

# Aperfeiçoando a Comunicação no Cuidado em Saúde

## Unidade 3 — A comunicação na Consulta Clínica



### Leitura Recomendada

#### Relação médico-paciente: evidências de fragilidades e de possibilidades de sua superação por meio do ensino de habilidades em comunicação

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Relação médico-paciente:** evidências de fragilidades e de possibilidades de sua superação por meio do ensino de habilidades em comunicação. *In:* MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio (comp.). **Educação Médica:** gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011b. Cap. 11. p. 223-257.

# **Relação Médico-Paciente: Evidências de Fragilidades e Possibilidades de sua Superação por meio do Ensino de Habilidades em Comunicação na Atenção à Saúde**

**Suely Grosseman** – Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina

**Zuleica Maria Patrício** – Professora aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora e colaboradora em cursos de pós-graduação.

Nas últimas décadas, a temática “Relação Médico-Paciente” (RMP) tem sido bastante abordada em estudos e também incorporada ao cotidiano, por meio de reflexões críticas acerca da qualidade da atenção médica e satisfação da população atendida.

A maior preocupação em relação a essa questão originou-se da constatação que, apesar do aumento da eficácia terapêutica da medicina propiciada pelos avanços científicos e tecnológicos, fatores diversos causaram diminuição do vínculo médico-paciente e da confiança do paciente no profissional médico ao longo do século XX.(1)

Neste capítulo apresentamos alguns elementos do contexto histórico e das evidências científicas construídas ao longo das últimas décadas que resultaram na constatação da necessidade de se incrementar o ensino de habilidades de comunicação na formação médica e em sua inclusão no currículo de forma sistemática.

A estruturação da medicina, assim com a de diversas outras áreas de saber, ocorreu, a partir do século XVIII, com base na racionalidade científica, derivada do positivismo. Maior enfoque foi dado ao corpo humano e às causas biomédicas que afetavam seu equilíbrio. Acreditava-se, nesta concepção, que a cura de, praticamente, todos os males poderia ser alcançada. Bastaria para tanto descobrir o agente etiológico da doença e o medicamento que pudesse combatê-lo. Ainda que no século XVIII, a Medicina Social levasse em conta a influência social sobre os fenômenos biomédicos, esta visão não foi a hegemônica. (2, 3)

Na busca da localização da doença e de seu agente, o médico passou a levar pouco em consideração as demais dimensões da vida do ser humano. Segundo Hellman, o estudo do corpo do homem passou a ser área da ciência e o estudo de sua alma ficou sob responsabilidade da filosofia e da religião.(4)

Adaptando-se a esta visão, o ensino da medicina, progressivamente adotado na

sociedade ocidental a partir do início do século XX, iniciava-se pelas áreas básicas, seguindo-se então para a área clínica mais focada nas doenças, segundo sistemas ou áreas do corpo. Os laboratórios das áreas básicas eram os locais de referência para pesquisas científicas, e o hospital, por acumular doentes, a instituição de referência para o ensino prático.(5, 6)

Nesse contexto, o não envolvimento com o sofrimento do paciente era preconizado, considerando-se que esta atitude era uma forma de evitar o sofrimento do futuro profissional médico.(7, 8)

Ajustando-se ao discurso da cientificidade, segundo Allard e Waithe, na relação médico-paciente (RMP) produzia-se um discurso associado à distância, separação, controle e neutralidade.(9) O ensino teórico da RMP abrangia, predominantemente, aspectos concernentes à coleta de informações necessárias para a elaboração de um raciocínio clínico que propiciasse o diagnóstico da doença, da forma mais objetiva possível. Não havia muita preocupação com o ensino de atitudes de âmbito social, as quais eram aprendidas, geralmente, por meio da observação dos modelos de médicos e professores (bons e ruins). Outros aprendizados vinham da experiência particular do aluno com a prática.(9, 10)

O modelo da relação observado era paternalista, com assimetria entre médico e paciente, o qual era considerado de forma infantilizada e tinha pouco acesso às informações sobre sua doença e, quando internado em hospital, também sobre seu tratamento. Esta atitude era justificada, na época, pelo conhecimento que o médico detinha sobre a medicina e ao pouco conhecimento do paciente, bem como a sua maior fragilização.(2, 11)

Esta visão, porém, não era comum a todos os profissionais da medicina. Entre as vozes pouco ouvidas de médicos e estudiosos que se manifestavam contra este modelo, estava a voz de Peabody(12) que, já na década de 20, considerava que os estudantes de medicina aprendiam uma grande quantidade de mecanismos da doença, mas tinham pouca prática da medicina, tornando-se muito científicos, mas, sem conhecimento de como cuidar do paciente. Ele advertia que a aplicação dos princípios da ciência para diagnóstico e tratamento da doença era apenas um dos aspectos da prática médica e que a medicina, em seu âmbito mais amplo, incluía a abordagem do paciente como um todo.

Peabody(12) compreendia que qualquer pessoa, sadia ou doente, era afetada, consciente ou inconscientemente, por forças espirituais e materiais que incidiam sobre sua vida e, especialmente para os doentes, tais forças podiam atuar como poderosos

estimulantes ou depressores. Assim, ele afirmava que o local mais propício para se aprender adequadamente o cuidado do paciente era o seu ambiente natural, visto que o ambiente hospitalar era impessoal e tendia a deteriorar as relações humanas, pois quando um paciente era internado, ele perdia a identidade e era referido como um caso a ser diagnosticado, uma doença ou um órgão. Em suas palavras:

A doença no homem nunca é exatamente a mesma doença de um animal experimental, pois no homem a doença afeta e é afetada pelo que nós chamamos vida emocional. Assim, o médico que tenta cuidar do paciente e negligencia este fator é tão não-científico como o investigador que negligencia o controle de todas as condições que podem afetar seu experimento.

Vários outros aspectos influenciaram a RMP. Os processos de industrialização, urbanização e produção de saber científico, com tendência à especialização em todos os setores e saberes profissionais avançaram e novos desafios apareceram.(2)

A necessidade das indústrias manterem mão de obra em condições de trabalho e, posteriormente, as demandas sociais dos trabalhadores por seus direitos como cidadãos pressionaram o Estado para assumir maior responsabilidade pela atenção à saúde da população em diversos países.(2)

O sistema de saúde expandiu-se e tornou-se mais complexo. A organização do trabalho médico e o vínculo predominante de trabalho médico mudaram. A atuação do médico, antes, principalmente como profissional liberal, autônomo, em consultório privado ou outros contextos, atendendo classes mais abastadas, foi, aos poucos, mudando; passou a se vincular também a instituições do sistema de saúde público e a empresas privadas que intermediavam a atenção à saúde como operadoras de convênios de saúde e clínicas.(1, 13-20) Estudo brasileiro, realizado na década de 70, demonstrou que 73% dos médicos da cidade São Paulo atuavam em consultório e cerca de 81% tinham, pelo menos um vínculo como assalariado.(15)

O convívio do sistema público com o privado aumentou as contradições no processo de atenção médica. Houve aumento na burocracia e na demanda por maior produtividade, com pressões diversas conforme os interesses do gestor. As condições de trabalho em alguns contextos eram insatisfatórias, por carga horária excessiva, infraestrutura inadequada do ambiente de trabalho e/ou aos baixos salários.(1, 13-19, 21)

O estudo de Schraiber(20) aponta que o aumento das escolas médicas, determinado por pressões políticas e sociais, e consequente formação e oferta de



médicos contribuíram para o aumento na pressão sobre o mercado de trabalho e para a diminuição da remuneração desse profissional.

Estudos têm demonstrado o tempo que o médico dedica ao paciente e a seus acompanhantes em meio ao cumprimento cotidiano das demandas institucionais. Na década de 90, nos Estados Unidos constatou-se que a pressão dos administradores de serviços de saúde, as tarefas burocráticas e demandas relacionadas a tarefas administrativas ocasionavam diminuição do tempo de dedicação do médico à comunicação com o paciente e agravavam a insatisfação de ambos.(22, 23) Estudo divulgado em 2010,(24) em um hospital universitário da Alemanha, analisando o tempo gasto por médicos nas enfermarias entre as diversas tarefas que os médicos cumpriam diariamente, demonstrou que o tempo disponível para comunicação do médico com cada paciente internado era de cerca de quatro minutos e o com seus parentes/responsáveis era de cerca de 20 segundos. Segundo os autores, a ocorrência de tal situação decorre da sobrecarga dos médicos com demandas administrativas e, a solução para promover a relação do médico com o paciente inclui a melhora de suas condições de trabalho.

Outro fator que fragilizou a RMP foi a interposição de aparatos tecnológicos sofisticados de investigação entre médico e paciente. Ainda que muito úteis, alguns profissionais passaram a priorizá-los e também a utilizar exames complementares mais simples, em detrimento de sua interação com o paciente e de uma anamnese mais detalhada e abrangente. O medicamento também passou a ser usado como atalho para finalizar a consulta.(2, 14, 17, 19-21) A utilização crescente da tecnologia também tornou a atenção à saúde cada vez mais cara.(3)

Segundo Franco e Magalhães,(25) “ao longo do tempo, a prática clínica centrada na dimensão de cuidado foi substituída pelo ato prescritivo e resumido da relação profissional-usuário, construída pela clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico-industrial do século 20, composto por alto consumo de máquinas, instrumentos, medicamentos e caros recursos diagnósticos e terapêuticos”. E, conforme Caprara, “enquanto os avanços tecnológicos mostravam-se significativos, não se percebiam mudanças correspondentes nas condições de vida”, nem “o aperfeiçoamento das práticas de saúde como práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos”.(26)

O distanciamento entre o médico e o paciente e seus familiares acentuou-se a tal ponto que alguns autores afirmam que o problema maior na relação entre médico e

paciente não era o seu modelo paternalista, mas sim a atenção indevida que o médico dispensava a ele.(11)

Segundo Pellegrino, a visão da medicina biomédica e o modelo comercial da medicina geraram uma crise no profissionalismo, devido à diminuição progressiva do comprometimento do médico com sua missão de ser competente e empregar esta competência em cada encontro com o paciente, visando a suas necessidades e o seu bem-estar. Conforme o autor é esse comprometimento que propicia o estabelecimento de uma relação autêntica de confiança junto ao paciente, seguindo a máxima “curar quando possível, cuidar sempre, aliviando o sofrimento e cultivando a saúde”.(27)

Pellegrino(27) afirma que é quase impossível imaginar o comprometimento com estas virtudes quando a relação com o paciente é vista primariamente como uma mercadoria de troca, um contrato por serviço ou uma aplicação científica ao organismo doente. Para ele, um paciente não poderia ser visto como um cliente, um consumidor ou qualquer outra forma de relação comercializada, industrializada; e, o médico não poderia comprometer sua integridade pessoal ou profissional por interesses políticos, econômicos ou sociais, com envolvimento deliberado com indústrias relacionadas à saúde, pela propaganda ou auto-promoção, entre outros. O autor aponta a contradição que emerge quando o médico se torna um empresário, um intermediador comercial, um investidor ou dono de uma instituição de saúde (como um hospital) e ressalta a importância de o profissional refletir constantemente sobre os limites entre a legitimação de seu próprio interesse e aqueles do seu comprometimento profissional com seus pacientes.(27)

Esta ponderação vai ao encontro do pensamento de William Osler,(28, 29) que afirmava, já no início do século XX, que “a prática da medicina é uma arte, não um comércio; um chamado, não um negócio; um chamado no qual seu coração deve ser exercitado tanto quanto sua cabeça” (*The practice of medicine is an art, not a trade; a calling, not a business; a calling in which your heart will be exercised equally with your head*).

Em relação ao profissionalismo, Pellegrino(27) critica ainda sua conotação atual, que veicula uma ideologia que defende apenas os próprios interesses do grupo profissional, por meio de um corporativismo expresso por auto-proteção, atitude de represália e burocratização das organizações profissionais e com características de lealdade inquestionável entre os membros da mesma profissão, uma certa exclusividade e elitismo baseado nas credenciais e preocupação por títulos.

Além destes fatores, os avanços gerais da sociedade contemporânea, entre os quais também se inserem os da medicina, aumentaram a longevidade da população. Houve então mudança do perfil epidemiológico da população, com predomínio das doenças crônico-degenerativas e uma diversidade de dilemas éticos complexos também surgiu, entre esses aqueles relacionados aos limites da vida e à aplicabilidade dos avanços genéticos em seres humanos.

Para se dar conta das novas necessidades de saúde individuais e coletivas, houve reordenamento das ações e estratégias na saúde. Ficou clara a necessidade da atuação do médico como aconselhador e cuidador na promoção da saúde e prevenção de doenças e acompanhamento dos pacientes e da imprescindibilidade da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe. A maior participação dos profissionais da saúde na construção coletiva das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde passou a ser considerada essencial para seu desempenho. Nesses novos contextos, aumentam muito as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação, com o intuito de desenvolver a competência necessária para dar conta das demandas da saúde em nossos dias.

O aumento na velocidade da produção e do acesso a informações, com renovação constante do conhecimento médico, fez com que o médico necessitasse acessar e selecionar continuamente as sempre novas informações pertinentes a sua área de atuação. O acesso da população a estas informações fez com que os pacientes passassem a ter um papel mais ativo no processo de atenção à saúde e aumentassem suas expectativas quanto ao papel do profissional médico e ao acesso a todos os recursos tecnológicos disponíveis.

De forma dialética, ao mesmo tempo em que se desdobravam os fenômenos descritos, ocorreu também fortalecimento dos movimentos político-sociais, que resultaram em avanços na conquista da população por seus direitos. Em 1948, foi assinada a Declaração dos Direitos Humanos, tendo como meta a dignidade da existência humana e princípios de cidadania.(30) A globalização, a socialização do conhecimento e a mobilização de diversos setores da sociedade impulsionaram movimentos, tais como a luta pelo direito à saúde.

A partir da década de 70, a Organização Mundial de Saúde começou a direcionar maiores esforços para a atenção à saúde das populações, com uma abordagem mais abrangente.(31, 32) Entre os primeiros marcos da conquista da saúde como um direito fundamental humano estão a Declaração de Alma-Ata (1978)(33) e a carta de intenções

para o desenvolvimento de políticas de saúde em todos os países de forma equânime e universal - a Carta de Ottawa (1986).(34)

Em relação à autonomia do paciente, segundo Gracia,(35), há cerca de 4 décadas (1973), nos Estados Unidos, a Associação Americana de Hospitais aprovou a carta dos direitos do paciente. Em 1994, foram definidos princípios e estratégias para a promoção dos direitos do paciente na Declaração para Promoção dos Direitos do Paciente na Europa, com apoio da Organização Mundial da Saúde, tendo em vista a autonomia e liberdade do paciente, seu direito a receber informação completa sobre sua situação clínica e a participar na decisão sobre as opções terapêuticas possíveis.(36)

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 foi uma conquista e originou o Sistema Único de Saúde, cujos princípios são a integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde.(37) Em 2001, foram instituídas diretrizes nacionais para o curso de graduação em medicina, visando à formação de médicos com formação geral, com postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, aptos a atuar nas necessidades de saúde individuais e coletivas, em todos os níveis de atenção à saúde.(38) A carta dos direitos dos usuários, tendo em vista a autonomia do paciente, foi aprovada no Brasil apenas em 2006.(39)

Quanto à relação médico-paciente, a partir da década de 60, aumentaram protestos e processos contra profissionais médicos. Muitas tinham como pano de fundo o descontentamento com a comunicação e a interação entre o médico ou equipe médica e o paciente e seus acompanhantes.(2, 40-43)

A preocupação com este fenômeno entre pesquisadores educadores e médicos fez com que mais pesquisas fossem realizadas neste temática a partir da década de 60. O número de pesquisas quantitativas aumentou progressivamente a partir da década de 60. Entre 1982 e 1987, segundo Roter e Hall,(44) o número de publicações dobrou, incluindo 101 artigos elaborados pelo método quantitativo, sendo 60 destes relacionados à consulta, o que propiciou o desenvolvimento de revisões sistemáticas. Este aumento foi ainda maior, visto que não se contabilizou estudos qualitativos, pelo fato de estes não seguirem a lógica utilizada nas revisões sistemáticas. No final da década de 90, segundo artigo de Tagliavini e Saltini, citado por Caprara e Rodrigues, já havia cerca de 1000 a 1200 publicações por ano sobre o tema.(26)

A maioria das pesquisas sobre a relação médico-paciente traz elementos fundamentais da comunicação deste processo de interação. Nos estudos sobre os processo contra más-práticas médicas constatou-se que, direta ou indiretamente, a RMP

não havia sido considerada satisfatória.(40-43, 45) Vincent et al,(45) em 1994, verificaram que, apesar de cerca de 70% dos pacientes que processaram médico terem sofrido graves efeitos, a decisão de processar o médico, geralmente, havia sido precipitada pela comunicação inadequada do médico. Razões frequentemente citadas para tomar a decisão de processar o médico incluíam a prevenção da ocorrência de incidente semelhante outros pacientes, a necessidade sentida de mais explicação sobre os motivos para o incidente ter ocorrido e a intenção de conscientizar o médico sobre o que ele fez e sobre os sentimentos e efeitos gerados no paciente e sua família, pois muitos consideravam que estes foram ignorados pelo médico e/ou a equipe.(45)

Como veremos a seguir, as evidências científicas acerca da qualidade das interações na atenção do médico às demandas da população demonstraram que era preciso maior preparo desse profissional para desenvolver relações adequadas com o paciente e as demais pessoas envolvidas no processo de atenção à saúde. Para tanto, era necessária a inserção do ensino-avaliação sistemático das habilidades de comunicação nos currículos de escolas médicas.

### **A Habilidade em Comunicação como Foco no Ensino da Medicina**

As investigações sobre os fatores que limitavam a relação médico-paciente demonstraram vários aspectos concernentes à atitude do médico. Um deles foi que o médico focava a consulta na doença, direcionando a anamnese para a parte física. O paciente era desencorajado a falar sobre suas preocupações e expectativas e sua percepção sobre o adoecimento e as causas que o fizeram adoecer. Suas crenças e o impacto social, emocional e físico que a doença acarretava em sua vida também não eram levados em consideração.(11, 46, 47)

Estudo de Marvel et al(48) constatou que o tempo médio de 23,1 segundos era dado entre o início do discurso do paciente sobre o motivo para sua consulta e a interferência do médico no redirecionamento da anamnese. Entretanto, se os pacientes tivessem, em média, 6 segundos a mais para falar, eles completariam o que tinham a dizer.

Para desencorajar a fala do paciente, o médico criava um mecanismo de bloqueio interrompendo-o precocemente, quando ele começava a falar de suas preocupações e antes que ele conseguisse esclarecer o principal problema que o havia motivado a se consultar. Este mecanismo de bloqueio manifestava-se também quando, ao final da

consulta, o paciente tentava retomar suas preocupações.(11) A atitude assumida pelo médico nas interrupções era mudar o assunto, aconselhando-o, tranquilizando-o ou lisonjeando-o.(46, 47)

Quando os médicos foram inquiridos sobre os motivos que os levavam a assumir tal atitude, as principais justificativas eram o excesso de trabalho, a percepção de que isto aumentaria muito o tempo da consulta ou o medo de, ao discutir o impacto emocional e social, não saber como se conduzir.(40, 46, 47)

O tipo de linguagem que o médico utilizava foi outro aspecto encontrado. As informações eram fornecidas em linguagem pouco acessível, não sendo levada em conta a cultura, a compreensão e as dúvidas do paciente. Isto acontecia tanto nas informações prestadas sobre o diagnóstico, quanto nas relativas ao tratamento.(46, 47, 49)

Estudos entre a década de 70 e 90 demonstraram que a proporção de pacientes insatisfeitos com as informações recebidas tinha uma percentagem mediana relativamente estável, sendo esta 38% entre pacientes internados, 26% na clínica médica e 39% entre pacientes psiquiátricos. Ainda, a percentagem de pacientes em consulta clínica que não entendia o que era falado sobre o seu diagnóstico variava de 7 a 47% e sobre o seu prognóstico, de 13 a 53%.(50)

Alguns estudos foram realizados na área da pediatria. Nos Estados Unidos, estudo investigando o motivo de ansiedade dos pais em uma clínica pediátrica, revelou que, em 33,8% dos casos, a razão verdadeira para buscar atenção médica era o medo que a criança tivesse uma doença que pudesse ameaçar sua vida, medos de perda e separação, de morte e pressão de outros parentes ou conhecidos para esclarecimento do problema, entre outros.(51) Outro estudo, analisando 800 consultas pediátricas em uma clínica, verificou que 24% das mães que levaram seus filhos à consulta ficaram insatisfeitas com a atenção recebida. Entre os motivos elencados por elas para tal insatisfação estavam a falta de cordialidade e simpatia/amizade do pediatra, sua falha em considerar as preocupações e expectativas destas mães, falta de explicação detalhada sobre o diagnóstico e o que causou a doença e o uso de jargão médico.(52)

Além disso, outros estudos apontaram a pouca chance que o médico proporcionava ao paciente de discutir ou compartilhar as opções terapêuticas, (46, 47, 49) a pouca disponibilidade de tempo do médico dispensado ao paciente(22-24) e a qualidade inadequada da interação.(46, 47) Por outro lado, foi constatado que, quando os pacientes mostravam-se ansiosos, eram mais educados ou faziam mais perguntas, o médico fornecia mais informações sobre o diagnóstico, ocorrendo o mesmo em relação ao

tratamento e plano terapêutico, especialmente se houvesse expressão de preocupação ou maior questionamento pelos pacientes.(53)

Levinson et al(41) observaram que os clínicos gerais atuando na atenção primária com menos processos orientavam melhor os pacientes, utilizavam o humor, criavam maior facilitação para o paciente falar e despendiam mais tempo na consulta (em média, cerca de 3 minutos a mais).

Aos fatores limitantes da comunicação do médico com o paciente, somavam-se aqueles relacionados à comunicação do paciente com o médico. Eles alegavam não comunicar os problemas que os afligiam ao médico por medo de sobrecarregá-lo, de parecer ingrato ou patético, de confirmar a suspeita de uma doença mais grave ou de nada poder ser feito.(46, 47)

Ainda, estudos verificaram que, enquanto o médico pode considerar relevante fornecer informações sobre o nome de uma doença, seu estágio e tipo de tratamento, o paciente tendia a considerar mais relevante a informação sobre a gravidade da doença, os motivos para seu aparecimento e suas possibilidades de cura, o tempo que ele levaria para se recuperar e/ou os efeitos que o tratamento poderia ter.(50)

Todos esses distúrbios na comunicação acarretavam inúmeros problemas. A coleta parcial das queixas e preocupações dos pacientes e a tomada de decisões baseada em avaliação rápida, muitas vezes, levava a limitações no diagnóstico, a erros e a não concordância do paciente com o plano terapêutico, a não comunicação sobre os seus efeitos colaterais ou mesmo a não compreensão sobre como realizá-lo, o que resultava em não adesão.(54) Demonstrou-se que apenas 50% das queixas e menos da metade das morbidades psicológicas dos pacientes eram elucidadas e que muitos deles não conseguiam lembrar, nem mesmo, elementos básicos da proposta terapêutica, especialmente quando sua doença era crônica.(46, 47, 55-59)

Por isso, Street(53) afirma que, ainda que tecnologias sofisticadas possam ser úteis para o diagnóstico e tratamento médico, a comunicação interpessoal é a ferramenta primária por meio da qual o médico e o paciente se relacionam.

Pesquisas também foram realizadas para investigar desfechos de saúde ou de satisfação do paciente e/ou médico com a consulta e os componentes da RMP associados a eles. Verificou-se que a comunicação e a interação influenciavam a satisfação e a saúde física e emocional do paciente.(44, 58-62) Entre os desfechos constatados estavam a melhora da qualidade de vida, diminuição da dor pós-operatória e diminuição do tempo de permanência hospitalar após artroplastia,(63) melhor qualidade

das estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer,(64) menor limitação funcional em diabéticos,(65) percepção de diminuição na intensidade dos sintomas clínicos,(66) melhora na saúde mental e maior ajuste psicológico e emocional,(47, 67-69) maior satisfação do paciente com o médico(66, 70-72) e diminuição de queixas contra más práticas.(31, 41, 71-75) Resultados positivos também foram observados no médico, entre eles menor estresse e maior satisfação com o trabalho.(47, 76)

Vários estudos analisaram de forma quantitativa, aspectos comunicacionais instrumentais, verbais e não verbais, da consulta associados a estes desfechos da relação médico-paciente. Em alguns, foram realizadas intervenções prévias, tais como preparo do médico ou do paciente para lidar melhor com as informações a serem obtidas ou fornecidas. Observação direta ou por gravação em vídeo ou áudio de atitudes durante a consulta, sendo as atitudes observadas decupadas e analisadas, e questionários sobre os desfechos com pacientes e médicos foram utilizados em muitos destes estudos.

As revisões sistemáticas fornecem dados sobre atributos e atitudes do médico na relação e muitos elementos pontuais direcionados à tarefa, relativos ao processo de realizar a anamnese, fornecer informações, delinear a proposta terapêutica e suas atitudes não verbais.(40, 44, 50, 58-60, 77)

O fornecimento de informações e explicações com linguagem acessível e a verificação da compreensão do paciente sobre a consulta e a proposta terapêutica, têm sido aspectos frequentemente apontados com associação à satisfação dos pacientes.(40, 44, 58-60, 77-79)

Segundo Roter e Hall(44) a satisfação com o fornecimento de informações pode estar relacionada ao fato de o paciente interpretar este processo como mensagem de interesse e cuidado. Na opinião das autoras deste capítulo, é difícil imaginar a possibilidade de um paciente ficar satisfeito com uma consulta e aderir a qualquer plano terapêutico, se ele não consegue entender seu processo de adoecer nem as possibilidades e limitações da terapêutica proposta.

Vários outros elementos no processo da consulta, indicando uma visão do médico do paciente como um todo, foram elencados incluindo a consideração de fatores biopsicossociais que o levaram a buscar a atenção médica, sua percepção sobre seus problemas e sobre como estes se expressavam (sinais, sintomas...), seus significados, sua explicação para o surgimento destes problemas (modelo elucidativo da doença/problema) e seus efeitos nas diversas dimensões da vida (nas relações familiares e outras relações sociais, no cotidiano, no contexto do trabalho e outros contextos tais



como lazer), bem como preocupações, pensamentos, sentimentos e expectativas quanto à evolução e ao tratamento. Outros elementos foram o compartilhamento da proposta terapêutica e a “negociação” das decisões. (44, 50, 58, 59, 77)

Apesar do achado sobre a influência do compartilhamento das decisões na satisfação do paciente, verificou-se que, em muitas circunstâncias tais como hospitalização, adoecimento por câncer ou patologias crônicas, o que os pacientes mais desejavam era receber informação adequada quanto aos motivos de uma decisão terapêutica e a seus efeitos. Eles não queriam assumir a responsabilidade final pela decisão terapêutica a qual consideravam ser um papel do médico.(50)

Historicamente, diversos aspectos constatados nas pesquisas já haviam sido enfatizados por médicos e outros estudiosos da área da saúde. Como já apontado, a necessidade da medicina biomédica integrar mente-corpo e a consideração pela história da vida da pessoa do paciente para compreensão de seu processo de adoecer e de ser cuidado já haviam sido apontadas por diversos médicos como Peabody e Osler. Póvoa considera que Freud foi o primeiro a integrar mente-corpo na medicina biomédica, e a discussão posterior desta integração entre seus discípulos propiciou a consolidação da medicina psicossomática por Franz Alexander nas décadas de 40 e 50.(80)

Na década de 40, Carl Rogers desenvolveu e divulgou a abordagem da psicologia centrada na pessoa, considerando que a base da relação terapêutica era o “senso de comunicação” alcançado por meio de uma relação empática. Conforme Rogers, (81) esta abordagem era válida para qualquer tipo de interação que tivesse como meta o desenvolvimento da pessoa, entre elas a relação entre profissionais de saúde e pacientes, pais e filhos e professores e alunos.(81-83) Entre as décadas de 50 a 60, Michael e Enid Balint (sua esposa) tentaram desenvolver em médicos a capacidade de abordar outras dimensões vida da do paciente que pudessem influenciar seu processo saúde-doença.(84)

Na década de 70, Engel(85, 86) propôs o modelo biopsicosocial da medicina. Este modelo era mais centrado no paciente e, além dos aspectos biomédicos, incluía também a dimensão psicológica e social da vida do paciente, para melhor compreensão dos determinantes de sua doença e do cuidado a ser prestado. Engel criticava a lógica da medicina biomédica que abordava a doença apenas com base em parâmetros somáticos e a anamnese apenas como transferência de informações.(85, 86)

Entretanto, somente com o acúmulo de evidências científicas(44, 50, 58, 59) sobre as vantagens de um modelo de relação médico-paciente mais simétrica, de parceria e

mutualidade, é que se passou a ressaltar e preconizar um modelo de atenção à saúde centrado no paciente. A concepção paternalista da relação médico-paciente, aos poucos, tem dado lugar ao reconhecimento da centralidade do paciente como sujeito ativo informado, que quer e tem o direito de saber mais sobre suas condições e exercer maior controle sobre seu próprio cuidado, sendo fundamental considerar-se a sua perspectiva.(87)

Segundo Lee e Garvin, os pacientes são os *experts* no que sentem e que não levar isto em conta resulta em iniquidade e limitações nas relações que influenciarão a atenção à saúde.(88) Maldonado e Canella(89) destacam, que, há uma assimetria na RMP relativa ao corpo de conhecimentos que o profissional possui o qual lhe confere competência e justifica a função que lhe é atribuída. Porém, esta relação é simétrica no que tange a relação pessoa-pessoa, pois somos todos seres humanos, com nossos valores, expectativas e sonhos, advindos de todo o processo de nossa construção social da realidade.

O próprio termo paciente tem sido bastante discutido atualmente e termos como usuário ou cliente têm sido sugeridos e utilizados. Porém, ambos denotam seu caráter como consumidor de serviços e, de certa forma, despersonalizam o sujeito.(35)

Em relação aos modelos de relação médico-paciente, em 1994, o modelo de cuidado centrado nas relações não só entre médico e paciente, mas também com a comunidade e entre membros da equipe interprofissional foi proposto.(90) Avançando esta visão, e aliando a concepção de Tresolini(90) a princípios da complexidade, Suchman,(91) considerando que é por meio das interações momento a momento que se constrói um cuidado de qualidade, ressalta que elementos fundamentais neste processo são o respeito às diferenças e à diversidade, a participação autêntica, o compartilhamento da tomada de decisões, a colaboração, parceria e consciência sobre si mesmo e sobre os outros. Assim, para se alcançar a concepção do cuidado centrado nas relações, é necessário considerar-se todas as interações que ocorrem no ambiente de atenção à saúde, desde o autocuidado dos envolvidos neste processo à relação tecida entre cada um dos seus participantes, médico, paciente, acompanhantes, cuidadores, comunidade, equipe e gestão.

Apesar de todos os conhecimentos construídos atualmente sobre a RMP, ainda temos um longo caminho a percorrer para a incorporação de um modelo de medicina integrando as dimensões da vida do ser humano e a prática do cuidado nas relações tecidas momento a momento.

Levando em consideração que é por meio da comunicação que os seres humanos interagem, expressando e compartilhando sentimentos e informações, educadores têm envidado esforços para seu aprimoramento no processo de atenção à saúde. Pesquisas de intervenção foram realizadas com médicos, pacientes e/ou acadêmicos para promover componentes associados à melhor qualidade da relação e demonstraram sua efetividade.(44, 58, 59, 61, 62)

Em 1992, foi divulgado um consenso para o ensino e avaliação das habilidades de comunicação no Canadá.(92) Em 1993, o Comitê de Educação do Conselho Geral de medicina britânico(93) elaborou o documento *Tomorrow's Doctors* e ressaltou a importância destas habilidades na interação entre médicos com paciente, colegas da equipe de saúde e outros atores sociais envolvidos nos contextos de atuação do médico. Em 1995, na América do Norte, os comitês que avaliam e acreditam as escolas médicas nos Estados Unidos [*Liaison Committee on Medical Education* (LCME)] e no Canadá [*Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools* (CACMS)] lançaram resolução afirmando que as habilidades de comunicação eram essenciais para a educação e função efetiva dos médicos e requeriam instrução e avaliação específicas, visto que uma das responsabilidades médicas era a sua comunicação com pacientes, famílias, colegas e outros profissionais.(94, 95)

A partir de 1996, documentos foram elaborados incluindo o ensino das habilidades de comunicação entre os objetivos das escolas médicas.(96, 97)

Em 1999, a *Association of American Medical Colleges*,(98) divulgou documento específico sobre a comunicação em medicina, que incluía uma proposta para melhorar o ensino das habilidades de comunicação em todas as escolas médicas americanas. Também nesta época, a qualidade do ensino das habilidades de interação e comunicação e de sua avaliação passaram a ser consideradas entre os critérios para acreditação das escolas médicas.(99-101)

Uma diversidade de intervenções e programas para ensino das habilidades de comunicação (102-108) serviram de base para sua incorporação, de forma sistemática nos currículos das escolas médicas.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina incluíram a comunicação como uma das competências do médico.(38)

Em 2002, a *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) incluiu a demonstração de habilidades interpessoais e de comunicação entre as seis competências gerais para a educação médica nas escolas médicas.(109)

Uma vez estabelecida a imprescindibilidade do ensino das habilidades de comunicação, foram elaborados vários consensos de escolas médicas sobre o currículo de comunicação, entre eles o de Toronto(110) e o de Kalamazoo.(95)

Um dos consensos mais atuais e abrangentes é o de 33 escolas médicas do Reino Unido divulgado em 2008, (111), no qual recomenda-se que as habilidades de comunicação sejam ensinadas em todas as etapas da formação com complexidade crescente. Seu ensino deve integrar-se às outras disciplinas e situações clínicas experienciadas,(112) bem como à ética. No planejamento desse processo devem ser oferecidas oportunidades para sua revisão e seu refinamento.(111) Parte-se do pressuposto que estas habilidades são perpassadas pelo respeito, profissionalismo (que inclui a integridade, honestidade, probidade e compreensão dos limites da profissão), por princípios éticos e legais, pela prática baseada em evidência e pela prática reflexiva.(111)

O ensino de habilidades de comunicação deve contemplar a relação do médico com pacientes, familiares e cuidadores, com pares e outros profissionais e pessoas envolvidas no processo de atenção à saúde e abrange a comunicação presencial e não presencial, face-a-face, escrita, realizada por telefone ou outros recursos à distância, tais como o computador, bem como apresentações individuais ou a coletividades.(111)

Aspectos teóricos e práticos da formação devem ser concernentes à forma de conduzir a consulta e como lidar com as próprias emoções frente a questões difíceis (raiva, agressão, negação, constrangimento, entre outras). Essa formação deve preparar o estudante/médico para lidar com: os diferentes estágios da vida (crianças e seus acompanhantes, adolescentes, adultos e idosos); a diversidade cultural e social; contextos clínicos específicos [tais como na psiquiatria (habilidade em: diagnosticar depressão e acessar o risco de suicídio, trabalhar com pacientes psicóticos, com deficiência cognitiva ou que são alcoolistas ou usuários de drogas) e na emergência (habilidade em lidar com pacientes violentos e agressivos, em priorização do atendimento e no manejo do tempo)]; fornecimento de explicações específicas (como obtenção de consentimento informado) e planejamento (promoção da saúde, manejo de riscos, mudança comportamento); questões sensíveis (dar notícias ruins, falar sobre sexo, abordar abuso sexual, discutir sobre a morte, lidar com o processo de morrer e o luto entre outras); pacientes com deficiências na comunicação; incertezas, queixas e erros.(111)

Como referido em outro capítulo deste livro, consensos e guias elencam recomendações sobre os elementos principais nas diversas fases da entrevista clínica

para que eles sejam abordados e desenvolvidos no ensino de habilidades de comunicação,(112-115) e para situações específicas como dar más notícias.(116)

Os momentos da consulta são, geralmente, divididos em: início da consulta (preparação, estabelecimento do vínculo inicial e identificação do motivo da consulta); obtenção de informações (exploração dos problemas do paciente levando em conta a perspectiva do médico e a do paciente dos aspectos biopsicossociais); explicação e planejamento (fornecimento de quantidade e qualidade adequada de informações, apoio para o paciente compreender e lembrar as informações, alcance de uma compreensão compartilhada sobre o problema, incorporando o modelo elucidativo do paciente para ele, planejamento com tomada de decisão compartilhada); e, fechamento da consulta (garantia do momento apropriado para finalizar a consulta e planos para o futuro).(112-115, 117, 118)

As estratégias para abordar o ensino das habilidades de comunicação tendem a incluir a disseminação dos conhecimentos sobre comunicação, a demonstração das habilidades de comunicação, a prática de habilidades específicas, a observação e a prática recursiva com auto-avaliação e *feedback*, os modelos que reforcem relações de qualidade, desenvolvimento continuado de habilidades avançadas integradas ao currículo e avaliação das habilidades de comunicação. A supervisão constante do desempenho do estudante nestas habilidades e o fornecimento de *feedback* apreciativo pelo supervisor, com discussão das melhores estratégias para promovê-las é componente fundamental, visto que a prática, por si só, sem esta supervisão, tende a reforçar hábitos existentes, independente se eles forem bons ou ruins.(94, 119)

A avaliação formativa deve ser parte do processo de aprendizagem das habilidades de comunicação e deve ocorrer em ambiente seguro e incluir a reflexão sobre o próprio desempenho e o *feedback*. Pode ser realizada por narrativas, por observação direta e por meio de gravações. Os métodos para avaliar incluem portfolio, dramatização realizada pelo estudante, observação das atitudes do estudante frente a contextos estruturados com pacientes simulados padronizados [avaliações estruturadas - *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE)], avaliação da prática do estudante com pacientes em contextos reais por *Mini-clinical Exercise* (Mini- CEX) e/ou por avaliação global, com ou sem ficha estruturada, realizada pelo supervisor e por outros indivíduos que participam deste processo (equipe, pacientes, residentes, pares). O *feedback* deve criar entre os estudantes o hábito de refletir criticamente sobre a prática e encorajá-los a identificar áreas em que estão bem e as que podem ser melhoradas.(114, 120-122)

Indo ao encontro dos achados de Sutcliffe et al,(75) em sua pesquisa de abordagem qualitativa, enfatizamos, porém, que as barreiras para uma comunicação efetiva são individuais e sistêmicas. No âmbito individual pode ocorrer falha na comunicação por diversos motivos, que incluem desde características da personalidade, sua pouca habilidade em se comunicar, seu caráter, comprometimento com os objetivos da medicina e sua ética, até os efeitos da sobrecarga de trabalho e a fadiga sobre ele. No âmbito sistêmico, as atitudes de comunicação estão imersas na estrutura da organização e inserem-se em um padrão de atitudes social e culturalmente compartilhados que geram normas específicas para diferentes grupos que nele convivem e influenciam as práticas da instituição. Cabe às instituições de ensino e assistência criarem meios para estimular o desenvolvimento de relações empáticas e de cuidado com e entre todos os que nelas estejam inseridos, desde o estudante até os pacientes, seus responsáveis e os membros da comunidade .

No âmbito individual, há diversos recursos para aprendizagem como CDs, vídeos, bancos de casos, educação continuada à distância, *websites* com materiais diversos.(94, 114).

Ainda, para que o professor possa promover seus atributos como modelo e dar conta de suas atribuições para ensinar as habilidades de comunicação, as instituições devem incentivar seu engajamento em programas de desenvolvimento docente.(94)

### **Considerações Finais**

Pode-se constatar pela diversidade de fatores apresentados que estamos em um processo de transição. Progressivamente, em diversas sociedades, a população tem conseguido ter voz e vez em seus direitos. Entretanto, há ainda muito caminho a ser percorrido para alcançar uma atenção à saúde que resulte em satisfação à população e ao médico.

Parte deste caminho é relativa aos valores, atitudes e relações que sustentam a confiança da sociedade no médico, expressos nos deveres do médico que, segundo o *General Medical Council* do Reino Unido,(93) abrangem ter como preocupação principal o cuidado do paciente, proteger e promover a saúde dos pacientes e da população, proporcionar cuidado e praticar a medicina com a qualidade esperada: trabalho em parceria com os pacientes, demonstrando ser honesto, flexível e agindo com integridade, tratando os pacientes com respeito, salvaguardando a sua dignidade.

Assim, a formação médica deve garantir que o egresso demonstre sua intenção e competência em atender os pacientes da melhor forma possível. A relação médico-paciente, que se dá por meio da comunicação, permeia todo este processo.

Reconhece-se que apenas a observação e a prática por si só não garantem a melhora da qualidade da relação médico-paciente, podendo, inclusive, limitá-la e que melhores desdobramentos da atenção à saúde são alcançados quando o paciente é considerado em seus aspectos biopsicosociais e como um parceiro no processo de consulta.

Com base na necessidade e possibilidade do ensino das habilidades de comunicação, consensos foram elaborados para que esse ocorresse de forma sistemática nos currículos das escolas médicas, abrangendo diversos contextos e as relações que neles se desenvolvem, de forma integrada a outras disciplinas ou temas do currículo e também à ética e aos pressupostos do profissionalismo.

As barreiras para uma comunicação efetiva ocorrem tanto no âmbito individual, como no sistêmico. Assim, no planejamento do ensino das habilidades de comunicação, estratégias para trabalhar o currículo formal e o informal devem ser elaboradas, tendo em vista que as mensagens expressas em sala de aula e nos diversos cenários de prática influenciam esta aprendizagem. A reflexão sobre teoria e prática e a avaliação formativa com *feedback* contínuo são elementos essenciais em todo este processo, bem como o cultivo de relações de cuidado entre todos os que participam do ambiente de ensino-aprendizagem e de atenção à saúde.

Remetendo-nos para o próximo capítulo, que apresenta a relação médico-paciente como interação terapêutica, finalizamos ressaltando a importância de haver maior reflexão crítica sobre a necessidade de se promover o ambiente de ensino médico, as relações que nele se tecem e aspectos relacionados à qualidade da atenção dispensada ao ser humano que busca esse profissional. Para dar início a esse processo, sugerimos o aperfeiçoamento da percepção sobre sensibilidade e empatia, por meio da mensagem “Poemas presos”, de Viviane Mosé.(123)

Muitas doenças que as pessoas têm são poemas presos,  
Abscessos, tumores, nódulos, pedras são palavras  
calcificadas  
poemas sem vazão

mesmo cravos pretos espinhas cabelo encravado  
prisão de ventre poderia um dia ter sido poema

peessoas às vezes adoecem de gostar de palavra presa  
palavra boa é palavra líquida  
escorrendo em estado de lágrima

lágrima é dor derretida  
dor endurecida é tumor  
lágrima é alegria derretida  
alegria endurecida é tumor  
lágrima é raiva derretida  
raiva endurecida é tumor  
lágrima é pessoa derretida  
pessoa endurecida é tumor  
tempo endurecido é tumor  
tempo derretido é poema [...]

Agradecimentos: Agradecemos a Dra Marcela Dohms por sua ajuda na concepção inicial deste capítulo e por sua intensa participação na elaboração e efetivação do curso de extensão para ensino de habilidades de comunicação. Agradecemos também a Dra Jucelia Maria Guedert por sua valiosíssima contribuição com sugestões para este capítulo e ajuda em sua formatação.

## Referências

1. Machado MH. A profissão médica no contexto de mudanças. In: Goulart FAA, Carvalho GCM, orgs. Os médicos e a Saúde no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
2. Grosseman S, Patrício ZM. Do desejo à realidade de ser médico - a educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: UFSC; 2004.
3. Lloyd M, Boor R. Communication skills for medicine. 3ª ed. Edinburg, UK: Churchill Livingstone, Elsevier; 2009.
4. Helman CG. Cultura, saúde & doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
5. Foucault M. O nascimento da clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
6. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd. [on line]. 2008. 32(4) [capturado 30 mar. 2011]; 492-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>
7. Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.



8. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
9. Allard IM, Waithe WE. Preparing future physicians: a reexamination of communication and the physician-patient relationship through the lens of culturally sensitive teaching and learning methodologies. *The open medical education journal*. 2009;2:44-8.
10. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd*. [online]. 2008. 32(3) [capturado 28 mar. 2011]; 301-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a04.pdf>.
11. Frankel RM. The (socio)linguistic turn in physician-patient communication research. Georgetown University Press, Digital Georgetown, and the Department of Languages and Linguistics. 2000 [capturado 28 mar. 2011]. Disponível em: [http://aladinrc.wrlc.org/bitstream/1961/3456/9/gurt\\_2000\\_07.pdf](http://aladinrc.wrlc.org/bitstream/1961/3456/9/gurt_2000_07.pdf).
12. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA*. 1927;88(12):877-82.
13. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec; 1988.
14. Cordeiro HA. As Empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
15. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
16. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007 Feb;5(1):57-65.
17. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
18. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
19. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv*. 2002;32(2):379-416.
20. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
21. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO; 1989.
22. Davidoff F. Time. *Ann Intern Med*. 1997 Sep 15;127(6):483-5.
23. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 1999 Jan;14 Suppl 1:S34-40.

24. Becker G, Kempf DE, Xander CJ, Momm F, Olschewski M, Blum HE. Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:94.
25. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, orgs. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 125-33.
26. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc saúde coletiva.* 2004;9(1):139-46.
27. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med.* 2002 Nov;69(6):378-84.
28. Osler W. *Aequanimitas with other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*. [e-text]. London: H.K.Lewis; 1904 [capturado 25 abr. 2011]. Disponível em: <http://mcgovern.library.tmc.edu/data/www/html/people/osler/index.htm>.
29. Osler W. *Aequanimitas: with other addresses to medical students...* Philadelphia: Blakiston's Son; 1920 [capturado 25 abr. 2011]. Disponível em: <http://mcgovern.library.tmc.edu/data/www/html/people/osler/index.htm>.
30. Organização das Nações Unidas. Declaração dos direitos humanos. [capturado 30 mar. 2011]. Disponível em: [http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php).
31. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1999 Dec 7;131(11):822-9.
32. Litsios S. The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health care approach. *Am J Public Health.* 2004 Nov;94(11):1884-93.
33. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde; 1978; Alma-Ata. 1978.
34. Carta de Otawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986; Otawa. 1986.
35. Gracia D. Prefácio. In: Entralgo PL, editor. *El médico y el enfermo*. Madri: Triacastela; 2003.

36. World Health Organization. European consultation on the rights of patients. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Amsterdam; 1994 [capturado 4 abr. 2011]. Disponível em: [http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf).
37. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988 [capturado 20 jul 2010]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm).
38. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4 CNE/CES de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov; 2001 [capturado 20 jul. 2010]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Editora MS; 2007 [capturado 20 jul. 2010]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf).
40. Asnani MR. Patient-physician communication. West Indian Med J. 2009 Sep;58(4):357-61.
41. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA. 1997 Feb 19;277(7):553-9.
42. Sloan FA, Mergenhagen PM, Burfield WB, Bovbjerg RR, Hassan M. Medical malpractice experience of physicians. Predictable or haphazard? JAMA. 1989 Dec 15;262(23):3291-7.
43. Thorpe KE. The medical malpractice 'crisis': recent trends and the impact of state tort reforms. Health Aff (Millwood). 2004 Jan-Jun;Suppl Web Exclusives:W4-20-30.
44. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu Rev Public Health. 1989;10:163-80.
45. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet. 1994 Jun 25;343(8913):1609-13.
46. Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine. The consultation. BMJ. 2002 Jun 29;324(7353):1567-9.
47. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ. 2002 Sep 28;325(7366):697-700.
48. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 1999 Jan 20;281(3):283-7.

49. Campion P, Foulkes J, Neighbour R, Tate P. Patient centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. Membership of the Royal College of General Practitioners. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):691-2.
50. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995 Apr;40(7):903-18.
51. Bass LW, Cohen RL. Ostensible versus actual reasons for seeking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission. *Pediatrics*. 1982 Dec;70(6):870-4.
52. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968 Nov;42(5):855-71.
53. Street RL, Jr. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med*. 1991;32(5):541-8.
54. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. 2000 May 6;320(7244):1246-50.
55. DiMatteo MR. The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med*. 1998 May;168(5):328-33.
56. Feudtner C. Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatr Clin North Am*. 2007 Oct;54(5):583-607, ix.
57. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, DiMatteo MR, Rogers WH, Ordway L, et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med*. 1993 Aug 23;153(16):1869-78.
58. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freedman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. California: Sage; 1995.
59. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423-33.
60. doc.com. American Academy on Communication in Healthcare, Drexel University College of Medicine. [capturado 28 mar. 2011]. Disponível em: <http://webcampus.drexelmed.edu/doccom/user/>.
61. Heszen-Klemens I, Lapinska E. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Soc Sci Med*. 1984;19(1):9-18.
62. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol*. 1987;6(1):29-42.

63. Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*. 2000 Aug;38(8):807-19.
64. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*. 1990 Sep 22;301(6752):575-80.
65. Rost KM, Flavin KS, Cole K, McGill JB. Change in metabolic control and functional status after hospitalization. Impact of patient activation intervention in diabetic patients. *Diabetes Care*. 1991 Oct;14(10):881-9.
66. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001 Oct 20;323(7318):908-11.
67. Roter DL. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. *Md State Med J*. 1983 Apr;32(4):260-5.
68. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002 Aug 14;288(6):756-64.
69. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804.
70. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*. 2003 Sep;57(5):791-806.
71. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez del Rey JA, Dewitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Jan;161(1):44-9.
72. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*. 1981 Mar;22(1):18-30.
73. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-27.
74. O'Keefe M. Should parents assess the interpersonal skills of doctors who treat their children? A literature review. *J Paediatr Child Health*. 2001 Dec;37(6):531-8.
75. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*. 2004 Feb;79(2):186-94.

76. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(4):351-4.
77. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002 Jan-Feb;15(1):25-38.
78. Auslander WF, Thompson SJ, Dreitzer D, Santiago JV. Mothers' satisfaction with medical care: perceptions of racism, family stress, and medical outcomes in children with diabetes. *Health Soc Work*. 1997 Aug;22(3):190-9.
79. Périco GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Rev Bras Educ Méd*. [online]. 2006. 30(2) [capturado 28 mar 2011]; 49-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n2/v30n2a07.pdf>.
80. Póvoa EC. Entre a escuta e a asculata: uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências [Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
81. Rogers CR. Empathic: an unappreciated way of being. 1980 [capturado 18 nov 2010]. Disponível em: <http://www.elementsuk.com/libraryofarticles/empathic.pdf>.
82. Rogers CR. Significant Aspects of Client-Centered Therapy 1946 [capturado 12 jul. 2010]. Disponível em: <http://psychclassics.yorku.ca/Rogers/therapy.htm>.
83. Rogers CR. The foundations of the person-centred approach. 1979 [capturado 18 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.if-development.co.uk/Facilitation/Person%20centered%20approach.pdf>.
84. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969 May;17(82):269-76.
85. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
86. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci*. 1978 Jun 21;310:169-87.
87. John Hopkins, American Healthways. Defining the patient-physician relationship for the 21st century. *Dis Manag*. 2004 Fall;7(3):161-79.
88. Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med*. 2003 Feb;56(3):449-64.

89. Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.
90. Tresolini CP, Force aTP-FT. Health Professions Education and relationship-Centered Care. San Francisco: Pew Health Professions Commission; 1994.
91. Suchman AL. A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating. J Gen Intern Med. 2006 Jan;21 Suppl 1:S40-4.
92. Consensus statement from the workshop on the teaching and assessment of communication skills in Canadian medical schools. CMAJ. 1992 Oct 15;147(8):1149-52.
93. General Medical Council. Education Committe. Tomorrow's Doctors: recommendations on undergraduate medical education. London; 1993 [capturado 12 out. 2010]. Disponível em: [http://www.gmc-uk.org/Tomorrows\\_Doctors\\_1993.pdf\\_25397206.pdf](http://www.gmc-uk.org/Tomorrows_Doctors_1993.pdf_25397206.pdf).
94. Kurtz SM, Laidlaw T, Makoul G, Schnabl G. Medical education initiatives in communication skills. Cancer Prev Control. 1999 Feb;3(1):37-45.
95. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med. 2001 Apr;76(4):390-3.
96. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMeds 2000 Project: skills for the new millenium: report of the societal needs working group. Ottawa; 1996 [capturado 2 jan. 2011]. Disponível em: <http://meds.queensu.ca/medicine/obgyn/pdf/CanMEDS2000.pdf>.
97. Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education: guidelines for medical schools. Washington,DC; 1998 [capturado 12 jan. 2011]. Disponível em: [https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version87.pdf&prd\\_id=198&prv\\_id=239&pdf\\_id=87](https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version87.pdf&prd_id=198&prv_id=239&pdf_id=87).
98. Association of American Medical Colleges. Report III Contemporary Issues in Medicine: communication in medicine. Washington, DC; 1999 [capturado 12 jan. 2011]. Disponível em: [https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version89.pdf&prd\\_id=200&prv\\_id=241&pdf\\_id=89](https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version89.pdf&prd_id=200&prv_id=241&pdf_id=89).
99. Klass D, De Champlain A, Fletcher E, King A, Macmillan M. Development of a performance-based test of clinical skills for the United States Medical Licensing Examination. Fed Bull. 1998;85:177-85.

100. Tate P, Foulkes J, Neighbour R, Campion P, Field S. Assessing physicians' interpersonal skills via videotaped encounters: a new approach for the Royal College of General Practitioners Membership examination. *J Health Commun.* 1999 Apr-Jun;4(2):143-52.
101. Whelan GP. Educational Commission for Foreign Medical Graduates: clinical skills assessment prototype. *Med Teach.* 1999;21(2):156-60.
102. Brody DS, Ryan K, Kuzma MA. Promoting the development of doctoring competencies in clinical settings. *Fam Med.* 2004 Jan;36 Suppl:S105-9.
103. Egnaw TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med.* 2004 Aug;79(8):737-43.
104. Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol.* 1987 Dec;60 ( Pt 4):373-8.
105. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Med Educ.* 1989 Jul;23(4):364-70.
106. Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ.* 1991 Nov;25(6):517-26.
107. Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med.* 1993 Jun;8(6):318-24.
108. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA.* 2003 Sep 3;290(9):1157-65.
109. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (Millwood).* 2002 Sep-Oct;21(5):103-11.
110. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991 Nov 30;303(6814):1385-7.
111. von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2008 Nov;42(11):1100-7.



112. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press; 2003.
113. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med. 2003 Aug;78(8):802-9.
114. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in Medicine. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press; 2005.
115. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman RT. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
116. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
117. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press; 1984.
118. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abington, Oxon: Radcliffe Medical Press; 1998.
119. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J (Clin Res Ed). 1986 Jun 14;292(6535):1573-6.
120. Dent JA, Harden HA. A practical guide for medical teacher. 3ª ed. Toronto: Elsevier; 2009.
121. Holmboe ES, Hawkins RE. Practical guide to the evaluation of clinical competence. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2008.
122. Makoul G, Curry RH. The value of assessing and addressing communication skills. JAMA. 2007 Sep 5;298(9):1057-9.
123. Mosé V. Poemas presos. Pensamento do Chão, poemas em prosa e verso. [capturado 15 set. 2010]. Disponível em: <http://www.rubedo.psc.br/Poesias/vivimose.htm>.