



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

JOÃO MANUEL JUSTO DA MOTA

***O REFORÇO DO COMPORTAMENTO NA RELAÇÃO
MÉDICO-DOENTE***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR CARLOS MANUEL BRAZ SARAIVA**

MARÇO DE 2015



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O Reforço do Comportamento na Relação Médico-Doente

João Manuel Justo da Mota¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

joaomjota@gmail.com

Março de 2015

Índice

Resumo.....	4
Abstract.....	4
Palavras-Chave/Keywords.....	5
Materiais e Métodos.....	5
Introdução.....	6
1. A Relação Médico-Doente.....	8
1.1. A Comunicação na Relação Médico-Doente.....	8
1.2. Modelos da Relação Médico-Doente.....	9
1.3. Complementaridade e Simetria, Empatia, Sensibilidade e Expressividade.....	11
1.4. Adesão e Satisfação.....	13
2. O Reforço dos Comportamentos.....	16
2.1. O Reforço Positivo e o Reforço Negativo.....	19
2.2. O Reforço na Relação Médico-Doente.....	22
2.3. A Comunicação e o Reforço Verbal e Não-Verbal.....	23
Discussão.....	31
Conclusão.....	34
Referências Bibliográficas.....	35

Resumo

A relação médico-doente é de índole eminentemente comunicacional, estando sujeita à norma da linguagem. O seu carácter único é definido pela sua assimetria e complementaridade, sendo a sua funcionalidade garantia de qualidade comunicacional e por conseguinte de maior satisfação com a interacção tanto por parte do doente como por parte do médico, assim como de adesão do doente à terapêutica prescrita pelo médico. Após revisão bibliográfica focando os modelos e atitudes de comunicação e suas características, assim como os mecanismos de reforço e as suas variantes, com vista a averiguar quais as suas condições específicas de maior potencial de efectividade, revelou-se que a adopção de um modelo centrado no doente (respeitando a abordagem biopsicossocial) é necessária à eficácia do reforço mas que, por outro lado, a sua adopção também implica o reforço do comportamento de comunicação do doente. Não sendo este um facto paradoxal, ambas as componentes concorrem, de forma directa e indirecta, para a adesão terapêutica.

Abstract

The physician-patient relationship is one of an eminently communicational propensity, being subject to the linguistic norm. Its unique character is one of an asymmetrical and complementary nature, once its functionality ensures a high degree of communication quality and hence a more satisfactory interaction for both patient and doctor and it also boosts the patient's adhesion to the doctor's prescribed therapy. After bibliographic revision focusing on the models and attitudes of communication and its characteristics as well as the mechanics of reinforcement and its variants purporting to ascertain their specific conditions of greater effective potential, the adoption of a patient-centred model (following the biopsychosocial approach) has revealed itself as necessary to the effectiveness of reinforcement although, on the other hand, its adoption also implies a reinforcement of the patient's communication. Without it being a paradoxical fact, both these elements combine, in a direct and an indirect

way, toward therapeutic adhesion.

Palavras-Chave/Keywords

Behaviour, Communication, Patient-Centered Care, Patient Compliance, Patient Satisfaction, Physician-Patient Relations, Reinforcement

Materiais e Métodos

Para a realização deste trabalho de revisão foi feita uma selecção de artigos a partir de vários termos de pesquisa na base de dados de língua inglesa *on-line* MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) através da plataforma de pesquisa PubMed (disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), a saber: *behaviour, doctor-patient relationship, empathy, nonverbal communication, operant conditioning, patient adherence, patient-centered care, patient compliance, patient satisfaction, reinforcement, social reinforcement, verbal communication*. Recorri ainda ao serviço de pesquisa bibliográfica do Serviço de Documentação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, tendo formalizado este pedido no dia 24 de Novembro de 2014, com o assunto “o reforço do comportamento na relação médico-doente” e data do ano de 1980 até ao presente. Para além disso solicitei ainda à Direcção do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra que me fosse facultada a consulta dos exemplares de 1980, 1982, 1990 e 1994 da revista *Psiquiatria Clínica*, editada pelo serviço, após consulta dos índices de todos os números editados até ao ano de 2014. Devido à reduzida quantidade de artigos e obras que relacionam os dois grandes temas deste trabalho (a relação médico-doente e o reforço dos comportamentos), e a uma certa ambiguidade do termo “reforço” ou “*reinforcement*”, a exclusão de artigos relevou-se mais frutuosa quando baseada em questões efectivamente temáticas do que em níveis de qualidade ou evidência. Quando tal foi no entanto necessário, recorri àqueles mais recentemente publicados. Finalmente tive ainda necessidade de recorrer a

pesquisa empírica, apoiado nas sugestões de leitura indicadas pelo meu orientador, o Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, assim como a pesquisa incidental à bibliografia que fui, de outro modo, construindo.

Introdução

A aplicação dos princípios semiológicos da Medicina decorre no campo de acção da comunicação interpessoal e privilegia a relação médico-doente por oposição à impersonalidade da técnica. A interacção entre médico e doente funciona deste modo como um eixo central sobre o qual toda a estrutura que une estes dois agentes invariavelmente roda. Uma vez que, como qualquer outra relação, é uma via comunicativa de sentidos opostos, a ausência de regras formais que não sejam as que assentam em bases ético-sociológicas e a natureza pouco exacta dos processos que a regem pode levar a situações de incongruência comunicativa – um potencial factor de insucesso da intervenção médica.

O médico, como profissional da comunicação, [1] verá em si a responsabilidade de construir uma relação com o seu doente, recebendo, codificando e descodificando e transmitindo informação [2] com vista a aferir as suas necessidades e a elaborar um plano adequado. Esta aliança entre médico e doente é definida, segundo Weiss e Lonquist, [2; p 249] por três dimensões-chave, a saber: a abordagem terapêutica (biomédica/biopsicossocial), os princípios éticos do médico (autonomia, beneficência) e a funcionalidade da comunicação.

O reforço de comportamentos é um mecanismo que faz parte do desenvolvimento social dos indivíduos e que fará com que os comportamentos encorajados (ou reforçados) sejam aprendidos e que aqueles que foram desencorajados ou ignorados sejam evitados. [3] Assim os *feedbacks*, retroacções, são fundamentais para o sucesso da aprendizagem. Através do reforço comportamental podem ser obtidos vários efeitos na relação médico-doente, como seja desenvolver a compreensão e a empatia e promover a confiança, a interacção e o envolvimento entre os indivíduos. [4] Para além disso é também, de forma indirecta, uma

ferramenta importante na adesão à terapêutica e no grau de satisfação do doente.

A elaboração de um artigo de revisão pressupõe reunir e analisar de forma crítica um acervo de literatura unida pelo seu conteúdo. O alvo deste trabalho será, por revisão do pecúlio biográfico disponível, relevar a importância da relação médico-doente e do uso de reforços comportamentais na mesma. Serão focados os modelos e atitudes de comunicação e suas características assim como os mecanismos de reforço e as suas variantes com vista a apurar as condições de maior potencial de eficácia.

1. A Relação Médico-Doente

A relação médico-doente, e por extensão a própria medicina, tem como desígnio 'aliviar e curar o sofrimento humano, facilitar o livre e natural desenvolvimento da pessoa, permitir a individuação, o desenvolvimento social, a realização do indivíduo'. [5; p 149]

É através da consulta médica que a relação médico-doente se desenvolve. Sendo a consulta um processo sequencial, padronizado e protocolar, [1] decorre em torno do cumprimento das tarefas de obtenção de informação, intervenção terapêutica e continuidade da construção da relação (permitindo que o processo se renove). Compreende assim a apresentação da doença por parte do doente, a tradução da mesma para códigos médicos e a fase prescritiva que encerra o plano de acção terapêutico. [2]

1.1. A Comunicação na Relação Médico-Doente

A comunicação é exercida como um ritual vinculador, na medida em que encerra a informação social procedente do 'interesse pelo interlocutor e pelos seus problemas assim como evidencia a disposição de o ouvir e de lhe responder'. [6: p 177] A razão de ser da comunicação na relação médico-doente consiste no estabelecimento de uma relação interpessoal funcional que decorre da forma como cada um dos participantes interage com o outro [7] e que permite a troca de informação com vista à tomada de decisões terapêuticas. [8,9] A sua qualidade pode ser aferida através de diversos sistemas de ferramentas (assentes em questionários, tecnologia de vídeo, *etc*) [10,11] e a análise da interacção havida tomará em conta variáveis distintas e apurará as consequências que vão desde o grau de satisfação com a mesma à adesão ao tratamento, à percepção da informação ministrada e ao estado geral de saúde. [9-24] A relação médico-doente é eficaz se for mantida de forma constante e continuada; o investimento necessário à sua instituição e funcionalidade rentabiliza-se na consecução do seu desígnio final de melhoria normativa da saúde. [25] O médico é, assim, um profissional da comunicação. [1]

Para ser efectivamente terapêutica [2] a comunicação na relação médico-doente terá de ser aberta e completa. Deverá explorar as questões físicas e psicossociais do doente, que por seu turno deverá fornecer ao médico a informação relativa a essas questões de forma também ela aberta e completa – e verá assim as suas dúvidas esclarecidas pelo médico – estabelecendo-se uma empatia mútua. Esta informação conseguida no desenvolvimento da relação médico-doente será consequência de uma atitude aplicada, disponível e compreensiva, posta ao dispor do doente de forma responsável e consciente. [25,26] Se não for adoptada uma atitude de comunicação apropriada, o encontro médico-doente será menos satisfatório para ambos os intervenientes. [9,27] Como obstáculos objectivos à sua implementação teremos, a saber: [2,8] o local do encontro, habitualmente um hospital ou centro de saúde, cujo ambiente poderá perturbar a disposição de comunicar do doente; a duração do encontro, sendo invariavelmente curta de mais para o desenvolvimento de uma relação funcional; a repercussão na disposição mental do doente da sua condição inerente à ausência de saúde; as diferentes expectativas de médico e doente, reflectindo a dificuldade em reduzir o aspecto psicossocial a sinais, sintomas, diagnóstico e terapêutica; e o estilo de comunicação do médico que poderá ser tentado a adoptar um estilo de comunicação controlador [13] contrariamente a um estilo de cooperação e participação mútua.

1.2. Modelos da Relação Médico-Doente

A relação médico-doente pode então evoluir de várias formas, seguindo modelos que vão desde os de autoridade e dependência, passando pela orientação e cooperação até à participação mútua (segundo o modelo de Szasz e Hollender da relação médico-doente). [2,28] Estando cada modelo adaptado a uma situação específica, consoante a forma como se desenvolve a relação ocorrerão diferenciações no modo como se trabalha a entrevista clínica e no sucesso da mesma. Deste modo, e no plano teórico, cada modelo relacional segue um padrão comunicacional que acaba por o definir. [28,29] Não sendo a adopção dos modelos, e

por conseguinte dos padrões comunicacionais, de natureza fixa e imutável, na prática o médico seguirá aquele modelo que mais lhe convier em dada altura. No entanto o modelo de comunicação centrado no doente é aquele que torna possível a apreensão do indivíduo objectiva e subjectivamente, de forma holística e contínua, apoiada numa atitude de compreensão empática, com vista ao uso de estratégias de promoção e prevenção da saúde, e atendendo sempre aos recursos e limitações do doente, observando os princípios éticos de respeito e autonomia, constituindo a referência da relação eficaz médico-doente, e representando por conseguinte a via para uma maior qualidade dos cuidados de saúde prestados e para melhores resultados terapêuticos. [9,16,17,20,25,27-41] Seguir este modelo implica [28,36,42] explorar a razão principal para a visita, assim como os receios e a necessidade de informação/esclarecimento; compreender de forma integrada e holística o doente; chegar a um acordo mútuo quanto à raiz do problema mas também quanto às medidas a aplicar na gestão desse mesmo problema; privilegiar a prevenção e a promoção da saúde; facilitar a continuidade da relação médico-doente. Para além dos benefícios para o doente também o médico terá oportunidade de conduzir a consulta de forma a rentabilizar o seu tempo [28,41,43] e a cometer menos erros de diagnóstico. [41] No entanto, [44] também o doente deverá assumir o seu próprio papel que, assentando na isenção de responsabilidade em cumprir certas obrigações sociais, lhe confere a obrigação de se querer ver curado, tomando os passos necessários (como consultar um médico) para o fazer. A assunção deste papel depende em larga escala do comportamento que cada indivíduo assume na doença, ou seja, da percepção e avaliação dos seus sinais e sintomas e das acções que consequentemente desenvolve.

Ora as características deste modelo definem-se pelo facto de seguirem um padrão comunicacional de natureza biopsicossocial [2] que tem como característica a emancipação do doente para lá da sua fisiologia e fisiopatologia, conferindo-lhe uma dimensão psicológica e um contexto social. Assim, o médico, por seu lado, assume uma função educativa enquanto

promotor da responsabilização e da mudança de comportamento. [1,2,4,15,25,40,45,46] Há que [44] compreender e identificar os valores, ideações e concepções expressas pelo doente, no seu todo, e integrá-las no conhecimento científico e psicológico. Desta forma uma perspectiva biopsicossocial, traduzindo uma relação de verdadeira mutualidade, reveste-se da maior importância, pois a semiologia médica por si só não revela o doente em toda a sua complexidade.

1.3. Complementaridade e Simetria, Empatia, Sensibilidade e Expressividade

A relação médico-doente é assimétrica e complementar. [1,21,45,46] A complementaridade e a simetria [1,7] são, por sua vez, processos de retroacção positiva, em congruência com as noções de confirmação ou rejeição da relação. Assim, e de um modo geral, subentende-se por simetria a adopção de uma disposição identificativa, compreensiva e mimética, enquanto que a complementaridade se manifesta pela adequação e ajustamento ao outro. [1] Na comunicação humana funcional está implícito um equilíbrio tanto simultâneo quanto intercalado destas duas atitudes de comunicação que tem como resultado a cooperação mútua, a integração socio-comunitária e a fluidez e o equilíbrio da ligação entre os intervenientes. [46] No caso específico da relação médico-doente, no entanto, podemos afirmar que se a nível relacional a relação médico-doente é complementar, ao nível dos conteúdos haverá uma aproximação à simetria (sem, contudo, alguma vez ser atingida, sob pena de a própria relação perder a sua funcionalidade e eficácia, [1] como é explicado à frente, sobre a empatia, no final desta secção), dando lugar à compreensão e empatia. Estas atitudes de comunicação [1,2,46,47] serão técnicas-chave na apreensão das subtilidades nas transacções entre médico e doente (seguindo o modelo biopsicossocial [1,2,4,25,40,45,46] como visto anteriormente), quando o interlocutor solicita uma forma de identificação, simbólica, com os vários papéis sociais representados pelo outro, assim como com as suas experiências, sentimentos e atitudes. [1] Isto exige, em primeira instância, o desenvolvimento

da capacidade de compreensão ideológica e emocional do outro e depois a transmissão do apreendido. Está implícito o entendimento do ponto de vista oposto, em que o foco é o indivíduo que apresenta o problema, por oposição à simpatia (que é centrada no ouvinte). [25] Francis W. Peabody, professor da Harvard Medical School, já em 1927 escreveu [48: p 877,882]:

'The significance of the intimate personal relationship between physician and patient cannot be too strongly emphasized, for in an extraordinarily large number of cases both the diagnosis and treatment are directly dependent on it ... One of the essential qualities of the clinician is interest in humanity, for the secret of the care of the patient is in caring for the patient.' (Nunca é demais salientar o significado da relação pessoal íntima entre o médico e o doente uma vez que num número extraordinariamente elevado de casos tanto o diagnóstico como o tratamento dependem directamente dela ... Uma das qualidades essenciais do clínico é ter o dom da benevolência porque o segredo de cuidar do doente está no interesse pelo doente)

Na verdade, também mais tarde Eibl-Eibesfeldt viria a dizer que a 'conversação ... é cuidada como um ritual vinculador', [6; p 177] na medida em que esta contém em si a informação social e decorre do desenvolvimento do interesse pelo interlocutor e pelos seus problemas, assim como disposição para o ouvir e para lhe responder, definindo-se assim a empatia ou a compreensão empática. Para tal é essencial ao médico pôr em prática a Sensibilidade (*decoding*) (no modelo de comunicação de Hall, [49] compreender a linguagem não-verbal do interlocutor) e a Expressividade (*encoding*, transmitir emoções) [25] recebendo, interpretando e dando resposta ao discurso não-verbal à medida que conduz a entrevista, colocando-se assim, simbolicamente, no lugar do doente. Na base deste comportamento será necessário existir um interesse genuíno pelo bem-estar do doente, o que por sua vez irá estabelecer um nexo de confiança. [4]

Segundo Rakel [4: p 151] quando se verifica que um dos interlocutores, consciente ou

inconscientemente, segue como modelo a linguagem corporal do outro, tal ocorrência constitui uma forma eficiente de criar empatia; de outro modo, a tentativa de ocultar informação ou fazer uso de uma comunicação verbal e não-verbal discordantes resultará na perda de empatia e da confiança no médico. Para além disto, também o sorriso [4,6,45,50,51] é um instrumento simples, potenciador de empatia. No entanto, é evidente a necessidade de cautela ao fazer uso da empatia enquanto se desempenha o papel de médico. É fulcral para a eficácia desta técnica a conservação da singularidade dos intervenientes [1] de forma a evitar a identificação total ou a projecção. Segundo Pio de Abreu: [1: p 83]

'... se o médico for de tal forma empático que se identifique com o doente, acabe por sofrer com ele e exteriorize emocionalmente este sofrimento, a simetria passa também para o nível da relação, o médico deixa de ter eficácia, e a relação terapêutica acaba por se desfazer'.

1.4. Adesão e Satisfação

O grau de satisfação do doente e a adesão à terapêutica constituem uma forma de aferição da concretização da empatia. [4,14,15,18,20,21,24,25,40] A adesão implica a colaboração entre o doente e o médico com vista ao sucesso terapêutico e representa um mecanismo de equilíbrio entre, por um lado, a necessidade relativa do doente de aceitar uma medida de responsabilização pela sua própria saúde [4] e seguir a prescrição médica e, por outro, não o fazer. Tal surge por oposição a, no inglês, *compliance* (“cumprimento”), [52] ou seja, a obediência cega à autoridade médica (paternalista) sem compreensão, sem responsabilidade e sem respeito pela identidade do doente, em contraste com a abordagem biopsicossocial. Na verdade, segundo o estudo de Martin *et al.*, [53] 40-50% dos doentes não cumprem as prescrições, chegando aos 70% com o aumento da complexidade do regime terapêutico e com a necessidade de alterações na rotina. Por outro lado se o doente sentir maior susceptibilidade à doença, se esta tiver influência no seu quotidiano e se a terapêutica for tida como eficaz, será mais provável a adesão. [2] Na base desta questão encontra-se o

processo comunicativo da relação [2,8,20] e a satisfação do doente com o mesmo. [9,14,20,21,40,53,54]

A satisfação com os cuidados de saúde, para além de ser um elemento bem estudado, [14,15,17,18,20,21,23,24,27,29-31,34,35,38-40,54-56] é ainda importante como aferidor da qualidade dos serviços prestados assim como preditor terapêutico (por correlação com a adesão, [31,32,41] por exemplo). Para Carr-Hill, [14] a comunicação havida no contexto da relação médico-doente é a principal causa de insatisfação no doente, enquanto outros estudos [4,15,20,23-25,40,54] apontam o uso adequado da proxémia e da compreensão empática, assim como a demonstração da capacidade de escutar e a adopção do método centrado no doente [2] como sendo os factores preditores de maior satisfação. Assim, o respeito [27] e a adopção de um determinado estilo comunicativo preferido pelo doente (assim como outros tipos singulares de escolhas e primazias [20]), apoiados no método centrado no doente poderão por si só potenciar o sucesso clínico na medida em que promovem a adesão e melhoram a satisfação, para além de integrarem os princípios éticos de responsabilização e autonomia. [2,4,20,33,40] As preferências do doente podem estar relacionadas com a quantidade e especificidade da informação partilhada, com a autonomia nas decisões ou com a adopção em traços gerais de um estilo comunicativo centrado no doente [55,57]; para além disso, e por forma a elicitar, clarificar e edificar organizadamente essas preferências (que dependem também da formatação que o médico dá à informação solicitada [40]), é necessária uma atitude pró-comunicativa pré-existente. [8] Jackson *et al.*, [22] no seu estudo, indicam determinados elementos comunicacionais específicos como a explicação causal de um sintoma e a duração previsível do mesmo como factores fortemente ligados à satisfação. Já outros estudos [15,20] sublinharam a importância que a partilha de informação por parte do médico com o doente tem na satisfação e na adesão. A abordagem centrada no doente está assim intrinsecamente ligada à satisfação com a consulta, [17,21,27,30-32,34,35,38,39,41] particularmente no conjunto de atitudes ligadas à empatia; [54] e o contrário ocorre quando é

empregue um estilo controlador por parte do médico. [17,30,34,54] Assim, segundo Maguire e Pitceathly, [58] não só os médicos que fazem uso das suas competências de comunicação identificam com maior precisão os problemas dos doentes, como eles próprios se sentem mais satisfeitos profissionalmente (embora segundo Kenny e seus colegas, [59] nem sempre a percepção da qualidade da comunicação seja igual no médico e no doente); os doentes não só ficam mais satisfeitos com os cuidados recebidos, como compreendem melhor o seu problema, a sua investigação e a sua terapia – assim como é potenciada a sua adesão à mesma e aliviado o potencial sofrimento psicológico decorrente de uma situação de doença. Outros estudos [31,38,39] evidenciam mesmo um melhor estado funcional, de saúde mental e de saúde emocional, uma maior resolução de sintomas, um melhor controlo sobre padrões fisiológicos e sobre a dor e uma menor necessidade de requisição de exames complementares de diagnóstico e de referências, quando é seguido o modelo centrado no doente.

2. O Reforço dos Comportamentos

O reforço de comportamentos específicos é um mecanismo que faz parte do desenvolvimento social dos indivíduos e cujo teor foi primeiro avançado, no século XIX, por Ivan Pavlov. [43,60] Na infância, por exemplo, a criança terá tendência para aprender e aplicar os comportamentos que foram encorajados (ou reforçados) e para evitar aqueles que foram desencorajados ou ignorados. [3] Assim as respostas, retroacções, são fundamentais no sucesso da aprendizagem.

A constituição do mecanismo de reforço assenta na capacidade da reacção/resposta e a sua consequência provável (o comportamento) poderem ser modificadas subsequentemente, segundo os princípios do condicionamento e comportamento operantes sugeridos por Skinner. [43,60,61] Assim, consoante o estímulo, o comportamento-alvo poderá sofrer um aumento (“reforço”), uma diminuição (“punição”, “castigo”, “extinção”) ou não sofrer alteração da sua frequência. No entanto, poderá haver também um controlo do estímulo, [3] que surge nas ocasiões em que uma certa acção só é passível de ter um efeito de reforço na presença de um estímulo específico (“estímulo discriminador”) que a acompanha, e que acaba por funcionar como um sinalizador para a possibilidade de um certo comportamento ser reforçado. Na entrevista clínica [62] as perguntas do interrogatório médico podem funcionar como estímulos discriminadores, efectuando o controlo de estímulo sobre o discurso do doente. Tal acontece na medida em que o médico dirige a entrevista através das respostas que o doente lhe fornece, avaliando-as como informação útil ou inconsequente. A pergunta sinaliza assim a possibilidade de a resposta (a reacção, o comportamento) ser reforçada, orientando o interrogatório e conferindo qualidade à comunicação.

Pela adaptação do “behaviourismo” (ou comportamentalismo, que se entende como o estudo do comportamento com base na análise da díade estímulo-reacção) à relação médico-doente é relevado que o conceito de reforço se prende com uma necessidade de atenção e validação que funcionam tanto como o seu propósito último como condições precedentes do

reforço em si. [3,63] A consciência de uma relação causal entre a acção realizada e o efeito desejado resultam de forma informativa e motivadora por oposição aos automatismos mecanicistas (“estímulo-reacção”) do “behaviourismo skinneriano” clássico. [60,61] Os seus instrumentos, como são a representação dos vários “estados do Eu” (de acordo com a teoria de “Análise Transaccional”*) assim como todas as variantes verbais e não-verbais da

* O conceito de estados do Eu surge na teoria de Análise Transaccional, desenvolvida por Eric Berne nos anos de 1950, [47,64,65] como sendo representações condicionais que cada indivíduo toma sobre si no contexto de uma relação interpessoal, traduzindo referências comportamentais de aparelhos de conformidade de interpretação e reflexão. [1,45,46,66] Adequa-se assim aos princípios de Watzlawick e da Escola de Palo Alto [1,3,7] ao servir como uma forma de avaliação do efeito tido pela comunicação nos interlocutores através da análise dos estados por eles manifestados. [46]

Segundo a interpretação de Berne [65; p 10] a primeira lei da comunicação estabelece que a mesma será fluida enquanto as transacções forem complementares e, em consequência disso, enquanto as transacções forem complementares a comunicação pode, em princípio, decorrer infinitamente. As transacções complementares simples ocorrem frequentemente na relação médico-doente, que pode no entanto sofrer perturbação por uma transacção cruzada, ou seja, pela emissão de estímulos entre interlocutores que manifestam estados diferentes. Por analogia, uma transacção complementar implica a troca de estímulos entre interlocutores que manifestam os mesmos estados.

O repertório de representações poderá agrupar-se em grandes categorias, a saber: “pai”, de natureza extero-psíquica, de representação parental; “adulto”, neo-psíquica, representando uma avaliação objectiva da realidade; e “criança”, arqueo-psíquica, de representação de estados ainda activos, retidos desde a infância. [65] Quanto mais se expandem estas grandes categorias (abrindo por exemplo espaço ao “pai crítico” ou “dedicado”, à criança “espontânea” ou “adaptada”) mais facilmente se obtém um modelo comportamental da relação médico-doente. [1] A todo o momento o indivíduo poderá assumir uma representação de estado do Eu diferente, como instigador ou como resposta a um qualquer estímulo social. [65] O doente que, fruto da sua dependência, egocentrismo e limitação temporo-espacial [1] (que define a sua própria condição de doente), se encontra num estado de infantilização (do ponto de vista desta teoria), irá generalizar um comportamento afectivo e emocional primitivo, transferido das relações reais havidas com outras figuras de autoridade, como os seus pais. [26] No entanto [1] este tipo de comportamento mobiliza no médico, por oposição, um papel patriarcal que, opondo-se ao modelo comunicacional apoiado na cooperação mútua já atrás explorado, resulta numa representação redutora

linguagem, terão um papel útil na orientação da relação médico-doente ao promover a interacção, o envolvimento e a confiança entre os indivíduos e no desenvolvimento da compreensão e da empatia. De forma indirecta constitui ainda o reforço uma ferramenta importante na adesão à terapêutica e no grau de satisfação do doente com os cuidados recebidos. [3,63,67]

Quando o estímulo é recorrente, o reforço perde eficácia. [60] Porém, quando o estímulo é prematuro, [44] ou seja, quando o doente sente que o médico ainda não colheu toda a informação necessária, poderá ser encarado como uma rejeição e, como tal, estará também desprovido de efeito. Assim, para o reforço ser eficaz tem que ser usado de forma apropriada, tanto no que diz respeito ao comportamento-alvo como à sua consequência. No entanto, como evidência da complexidade do seu uso, poderá existir ainda variação interpessoal (e até mesmo intrapessoal na medida em que o próprio indivíduo pode alterar a sua preferência consoante as ocasiões) quanto à preferência e eficácia de tipos específicos de reforço. [3] Sobre a utilização do reforço em enquadramento social, já Skinner alertava [60; p 299] para o facto de estímulos diferentes poderem ter o mesmo efeito, assim como um estímulo poder ter efeitos distintos consoante a ocasião. Não sendo o reforço, no contexto da relação médico-doente, um método infalível, é forçosa a necessidade de estabelecer as condições necessárias para uma maior probabilidade de sucesso. Assim, para que o reforço seja bem sucedido,

das acções e reacções que integram o processo comunicativo da relação e que não tem adequação salvo em contextos extremos, não devendo por isso ser confirmada. Visto que a adopção de um papel por parte do médico mais não é do que uma representação do comportamento que emprega na construção da relação médico-doente, tanto pode demonstrar [1,45] uma atitude de compreensão empática, fazer uso de juízos de valor e apelar à responsabilização do doente (como um “pai”), como proceder à avaliação clínica objectiva e elaborar um plano com ela concordante (como um “adulto”) como finalmente mostrar diligência e cumplicidade com o doente (como uma “criança”). O doente será por conseguinte emancipado do seu estado de dependência e poderá então assumir um papel activo na sua saúde, cumprindo-se assim o princípio ético da autonomia (por conferir auto-determinação), e garantindo ainda uma relação saudável e funcional, centrada no doente.

deverá ser estabelecida, sem ambiguidade, uma relação de contiguidade entre o reforço e o comportamento a alterar, mas também que seja usado o tipo de reforço apropriado, com a frequência apropriada, e nos momentos apropriados. [3]

Como foi visto no parágrafo anterior, se o estímulo for recorrente perderá a sua eficácia. Na necessidade de impedir esta situação o ideal é reforçar de forma intermitente (reforço continuado numa forma inicial e posterior redução). [3,60,61] Já a punição de um comportamento poderá funcionar de forma positiva (introduzindo um elemento desagradável) ou negativa (retirando um elemento benéfico), tornando menos provável a repetição de um comportamento específico. A punição, apesar de ser um modulador de comportamento comum e necessário, pode acarretar efeitos secundários perniciosos [26,68] que excedem o seu propósito comportamental primário, como são as reacções emocionais negativas dirigidas ao agente de reforço (médico), *etc.* Um método alternativo, a “extinção”, [60] sobrevém quando cessa o reforço de um certo comportamento, sofrendo este assim uma diminuição da sua frequência.

2.1. O Reforço Positivo e o Reforço Negativo

O reforço propriamente dito pode assim suceder como positivo ou negativo. [26] O reforço positivo ocorre quando um estímulo leva a um tipo de comportamento que decorre directamente desse estímulo e que não teria de outra forma ocorrido, causando ao mesmo tempo um aumento da sua frequência. [3,60] Poderão ser consideradas categorias de reforço positivo [3] o reforço primário, o reforço condicionado, o reforço sensitivo-sensorial, o reforço de actividade e o reforço social. O reforço primário recorre às necessidades biológicas essenciais, cujo significado e potencial de reforço é imediatamente aparente, no entanto, por razões óbvias, não apresenta critérios, nomeadamente éticos, para ser utilizado como influenciador directo do comportamento na relação médico-doente. O reforço condicionado, generalizado, [60] ou secundário, [3] é aquele cuja recompensa não tem valor intrínseco por si

só mas que pode apresentar uma reacção efectiva através de uma associação previamente estabelecida com reforços primários. Em termos práticos faz-se uso de recompensas simbólicas que poderão ser trocadas por bens e serviços de valor real, estabelecendo um enquadramento micro-económico. [69] Na relação médico-doente, exceptuando casos pontuais e de objectivos bem especificados e necessários, não será também uma variedade de reforço passível de utilização corrente. Continuando, o reforço sensitivo-sensorial, [3] cujo potencial de reforço depende da sua qualidade e quantidade específica, assenta no condicionamento de recompensas associadas aos sentidos (como a audição de música, a televisão, *etc*). De certa forma relacionado com estes dois tipos anteriores temos o reforço de actividade, que assenta no princípio de Premack, [3,61,70] e que por sua vez declara que não são os bens materiais que possuem a capacidade de reforço, mas sim a realização de actividades (mesmo que estas resultem na obtenção de bens). Este princípio implica que qualquer actividade que tenha baixa probabilidade de ocorrer pode ser estimulada se subordinada a uma outra actividade de alta probabilidade de ocorrência. Do ponto de vista teórico, parece existir potencial para o uso deste tipo de reforço; no entanto, exige um alto grau de controlo de actividade, o que entra em conflito com o modelo centrado no doente. O ideal, para que o doente mantenha a sua autonomia, será que seja este a subordinar a actividade-alvo (por exemplo, no contexto de uma prescrição dirigida a um doente sedentário, a prática de exercício físico moderado diário durante 30 minutos) a uma actividade que reconheça como prazerosa (logo de alta probabilidade; seguindo o exemplo anterior, a visualização de um programa televisivo). Assim, ainda que prescrito pelo médico, é o doente que irá determinar o sucesso deste tipo de reforço, que irá depender da sua compreensão da terapêutica e do mecanismo do reforço, assim como de uma relação médico-doente funcional. Finalmente o reforço social, este sim bem integrado nas singularidades da relação médico-doente, constitui uma forma de elevar a adesão à terapêutica e a satisfação do doente através de uma vigilância particularmente atenta do seu padrão comportamental, e do reforço do

comportamento de adesão quando este ocorre, [3,63,67] no contexto de uma relação médico-doente funcional previamente existente. [3,63] O reforço social, por defeito (e por oposição às outras categorias de reforço abordadas anteriormente), implica a todos os momentos a presença de outros indivíduos como agentes responsáveis pelo reforço/recompensa. Devido a isto, Skinner [60; p 299] sustenta mesmo que toda a comunicação verbal implica e decorre sempre do reforço social e que, constituindo isto uma característica fundamental, depende do agente operador do reforço, variando de momento a momento consoante a sua condição. O facto de este tipo de reforço estar assim sujeito tanto àquele que aplica o reforço como àquele sobre o qual o reforço é exercido, enquadra-se perfeitamente nas características de complementaridade e assimetria já referidas como conceitos essenciais da relação médico-doente. O mecanismo deste tipo de reforço é explicado por Buss [3,71] como podendo actuar quer a nível dos processos quer a nível dos conteúdos. Por isto se entende que, se o reforço é exercido nos processos, então o estímulo social decorre da presença, atenção e resposta dos outros e do início da interacção social. No entanto, no reforço dos conteúdos é impulsionado o estatuto social através dos louvores ou da comunicação empática [3] (o que implica uma relação pré-estabelecida para manter o seu potencial de eficácia). O excesso ou defeito do seu uso pode ser contraproducente [3,71] mas, no fundo, demonstra que todas as interacções sociais proveitosas podem moldar o comportamento ao ser usadas como este tipo de reforço. [3,60] Assim, o reforço social pode ser aplicado tanto nos processos como nos conteúdos (respeitando a terminologia de Buss) potenciando a sua eficácia.

No reforço negativo, por outro lado, condiciona-se alguém a procurar evitar, terminar ou reduzir a incidência de um estímulo que não quer ver repetido. O comportamento envolvido na redução desse estímulo sofrerá assim um aumento da sua frequência. Por exemplo a oportunidade de contra-argumentar uma afirmação com a qual não se concorda [3,72] funcionará como um estímulo à participação mais activa na discussão, algo que poderá ocorrer com alguma frequência no contexto da relação médico-doente. De outro modo,

também os pedidos de desculpa, elementos essenciais da dinâmica relacional pela sua função reparadora da comunicação (verbal e não-verbal), [6,51] exemplificam o reforço negativo, na medida em que o embaraço que a quebra de uma qualquer norma social causa poderá ser atenuado pelo pedido de perdão, tornando o recurso a este mecanismo de reparação da comunicação mais frequente no futuro. [3,73] No entanto, se o estímulo a evitar for impossível de eliminar pelo indivíduo, poderá desenvolver-se uma síndrome de impotência adquirida (*learned helplessness*) que, ao degenerar numa condição de passividade, apatia e falta de iniciativa face à adversidade intransponível, [3,74] irá obviamente negar o potencial do reforço.

2.2. O Reforço na Relação Médico-Doente

Na dinâmica interpessoal que se estabelece em qualquer relação, está implícita uma certa medida de recompensa a ambos os intervenientes para que o seu funcionamento seja mantido. Ou seja, a cooperação que define a parceria só ocorre porque cada indivíduo poderá dela extrair um benefício próprio, seja ele partilhado ou não. [6,51] Este benefício pode derivar de transacções simples e ubíquas como, por exemplo, o indivíduo sentir que o outro lhe está a prestar atenção, vendo assim confirmado como útil e relevante o reconhecimento da comunicação transmitida. No contexto da relação médico-doente a manutenção desta interactividade não é suficiente por si só, e é antes necessário um envolvimento profundo do doente [44] para que os objectivos da intervenção médica sejam cumpridos. [3] A profissionalização do reforço deve ir para além da profundidade do nível geral de participação e fazer com que as recompensas a haver sejam distribuídas de forma metódica, sistemática e ponderada, de modo a reforçar as contribuições de maneira selectiva e bem delineada. [3] No contexto da entrevista, esta abordagem permite assim ao médico a orientação consciente e estruturada da mesma, explorando com maior detalhe os tópicos mais relevantes e suprimindo aqueles que considera irrelevantes ou contraproducentes, [28] tornando a interacção o mais

proveitosa possível, logo, mais eficaz.

2.3. A Comunicação e o Reforço Verbal e Não-Verbal

A linguagem possui sempre um propósito e nessa medida podem-lhe ser imputadas uma série de funções. A linguagem pode ser então [1] descritiva (indicativa, referencial), injuntiva (conativa), expressiva (emotiva, auto-representativa), informativa (interrogativa), imperativa, apelativa, argumentativa, fática (para manutenção do canal comunicativo), poética (estética) ou metacomunicativa (metalinguística). O momento da consulta evidencia a funcionalidade que a linguagem assume na relação médico-doente. O doente consulta o médico, que lhe prestará assim um serviço (de saúde) e para isso, no início da consulta, a função fática é desde logo responsável pelo estabelecimento de um canal de comunicação [1,3,28,62,75,76] e vai assim contribuir para estabelecer e manter um vínculo [6] e uma aliança entre médico e doente. Também a função metacomunicativa assume a sua importância no início da consulta, intervindo na descodificação da linguagem cultural do doente e posterior codificação em linguagem médica e científica, [46] assim como na orientação da relação em curso, de acordo com a sua especificidade e contexto situacional. É por isto importante e necessário que o médico tome a iniciativa e proceda à saudação e ao acomodamento do doente no espaço de consulta, estando já nesse momento a iniciar a avaliação geral do doente. [1,3,62,75,76] A anamnese, ainda que construída pelo médico, motivará a consulta e será estabelecida com base na informação que o doente transmite directa ou indirectamente, e será formatada pela expressão e descrição do veiculado. Na fase final da consulta a função injuntiva (conativa, imperativa) assim como novamente a função fática retomam sentido, ou seja, o médico incita o doente a adoptar uma certa medida. Tal constitui então a fase prescritiva e também aqui o uso da função descritiva fará com que o que é transmitido (a prescrição) seja justo, adequado e contextualmente adaptado à relação. [1,3,62,75,76] Daqui se entende que face a um determinado problema de saúde apresentado

pelo doente, o médico termina o contacto ao elaborar e ao transmitir-lhe um plano. O acto de adesão constitui então a barreira que irá separar, mesmo que parcialmente, a inteligência médica (no sentido lato do termo), daquilo que é apreendido pelo doente. Fora as excepções em que não tem autonomia, será o doente que decidirá seguir ou não a prescrição logo será este tipo de comportamento que deverá ser reforçado, com vista à efectividade terapêutica. O reforço está assim directamente ligado à adesão ainda que, como temos visto, dependa da funcionalidade e qualidade da comunicação entretanto estabelecida.

Segundo Hargie *et al.*, [3: p 5,6] o tipo de reforços a aplicar podem sistematizar-se nas suas características comunicacionais primárias, ou seja, verbais e não-verbais. Entre os verbais, o reconhecimento e a confirmação serão importantes no exercício da função fática da comunicação [3,76-78] (como foi visto atrás) estabelecendo um canal de comunicação. [75] Assumem assim, através de um conjunto de palavras, uma função de estímulo da conversação [3,76-78] que tem como efeito legitimar o que foi dito, confirmando também a sua compreensão e a demonstração de atenção por parte de quem ouve. Já os louvores, [78] elogios, mantêm esta função mas vão para lá do reconhecimento, ao incentivar e encorajar o interlocutor, e constituem uma forma muito comum de reforço social. O seu uso, no entanto, exige particular atenção na sua aplicação, pois um elogio que não é sincero ou que, sendo sincero, não é apropriado à acção que intende reforçar, pode ter efeito nulo ou contrário ao pretendido. [3] Por outro lado, quando é feito o desenvolvimento das respostas, ou seja, quando é efectuado o desdobramento e a exploração do assunto comunicado, demonstra-se atenção e interesse pelo tema, validando-o. [3] Assim, para lá da confirmação de que a mensagem transmitida foi recebida, a sua integração nos assuntos a discutir na consulta acaba por funcionar como um louvor, por confirmar que a informação é útil, e como um mecanismo de compreensão e empatia, provando que a matéria exposta foi compreendida e que é importante abordá-la mais profundamente.

Podemos assim dizer que, recuperando as funções da linguagem vistas anteriormente,

e devido ao carácter codificado (e pontuado) que a define (logo, do ponto de vista linguístico, digital), a comunicação verbal é sempre atributiva, seja a um referente (função descritiva, sobre um determinado assunto), ao emissor (função expressiva, sujeita à sensibilidade do próprio), ou ao receptor (função injuntiva, que é por defeito sempre dirigida a alguém). [46,75] Esta atributividade implica a existência de algo a ser atribuído, ou seja, um conteúdo. Assim se estabelece que a comunicação verbal é veiculadora de conteúdo. [1]

No entanto a comunicação não se processa apenas a nível dos conteúdos, mas também a nível da relação entre o emissor e o receptor (ao qual as funções fática e metacomunicativa, que estabelecem e mantêm o canal de comunicação, dizem respeito, como visto atrás, no início desta secção). [71] Assim, a este nível, adequa-se mais a comunicação não-verbal. Ao invés da comunicação verbal, a comunicação não-verbal é contínua (por não ter regras de codificação nem ser pontuada) e por conseguinte analógica [1,7,75] e compreende vários elementos como os gestos, a expressão facial, os movimentos oculares e o olhar, a audição, a disposição corporal, a proxémia e a paralinguagem. A comunicação não-verbal tem ainda como condição própria o facto de ser capaz de transmitir informação como substituto ou complemento da comunicação verbal, [3,4,45] especialmente quando há uma carga emocional significativa no discurso, podendo inclusivamente contrariar o conteúdo da expressão oral. A comunicação não-verbal funciona assim habitualmente de forma complementar e não consciente da expressão verbal, através dos sinais da conversação. [45,79] Uma vez que o indivíduo que comunica oralmente não o faz de forma estática, a adopção de actos cinéticos específicos e metacomunicativos poderá implicar, por exemplo, uma expressão emocional (“adaptador”), uma regulação da interacção, um controlador social (“emblema”) ou o fornecimento de informação (“ilustrador”), entre outros. [3,6,25,45,79] Para além disto, a comunicação não-verbal irá permitir a contextualização da especificidade situacional da relação e a adopção de um padrão de comportamento social coerente com a mesma. Há assim uma maior competência deste tipo de comunicação para expressar atitudes de empatia, de

demonstração de interesse e de receptividade à comunicação. [3]

Os gestos são compostos por marcadores cinésicos (movimentos de duração curta) e actividades derivadas (que incluem manipulações corporais, actividades de deslocamento, movimentos de intenção e actividades em vazio). [45] São vulgarmente pequenos movimentos das mãos e braços, cabeça e face. Podem ser classificados (segundo os sinais da conversação vistos no parágrafo anterior) como reguladores conversacionais (atribuem a oportunidade de fazer uso da palavra aos interlocutores), ilustradores (sublinham a linguagem verbal), adaptadores (movimentos fragmentados), emblemas (gestos estereotipados que integram o léxico cultural não-verbal) ou manifestações afectivas (mais frequentemente faciais). Assim, partindo da sua qualidade de complemento à fala, os gestos, [3] em particular os movimentos manuais e a paralinguagem (que não sendo composta por movimentos isolados possui ainda assim um cariz cinético regulador da comunicação oral), poderão servir como uma forma de acentuar, clarificar ou adicionar um significado a uma determinada mensagem ou ainda como um acelerador ou indutor da locução frásica, para além da sua função ilustrativa inerente. Estes movimentos poderão ser ainda reveladores do estado emocional de quem os emprega, tendo ainda utilidade no processo de revezamento do discurso (por isto se entende a atribuição de turnos sobre quem é o emissor e quem é o receptor a dada altura de uma interacção). [4] Finalmente, têm também importância no reforço parcial, na medida em que, não interrompendo o discurso do doente, podem reforçar um elemento da sua resposta, sem no entanto reforçar a totalidade da mesma. [3]

As expressões faciais encerram uma grande fonte de informação emocional do indivíduo [3] e são manifestadas tanto de forma inata como apreendida, através de mecanismos complexos sobre os quais se tem debruçado a Etologia humana. [6,45,50,51,79,80] A expressão facial é tida como mais exacta (ou mais autêntica) [3] do que o discurso oral, na medida em que é muito mais difícil o seu controlo e modelação. Ou seja, quando a comunicação oral não é congruente com a não-verbal (sendo a face o instrumento

não-verbal mais expressivo), esta última é frequentemente mais precisa. [4] Reproduzir ou reflectir as expressões faciais do locutor são um mecanismo de estabelecimento de empatia, [45] assim como o sorriso, [4] que indica ainda receptividade à mensagem (função fática) e é também uma forma de saudação e apaziguamento (no sentido etológico). [6,45,50,51] A riqueza da expressão da face consagra-a assim como detentora de um potencial de modificador de comportamento [45,80] sendo que, na relação médico-doente, será *ab initio*, pela sua função fática, um elemento crucial no estabelecimento da empatia e por conseguinte da funcionalidade da relação.

Já os movimentos oculares são segundo Rakel [4: p 153] o principal instrumento da expressão e, segundo Davidhizar [81: p 222] o modo de aferição das necessidades do doente, do exercício de apoio psicológico e da avaliação da resposta aos cuidados prestados. Durante uma interacção social podem ter várias funções, sendo destas a mais relevante o revezamento na emissão das mensagens, [3] tendo em conta que o próprio estabelecimento de contacto visual é condição prévia ao início da interacção. [45] Assumem então uma importante sinergia com a audição, na medida em que permitem a sincronia das transmissões, tornando a conversação fluída. No contexto da relação médico-doente estes movimentos, por serem contínuos e analógicos, [1] terão grande importância na avaliação do doente, na medida em que a frequência e padrão do olhar [4] podem fornecer dados relevantes na avaliação do estado emocional do outro, assim como no reforço do comportamento, [3,4,45] permitindo a sua actuação imediata sem, por exemplo, interromper o discurso oral (como em geral toda a comunicação não-verbal). A sinceridade da expressão, essencial no desenvolvimento da compreensão empática, [1,4,25] assume a sua manifestação mais eficaz através da direcção da vista para o outro. [3,4] Para além disso, o contacto visual demonstra atenção e receptividade à comunicação do doente, [82] sem descurar o facto de o seu uso excessivo [3,6,50,51] poder ser considerado ameaçador e causar desconforto.

Saber ouvir o doente é uma das capacidades necessárias para o estabelecimento de

uma relação médico-doente funcional. [3,4,24,27,74] Por isto se entende não só uma atitude passiva de audição mas também a demonstração de uma linguagem corporal atenta e interessada pela mensagem transmitida pelo doente. [74] Para o fazer é necessário adquirir sensibilidade aos controladores sociais (emblemas) emitidos, assim como capacidade de discernimento em relação aos mesmos, [44] o que irá relevar um potencial de reforço [3,76] sobre a aptidão em divulgar informação por parte do doente. A observação aplicada das acções e reacções do outro permite demonstrar uma audição atenta, [44] activa e bem coordenada do locutor através da identificação do tema nuclear da mensagem e de uma resposta orientada coerentemente (desenvolvendo a resposta). [3,4] Pela audição do doente é ainda iniciada a avaliação do seu estado físico e emocional, pela fluidez e adequação do seu discurso e das suas características psicossociais. [4] A própria demonstração de que se está a ouvir pode ser comunicada por meneios de cabeça ou vocalizações paralinguísticas, [3] por exemplo, assim como pelo olhar, [1,3,4] pela mimetização da expressão facial do locutor, [3,4] por uma posição do corpo reveladora de receptividade, [3,4] ou pelo sorriso, [3,4,6,45] evitando por outro lado distrações extrínsecas, como desviar o olhar, manipular objectos, tomar notas, *etc.* [3,4] Se o comportamento não-verbal expresso durante a audição do discurso do doente for percebido por este como não sendo apropriado haverá um efeito negativo que, por não haver uma atitude compreensiva, pode, por exemplo, comprometer a qualidade da informação transmitida. [4,74] É assim claro que a disposição e a atitude corporal geralmente deixam antever o interesse e a reacção que a comunicação está a ter nos interlocutores (ainda que apresente variações com o estatuto social), [3] para além de constituírem uma expressão emocional ligada ao teor da mensagem. [4] No contexto do consultório, a inclinação frontal do corpo é vista como tendo um potencial de reforço sobre a mensagem transmitida pelo doente. [3] A própria posição relativa dos membros superiores e inferiores poderá indicar resistência ou receptividade ao locutor e à sua mensagem sendo que Rakel [4: p 151] adianta mesmo que os médicos que seguem o modelo de comunicação centrado no doente variam

mais frequentemente de posição do corpo do que aqueles que seguem o modelo centrado no médico.

Por proxémia entende-se a proximidade ou distância no espaço entre os indivíduos, a maneira como se verificam os contactos físicos entre estes e as posições adoptadas durante a interacção. Representa assim uma concepção social intrínseca e determinante para a adequação da comunicação, sendo por isso um mecanismo crucial à sua eficácia. A proximidade por si só pode implicar maior interesse e atenção pelo outro, logo terá em si mesma um potencial de reforço; se por outro lado esta proximidade for exagerada e desaptada poderá estar sujeita a má-interpretação e daí advir um efeito deletério na relação. [3] Conceptualiza então quatro medidas espaciais, a saber: [1,3,4,45] o espaço íntimo, que varia do contacto físico aos 40 centímetros, o espaço interpessoal que se estende a pouco mais de um metro, o espaço social até aos 2 a 3 metros e o espaço público a partir dessa distância. É assim aparente que um elemento físico como uma secretária (que habitualmente integra o espaço do consultório) pode deslocar a interacção do espaço interpessoal, ideal para manter alguma proximidade sem chegar a invadir a intimidade, [1,3,4,45] para o espaço social, associado às relações formais e de poder, [1,3] e tornar-se desse modo um obstáculo à eficácia da relação médico-doente. [4] A transgressão do espaço íntimo pode ser necessária em contexto clínico (inclusivamente por interposição de instrumentos médicos), [1] mas o desconforto causado terá sempre um efeito relacional implícito. [1,3,45] No entanto, o toque, se usado em conformidade contextual, pode ter um potencial de reforço [3,83] como forma de facilitar a comunicação quando esta, por alguma razão, não é espontânea. [4] Eibl-Eibesfeld referia que os 'gestos que permitem o contacto ... derivam do comportamento dos cuidados para com a prole', [6: p 219] relevando o seu carácter primordial assente numa dinâmica assimétrica e de cariz empático. No entanto o aperto de mão, uma saudação metacomunicativa que tem uma função fática, é vulgarmente simétrico na sua execução, podendo assim assumir também uma função niveladora de estatuto, [3] para além de transmitir sinceridade e interesse

pelo doente. [4] Também a orientação espacial pode ter relevância no desenvolvimento de uma relação médico-doente funcional. Assim, e segundo Wanzer *et al*, [24] uma orientação lado-a-lado proporciona uma interacção cooperativa, enquanto que a disposição frente-a-frente implica uma atitude de competitividade. Especialmente no que diz respeito à conversação, um ângulo de 90° entre os interlocutores é tido como o que melhor promove o seu potencial de eficácia. [4]

Finalmente, também a paralinguagem possui um carácter de reforço na medida em que dá forma ao conteúdo em bruto veiculado pela linguagem verbal. A paralinguagem determina então a velocidade, tonalidade, frequência e volume da comunicação verbal, tendo estas características um efeito determinante na cativação do auditório, consoante a adequação ao teor da mensagem, [3] sendo que também as pausas e o silêncio são responsáveis por uma dinâmica de expectativa e concentração do ouvinte. [1] Através da paralinguagem é permitida ao locutor uma adaptação reaccional comportamental permanente das informações transmitidas, tendo como base a conjectura de como estas estão a ser recebidas pelo outro. [3,80] Como visto anteriormente, é ainda útil no reforço parcial e é um mecanismo indicador de resposta entre os interlocutores, determinando o começo e término dos seus manifestos de comunicação. [3]

Discussão

A comunicação na relação médico-doente acarreta uma complexidade de fenómenos e conceitos decorrentes do carácter justa- e contraposto dos seus modos verbal e não-verbal, enredados num contexto espaço-temporal específico e orientado pelas conexões que definem o comportamento social, na qualidade diádica própria da interacção da comunicação. A sua assimetria e complementaridade decorrem do ascendente do médico em relação ao doente (como profissional de saúde, e na dependência situacional do doente) no que à troca de informação diz respeito (sendo que as oportunidades de a tornar simétrica têm um momento próprio mas poderão comprometer de modo irrevogável a sua condição terapêutica). A exploração do seu potencial assenta na autonomia da sua dinâmica emocional, e é parte responsável pelo sucesso ou insucesso da terapêutica, como prova aferente da sua eficácia e qualidade. A razão de ser da comunicação na relação médico-doente consiste no estabelecimento de uma relação interpessoal funcional que decorre da forma como cada um dos participantes interage com o outro e que permita a troca de informação com vista à tomada de decisões terapêuticas. Para isto contribui em grande parte a assunção de uma atitude de comunicação de compreensão empática, peça fulcral no modelo biopsicossocial da consulta médica. Na base desta atitude está a capacidade de conseguir a confiança do doente através de uma demonstração sincera de interesse pela sua saúde e bem-estar. A relação médico-doente pode ser dirigida segundo vários modelos, sejam eles de autoridade e dependência, de orientação e cooperação ou de participação mútua. Estando cada modelo adaptado a uma situação específica, a partir da forma como se desenvolve a relação sobrevirão diferenciações no modo de trabalhar a entrevista clínica e no sucesso da mesma. O modelo de comunicação centrado no doente assume-se como o único onde é possível desenvolver uma relação funcional e equilibrada, de visão integral e baseada no respeito pelo doente e pelas suas limitações, sem no entanto deixar de lhe conferir autonomia e um grau de responsabilidade. O seu uso é justificado pela evidência apurada de ser responsável por uma

maior qualidade dos cuidados de saúde e por permitir melhores resultados terapêuticos. Sendo certo que os índices de satisfação do doente procedem em boa medida desta evidência de qualidade da comunicação, é certo também que a abordagem de questões psicossociais está igualmente implicada e que são fundamentais para que o doente seja entendido como um ser completo, suplantando as barreiras técnicas da semiologia e da patologia.

O grau de satisfação do doente e a adesão à terapêutica constituem uma forma de aferição do estabelecimento da empatia assim como da funcionalidade e qualidade da relação, para além de vaticínio do sucesso terapêutico. Foi evidenciado que a comunicação na relação médico-doente constitui a principal causa de possível satisfação ou insatisfação do doente com os cuidados recebidos. Este aspecto relaciona-se sobretudo com o modelo de comunicação adoptado pelo médico, nomeadamente no que se refere à partilha de informação, ao respeito pelas preferências do doente e à cooperação. Se a adopção de um estilo comunicativo centrado no doente confere maior satisfação ao próprio doente, também se provou que tal é também verdade para o médico. A satisfação do doente está ainda relacionada com uma maior compreensão da sua doença e da sua terapia, facilitando de imediato a adesão à mesma.

O reforço na relação médico-doente implica uma necessidade de atenção e validação que funcionam tanto como finalidade como condições prévias do reforço em si. Se houver consciência de uma relação causal entre a acção realizada e o efeito desejado o reforço ocorrerá de modo informado e fundamentado por oposição à sequência “estímulo-reacção” que caracteriza o “behaviourismo skinneriano” clássico. Pelo reforço será possível desenvolver a compreensão e a empatia, estabelecer a confiança e a promover a interacção e o envolvimento entre os indivíduos. No entanto, para que o reforço seja eficaz, é necessário que uma relação funcional já tenha sido previamente estabelecida, que o estímulo e os comportamentos-alvo que compõem o reforço estejam unidos por umnexo de causalidade e que o reforço tenha uma aplicação específica, apropriada e oportuna.

O tipo de reforços a aplicar podem sistematizar-se nas suas características comunicacionais primárias, verbal e não-verbal, que cumprem várias funções da comunicação quer ao veicular conteúdos, quer ao dotá-los de intenção expressiva ou atitudinal. Entre estes, o reforço social revelou-se como o mais bem adaptado à relação médico-doente, sobressaindo o seu impacto na satisfação do doente e na adesão à terapêutica. Estabeleceu-se ainda a importância do reforço não-verbal na medida em que, devido ao seu carácter não-pontuado (do ponto de vista linguístico), permite que o reforço ocorra de forma continuada, sem interrupção do discurso oral alheio ou próprio.

Conclusão

Por revisão de bibliografia verificou-se a utilidade do reforço dos comportamentos no contexto da relação médico-doente. A adopção de um modelo de comunicação centrado no doente confere funcionalidade à relação médico-doente, porque privilegia a sua vertente biológica, psicológica e social. A adopção deste modelo implica demonstrar atitudes de compreensão e empatia, mostrando receptividade e interesse, que constituem uma forma de reforço. Assim, se é necessário uma relação médico-doente funcional pré-estabelecida para o reforço ter eficácia, também para o seu estabelecimento é necessário uma certa medida de reforço. Não constituindo em absoluto uma situação paradoxal, o facto é que ambas as componentes funcionam em simultâneo com vista a atingir o objectivo tangível da adesão terapêutica (para além de outros objectivos intangíveis de ordem social, profissional e psicológica). Concorrentemente a estas duas componentes também a própria satisfação do doente deriva da funcionalidade da relação médico-doente potenciando assim, por sua vez, a adesão à terapêutica. Concluindo, o reforço do comportamento, de forma directa e indirecta, tem influência sobre o estabelecimento de uma relação médico-doente funcional (segundo o modelo centrado no doente e a abordagem biopsicossocial), sobre o desenvolvimento de empatia, sobre a qualidade da comunicação, sobre a satisfação do doente com os cuidados de saúde, sobre a adesão à terapêutica e sobre a eficiência desta.

Referências Bibliográficas

1. Pio Abreu JL. *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Virtualidade; 1998.
2. Weiss GL, Lonnquist LE. The Physician-Patient Relationship: Background and Models. In: *The Sociology of Health, Healing and Illness*. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2000. p246 – 270.
3. Hargie O, Saunders C, Dickson D. *Social Skills in Interpersonal Communication*. 3rd ed. New York: Routledge; 1994.
4. Rakel RE. Establishing Rapport. In: Rakel RE, Rakel DP (eds). *Textbook of Family Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2011. p146 – 159.
5. Polónio P. A relação médico-doente. *Psiquiatria Clínica*. 1982;3(2 Supl): S147 – 150.
6. Eibl-Eibesfeldt I. *Amor E Ódio* [Liebe Und Hass]. Trad Almeida P. 3a ed. Venda Nova: Bertrand; 1998.
7. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton; 1967.
8. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*. 2014;94(3): 291 – 309.
9. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*. 1995;40(7): 903 – 18.
10. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65(1): 10 – 15.

11. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling*. 2007;67(3): 333 – 342.
12. Adams R, Price K, Tucker G, Nguyen AM, Wilson D. The doctor and the patient – how is a clinical encounter perceived? *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1): 127 – 33.
13. Buller MK, Buller DB. Physicians communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1987;28(4): 375 – 88.
14. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. 1992;14(3): 236 – 249.
15. Cousin G, Mast MS, Roter DL, Hall JA. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*. 2012;87(2): 193 – 7.
16. Farin E, Gramm L, Schmidt E. Taking into account patients' communication preferences: instrument development and results in chronic back pain patients. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1): 41 – 8.
17. Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *The Journal of Family Practice*. 2002;51(10): 835 – 40.
18. Fuertes JN, Anand P, Haggerty G, Kestenbaum M, Rosenblum GC. The Physician-Patient Working Alliance and Patient Psychological Attachment, Adherence, Outcome Expectations, and Satisfaction in a Sample of Rheumatology Patients. *Behavioral Medicine*. 2015;41(2): 60 – 8.

19. Gallagher TJ, Hartung PJ, Gerzina H, Gregory SW Jr, Merolla D. Further analysis of a doctor-patient nonverbal communication instrument. *Patient Education and Counseling*. 2005;57(3): 262 – 71.
20. Leckie J, Bull R, Vrij A. The development of a scale to discover outpatients' perceptions of the relative desirability of different elements of doctors' communication behaviours. *Patient Education and Counseling*. 2006;64(1-3): 69 – 77.
21. Li HZ, Koehn C, Desroches NG, Yum Y, Deagle G. Asymmetrical Talk between Physicians and Patients: A Quantitative Discourse Analysis. *Canadian Journal of Communication*. 2007;32: 417 – 33.
22. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 2001;52(4): 609 – 20.
23. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3): 308 – 16.
24. Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Grüber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*. 2004;16(3): 363 – 83.
25. Mendes Nunes J. *Comunicação em Contexto Clínico*. Lisboa: BayerHealthCare; 2010. Disponível em: http://www.mgfamiliar.net/literature_41723/comunicacao-em-contexto-clinico [consultado 2014 Jul 30].
26. Mota Cardoso R. Componentes não-verbais da relação médico-doente. *Psiquiatria Clínica*. 1980;1(1 Supl): S65 – 68.

27. Beach M, Roter D, Wang NY, Duggan P, Cooper L. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviours? *Patient Education and Counseling*. 2006;62(3): 347 – 354.
28. Pawlikowska T, Leach J, Lavalley P, Charlton R, Piercy J. Consultation models. In: Charlton R (ed). *Learning to Consult*. London: Radcliffe; 2007. p178 – 215.
29. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication Patterns of Primary Care Physicians in the United States and The Netherlands. *Journal of General Internal Medicine*. 2003;18(5): 335 – 42.
30. Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Education and Counseling*. 2011;85(1): 46 – 52.
31. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*. 2009;76(3): 328 – 335.
32. Hahn SR. Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. *Ophthalmology*. 2009;116(11 Suppl): S37 – 42.
33. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*. 2010;29(7): 1310 – 8.
34. 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;323(7318): 908 – 11.
35. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Education and Counseling*. 2007;67(3): 315 – 8.

36. McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehota P, Nadler E, Arora NK, et al. Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*. 2011;72(7): 1085 – 95.
37. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. 2012;58(2): 77 – 87.
38. Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*. 1995;152(9): 1423 – 33.
39. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*. 2000;49(9): 796 – 804.
40. Street RL Jr, Gordon H, Haidet P. Physician's communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*. 2007; 65(3): 586 – 98.
41. Weel-Baumgarten E. Patient-centred information and interventions: tools for lifestyle change? Consequences for medical education. *Family Practice*. 2008;25(Suppl 1): S67 – 70.
42. Morriss R, Gask L. Assessment and immediate management of patients with medically unexplained symptoms in primary care and general hospital settings. *The Foundation Years*. 2008;4(2): 59 – 63.
43. Larsen JH, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice*. 1997;14(4): 295 – 301.

44. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
45. Bracinha Vieira A. *Etologia e Ciências Humanas*. Maia: Imprensa Nacional – Casa da Moeda; 1983.
46. Pio Abreu JL. Abordagem sistémica e teorias de comunicação [monografia na internet]. Coimbra: Versão preliminar; 2000. Disponível em: http://www.medicoscentro.com/pio_abreu/Abordagem.doc [consultado 2014 Mar 20].
47. Berne E. Transactional analysis: a new and effective method of group therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 1958;12(4): 735 – 743.
48. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA*. 1927;88(12): 877 – 82.
49. Hall S. Encoding/decoding. In: Hall S, Hobson D, Lowe A, Willis P (eds). *Culture, Media, Language*. New York: Routledge, 1980. p128 – 138.
50. Hacker F. *Agressividade (A Violência do Mundo Moderno)* [Aggression – Die Brutalisierung der modernen Welt]. Trad Ferros Moura ME. Amadora: Bertrand. 1973.
51. Lorenz K. *A Agressão: Uma História Natural do Mal* [Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression]. Trad Tamen I. 4a ed. Lisboa: Relógio d'Água; 2001.
52. Aronson JK. Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2007;63(4): 383 – 4.
53. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. 2005;1(3): 189 – 99.
54. Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MA, Eggly S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(3): 297 – 315.

55. Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(11): 1069 – 1079.
56. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1): 25 – 38.
57. Street RL Jr, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician–patient relationship: effect on communication in medical encounters. *Journal of General Internal Medicine*. 2003;18(8): 609 – 616.
58. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002;325(7366): 697 – 700.
59. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden Tv, Leblanc A, Lockyer J, Legaré F, et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*. 2010;70(5): 763 – 8.
60. Skinner BF. *Science and human behaviour*. London: Collier-Macmillan; 1953.
61. Adams MA. Reinforcement theory and behavioral analysis. *Behavioral Development Bulletin*. 2000;9(1): 3 – 6.
62. Fisher S, Groce SB. Accounting practices in medical interviews. *Language in Society*. 1990;19(2): 225 – 50.
63. Raven BH. Social power and compliance in health care. In: Maes S, Spielberger C, Defares P, Sarason I (eds). *Topics in health psychology*. New York: Wiley. 1988. p229 – 244.
64. Berne E. Ego states in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 1957;11(2): 293 – 309.

65. Berne E. *Games People Play: The Psychology of Human Relationships*. London: Penguin; 1964.
66. Caldeira C. Relação médico-doente e relação humana. *Psiquiatria Clínica*. 1981; 2(2 Supl): S79 – 84.
67. DiMatteo M, DiNicola D. *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamon. 1982.
68. Balsam PD, Bondy AS. The negative side-effects of reward. *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 1983;16(3): 283 – 96.
69. Kazdin A. The token economy: a decade later. *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 1982;15(3): 431 – 45.
70. Premack D. Reinforcement theory. In: Levine D (ed). *Nebraska Symposium on Motivation, Vol. 13*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press; 1965. p123 – 80.
71. Buss A. Social rewards and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(3): 553 – 63.
72. Weiss R, Lombardo J, Warren D, Kelley K. Reinforcing effects of speaking in reply. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1971;20(2): 186 – 99.
73. Baldwin JD, Baldwin JI. *Behavior Principles in Everyday Life*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000.
74. Jagosh J, Boudreau JD, Steinert Y, MacDonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*. 2011;85(3): 369 – 74.
75. Herculano de Carvalho JG. *Teoria da Linguagem, Natureza do Fenómenos Linguístico e a Análise das Línguas, Tomo I*. Coimbra: Atlântida Editora; 1967.

76. Ivey AE, Authier J. *Microcounseling: innovations in interviewing, counseling, psychotherapy and psychoeducation*. 2nd ed. Springfield, IL: Charles C Thomas. 1978.
77. Rosenfeld HM. Conversational control functions on nonverbal behavior. In: Siegman A, Feldstein S. *Nonverbal Behavior and Communication*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1987. p563 – 602.
78. White B, Sanders BH. The influence on patients' pain intensity ratings of antecedent reinforcement of pain talk or well talk. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1986;17(3): 155 – 9.
79. Ekman P. About brows: emotional and conversational signals. In: von Cranach M, Foppa K, Lepenies W, Ploog D (eds). *Human Ethology: claims and limits of a new discipline*. Cambridge: Cambridge University Press; 1979. p169 – 202.
80. Ekman P, Friesen WV, Ancoli S. Facial Signs of Emotional Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;39(6): 1125 – 1134.
81. Davidhizar R. Interpersonal communication: a review of eye-contact. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 1992;13(4): 222 – 5.
82. Bensing JM, Kerssens JJ, van der Pasch M. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behavior*. 1995;19(4): 223 – 42.
83. Jones SE, Yarbrough AE. A naturalistic study of the meanings of touch. *Communication Monographs*. 1985;52(1): 19 – 56.