

Aperfeiçoando a Comunicação no Cuidado em Saúde

Unidade 3 - A comunicação na Consulta Clínica



Leitura Recomendada

Aperfeiçoando a comunicação no cuidado em saúde

GROSSEMAN, Suely; DOHMS, Marcela. Aperfeiçoando a comunicação no cuidado em saúde: texto de base. In: Curso de Aperfeiçoamento Multiprofissional de Preceptores para a Integração Ensino e Serviço nos Territórios de Saúde. Comunicação. **Aperfeiçoando a Comunicação no Cuidado em Saúde**, Brasília: UNA-SUS. Fiocruz, 2022.

Aperfeiçoando a comunicação no cuidado em saúde: texto de base

Autoras: Suely Grosseman e Marcela Dohms

INTRODUÇÃO

A comunicação é a tecnologia mais utilizada pelos seres humanos, pois qualquer interação interpessoal é mediada por ela e é por meio dela que passamos de geração a geração nossa história, nossa cultura e nossos valores. A própria origem da palavra “comunicação”, proveniente do latim *communicatiō*, já expressa sua finalidade, que é "partilhar, participar algo, tornar comum" (HOUAISS; VILLAR, 2001). Na atenção à saúde, a comunicação influencia os desfechos do cuidado e do trabalho na saúde.

O **objetivo** deste texto é fornecer mais subsídios em português para apoiar a primeira parte do módulo “aperfeiçoando a comunicação no cuidado em saúde”. Abordamos, inicialmente, dois modelos teóricos de comunicação e fazemos um breve histórico sobre a evolução de modelos de cuidado na saúde. Em seguida, mencionamos as evidências na saúde sobre os modelos de cuidado que levam em conta a pessoa do paciente, e algumas recomendações de consensos internacionais sobre o ensino de comunicação. Finalizamos com detalhamento sobre as tarefas e processos relacionados à comunicação nas diversas fases do encontro clínico.

Modelos de comunicação e de cuidado em saúde

Apesar do pressuposto da partilha, os modelos teóricos mais antigos sobre a comunicação não eram apropriados para relações horizontalizadas. Um deles é o modelo informacional, desenvolvido em 1948 por um matemático, Wareen Weaver, e um físico, Claude Shannon. Na época, o modelo foi construído para otimizar a transferência de informações de mensagens por meio de telégrafos na comunicação entre as forças militares. A intenção era propiciar que a mensagem enviada pelo “emissor” fosse decodificada da melhor forma possível, evitando-se interferências, denominadas como ruídos, para que ela contivesse o mínimo de alterações possível para quem a recebesse, “o receptor”. Por conter uma fórmula matemática para cálculo dessa correlação, esse modelo também foi denominado como modelo matemático da comunicação. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Não se considerava a sua aplicação para a comunicação social. Mas, em uma época em que o positivismo era a visão hegemônica, ao tentar se estabelecer como ciências, a área de estudos da comunicação adotou esse modelo como matriz, tendo ampla aceitação nas ciências sociais. Segundo Araújo e Cardoso (2007), apesar de facilitar a organização da prática da comunicação por sua operacionalidade e funcionalidade, o modelo informacional tem diversas limitações. Ele é linear, pois considera apenas a dimensão tecnológica, sem levar em conta outras dimensões como a

cultural, cognitiva e afetiva, entre outras; é unidirecional, por considerar ativo apenas o emissor da mensagem; e, é bipolar, pois só considera os dois polos da relação e não inclui outras vozes que fazem parte da comunicação. Adicionalmente, ele considera que seja possível e necessário eliminar os ruídos da comunicação e que a língua seja composta por códigos que tenham um significado único, não levando em conta os significados singulares a cada pessoa (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Na área da saúde, o modelo informacional foi visto como adequado no modelo biomédico de atenção à saúde, na qual a relação era centrada no profissional de saúde e na investigação das doenças, na qual se valorizava pouco o saber, as perspectivas e os valores dos pacientes, ou de práticas de educação em saúde que não levavam em conta o saber das pessoas que recebiam as mensagens (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Essa visão de medicina e relação médico-paciente passou a ser hegemônica a partir de 1910, com o relatório Flexner (1910) que influenciou o currículo das escolas médicas. Porém, até a década de 1900, e, mesmo após a hegemonia do modelo biomédico, médicos como William Osler (1903) e Francis W. Peabody (1927) ressaltavam a importância de se conhecer melhor e escutar a pessoa que adoece, para compreender o contexto e a causa de seu adoecimento.

A partir da década de 1940, resgatou-se do conceito de atenção centrada no paciente, sob influência de diversos profissionais. Alguns deles foram Carl Rogers (1946), que cunhou o conceito de terapia “centrada na pessoa” ou “no cliente” e ressaltava a importância da empatia, mediada por uma escuta qualificada. Para ele, ser empático significava entrar no mundo perceptual de outra pessoa, movendo-se nele com delicadeza, sem julgamentos, apenas verificando a precisão de sua compreensão junto a ela, e sendo guiado por suas respostas. Seria como ser uma companhia para a confiança, para que a pessoa visitasse seu mundo interior, ajudando-a a focar mais plenamente em sua experiência. Isso envolve sensibilidade para acompanhar e tentar compreender as mudanças de significados dos sentimentos que fluem na pessoa e, também a capacidade de deixar de lado os próprios valores e as próprias perspectivas para poder entrar no mundo do outro sem preconceitos. Rogers (1975) constatou que isso desencadeava no paciente a capacidade de se ouvir, se empoderar e potencializar e direcionar suas forças internas, maximizando o seu crescimento; Michael Balint (1969; 2005), que cunhou o termo cuidado “centrado no paciente” na década de 1950, preconizando um diagnóstico profundo e global que incluísse as emoções e a situação de vida do paciente, além dos aspectos biomédicos. Em parceria com Enid Balint (1969), sua esposa, avaliou a efetividade de intervenções para que médicos clínicos e de família tivessem uma ação psicoterapêutica breve, e, considerando que o médico é o medicamento mais frequentemente ofertado ao paciente, desenvolveram os grupos Balint para maior compreensão do campo transferencial que gerava reações e emoções na relação médico-paciente; Madeleine Leininger (2002), que, desde a década de 1960, percebeu o valor da cultura no processo de cuidado e cura e desenvolveu o conceito de “cuidado transcultural”, tendo entre seus pressupostos que “os conceitos, significados, padrões, expressões, processos e formas estruturais do cuidado cultural

variam transculturalmente, com diversidades (diferenças) e algumas universalidades (comunalidades)”; e, ENGEL (1977, 1980), que propôs o modelo biopsicossocial, em que o paciente é visto como pessoa, incluindo-se suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Ainda que não explícito, todas as dimensões da vida do paciente, incluindo sua cultura e espiritualidade também fazem parte desta abordagem. Henbes (1989) fez uma ótima síntese histórica desse processo.

No cuidado centrado no paciente ou na pessoa, respeita-se e acolhe-se as preferências, as necessidades e os valores do paciente, garantindo-se sua inclusão nas decisões clínicas (INSTITUTE OF MEDICINE: Committee On Quality Of Health Care In America:, 2001).

O modelo do cuidado centrado “nas relações”, em vez de centrado “no paciente” ou “na pessoa” foi proposto na década de 1990 (TRESOLINI & Pew-Fetzer Task Force, 1994), reconhecendo-se a interdependência entre todas as relações que se desenvolvem no contexto do cuidado à saúde, as quais têm influência recíproca, e que qualquer processo de adoecimento e cura ocorre nas relações tecidas entre a pessoa consigo mesma e com os outros. (TRESOLINI & Pew-Fetzer Task Force, 1994; BEACH; INUI, 2006; CHOU; COOLEY, 2018). Assim, o cuidado não deve ser centrado nem no médico, nem no paciente, mas sim nas relações que se tecem a cada momento e em cada espaço, pois a personalidade e as perspectivas, preferências e emoções e os valores de cada pessoa envolvida no cuidado à saúde (entre eles profissionais de saúde, cuidadores, gestores, pacientes, membros da comunidade,) influenciam o seu desfecho. A relação de cada pessoa consigo mesmo(a) e suas emoções é parte desse processo e o profissional de saúde deve estar atento e reconhecer que, durante o encontro, suas relações consigo e suas emoções influenciam suas ações, reações e os resultados do cuidado.

Nesta concepção, a natureza e a qualidade das relações de todos os participantes do cuidado à saúde são centrais para a atenção à saúde e o sistema de saúde, e seus princípios são: é fundamental a criação e manutenção de relações genuínas na atenção à saúde; estas relações devem incluir todos os seus participantes, vendo-os como pessoas; o sentimento e a emoção são componentes importantes das relações; e, todas as relações que se desenvolvem no contexto do cuidado à saúde têm influência recíproca. (TRESOLINI & Pew-Fetzer Task Force, 1994; BEACH; INUI, 2006; CHOU; COOLEY, 2018). A título de exemplo, para melhor compreensão, suponha que os gestores de secretaria ou uma unidade básica de saúde determinem que o médico tenha que atender uma quantidade grande de pacientes, e, também tenha que fazer visita domiciliar e conduzir reuniões. Esta sobrecarga pode influenciar a qualidade de vida do médico e sua saúde mental e afetar a forma com que ele interagirá com os pacientes e seus familiares, com a equipe de saúde e, também com os estudantes e residentes que supervisiona.

Em relação aos modelos de comunicação, o que mais se adequa ao cuidado centrado nas relações é o proposto por Bakhtin, que, apesar de ter sido desenvolvido já na década de 1920, começou a ser mais disseminado e aceito a partir da década de 1970. Para ele, a comunicação é um processo de produção dos sentidos sociais e “toda linguagem em qualquer campo está impregnada por relações dialógicas, devendo-se relativizar a autoria individual e destacar caráter

coletivo e social da produção de discursos. Dessa forma, “os enunciados de um falante estão inevitavelmente permeados pelo discurso do outro” e “em cada fala, enunciado ou texto, exprime-se uma multiplicidade de vozes, a maioria delas sem que o locutor se aperceba”. Essa concepção é importante, pois considera que as vozes “do discurso interior” contêm valores, crenças, descrições e definições” e que a “língua é portadora de ideologia e de uma prática”. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; SCORSOLINI-COMIN & DOS SANTOS, 2010). Portanto, para se adotar o modelo do cuidado centrado nas relações, as pessoas com mais conhecimento na área da saúde devem compreender que sua visão deve considerar também os saberes das outras pessoas envolvidas neste processo, que devem participar dele de forma equânime, sem relações de poder.

A literatura descreve diversos desfechos favoráveis de uma comunicação efetiva entre médico e paciente. Alguns deles são: maior satisfação do paciente com o médico (HALL *et al.*, 1981, HESZEN-KLEMENS & LAPINSKA, 1984, Roter & Hall, 1989, STEWART *et al.*, 1995, LITTLE *et al.*, 2001, ARORA, 2003), aumenta a adesão ao plano terapêutico (ROBINSON *et al.*, 2008, ZOLNIEREK *et al.*, 2009) melhora no estado de saúde (menos desconforto, menos preocupação e melhor saúde mental e maior ajuste psicológico e emocional do paciente (ROTER, 1983, Roter *et al.*, 2002, STEWART *et al.*, 2000, KELLEY *et al.*, 2014), aumento da eficiência do cuidado (menos exames diagnósticos e encaminhamentos (STEWART *et al.*, 2000), melhor qualidade das estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer (FALLOWFIELD *et al.*, 1990), diminuição de queixas contra más práticas (SUTCLIFFE *et al.*, 2004, LEVINSON *et al.*, 1997), diminuição da dor pós-operatória e diminuição do tempo de permanência hospitalar após artroplastia (GITTEL *et al.*, 2000), menor limitação funcional em diabéticos (ROST *et al.*, 1991) e melhor controle metabólico hemoglobina A1c e de colesterol (HOJAT *et al.*, 2011), percepção de diminuição na intensidade dos sintomas clínicos (LITTLE *et al.*, 2001), menor estresse e maior satisfação com o trabalho (MAGUIRE & PITCEATHLY, 2002; BREDART; BOULEUC; DOLBEAULT, 2005). Adicionalmente, a comunicação efetiva no trabalho individual e em equipe é essencial para a prevenção de danos evitáveis e, portanto, para a segurança do paciente (WHO, 2011).

Alguns aspectos sobre o ensino de comunicação

Apesar da importância da comunicação no cuidado em saúde, evidências demonstram que, entre alguns médicos, ela ainda está aquém do que se espera. Pesquisas mostram que os médicos jovens na década de 1980 não compartilhavam informações de forma apropriada (MAGUIRE, 1986). Estudos na atenção primária comprovaram que, no início da consulta, apenas cerca de 23% (BECKMAN; FRANKEL, 1984) a 28% (MARVEL *et al.*, 1999) dos pacientes conseguiam terminar sua fala inicial sobre suas preocupações, sendo o tempo médio até a interrupção desta fala pelo médico de 18 (BECKMAN; FRANKEL, 1984) a 23,1 segundos (MARVEL *et al.*, 1999). Os pacientes cuja fala não foi interrompida demorariam menos de 60 segundos para completá-la, sendo o tempo máximo de 150 segundos (BECKMAN; FRANKEL, 1984). Quando o médico dava nova

oportunidade para os pacientes completarem sua fala após interrupção, eles demoravam em média mais 6 segundos (MARVEL *et al.*, 1999). RHOADES *et al.* (2001) constataram que os residentes interrompiam a fala dos pacientes aproximadamente a cada 12 segundos, sendo isso mais frequente entre residentes do primeiro ano, que o tempo médio da consulta com o paciente era de 11 minutos, e o paciente falava por cerca de 4 minutos, e que o uso do computador, de *beepers*, interrupções verbais, batidas na porta estavam entre as formas mais comuns de interrupção. Os autores encontraram associação da interrupção precoce com a maior frequência de percepção do paciente de que ele deveria ter falado mais.

Entretanto, há recursos disponíveis para a aprendizagem de conhecimentos e habilidades e atitudes para uma comunicação efetiva e há modelos (STEWART *et al.*, 1995; MAKOUL, 2001, PENDLETON *et al.*, 2004; KURTZ *et al.*, 2005; CHOU; COOLEY, 2018; DOHMS; GUSSO, 2020) e consensos internacionais sobre o que deve ser ensinado em comunicação na formação médica (SIMPSON *et al.*, 2001; MAKOUL, 2001; VON FRAGSTEIN *et al.*, 2008; KIESSLING *et al.*, 2010; GARCIA DE LEONARDO, *et al.*, 2016; NOBLE *et al.*, 2018; BACHMANN *et al.*, 2013, 2016). A maioria dos consensos considera que a comunicação deve ser embasada no profissionalismo, e alguns especificam ainda os princípios éticos e legais, a prática reflexiva, a prática baseada em evidências e a segurança do paciente. Recentemente, foi finalizado o consenso brasileiro, o qual foi submetido a periódico nacional e está em processo de análise por revisores.

Preconiza-se que o ensino de comunicação se inicie no 1º ano do curso de medicina e seja continuado ao longo de todo o curso, integrado aos módulos ou conteúdos, e com complexidade crescente. Deve incluir teoria, observação da prática, ensaio de habilidades e atitudes por meio de role-play ou com pacientes simulados e prática supervisionada diretamente, ou feedback baseado em prática gravada com áudio ou vídeo. O feedback deve ser dado tanto nos ensaios como na prática. Há também recursos online que veiculam a teoria e contêm exemplos com vídeos das habilidades e atitudes ensinadas (KURTZ *et al.*, 2005; GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2011a, GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2011b). Uma plataforma de ensino de comunicação, por exemplo é o DocCom (DREXEL UNIVERSITY COLLEGE OF MEDICINE & ACADEMY OF COMMUNICATION IN HEALTHCARE, 2019).

Como as emoções que emergem no médico e no paciente são muito importantes para a relação médico-paciente e para a saúde mental de ambos, existem estratégias para reconhecê-las, lidar com elas e melhor conhecer padrões pessoais de reação que levam o médico a ter seus comportamentos no cotidiano. Entre as estratégias estão a prática de *mindfulness*, para que o médico tenha maior consciência sobre si mesmo e maior presença em suas interações, os grupos Balint e a prática de reflexão diária antes, durante e após os encontros (KURTZ *et al.*, 2005; GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2011a, GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2011b).

Nos consensos, as fases, tarefas e processos do encontro constam como o ponto central ou um dos pontos centrais do ensino da comunicação e, a seguir, descrevemos as fases, tarefas e processos do encontro, baseados em recomendações existentes de alguns modelos e propostas

para guiar o encontro (LEVENSTEIN, 1986; STEWART, 1995; STEWART *et al.*, 2000; MAKOUL, 2001; KURTZ *et al.* 2003; PENDLETON & HAVELOCK, 2004; BORREL, 2004; FORTIN VI *et al.*, 2012) e de princípios da comunicação centrados nas relações.

FASES, TAREFAS E PROCESSOS DO ENCONTRO CLÍNICO

Para fins didáticos, subdividimos o encontro em aspectos que devem ser realizados antes de iniciar o encontro, durante todo o encontro e em cada uma de suas fases.

1. Antes de iniciar o encontro, algumas ações facilitarão a consulta toda. É importante:

- 1.1. perceber como você está se sentindo, em termos de disposição e emocionalmente, e concentrar-se;
- 1.2. rever as informações disponíveis no prontuário em consultas de retorno;
- 1.3. organizar o ambiente em que será feito o encontro
 - 1.3.1. em relação a espaço, disposição dos móveis, para proporcionar conforto para o paciente e seus acompanhantes e para você;
 - 1.3.2. para evitar barreiras de comunicação, como ruídos, interferências e objetos que possam se interpor entre médico e paciente, como por exemplo o computador; e,
 - 1.3.3. para garantir a privacidade

2. Durante todo o encontro, há aspectos que devem ser demonstrados ou construídos, entre eles

- 2.1. demonstrar atitudes de profissionalismo (MEDICAL PROFESSIONALISM PROJECT, 2002; ARNOLD; STERN, 2006; BIRDEN *et al.*, 2014), incluindo respeito à “diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural”, letramento, escolhas e preferências e “demais aspectos” “que singularizam cada pessoa ou [...] grupo social”, ética, confidencialidade, apoio à autonomia e responsabilidade por segurança (BRASIL, 2014);
- 2.2. construir e manter o vínculo, considerando que devemos
 - 2.2.1. receber e tratar o paciente com cordialidade e fazê-lo sentir-se confortável e à vontade para fazer perguntas e expressar sua opinião;
 - 2.2.2. a escuta qualificada, atenta, ativa ou generosa é terapêutica em qualquer relação. Para realizá-la devemos escutar o que o paciente fala de forma espontânea e em resposta a nossas perguntas, prestando atenção ao que ele fala, sem emitir opinião ou julgamento, nem desviar o assunto, sem dar conselhos, e facilitar a continuidade de sua fala por meio da comunicação não verbal, como, por exemplo, sinalização com a cabeça ou paraverbal, dizendo “Ham Ham”. Outra estratégia de facilitação é usar perguntas de esclarecimento (“me explica melhor”, “o que o senhor quer dizer com...”). É importante ouvir sem preconceitos, evitar rotular as

peessoas ao vê-las e ouvi-las e deixar de lado o hábito de buscar “soluções para tudo” (BORRELL, 2004).

- 2.2.3. perceber e refletir reflexão sobre as emoções e reações que o paciente nos suscita, prestando atenção a como e ao que falamos e sua congruência com o que expressamos de forma não verbal, incluindo nossas expressões faciais, tom de voz, contato visual e postura, entre outros. Borrel (2004) afirma que, muitas vezes, “escutar dói”, sendo importante que cada profissional perceba seus sentimentos e aprofunde o conhecimento sobre suas próprias zonas de irritabilidade nas relações interpessoais, identificando os fatores que interferem no campo transferencial no de interação. Muitas vezes, durante a escuta, temos tendência a reagir e, portanto, devemos nos observar para não reagir de maneira imediata e dar-nos a oportunidade de pensar com maior clareza. A reatividade do entrevistador refere-se ao tempo que ele demora para intervir depois da fala do paciente. Profissionais com alta reatividade, interrompem com frequência a fala do paciente, antes que ele termine de falar. O silêncio deve ser valorizado como uma oportunidade necessária e importante para que o paciente reflita sobre o que está acontecendo e vivencie e expresse suas emoções, e, também para que nós possamos refletir e sentir, não devendo ser visto como um peso, mas sim como um espaço para novas possibilidades;
- 2.2.4. observar como nos comportamos frente a fatores que interferem na consulta, como por exemplo, o computador, prestando atenção quanto à frequência com que dirigimos nosso olhar para ele em vez de para o paciente, ou se o telefone celular está nos distraindo;
- 2.2.5. acolher o choro como linguagem;
- 2.2.5. reconhecer pistas verbais e não verbais sobre assuntos que devem ser abordados em maior profundidade (como por exemplo, ao responder uma pergunta sobre o uso de álcool, a pessoa olha para o lado, coça a orelha e diz “um pouco”);
- 2.2.6. reconhecer as emoções e os sentimentos expressos de forma clara ou por pistas verbais e não verbais pelo paciente;
- 2.2.7. responder com sensibilidade e empatia às preocupações, emoções e aos sentimentos expressos pelo paciente, com uso apropriado de comunicação verbal e não verbal e comunicando nossa percepção sobre eles, legitimando-os, demonstrando respeito, apoio, parceria e solidariedade, demonstrando que se importa e quer ajudar. Alguns profissionais, para atenuar a própria tensão que sentem quando um paciente chora ou demonstra preocupações e ansiedade, dão uma resposta como “Fica tranquilo que tudo vai dar certo”. Esse comportamento de dar certezas prematuras deve ser sempre evitado e se caracteriza como uma forma de evitar o assunto, ou seja, uma rejeição educada, que, infelizmente, é geralmente aprendida em nossos relacionamentos sociais. (Bernstein et al, 1985). Em vez disso, para uma resposta empáticas, as seguintes habilidades e atitudes podem ser usadas e devemos utilizar algumas delas conforme a situação e o momento:

- 2.2.7.1. Nomear a emoção, quando ela for demonstrada, mas não estiver totalmente explícita, como no caso de choro que evidencia a tristeza, com sentenças que incluam “me parece que o senhor está sentindo [emoção identificada pelo médico, como por exemplo, triste, com raiva, com medo]” ou “imagino como isso deve estar sendo [emoção ou sentimento expressos pelo paciente como consequência da situação e identificados pelo médico, por exemplo, difícil, preocupante, estressante] para o senhor”. Nunca devemos dizer que sabemos o que o paciente está sentindo, pois nossa percepção sobre a emoção presente pode ser muito diferente da emoção que ele sente. Lembrando o que Carl Rogers afirmava, pode-se tentar dizer “parece que...” ou “tenho a impressão que...”.
- 2.2.7.1.1. se o paciente não expressar seus sentimentos ou emoções em um contexto carregado emocionalmente, podemos perguntar como ele está se sentindo emocionalmente.;
- 2.2.7.1.2. legitimar (validar) a emoção, pois muitas pessoas acham que o que estão sentindo não é válido ou não será levado a sério. Neste caso, frases como por exemplo “a maioria das pessoas que passassem por isso, também se sentiriam assim” ou “Isso não é nada fácil de enfrentar”;
- 2.2.7.1.3. Respeito/admiração, expressos por frases como por exemplo “admiro sua capacidade de lidar com tudo isso”;
- 2.2.7.1.4. Apoio à situação em que o paciente se encontra, expresso por frases como “enfrentar esta situação requer muita força” ou “pode contar comigo no que eu puder contribuir”; ou que demonstre que acompanharemos e apoiaremos o paciente, como por exemplo “vou continuar te acompanhando, pode contar comigo”.
- 2.2.7.1.5. Parceria, com frases como “vamos trabalhar juntos para buscar um plano...”;
- 2.2.7.1.6. Pedido de desculpas – ocasionalmente, percebemos que algo que falamos ou fizemos levou o paciente a mudar sua expressão. Neste caso, perguntamos: “- Eu falei ou fiz algo que lhe incomodou?”. Caso o paciente expresse o que aconteceu que o incomodou e isso foi precipitado de alguma forma por você, é importante pedir desculpas.
- 2.3. manter a organização, prestando a atenção a fluxo das consultas e do encontro, ao gerenciamento do tempo e à disposição de móveis e de papéis na mesa;
- 2.4. compartilhar informações de forma oportuna, com comunicação verbal oral e escrita clara, organizada, adequada para cada faixa etária, ciclo de vida, cultura e outras características do paciente. A comunicação oral deve ser compreensível, sem termos técnicos, com poucas informações por vez, com utilização de recursos escritos e/ou ilustrados (imagens, diagramas, desenhos e modelos tridimensionais), se possível, para facilitar compreensão, sínteses frequentes para verificar compreensão mútua, identificação sobre o que pessoa sob cuidado e acompanhantes já sabe(m), o que quer(em) saber, solicitação de sínteses para verificar compreensão e fornecimento de explicações adicionais, se necessárias. A comunicação não verbal [abrangendo paralinguagem (tom e volume da voz, ritmo da fala, pronúncia, pausas e preenchimentos vocais), cinésica (postura, gestos, expressões faciais e movimentação no

ambiente), proxêmica (ou prossêmica), que representa o espaço físico interpessoal, taquésica (relativa ao toque), apresentação pessoal / aparência, odores, cronêmica (uso do tempo na comunicação) e arranjo físico espacial de pessoas ou de móveis] deve ser congruente com a verbal, pois é ela que qualifica a interação humana, dando sentido ao veicular as emoções. Quantas vezes escutamos uma pessoa falar algo, mas, ao ver como ela fala, percebemos que ela está pensando diferente? Isso ocorre porque sentimentos e emoções são expressos por meio da comunicação não verbal. A comunicação verbal escrita deve ser legível, quando escrita à mão;

- 2.5. registrar as informações em prontuário / ficha de atendimento e outros documentos, preenchendo todos os campos requeridos e com redação organizada, legível, se escritos à mão, e identificação, carimbo e assinatura / certificação digital, e explicação utilizando-se recursos adicionais escritos e / ou ilustrados, sempre que possível
- 2.6. incentivar a participação ativa e frequente do paciente e seus familiares, fazendo perguntas abertas sobre suas experiências, perspectivas, preferências, seus valores e decisões, escutando atentamente as suas respostas.

3. Comunicação em cada fase do encontro

- 3.1. O *início do encontro* constitui-se da construção inicial do vínculo (demonstrando nossa preocupação em atender o paciente da melhor forma possível, sendo ele o centro de sua atenção, o que faz com que ele se sinta mais tranquilo e confiante para falar sobre suas preocupações) e da pactuação das demandas do paciente e do médico (agenda).
 - 3.1.1. Construção inicial do vínculo:
 - 3.1.1.1. Recepção do paciente com educação e cordialidade, com um sorriso, fazendo contato visual que o deixe confortável e mantendo um tom de voz suave, chamando-o por seu nome e apresentando-se;
 - 3.1.1.2. Ao entrar no consultório, deve-se cuidar para que o paciente e seus acompanhantes se sentem e fiquem a vontade;
 - 3.1.1.3. Início da conversa - é conveniente iniciar com uma conversa social (que pode ser relativa ao tempo que demorou para chegar ao ambulatório, à opinião dele sobre a comida entre pacientes internados ou sobre a família, entre outras) para que descontrair um pouco, pois, muitas vezes, o paciente está cansado ou estressado, tenso e preocupado com a consulta. A atenção deve estar totalmente voltada para o paciente e não para papéis ou para o computador.
 - 3.1.1.4. Reconhecimento de barreiras para a comunicação – devemos admitir barreiras, tais como o uso do computador, sons externos ou outros elementos, dizendo para o paciente que tentaremos minimizar seu efeito na consulta. Recepção cordial de todo(a)s, com cumprimentos e apresentações.

3.1.2. Pactuação da “agenda” de pessoa sob cuidado e de médico(a)

- 3.1.2.1. Inicialmente, devem ser perguntados os motivos (queixas, preocupações e outras causas) ou a lista de motivos para se que fizeram o paciente buscar a atenção para sua saúde, ou seja, a agenda do paciente e escutar tudo o que ele tem a falar, sem interrompê-lo, para que ele fale sobre suas demandas e queixas. Para garantir que todos os motivos sejam expressos, após término da fala espontânea, pergunta-se: “Algo mais?”, “Mais algum motivo de consulta?”, até que o paciente afirme que não tem mais nada a acrescentar. Sabe-se que, que o primeiro problema relatado nem sempre é o que mais preocupa o paciente (SILVERMAN, 1996), mas, para se sentir à vontade para contar o que mais o preocupa, ele sente dificuldade para mencioná-lo e precisa sentir confiança no médico e sua abertura para escutá-lo. Barsky (1981) denomina como agenda oculta os motivos de consulta importantes, os quais o paciente sente dificuldade de falar, por ansiedade ou medo, e estudos mostram que, nem sempre, todas as demandas são expressas pelo paciente (BELL *et al.* 2001, OSPINA *et al.*, 2019). Enquanto a palavra demanda significa a expectativa do paciente quanto ao que ele espera que o médico solucione, ou seja, tal como um pedido de algo que lhe pode ser dado, a palavra queixa significa, segundo Borrel (2004) um lamento por algo que se sente. Esgotar as demandas do paciente na fase inicial, evita demandas adicionais ao final da consulta e, mesmo que o paciente tenha muitas demandas, é melhor saber no início, pois ele, provavelmente, tentará expressá-las em outro momento da consulta, e alguns pacientes que não conseguem falar todos os motivos para procurar o médico no início ou ao longo da consulta, acabam tentando falar sobre elas quando já estão saindo, na porta do consultório (chamado como “sinal da maçaneta”), o que não é produtor nem para ele nem para o médico;
- 3.1.2.2. Após conhecer toda a agenda do paciente, devemos fazer uma síntese sobre ela. Quando as demandas forem muitas e não relacionadas entre si, pergunta-se quais são as prioritárias para o paciente.
- 3.1.2.3. O médico também pode ter demandas, especialmente em consultas de retorno, para controle de problemas de saúde. Neste caso, após ouvir as demandas do paciente, sintetizá-las e conhecer quais são as prioritárias para o paciente, ele deve explicar que também tem demandas e listá-las e, novamente, pactuar o que será abordado naquela consulta. Dessa forma, há uma pactuação sobre as prioridades do encontro, com base nas demandas do paciente e do médico.

3.2. *Obtenção de história biopsicossocial, cultural, espiritual e contextual:* nesta fase são inicialmente coletadas informações predominantemente por meio de perguntas abertas e, posteriormente, passa-se para a obtenção de informações biomédicas não fornecidas de forma espontânea com predomínio de perguntas fechadas. Questões abertas são aquelas que possibilitam a fala espontânea e não podem ser respondidas de forma breve como nas

questões fechadas, que apenas possibilitam respostas do tipo “Sim/Não” ou “Muito/Pouco”. Detalhamos a seguir alguns processos dessa fase.

- 3.2.1. Pedimos para o paciente contar mais sobre suas preocupações e o contexto das queixas ou demandas, desde que elas iniciaram, e fazemos questões abertas para que ele conte de forma espontânea aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais nos detalhes que quiser. Fazemos a escuta atenta, sem interrupção, valorizando e legitimando sua fala, dando-lhe liberdade sobre o conteúdo que quer abordar em suas respostas. Buscamos compreender os significados do adoecimento em sua vida (causas que influenciaram o seu adoecimento e impacto do adoecer nas várias dimensões de sua vida), suas perspectivas sobre suas causas e considerações sobre suas consequências, o que já fez, valores, crenças, preocupações, necessidades, medos e outros sentimentos, preferências e expectativas, bem como sua história de vida e experiências nos seus diversos contextos de interação (familiar, de trabalho, comunidade, rede de apoio) e sua cultura e espiritualidade. Nesta etapa, evita-se perguntas fechadas e/ou que induzam uma determinada resposta ou perguntas que forneçam informações como “o senhor está tomando a medicação X duas vezes ao dia?”, pois a resposta nem sempre será confiável. Neste caso, a melhor forma de perguntar seria: “Me conte como o senhor está tomando a medicação”.
 - 3.2.2. Ficamos inicialmente em silêncio, facilitando a fala do paciente e prestamos também atenção a pistas não verbais e verbais das emoções e, quando presentes, respondemos de forma empática. É importante fazermos silêncio, demonstrando de forma não verbal nossa atenção e sensibilidade, quando houver momentos de forte tensão emocional, como choro ou raiva, dando tempo para que o paciente possa elaborar suas emoções;
 - 3.2.3. A elaboração de sínteses frequentes, à medida que avança esta fase é fundamental para que o paciente reconheça como o médico está acompanhando o que ele fala e, também, para que possa corrigi-lo, caso ele não tenha compreendido com precisão o que o paciente contou.
 - 3.2.4. Registramos as informações relevantes, sempre com a preocupação de manter a atenção principalmente ao paciente;
 - 3.2.5. Informamos então ao paciente que passaremos para uma etapa do encontro com perguntas mais específicas e fazemos questões fechadas biomédicas e sobre sinais e sintomas, história mórbida pregressa e familiar, hábitos e comportamentos de riscos e outros aspectos não contados pelo paciente de forma espontânea, para completar o raciocínio clínico;
- 3.3. *Exame físico*: após a obtenção das informações acima, explicamos para o paciente que chegou o momento de iniciarmos o exame físico e solicitamos seu consentimento para realizar esse processo. Ao realizar o exame físico, esclarecemos os procedimentos e achados, à medida que o realizamos.

3.4. Compartilhamento de informações e incentivo à participação do paciente: Após o exame físico, algumas etapas devem ser realizadas ao compartilharmos as informações:

- 3.4.1. devemos retomar o que preocupava o paciente ou suas demandas e perspectivas e explicar a hipóteses diagnósticas que aventamos, com base em nosso raciocínio clínico a partir da história e do exame físico. A comunicação verbal e não verbal e o uso de recursos adicionais devem seguir a maneira citada para compartilhamento de informações ao longo de todo o encontro. Regulamos o que falamos, fornecendo poucas informações por vez, sempre perguntando o que o paciente sabe e quer saber sobre o que falamos, para considerarmos o que falaremos em seguida. Também perguntamos com que detalhamento ele quer as informações, pois, nem sempre, o paciente quer detalhes. Quando há incertezas, é fundamental esclarecer seus motivos para o paciente;
- 3.4.2. explicamos as investigações requeridas, seus motivos e objetivos;
- 3.4.3. esclarecemos as possibilidades terapêuticas e / ou de procedimentos (ou a sua falta), sempre considerando as evidências científicas, as práticas de cuidado e cura relatadas pelo paciente e a opção por não se tratar, e explicamos as incertezas quanto às opções, quando presentes, e a resposta esperada dessas opções, a duração do tratamento, seus benefícios, riscos, custos, disponibilidade de medicamentos e serviços, desfechos potenciais em relação à saúde física e mental, quando pertinentes, as incertezas quanto à resposta e o prognóstico provável.

3.5. Construção compartilhada do plano terapêutico: nesta fase, após construção conjunta do plano terapêutico, o qual é posteriormente redigido, verificando-se sempre a compreensão do paciente, seguindo-se alguns processos:

- 3.5.1. o diálogo deve ser estimulado e incentivar o paciente a manifestar suas perspectivas e preferências e a se envolver na tomada de decisão sobre o seu tratamento. Sabe-se, porém, que, apesar de a maioria dos pacientes desejar participar das tomadas de decisão, em algumas situações, alguns pacientes e / ou seus familiares preferem não participar, tornando-se importante identificar o quanto eles querem se envolver neste processo e se têm ou sentem necessidade de apoio social ou psicológico para fazê-lo. Uma vez que demonstrem querer, devemos construir o plano conjunto de forma conjunta com eles, para chegar a um acordo mútuo sobre a melhor opção terapêutica ou decisão sobre manejo a ser tomada. Para propiciar essa construção, para facilitar a compreensão do paciente, encorajamos sempre que o paciente faça perguntas e esclareça suas dúvidas.
- 3.5.2. O plano deve basear-se nas evidências científicas e nos valores do paciente e preferências, o que requer flexibilidade para adequar o tratamento à rotina e hábitos do paciente. Portanto, o ideal é que nos coloquemos como um guia, compartilhando informações, indicando alternativas para o paciente e facilitando sua escolha entre essas alternativas, discutindo com ele as barreiras e os facilitadores para adesão ao tratamento e buscar junto ao paciente as

melhores estratégias para lidar com os desafios previstos. Dessa forma, o paciente compreende melhor sua condição de saúde, se responsabiliza mais por seu cuidado e tem mais autonomia para seguir o plano e maior adesão e obtém melhores resultados em sua saúde. Muitas vezes, a tomada de decisão envolve familiares e / ou outros membros da equipe de saúde, sendo necessário mediar conflitos, para conciliar visões divergentes. Cabe lembrar que orientações formuladas de forma personalizada com base no conhecimento da história individual e única de cada paciente resultam em melhores resultados da consulta. (STEWART *et al.*, 2000). Por outro lado, explicações, conselhos e recomendações são compartilhados de forma inespecífica, não personalizada e de forma unidirecional, verticalizada, como por exemplo, você deveria “praticar sexo seguro” ou “deixar de fumar”, tendem a ser pouco efetivas. Ainda, a culpabilização do paciente por um estilo de vida perigoso, geralmente aprendido na família, ou por ter uma patologia em que ele teve comportamento que o colocou em maior risco (como, por exemplo, culpar o paciente com câncer de pulmão porque ele fuma) é uma arma mais defensiva do que agressiva. Repreender é um dos atos mais típicos de uma relação paternalista e nosso papel deve ser estimular a autonomia das pessoas e não fazer acusações ou culpabilizar (BORRELL, 2004).

3.5.3. Redigimos então o plano, com a prescrição e orientações, explicando-os, preferivelmente, com recursos escritos ou ilustrados para melhor compreensão, solicitamos exames para investigação, quando necessários, e redigimos outros documentos, entre eles encaminhamentos e outros documentos legais pertinentes à situação de saúde do paciente.

3.6. *Fechamento do encontro* - nesta fase, nos certificamos da compreensão do paciente sobre o plano terapêutico e nos despedimos, seguindo os seguintes passos:

3.6.1. Para verificarmos a compreensão do paciente, em vez de solicitar para ele “repetir” ou “falar” o que foi combinado, que pode lhe causar desconforto, geralmente dizemos: “- Quando você chegar em casa e alguém lhe perguntar o que conversamos e combinamos, o que você vai dizer?” ou “- Nossa, eu falo demais! Me desculpa. Você poderia me fazer um resumo sobre tudo que conversamos? ou ainda “- Hoje falamos de várias coisas. Me diga, à sua maneira, o que fará até o próximo atendimento.” Após ouvir o paciente, devemos ressaltar o que ele já lembrou e recordar aspectos que ele não mencionou. Tem sido comprovado que os pacientes retêm mais as informações quando este processo é realizado.

3.6.2. Agendamos o retorno e fornecemos nosso contato, quando apropriado;

3.6.3. Nos despedimos, de maneira cordial. Apesar de solicitarmos a lista dos motivos da consulta no início da consulta, alguns pacientes trazem mais queixas ou demandas quando o encontro está, praticamente, finalizado. Neste caso, cabe avaliarmos se devemos reiniciar a entrevista ou se, de forma sensível dizer: “- Isso que você está me contando é muito importante e merece ser analisado com mais tempo. Como o nosso tempo hoje acabou, o que acha de marcarmos outra consulta?”.

FINALIZANDO

Lembramos que as fases, processo e tarefas do encontro clínico especificados são apropriados para consultas de rotina e devem ser adaptados para faixa etária, ciclos de vida, especialidades e para as características de cada paciente e familiar e que, dependendo do contexto em que ocorrer, o encontro deverá conter aspectos adicionais para sua adequação.

Esperamos que sua leitura para apoiar o módulo contribua para que seus encontros com o paciente e seus familiares, com a equipe de saúde e outras pessoas envolvidas no cuidado à saúde lhe tragam maior satisfação e melhores resultados na saúde e na segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ABIM Foundation *et al.* Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 136, n. 3, p. 243-246, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>. Acesso em: 13 out. 2021.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARNOLD, Louise; STERN, David Thomas. What is medical professionalism. **Measuring medical professionalism**, [S.l.], p. 15 - 37, 2006.

ARORA, Neeraj K. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. **Soc. Sci. Med.**, [S.l.], v. 57, n. 5, p. 791-806, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00449-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00449-5). Acesso: 20 fev. 2020

BACHMANN, Cadjia *et al.* A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. **Patient education and counseling**, [S.l.], v. 93, n. 1, p. 18-26, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>. Acesso: 20 fev. 2020

BACHMANN, Cadjia *et al.* Communication in health professions: a European consensus on inter- and multi-professional learning objectives in German. **GMS Journal for Medical Education**, Alemanha, v. 33, n. 2, 2016. <https://dx.doi.org/10.3205/zma001022>.

BALINT, Enid. The possibilities of patient-centered medicine. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 17, p. 269-273, 1969. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/pdf/jroyalcgprac00372-0009.pdf>. Acesso: 20 fev. 2020

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BALINT, Michael; BALL, Dorothea H.; HARE, Mary L. Training medical students in patient-centered medicine. **Comprehensive Psychiatry**, [S.l.], v. 10, n. 4, 1969. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(69\)90001-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(69)90001-7). Acesso: 20 fev. 2020

BARSKY III, Arthur J. Hidden reasons some patients visits doctors. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 94, p. 492-8, 1981. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-94-4-492>. Acesso em: 13 out. 2021.

BEACH, Mary Catherine; INUI, Thomas S., The Relationship-Centered Care Research Network. Relationship-centered Care: A Constructive Reframing. **Journal of General Internal Medicine**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 3-8, 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x>. Acesso em: 13 out. 2021.

BECKMAN, Howard B.; FRANKEL, Richard M. The effect of physician behavior on the collection of data. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 101, n. 5, p. 692-6, 1984. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>. Acesso em: 13 out. 2021.

BELL, Robert A. *et al.* Unsaid but not forgotten: Patients' unvoiced desires in office visits. **Archives of Internal Medicine**, [S.l.], v. 161, n. 16, p. 1977-1984, 2001. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.16.1977>. Acesso em: 13 out. 2021.

BIRDEN, Hudson *et al.* Defining professionalism in medical education: a systematic review. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 47-61, 2014. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.850154>. Acesso em: 13 out. 2021.

BORRELL, Francesc. **Entrevista clínica**: manual de estratégias prácticas. Barcelona: SEMFyC, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2014.

BREDART, Anne; BOULEUC, Carole; DOLBEAULT, Sylvie. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. **Current Opinion in Oncology**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 351-354, 2005. <https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167734.26454.30>. Acesso em: 13 out. 2021.

CHOU, Calvin; COOLEY, Laura. **Communication RX**: transforming healthcare through relationship-centered communication. New York: McGraw-Hill, 2018.

DOHMS, Marcela; GUSSO, Gustavo. **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2020. 348 p.

DREXEL UNIVERSITY COLLEGE OF MEDICINE - ACADEMY OF COMMUNICATION IN HEALTHCARE. **DOCCOM**. Version 6.2, 2019. Disponível em https://webcampus.drexelmed.edu/doccom/user/static/home/home_module_list_V5.asp?myAction=aboutDoccom. Acesso em: 13 out. 2021.

ENGEL, George. The clinical application of the biopsychosocial model. **American Journal of Psychiatry**, v.137, n. 5, p. 535-544, 1980. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>. Acesso em: 13 out. 2021.

ENGEL, George. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p.129-136, 1977. <https://doi.org/10.1126/science.847460>. Acesso em: 13 out. 2021.

FALLOWFIELD, Lesley J. *et al.* Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. **BMJ**, v. 301, n. 6752, p. 575-80, 1990. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.301.6752.575>. Acesso em: 13 out. 2021.

FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin n. 4, New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. 346 p. Disponível em http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf. Acesso em: 13 out. 2021.

FORTIN, H. Auguste *et al.* **Smith's Patient-centered interviewing**: an evidence-based method. 3. ed. NY, USA: Mc Graw Hill, 2012.

GARCIA DE LEONARDO, Cristina *et al.* A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 99, p. 1-16, 2016. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12909-016-0610-8>. Acesso em: 13 out. 2021.

GITTELL, Jody Hoffer *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. **Medical Care**, v.38, n. 8, p. 807-19, 2000. <https://doi.org/10.1097/00005650-200008000-00005>. Acesso em: 13 out. 2021.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. Relação médico-paciente terapêutica e a formação médica: proposta para um construto com foco na ética, na cidadania e no cuidado nas interações. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio (comp.). **Educação médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, Cap. 8. p. 131-173, 2011a.

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, Cap. 11. p. 223-257, 2011b.

HALL, Judith A; ROTER, Debra L; RAND, Cynthia S. Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 22, n.1, p. 18-30, 1981.

HENBEST, Ronald J. Patient-Centred Care: A Review of the Concept. *S. Afr. Farn. Pract.*, v. 10, n. 9, p. 454-63, 1989.

HESZEN-KLEMENS, Irena; LAPINSKA, Elzbieta. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Social Science e Medicine*, v. 19, n. 1, p. 9-18, 1984. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90132-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90132-1). Acesso em: 13 out. 2021.

HOJAT, Mohammadreza *et al.* Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, v. 86, n. 3, p. 359-364, 2011. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3182086fe1>. Acesso em: 13 out. 2021.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *In: Dicionário Houaiss da língua portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 2683.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee On Quality Of Health Care In America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Washington, DC: The National Academies Press, 2001. 360p. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>. Acesso em: 13 out. 2021.

KELLEY, John M. *et al.* The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, v. 9, n. 4, 2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>. Acesso em: 13 out. 2021.

KIESSLING, Claudia *et al.* On behalf of the Committee "Communication and Social Competencies" of the Association for Medical Education. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement.: Results of a Delphi Survey. **Patient education and counseling**, v. 81, n. 2, p. 259-266, 2010. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1071.269&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

KURTZ, Suzanne *et al.* Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academi Medicine*, [S.l.], v. 78, n. 8, p. 802-809, ago. 2003. Ovid Technologies

(Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>. Acesso em: 13 out. 2021.

KURTZ, Suzanne; SILVERMAN, Jonathan; DRAPER, Juliet. **Teaching and learning communication skills in medicine**. 2. ed. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2005.

LEININGER, Madeleine. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. **Journal of Transcultural Nursing**, v.13, n. 3, p. 189-192, 2002. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>. Acesso em: 13 out. 2021.

LEVENSTEIN, Joseph H. *et al.* The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. **Family Practice**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 24-30, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>. Acesso em: 13 out. 2021.

LEVINSON, Wendy *et al.* Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. **J.A.M.A.**, [S.l.], v. 277, n. 7, p. 553-559, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9032162/>. Acesso em: 13 out. 2021.

LITTLE, Paul *et al.* Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. **B.M.J.**, [S.l.], v. 323, n. 7318, p. 908-911, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7318.908>. Acesso em: 13 out. 2021.

MAGUIRE, Peter; FAIRBAIRN, Susan; FLETCHER, Charles. Consultation skills of young doctors: II Most young doctors are bad at giving information. **B.M.J.**, [S.l.], v. 292, p.1576-1578, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.292.6535.1576>. Acesso em: 13 out. 2021.

MAGUIRE, Peter; PITCEATHLY, Carolyn. Key communication skills and how to acquire them. **B.M.J.**, [S.l.], v. 325, n. 7366, p. 697-700, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>. Acesso em: 13 out. 2021.

MAKOUL, Gregory. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 76, n. 4. p. 390-393, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>. Acesso em: 13 out. 2021.

MAKOUL, Gregory. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. **Patient Education and Counseling**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 23-34, out. 2001. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991\(01\)00136-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00136-7). Acesso em: 13 out. 2021.

MARVEL, M. K. *et al.* Soliciting the patient's agenda: have we improved? **J.A.M.A.**, [S.l.], v. 281, n. 3, p. 283-287, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283>. Acesso em: 13 out. 2021.

NOBLE, Lorraine. M. *et al.* Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education. **Patient Education and Counseling**, [S.l.], v. 101, n. 9, p. 1712-1719, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.04.013>. ABIM Foundation *et al.* Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 136, n. 3, p. 243-246, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>. Acesso em: 13 out. 2021.

OSLER, William. **The master-word in medicine**. Baltimore: John Murphy; 1903. Disponível em: <https://archive.org/details/b28060805/page/12/mode/2up>. Acesso em: 29 jan. 2022.

OSPINA, N. S. *et al.* Eliciting the patient's agenda-secondary analysis of recorded clinical encounters. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 36-40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5>. Acesso em: 29 jan. 2022.

PEABODY, Francis Weld. The care of the patient. **J.A.M.A.**, [S. l.], v. 88, n. 12, p. 877-882, 1927. Disponível em: doi:10.1001/jama.1927.02680380001001. Acesso em: 29 jan. 2022.

PENDLETON, David *et al.* **The new consultation: developing doctor-patient communication**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

RHOADES, Donna R. *et al.* Speaking and interruptions during primary care office visits. **Fam. Med.**, [S. l.], v. 33, n. 7, p. 528-532, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11456245/#:~:text=Residents%20averaged%20interrupting%20patients%20twice,for%20more%20interruptions%20than%20beepers>. Acesso em: 29 jan. 2022.

ROBINSON, Janice H. *et al.* Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, [S. l.], vol. 20, n. 12, p. 600-607, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>. Acesso em: 29 jan. 2022.

ROGERS, Carl R. Empathic: an unappreciated way of being. **The Counseling Psychologist**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 2-10, 1975. Disponível em: http://www.sageofasheville.com/pub_downloads/EMPATHIC_AN_UNAPPRECIATED_WAY_OF_BEING.pdf. Acesso em: 29 jan. 2022.

ROGERS, Carl R. Significant Aspects of Client-Centered Therapy. **American Psychologist**. n. 1, p. 415-422, 1946. Disponível em: <http://psychclassics.yorku.ca/Rogers/therapy.htm>. Acesso em: 05 dez. 2018.

ROST, Kathryn M. *et al.* Change in metabolic control and functional status after hospitalization. Impact of patient activation intervention in diabetic patients. **Diabetes Care**, [S. l.], v. 14, n. 10, p. 881-889, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/diacare.14.10.881>. Acesso em: 29 jan. 2022.

ROTER, Debra L, HALL, Judith A. Studies of doctor-patient interaction. **Annual Review of Public Health**, [S. l.], v. 10, p. 163-180, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.10.050189.001115>. Acesso em: 29 jan. 2022.

ROTER, Debra L. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. **Md. State Med. J.**, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 260-5, 1983. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6865482/>. Acesso em: 29 jan. 2022.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Bakhtin e os processos de desenvolvimento humano. **Journal of Human Growth and Development**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 745-756, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2022.

SILVERMAN, Jonathan. D.; KURTZ, Suzanne. M.; DRAPER, J. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching. The Set-Go method of descriptive feedback. **Educ. Gen. Pract.**, [S. l.], v. 8, p. 16-23, 1997.

SIMPSON, Michael *et al.* Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. **British Medical Journal**, v. 303, p. 1385-1387, 1991. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1671610/>. Acesso em: 29 jan. 2022.

STEWART, Moira *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. **J Fam Pract**, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11032203/>. Acesso em:

STEWART, Moira *et al.* Patient-centered **medicine**: transforming the clinical method. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1995.

SUTCLIFFE, Kathleen M.; LEWTON, Elizabeth; ROSENTHAL, Marilyn M. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. **Academic Medicine**, v. 79, n. 2, p. 186-94, 2004. DOI: [10.1097/00001888-200402000-00019](https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14744724/>. Acesso em: 29 jan. 2022.

TRESOLINI, Carol P. and the Pew-Fetzer Task Force. **Health professions education and relationship-centered care**. San Francisco, California: Healthforce Center at UCSF, 1994.

Disponível em: https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/RelationshipCentered_02.pdf. Acesso em: 13 out. 2021.

VON FRAGSTEIN, Martin *et al.* UK Council For Clinical Communication Skills Teaching In Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. **Medical education**, v. 42, n. 11, p. 1100-1107, 2008. Doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18761615/>. Acesso em: 13 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Patient safety curriculum guide**: multi-professional edition. Geneva: WHO, 2011. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>. [Tradução para o português - Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Marra Vera Neves; Sette Maria de Lourdes (coords.). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/9788555268502-por519565d3-e2ff-4289-b67f-4560fcd33b9d.pdf?sfvrsn=9e58a092_1. Acesso em: 10 jan. 2021.

ZOLNIEREK, Kelly B Haskard; DIMATTEO, Robin M. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Med care**, [S. l.], v. 47, n. 8, p. 826-834, 2009. DOI

<https://dx.doi.org/10.1097%2FMLR.0b013e31819a5acc>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728700/>. Acesso em: 13 out. 2021.