal e identificam virtudes e vícios, assim afirma o Instituto Oncológico de Ribeirão Preto, 2008 (INORP). Não se deve confundir aqui a teoria com o seu objeto: o mundo moral. As proposições da ética devem ter o mesmo rigor, a mesma coerência a fundamentação das proposições científicas. Ao contrário, os princípios, as normas ou os juízos de uma moral determinada não apresentam esse caráter. E não somente tem um caráter científico, mas a experiência histórica moral demonstra como muitas vezes são incompatíveis com os conhecimentos fornecidos pelas ciências naturais e sociais. Aqui, como nas outras ciências, o científico baseia-se no método, na abordagem do objeto, e não no próprio objeto. Seu objeto de estudo é constituído por um tipo de atos humanos: os atos conscientes e voluntários dos indivíduos que afetam outros indivíduos, determinados grupos sociais ou a sociedade em seu conjunto.

A ética pioneira surgiu com o próprio homem, em que a sobrevivência ética se constituía na norma ética fundamental. Contudo, o homem primitivo foi evoluindo e com isso surgiram novas realidades sociais, conseqüentemente, novas realidades éticas, que modificaram ou anularam as regras anteriores.

Entre as vertentes relacionadas à ética, destacaremos a Ética Médica, onde a mesma resulta da decisão da categoria fixando os limites morais de comportamentos e atitudes do médico em diversas situações. Deu-se início a Ética Médica por volta do século V a.C, em que, foram traduzidos os primeiros ensinamentos relacionado à prática da medicina que modificou o exercício da profissão. Dentro desse segmento, existe o Juramento de Hipócrates, em que o mesmo contém os princípios éticos que orientam na relação médico-paciente.

A pesquisa abordada traz como tema a ser desenvolvido, a seguinte problemática: quais os aspectos éticos que regem os médicos do Hospital Napoleão Laureano ao notificarem o diagnóstico ao paciente?

Assim, foi estabelecido como objetivo geral, descrever quais os aspectos éticos que regem os médicos do Hospital Napoleão Laureano, ao notificarem o diagnóstico ao

paciente. Para se atingir o objetivo geral foram abordados os seguintes objetivos específicos:

- Verificar a maneira de como o médico-oncologista transmite o diagnóstico ao paciente;
- Ressaltar a relação médico-paciente;
- Identificar o conhecimento dos médicos entrevistados sobre a Ética Médica.

O interesse de realizar esta pesquisa, sobre o tema abordado, surgiu a partir da experiência vivida, ao ver um paciente que sofreu constrangimento ao receber o diagnóstico, dado de forma ilegal e antiética.

A importância deste estudo tem relação em verificar se os médicos desta especialidade estão procedendo de maneira coerente, a fim de proporcionar ao paciente, quando diagnosticado o câncer, a notícia de maneira adequada, para que se obtenha o menor impacto emocional possível, pois agindo de forma errônea, pode ser gerada uma rejeição em relação à patologia, e com isso o paciente tenha medo ou preconceito de iniciar o procedimento médico, dificultando sua aceitação e recuperação no tratamento clínico.

2. Fundamentação Teórica

2.1 Ética

Ética é uma palavra de origem grega, com duas origens possíveis. A primeira é a palavra grega *éthos*, com e curto, que pode ser traduzida por costume, a segunda também se escreve *éthos*, porém com e longo, que significa propriedade do caráter. A primeira é a que serviu de base para a tradução latina Moral, enquanto que a segunda é a que, de alguma forma, orienta a utilização atual que damos à palavra Ética. A ética (palavra originada do grego *ethos*, através do latim *ethica*) é um campo de reflexões filosóficas que busca conhecer as relações entre os seres humanos e seu modo de ser e pensar (ROUX, 1920).

Segundo Motta (2008), a ética é ainda indispensável ao profissional, porque na ação humana "o fazer" e "o agir" estão interligados. O fazer diz respeito à competência, à eficiência que todo profissional deve possuir para exercer bem a sua profissão. O agir

se refere à conduta do profissional, ao conjunto de atitudes que deve assumir no desempenho de sua profissão.

As normas de que esta se falando tem relação como o que denominamos de valores morais. São os meios pelos quais os valores morais de um grupo social são manifestos e acabam adquirindo um caráter normativo e obrigatório. A palavra moral tem sua origem no latim "mos" / "mores", que significa "costumes", no sentido de conjunto de normas ou regras adquiridas por hábito. Notar que a expressão "bons costumes" é usada como sendo sinônimo de moral ou moralidade. (MOTTA, 2008).

2.2 Ética Médica

A expressão ética médica pode ser definida como aquilo que os médicos tomaram por hábito denominar "o cumprimento ao determinado pelo código de ética: deveres e direitos dos médicos". A bioética afirma-se como uma área do conhecimento humano que relaciona os valores éticos com fatos biológicos, sobretudo aqueles fatos que envolvem a vida e a saúde do seres humanos dentro de um meio ambiente adequado (OLIVEIRA, 2005).

Os valores e os costumes da profissão médica ocidental remontam ao século V a.C. quando de lá nos foram trazidos os primeiros ensinamentos da arte e da prática da medicina que modelaram o exercício desta profissão por muitos anos de acordo com uma determinada visão ética. O código de ética médica resulta de decisão da categoria fixando os limites morais de comportamento e atitudes do médico em diversas situações (OLIVEIRA, 2005).

Os princípios básicos da ética médica são diversos, conforme pode ser observado no quadro abaixo:

Beneficência: indicar determinada conduta sabendo que pode causar benefício.
Não-maleficência: indicar determinada conduta sabendo que pode causar ou não benefício.
Respeito a Autonomia: todo paciente tem a autonomia para decidir se aceita ou não determinada conduta médica.
Tolerância: praticar a arte médica com respeito ao seu paciente independente de sexo,

credo, raça.

Justiça sanitária: todos têm o mesmo direito à saúde

Quadro 1 – Princípios Básicos da Ética Médica

Fonte: Instituto Oncológico de Ribeirão Preto (INORP), 2008.

A ética médica, entretanto, tem sua origem nos primórdios da medicina. A preocupação com a moral e o respeito pela vida são temas abordados desde o juramento de Hipócrates há mais de 2500 anos. O médico está submetido, em qualquer lugar do mundo, a normas éticas pré-estabelecidas que orientem a conduta médica nas mais diversas atividades que este possa desempenhar. Contudo, apesar de sua importância, apenas recentemente passou a ser incluída como disciplina no currículo médico de graduação (ATHANAZIO, 2004).

2.3 Interação Médico-paciente

Giglio (2003) entende que a interação ou relação médico-paciente é medida tradicionalmente por uma doença, cuja procura pelo médico não se restringe apenas a um diagnóstico, mas engloba qualquer forma de sofrimento do indivíduo, envolvendo uma relação do ser que cura com o ser que sofre.

A relação médico-paciente é focalizada também sob a perspectiva de melhoria da qualidade do serviço de saúde, por meio de personalização da assistência, da humanização do atendimento e do direito da informação (CAPRARA, 2004).

No entanto deve-se levar em conta que a interação e a comunicação entre os profissionais de saúde ocorrem de maneira íntima e complexa. São moldadas de maneiras marcantes, pelas características culturais de cada grupo social envolvido e influenciam a prática médica e de saúde em geral (HELMAN, 2003; OLIVEIRA, 2002).

A variedade dos padrões de comunicação envolve muito dos problemas que surgem na relação profissional de saúde e paciente, os quais podem estar relacionados à: incompreensão por parte do profissional, das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor e sofrimento, a falta ou a dificuldade de transmitir informações ao paciente, a dificuldade do paciente na adesão do tratamento (HELMAN, 2003).

A comunicação do diagnóstico não deve ser encarada pelo médico como algo simples e rotineiro, pois a maneira como é passada ao paciente a informação pode provocar um grande impacto na relação médico-paciente, acarretando prejuízo na aceitação e no tratamento da doença. Para que isso não aconteça é importante que o médico tenha a capacidade e a sensibilidade para se colocar no lugar da pessoa doente, para perceber o que ele está sentindo e qual a relevância que este impacto tem em sua vida.

2.4 Revelação da doença

Até meados dos anos 60, as maiorias dos médicos se dividiam em relação ao fato de revelar ou não aos pacientes os diagnósticos de uma doença terminal (PINTO, 2001). Entretanto, na última década, a opinião a respeito do assunto mudou sensivelmente (ALONSO, 2003). Antes de 1970, quase 90 dos médicos norte-americanos preferiam não revelar a verdade no diagnóstico, hoje a grande maioria já o faz (PINTO, 2001).

No Brasil, uma pesquisa desenvolvida por Pinto (2001) verificou que 95% dos pacientes consideraram que o ideal seria receber a notícia da doença pelo médico, 94% queriam saber os efeitos colaterais e 90% sobre a perspectiva de cura.

O autor acima citado pode concluir que, a revelação ou não do diagnóstico é, até os dias de hoje, um dilema vivido com frequência pela equipe de saúde, seja com intuito de poupar o paciente no aspecto emocional, seja para evitar uma depressão psicológica que agrave o estado geral ou ainda para não se resolver mais do que exigiria a objetividade clínica.

Para eliminar possíveis barreiras físicas entre médico e o paciente, alguns estudos evidenciam a importância da escolha do ambiente certos na comunicação do diagnóstico. Vários autores relatam que a comunicação deve ocorrer em ambientes privados e ainda sugere que haja arranjos físicos no ambiente como, por exemplo, disposição da mesa, distância inter-pessoal adequada, cortinas fechadas, entre outros, contando tranquilidade e serenidade (CAPRARA, 2004).

O momento da revelação não é apenas delicado, o médico precisa mostrar-se empático com o paciente, compreender os sentimentos e mostrar-se disponível. Por outro lado, o momento da revelação não depende somente de identificar aquilo que o

paciente necessita saber, mas informá-lo apropriadamente e assegurar-se de que ele tenha compreendido (MICELI, 1998).

Yardley, Darvis e Sheldon (2001) sugerem que fornecer informação sobre o tratamento, no momento da revelação tem um impacto positivo na visão dos pacientes e encoraja atitudes socialmente positivas. No entanto, alguns estudos indicam que são poucos os médicos que desenvolvem planos claramente sobre o prognóstico da doença (CAPRARA, 2004).

Os pacientes preferem ser atendidos por médicos que não perguntam apenas sobre o estado físico, mas também sobre o estado emocional, ou seja, que eles estejam atentos às condições emocionais do impacto da comunicação.

Podemos entender que a revelação do diagnóstico deve ser transmitida através de uma linguagem simples, clara, honesta e compreensiva, em que a informações devem ser precisas e seguras, contudo suave e respeitosa, afim que haja tempo para que o paciente possa fazer perguntas evitando eufemismo ou jargões.

Os fatores que podem influenciar na capacidade do paciente compreender a reter informações sobre a sua condição incluem a inteligência, o nível de instrução e a experiência prévia com a doença ou problema de saúde (STEFANELLI, 1993), além das variáveis situacionais: tipo de câncer, tratamento, tempo de suspeita dos sintomas para o diagnóstico, recurso do paciente (MOREIRA, 1988).

Pode-se evidenciar como essa realidade que a compreensão e aceitação da doença, para o paciente demonstrar que não depende apenas de como o diagnóstico é transmitido, contudo existem outros fatores que influenciam a interpretação e a reação do paciente.

3. Metodologia

A pesquisa abordada baseou-se em um estudo de caso, que segundo Yin (2005), é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos). Aplicado com enfoque descritivo, exploratório e de caráter qualitativa. Para Churchill (1987) a pesquisa descritiva objetiva conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la.

Do ponto de vista de Richardson (1999) a análise de caráter exploratória visa descobrir as semelhanças entre fenômenos, “os pressupostos teóricos não estão claros, ou são difíceis de encontrar”. Nessa situação, faz-se uma pesquisa não apenas para conhecer o tipo de relação existente, mas, sobretudo para determinar a existência de relação. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa se opõem ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria.

Segundo Bogdan (1994) na pesquisa de caráter quantitativo os pesquisadores buscam exprimir as relações de dependência funcional entre variáveis para tratarem do como dos fenômenos. Eles procuram identificar os elementos constituintes do objeto estudado, estabelecendo a estrutura e a evolução das relações entre os elementos. Seus dados são métricos (medidas, comparação/padrão/metro) e as abordagens são experimentais, hipotético-dedutiva, verificatória. Eles têm como base as metateorias formalizantes e descritivas.

O objeto de estudo deste trabalho foram os médicos-oncológicos do Hospital Napoleão Laureano, referência no tratamento de câncer na cidade de João Pessoa. O universo da pesquisa foi de 70 (setenta) médicos que atuam no hospital no ano de 2008, sendo satisfatório para a pesquisa, mediante saturação técnica a amostra de 7 (sete) profissionais desta especialidade, que foram escolhidos aleatoriamente.

A redução da população a ser pesquisada dar-se ao fato de que o estudo foi realizado através de entrevistas sendo relatadas em forma de depoimentos, assim esse instrumento de coletas de dados foi um pouco demorado na elaboração das perguntas, na análise dos dados coletados e também por conta da disponibilidade dos médicos, em que os mesmo atendiam no ambulatório no horário da manhã, esse fato dificultou um pouco o acesso, foi considerado assim como suficiente essa amostra de dez entrevistados para a realização da então pesquisa.

Os dados foram coletados através de perguntas que levavam os entrevistados a uma reflexão e a fazerem comentários sobre o assunto abordado, fazendo com que os entrevistados se sentissem a vontade, de maneira que se criasse um diálogo entre as partes envolvidas, entrevistador e entrevistado. Foram abordadas perguntas que envolviam situações cotidianas de trabalho, conhecimentos dos médicos sobre o Código de Ética Médica e a importância da relação médico-paciente.

4. Análise dos Resultados

Neste tópico destacaremos algumas questões situacionais, discutido como foi o comportamento dos médicos frente às questões abordada, que foram exploradas no questionário. Cabe aqui esclarecer que as cinco perguntas de instrumento de pesquisa foram respondidas fielmente pelos entrevistados. Na realização desta pesquisa descartamos alguns aspectos como: perfil sócio-demográfico. Não se fazendo interessante, pois o nosso objetivo foi na relação médico-paciente e esta questão não faria referência a esses dados que não foram abordados.

No início da nossa entrevista, indagamos os entrevistados sobre o tempo de profissão que os mesmos tinham em sua especialidade. A média encontrada foi de 14 anos de experiência oncológica. Para efeito de ilustração o quadro 2 abaixo demonstra os anos de profissão de cada médico selecionado aleatoriamente.

Médicos	Anos de Especialidade
Médico 1	12 anos
Médico 2	15 anos
Médico 3	4 anos
Médico 4	10 anos
Médico 5	5 anos
Médico 6	6 anos
Médico 7	43 anos

Quadro 2 – Tempo de Experiência Oncológica

Fonte: Dados da pesquisa, 2008.

O segundo passo da abordagem foi levantado através de qual é a principal preocupação em que o médico apresenta ao diagnosticar um câncer, já que dará a notícia da patologia ao próprio paciente.

De acordo com o relato do Médico 1, foi verificado que a sua principal preocupação ao fazer esse tipo de procedimento vai além do uso da Ética, em suas palavras o mesmo disse:

Através do contato que se tem na primeira consulta já consigo evidenciar o aspecto em que se encontra o paciente, a maneira que utilizo para dar a notícia do diagnóstico é feita através do estado emocional com que o paciente chega para essa análise.

Já o Médico 5 fez a seguinte indagação: “Apenas me preocupo em relatar a notícia do diagnóstico corretamente, sem fazer arrudeios, não me importando com o perfil do paciente”.

Sobre esse aspecto é possível fazermos um paralelo entre os depoimentos e sobre o que Dantas (1998) afirma quando diz que para superar tais dificuldades, o profissional de saúde deve procurar primeiramente compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares, e em segundo lugar observar como interpretam a doença.

No transcorrer da nossa entrevista, questionamos aos médicos entrevistados se há a preocupação com o estado emocional do paciente e quais as medidas adotadas por eles. Foi constatada nesta pergunta uma unanimidade, em que os mesmos afirmaram que existe sim uma preocupação com o estado emocional do paciente, e que quando há necessidade de encaminhamento para o setor de psicologia, eles o fazem, pois o âmbito de psicologia do hospital que é uma referência em excelência nessa área.

A quarta pergunta foi feita sobre a utilização dos princípios básicos da Ética Médica, na relação médico-paciente. Os depoimentos relatados sobre esta pergunta foram os seguintes: “O médico não deve ter apenas o conhecimento sobre Ética Médica, mas sim também o uso do bom senso e de capacidade para compreender o paciente” (Médico 1).

Eu como médico, prezo pela clareza dos fatos não me deixando corromper pelo descaso em que o SUS trata a saúde no nosso país. Pois existem muitos exemplos de companheiros de profissão que utilizam de má fé para usurpar quantias de pacientes, que muitas vezes se encontram com o estado da doença em evolução (Médico 5).

Por último perguntamos qual era a reação mais freqüente dos pacientes na hora da revelação do diagnóstico. Através desta pergunta foi possível obtermos os seguintes depoimentos que nos revelaram as afirmações.

O Médico 1 em seu testemunho falou que durante o tratamento existe a fase de negação da doença, em que alguns pacientes ao serem consultados faziam a indagação: “Doutor, eu não estou com essa doença não, não é?”, fazendo com que o médico ficasse em uma situação constrangedora.

O relato do Médico 3 apontou-se para uma característica de tristeza, desespero em que os pacientes com esse tipo de reação eram encaminhados para o setor de psicologia, fazendo com que fossem aliados na luta contra aceitação e tratamento da doença.

Por fim entrevistamos o Médico 7 que nos relatou a seguinte experiência:

Tive um paciente em que diagnostiquei um câncer de próstata, pelo seu perfil fui sincero em dizer seu real problema, pois o mesmo fazia perguntas sobre o tratamento, sobre a doença, e verifiquei pelos seus exames que tinha chances de cura. Depois de um tempo por conta das reações que a quimioterapia lhe dava e aliado a um depressão, o paciente atentou sobre sua vida e atirou-se de um prédio, chegando a óbito.

Com essa constatação sobre a revelação e a reação do paciente sobre a patologia, podemos fazer uma comparação com a citação de Micelli (1998) em que o mesmo relata que o momento da revelação não é apenas delicado, o médico precisa mostrar-se empático com o paciente, compreender os sentimentos e mostrar-se disponível. Por outro lado, o momento da revelação não depende somente de identificar aquilo que o paciente necessita saber, mas informá-lo apropriadamente e assegurar-se de que ele tenha compreendido.

5. Conclusões

Esta pesquisa de cunho qualitativo, descritivo e exploratório propiciou o estudo sobre a **Ética Médica** em relação à conduta da interação **médico-paciente**, realizada no Hospital Napoleão Laureano, em que a mesma nos levou a responder a questão inicial e aos objetivos traçados por este estudo.

Ao analisarmos os resultados da pesquisa, verificamos no que se refere à Ética Médica, que na relação médico paciente existe a preocupação ao transmitir o diagnóstico ao paciente que se encontra com a patologia cancerígena.

Durante a pesquisa ficou evidente que é preciso além da Ética Médica, o respeito e uso do bom senso presente nessa hora, e que irá fazer a diferença na vida do paciente. Contudo, podemos salientar o descaso que se encontra o Sistema Único de Saúde (SUS), em que leva alguns médicos a se corromperem e a cobrar valores para que

determinado paciente possa ter privilégio em seu tratamento, fazendo com que a Ética não seja corretamente praticada.

Assim, é premente pautar o esclarecimento da doença e tratamento, para que o paciente esteja consciente do que está acontecendo com ele, facilitando assim o trabalho a relação do médico para com o paciente. A administração hospitalar deve prezar por uma ética que se mostre capaz de harmonizar a excelência do cuidado em saúde com a excelência da organização, por meio do diálogo inclusivo e do manejo adequado de princípios e valores, como a honestidade, a autenticidade, a integridade, a coerência pessoal, a justiça e a equidade.

Referências

ALONSO, I. K. **O Cuidado da Enfermagem na Saúde da família sob o olhar da antropologia da saúde.** Revista Técnico - Científica de Enfermagem, Curitiba, v.1, n.1, p.60-65, 2003.

ATHANASIO, R. A. **Um novo método de estudo continuado sobre Ética Médica e Bioética,** Aprovado, 2004.

BOGDAN, R. C. (1994) INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO. PORTUGAL: PORTO EDITORA LTDA.

CAPRARA, A. A. **A relação assimétrica médico-paciente:** repensando o vínculo terapêutico. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CHURCHILL JR., G.A. **Marketing research:** methodological foundations. Chicago: The Dryden Press, 1987.

GIGLIO, A. **A Revelação médico-paciente sob uma perspectiva dialógica.** Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, São Paulo, 2003.

HELMAN, C, F. **Cultura, Saúde, Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INORP, **Instituto Oncológico de Ribeirão Preto**, Disponível em <<http://www.inorp.com.br>>. Acessado em: 06 de abr. 2008.

MICELI, A, P. **Pré-operatório do paciente oncológico: uma visão psicológica**. Revista brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.44, n.2, p.131-137, 1998.

MOREIRA, M. **Mecanismo psicomunológicos de crescimento tumoral**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.47, n.11, p.567-583, 1998.

MOTTA. **Ética**. Disponível em: <<http://tpd2000.vilabol.uol.com.br/etica2.htm>>. Acesso em: 07 de abr. 2008.

OLIVEIRA, R. **A Ética Médica e Bioética da Saúde**. Revista Ética e Justiça, v.10. n.1, p.26, 2005.

PINTO, R. **A comunicação do diagnostico no paciente com câncer**. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2001.

RICHARDSON. **Análise Exploratória**. Disponível em <<http://www.wikipedia.com>>. Acesso em 07 de abr. 2008.

ROUX, A. **La pensie d' August Comte**. Paris: Chiron, 1920.

STEFANELLI, C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.