



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

MÁRIO JOSÉ FARIA MARTINS GOMES

A COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE COMO BENEFÍCIO PARA O DOENTE E PARA A DECISÃO MÉDICA

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE **MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

DOUTORANDO HERNÂNI POMBAS CANIÇO

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL CARVALHO SILVA

JANEIRO/2014

Índice

RESUMO	2
ABSTRACT	4
Introdução.....	6
Materiais e Métodos	8
Tabelas e Figuras.....	9
Resultados	24
Comunicação	24
Problemas de comunicação	28
Cuidado de saúde centrado no doente	29
Importância da relação médico-doente	31
Vantagens da relação médico-doente	32
Relação médico-doente em Geriatria	34
Relação médico-doente em Pediatria	36
Relação médico-doente em Oncologia	38
Conclusão	40
Agradecimentos.....	43
Referências bibliográficas	44

RESUMO

Introdução: A comunicação é o núcleo da habilidade clínica para a prática de medicina. Do mesmo modo que o século XX foi a era da tecnologia, tudo leva a crer que o século XXI seja a era da comunicação. Hoje em dia, o papel crucial da relação médico-doente e a comunicação eficaz que lhe está subjacente têm tido destaque, bem como os conceitos de autonomia do paciente, a tomada de decisão partilhada, o cuidado centrado no doente e ainda a empatia do médico. A relação médico-doente deve ser considerada como um importante preditor do processo clínico do doente. A tomada de decisão partilhada entre o médico e o doente proporciona a seleção de várias medidas de tratamento e a determinação conjunta de metas a alcançar que se adequam ao doente em causa, o que leva a uma maior satisfação do doente com o tratamento, aumenta a sua adesão e melhora os resultados. Os médicos necessitam de melhorar a sua comunicação com os doentes, unindo o lado humanístico e técnico dos cuidados de saúde.

Objetivo: Realçar e entender a importância da relação médico-doente como fator fundamental à boa prática médica, bem como identificar os componentes essenciais e imprescindíveis dessa relação. Uma boa relação médico-doente é um passo fundamental no sucesso terapêutico, na promoção de saúde e na abordagem bio-psico-social do doente.

Métodos: Foi efetuada uma pesquisa através do Pubmed sobre a literatura recente acerca da relação médico-doente, da comunicação entre o médico e o doente, da empatia, da tomada de decisão partilhada e do cuidado centrado no doente para a realização deste artigo de revisão.

Conclusões: A maioria das queixas dos doentes sobre os médicos está relacionada com problemas de comunicação e não com as competências clínicas. Os médicos devem privilegiar os sentimentos e valores dos doentes e dos seus familiares, estimulando-os para a

toma de decisões em conjunto. O médico deve fazer a promoção da saúde e a prevenção da doença, considerando o doente na sua integridade física, psíquica e social e não somente do ponto de vista biológico. Dar ouvidos ao doente é a peça fundamental na construção de uma boa relação. A confiança no médico e o sucesso da terapêutica dependem de uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o doente, que inclui a comunicação verbal, a comunicação não verbal e a aparência do médico. A comunicação é uma arte que pode ser aprendida pela prática, permitindo a humanização da relação médico-doente. O ensino das habilidades de comunicação deve ser incluído em todos os níveis da educação médica, sendo fundamental no currículo de qualquer médico.

Palavras-Chave: Comunicação, Relação Médico-Doente, Empatia, Consulta, Tomada de decisão partilhada, Satisfação do paciente, Cuidado de saúde centrado no paciente, Saúde relacionada com a qualidade de vida, Médico de família.

ABSTRACT

Introduction: Communication is the clinical core skill for the practice of medicine. The same way that the twentieth century was the era of technology, everything suggests that the twenty-first century is the age of communication. Nowadays, the crucial role of the doctor-patient relationship and effective communication behind it have been highlighted as well as the concepts of patient autonomy, shared decision making, patient-centered care and also the physician's empathy. The doctor-patient relationship should be considered as an important predictor of clinical process of the patient. Shared decision making between the doctor and the patient provides a selection of multiple treatment measures and the determination to achieve goals together that fit the patient in question, which leads to greater patient satisfaction with treatment, increases its membership and improves the results. Doctors need to improve their communication with patients linking the humanistic and technical side of health care.

Objective: Enhance and understand the importance of the doctor-patient relationship as a fundamental factor of a good medical practice, as well as identify the essential and indispensable components of this relationship. A good doctor-patient relationship is the key step in the therapeutic success, in promoting health and to a bio-psycho-social approach of the patient.

Methods: A survey was conducted through PubMed about the recent literature on the doctor-patient relationship, communication between the doctor and the patient, empathy, shared decision making and patient-centered care to realize this review article.

Conclusions: Most patient complaints about doctors are related to communication problems and not with clinical skills. Doctors should focus on the feelings and values of patients and

their families, encouraging them to take decisions together. The doctor should make health promotion and disease prevention, considering the patients in their physical, psychological and social integrity and not just in their biological point of view. Listening to the patient is the key in building a good relationship. The confidence in the doctor and the success of therapy depends on good communication between the health professional and the patient, which includes verbal communication, nonverbal communication and appearance of the doctor. Communication is an art that can be learned by the practice, allowing the humanization of doctor-patient relationship. The teaching of communication skills should be included in all levels of medical education, being essential in the curriculum of any doctor.

Key-words: Communication, Doctor-Patient Relationship, Empathy, Shared decision making, Patient satisfaction, Patient-centered care, Health-related quality of life, General practitioner.

Introdução

A comunicação é o componente mais importante da interação com os doentes, ou seja, é o núcleo da habilidade clínica para a prática de medicina.^{1,2} Do mesmo modo que o século XX foi a era da tecnologia, tudo leva a crer que o século XXI seja a era da comunicação.³

Um bom médico não se define somente pelo nível dos seus conhecimentos, mas também pela sua capacidade de se relacionar com os outros. Esta não é uma qualidade inata com a qual se nasce ou não, podendo sempre ser melhorada.⁴

Fazer perguntas abertas, ouvir atentamente, dar conselhos adequados, fornecer informações suficientes e verificar o seu entendimento por parte do doente constituem as principais áreas de comunicação durante a entrevista médica. Apesar destas competências serem consideradas componentes fundamentais da Educação Médica são frequentemente difíceis de integrar nos currículos de Medicina.⁵ O médico que passa por um treino de aquisição de habilidades de comunicação pode satisfazer melhor os seus doentes. As queixas dos doentes em relação aos médicos baseiam-se essencialmente com os problemas de comunicação destes e não com as suas competências clínicas. A queixa mais comum dos doentes é que os médicos não sabem ouvi-los.^{6,7}

Hoje em dia, o papel crucial da relação médico-doente e a comunicação eficaz que lhe está subjacente têm tido destaque, bem como os conceitos de autonomia do paciente, a toma de decisão partilhada, o cuidado centrado no doente e ainda a empatia do médico. Este foco recente surgiu devido à ampla disponibilidade de informações através da internet, ao aumento da complexidade da tecnologia nos cuidados de saúde e ao aumento do consumismo na área da saúde.⁸

A relação médico-doente deve ser considerada como um importante preditor do processo clínico do doente. A toma de decisão partilhada entre o médico e o doente proporciona a seleção de várias medidas de tratamento e a determinação conjunta de metas a alcançar que se adequam ao doente em causa o que leva a uma maior satisfação do doente com o tratamento, aumenta a sua adesão e melhora os seus resultados.⁸⁻¹³

A relação médico-doente tem sido considerada como um ponto-chave na melhoria da qualidade do serviço de saúde e baseia-se na personalização da assistência, na humanização do atendimento e no direito à informação e ao consentimento informado.^{14,15} Os doentes querem mais e melhores informações sobre os seus problemas, esclarecimentos sobre os efeitos secundários do tratamento e conselhos sobre o que eles podem fazer por si mesmos.⁷ Explorar e estar ciente das preferências e expectativas dos pacientes torna-se fundamental para fornecer ao doente um cuidado centrado eficaz realizando, assim, uma consulta bem sucedida da perspetiva do doente.^{10,16} Os médicos necessitam de melhorar a sua comunicação com os doentes unindo o lado humanístico e técnico dos cuidados de saúde.¹

O objetivo desta tese de mestrado é realçar e entender a importância da relação médico-doente como fator fundamental à boa prática médica, bem como identificar os componentes essenciais e imprescindíveis dessa relação. Uma boa relação médico-doente é um passo fundamental no sucesso terapêutico, na promoção de saúde e na abordagem bio-psico-social do doente.¹³

Materiais e Métodos

A pesquisa para a revisão literária foi efetuada através do Pubmed desde 1998 até Setembro de 2013, dando-se maior relevância aos artigos mais recentes. Os termos de pesquisa utilizados foram os seguintes: “relação médico-doente”, “comunicação entre o médico e o doente”, “empatia”, “toma de decisão partilhada” e “cuidado centrado no doente”.

Foi estudado um total de 48 artigos e uma dissertação, bem como se procedeu à consulta de 2 livros que abordavam o tema da Comunicação em Medicina.

Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Artes da comunicação na consulta. Adaptado de Carrapiço e Ramos, 2012.

Artes	Capacidades ou habilidades	Observações
Começar	Interpelar – iniciar cordialmente a comunicação	Um bom começo prepara um bom processo.
	Acolher/reconhecer – contacto visual sereno e acolhedor	
	Mostrar disponibilidade	
«Ver» e «Ler»	Manter uma quietude atenta (economizar nas palavras, ser mãos largas na atenção)	Um olhar atento capta em fracções de segundo uma infinidade de indícios e informação
	Observar	
	Ter em conta a linguagem não verbal (corporal)	
	Ter em conta a linguagem para-verbal (entoação, etc.)	
Ouvir	Escuta atenta e activa/reflexiva	«Temos dois ouvidos e apenas uma boca para ouvirmos, pelo menos, o
	Conter-se – baixa	

	reactividade e controle da impaciência	dobro do que falamos.» <i>Zenão de Cítio</i>
	Ficar calado, quando apropriado – deixar o doente falar	
	Respeitar silêncios significativos	
Conduzir	Dar sinais de suporte ao prosseguir da comunicação (por exemplo, sorrir, quando e quanto apropriado)	A interrupção deve ser a excepção, nunca a regra
	Focalizar e orientar – manter o rumo face aos objectivos	
	Interromper – apenas quando oportuno e apropriado	
	Parafrasear	
	Sinalizar aspectos relevantes expressos pelo doente	
	Manter assertividade	

	Reorientar – quando e quanto apropriado	
Perguntar	Fazer perguntas abertas – sem induzir resposta	Treinar o hábito de perguntar e controlar a tendência para proferir afirmações
	Fazer perguntas com opções	
	Responder com pergunta	
	Pedir feedback – que lhe parece? concorda?	
Imaginar-se no lugar do outro. Ver-se / representar-se mentalmente na situação do outro e evidenciar ressonância afetiva “Calçar os sapatos do outro”	Imaginar como reagiria e comunicar, quando apropriado	A empatia é a chave para uma comunicação sensível e para a compreensão do outro
	Imaginar o que sentiria e comunicar, quando apropriado	
	Imaginar o que pensaria e comunicar, quando apropriado	
	Imaginar como gostaria de ser compreendido e comunicar, quando apropriado	
	Imaginar o que gostaria	

	que lhe fizessem/e não fizessem e comunicar, quando apropriado	
	Imaginar o que faria e comunicar, quando apropriado	
Sintonizar	Identificar preocupações e expectativas	Por vezes, pensamos uma coisa, expressamos outra, o interlocutor entende uma outra e diz-nos que dissemos algo que nunca nos passou pela mente dizer!
	Ponderar cada palavra e seu significado para o doente	
	Verificar se os «significados» das palavras e das expressões são iguais para ambos	
	Identificar confusões e mal-entendidos	
Confirmar e reformular	Confirmar que compreendeu o doente	A arte de confirmar, de dar <i>feedback</i> e de reformular é o garante para levar a comunicação a bom termo
	Reformular quando apropriado	
	Propor perspetivas ou modos de «ver»	

	alternativos	
Explicar (causas; determinantes; mecanismos; riscos/probabilidades; possibilidades de intervenção; prognósticos, etc.)	Solicitar as representações e explicações do doente	Para bem explicar é preciso muito mais do que bem saber
	Usar vocabulário e formas de linguagem compreensíveis	
	Escolher as palavras certas	
	Usar imagens	
	Usar analogias e metáforas	
Resumir	«Destilar» aspectos essenciais	Resumir ajuda a ordenar, a reinterpretar e a ver mais claro
	Fazer resumos sucintos em vários momentos	
	Propor modos de «ver» integrados	
Estabelecer acordo	Hierarquizar – essencial <i>versus</i> acessório	Designam-se também por competências e capacidades negociais ou transacionais
	Convergir para encontros de agendas	
	Identificar e propor acções adequadas e viáveis	
	Acolher e respeitar preferências e	

	condicionalismos	
	Propor alternativas aceitáveis para ambos	
	Delinear objectivos <i>SMART</i> (specific, measurable, achievable, relevant, time limited)	
	Acertar o quadro final de acções e objectivos acordados	
Concluir	Confirmar que as necessidades foram satisfeitas	Regra dos «3C»: – Começar bem – Conduzir bem
	Confirmar que as expectativas foram contempladas	– Concluir bem
	Confirmar que tudo foi compreendido	
	Aceitar <i>feedback</i> espontâneo do doente	
	Encerrar cordialmente a comunicação	

Tabela 2 - Principais fatores modificáveis afetando a distância entre os doentes e os seus médicos. Adaptado de Schattner, 2013.

A. Fatores negativos (distanciantes)

I. Fatores dos doentes (percecionados pelo médico)

- Comportamento pessoal negativo (desrespeitoso, agressivo, procura de ganho secundário).
- Pressão do doente.
- Doença adquirida pelo comportamento de alto risco do doente (abuso de drogas, fumar muito).
- Falha social ou cultural significativa com o médico.

II. Fatores do médico (percecionados pelo doente)

- Falha em ter em conta a agenda do doente.
- Ignorar as emoções do doente.
- Atitude negativa (arrogância, indiferença).
- Falha ao examinar, sem contacto físico. Não toca no doente de todo.
- Fadiga, stress, descompensação.
- Atendimento do ecrã do computador muito mais do que o doente.
- Testes, referências e prescrições desnecessárias.
- Dar prioridade às considerações do serviço de saúde em detrimento do doente.

III. Fatores externos (em parte modificáveis pelo médico)

- Cuidado de saúde contínuo interrompido e fragmentado por vários médicos.
- Distrações e interrupções frequentes (telefone, técnicos do serviço de saúde).
- Restrições de tempo.

B. Fatores positivos (unificantes)

I. Fatores dos doentes (percecionados pelo médico)

- Confiança do doente.
- Adesão do doente.
- Cultura de saúde do doente.
- Habilidades de comunicação do doente.

II. Fatores do médico (percecionados pelo doente)

- Permitir que o doente fale. Ouvir e obter a agenda do doente.
 - Examinar o doente completamente e com profundidade. Um toque que cura.
 - Dar tempo ao doente para se exprimir.
 - Revelar empatia e dar atenção às emoções do doente e aos seus aspetos contextuais.
 - Conduta do médico (respeito, interesse, atenção, humildade, prudência)
-

Tabela 3 - Declaração do consenso de Toronto. O que pode ser feito para melhorar a comunicação dos médicos? Adaptado de Shendurnikar e Thakkar, 2013.

Encorajar o doente a discutir a sua principal preocupação sem interrupções
Ter em conta a percepção do doente sobre a sua doença (as suas ideias, preocupações e expectativas)
Aprender a ouvir ativamente
Valorizar sentimentos

Tabela 4 - Importância das relações. Adaptado de Magee, 2003.

Estados Unidos	Reino Unido	Canada	Alemanha	Africa do Sul	Japão
-----------------------	--------------------	---------------	-----------------	----------------------	--------------

Família	95	92	94	91	95	71
Médico	78	63	76	72	80	55
Conselheiro espiritual	56	21	32	10	69	27
Colega de trabalho	51	63	46	64	68	40
Conselheiro financeiro	43	36	35	35	60	19
Farmacêutico	48	26	44	34	54	39

Tabela 5 - Descrição do doente sobre a relação médico-doente. Autoritário (médico revela-se uma figura autoritária que está no comando da decisão), Parceria mútua (médico colabora de igual modo com o doente durante a decisão), Conselheiro (médico apenas dá informações deixando o doente no comando da decisão). Adaptado de Magee, 2003.

	Estados Unidos	Reino Unido	Canada	Alemanha	África do Sul	Japão
Autoritário	17	20	13	13	16	12
Parceria mútua	41	41	44	40	55	49
Conselheiro	37	37	41	45	29	36

Tabela 6 - Vantagens de fornecer ao doente uma informação completa e da toma de decisão partilhada. Adaptado de Schattner et al., 2006.

Melhores resultados do doente.
Aumento da satisfação do doente.
Aumento da confiança do doente.
Diminuição dos sintomas da doença.
Diminuição do uso de recursos.
Aumento da eficácia dos cuidados preventivos.
Aumento do conhecimento dos doentes sobre a medicação e o seu manuseamento.
Aumento da adesão do doente ao tratamento e aos conselhos médicos.
Aumento da qualidade das decisões.
Aumento da autonomia do doente respeitando as suas preferências.

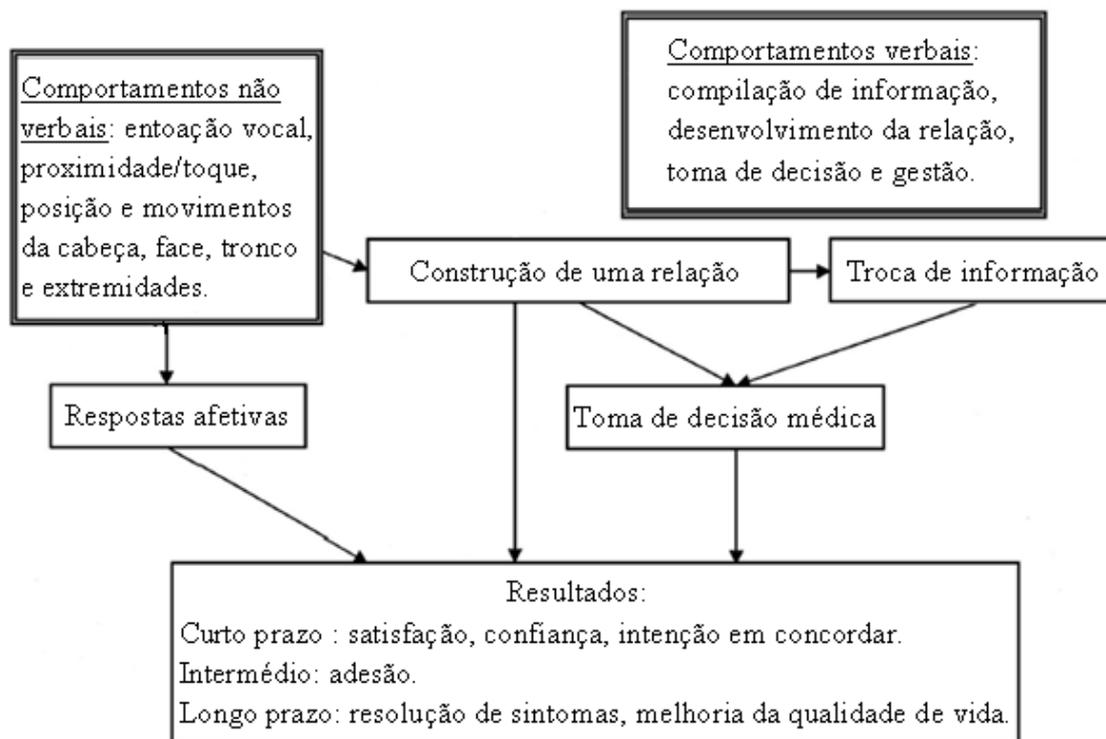


Figura 1 - Domínios da comunicação na relação médico-doente. Adaptado de Beck et al., 2002.

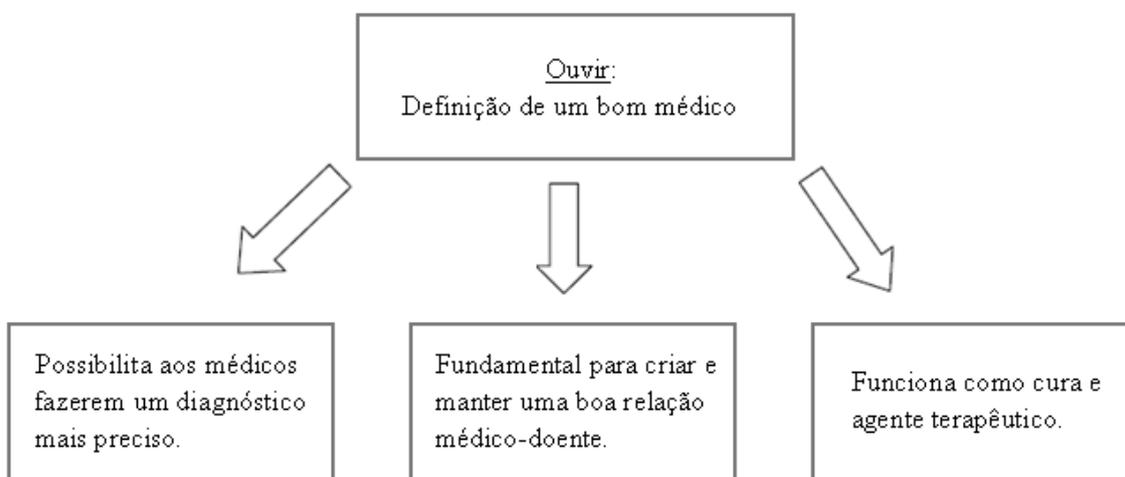


Figura 2 – Perspetiva do doente sobre a arte de ouvir do médico. Adaptado de Jagosh et al., 2011.

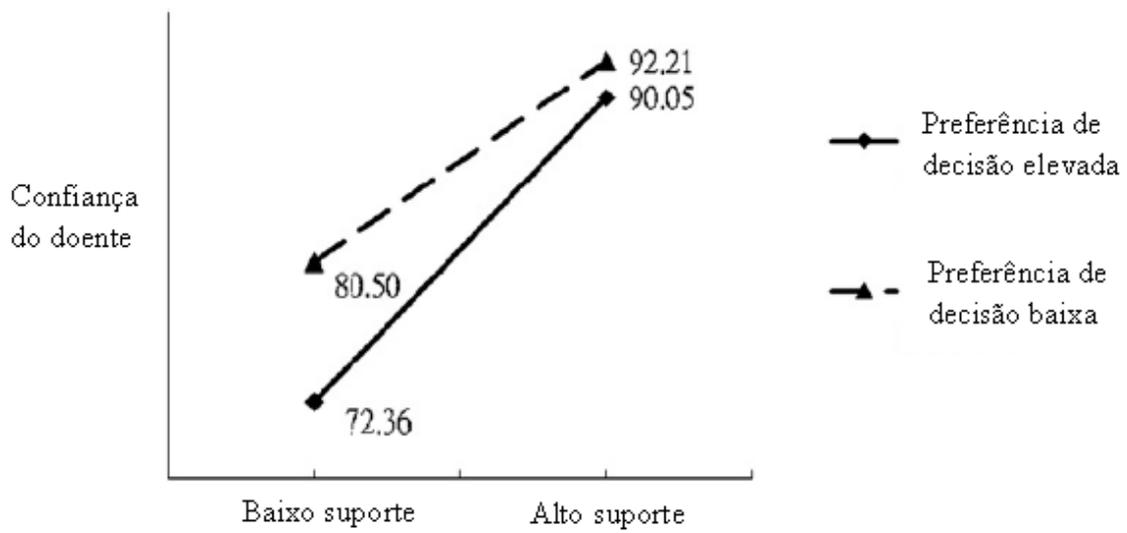


Figura 3 - O papel da preferência de decisão relacionado com a confiança e o suporte do doente. Adaptado de Lee e Lin, 2010.

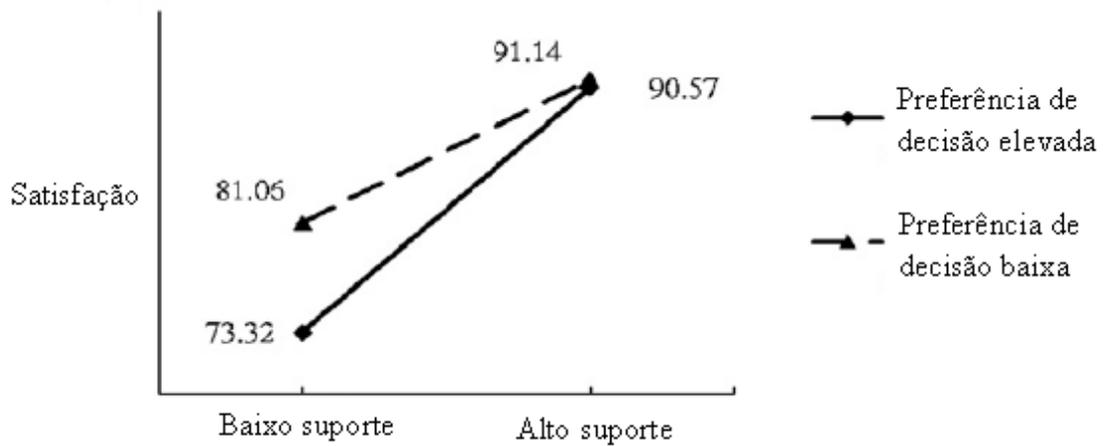


Figura 4 - O papel da preferência de decisão relacionado com a satisfação e o suporte do doente. Adaptado de Lee e Lin, 2010.

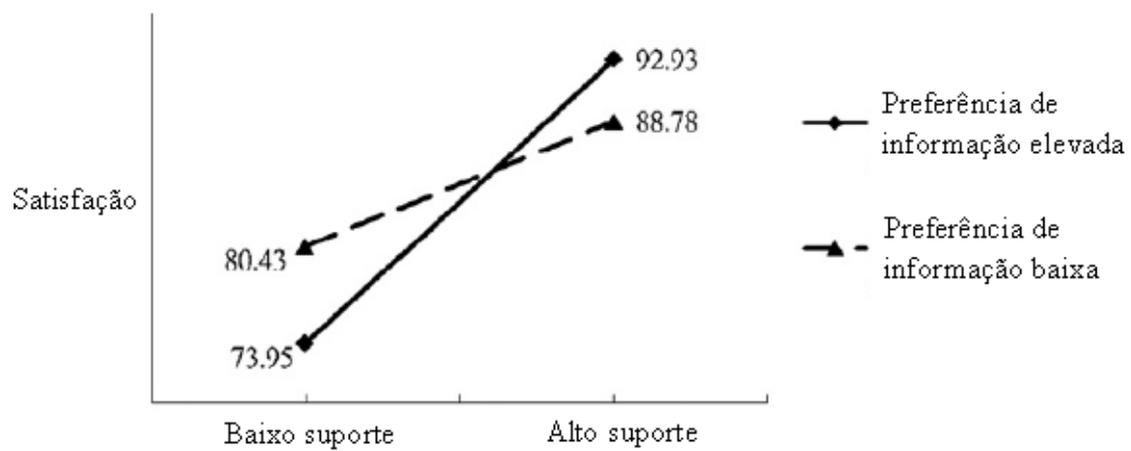


Figura 5 - O papel da preferência de informação relacionado com a satisfação e o suporte do doente. Adaptado de Lee e Lin, 2010.

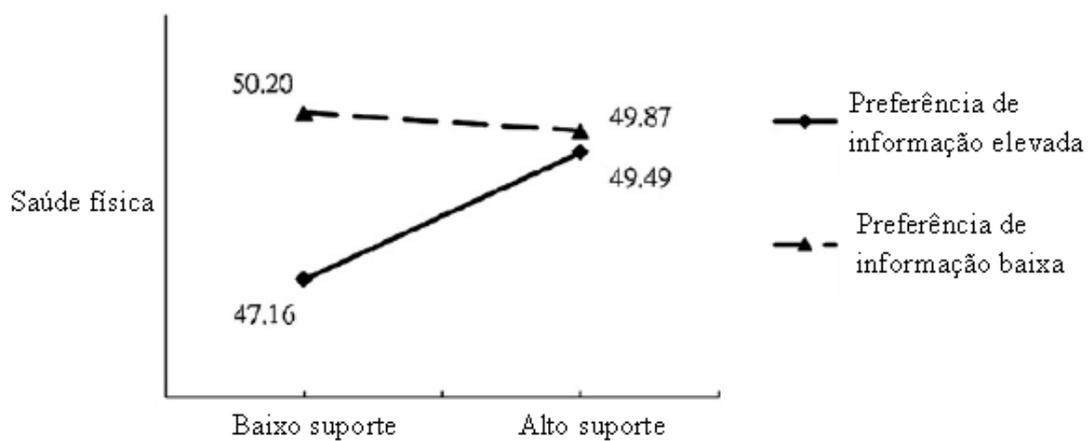


Figura 6 - O papel da preferência de informação relacionado com a saúde física e o suporte do doente. Adaptado de Lee e Lin, 2010.

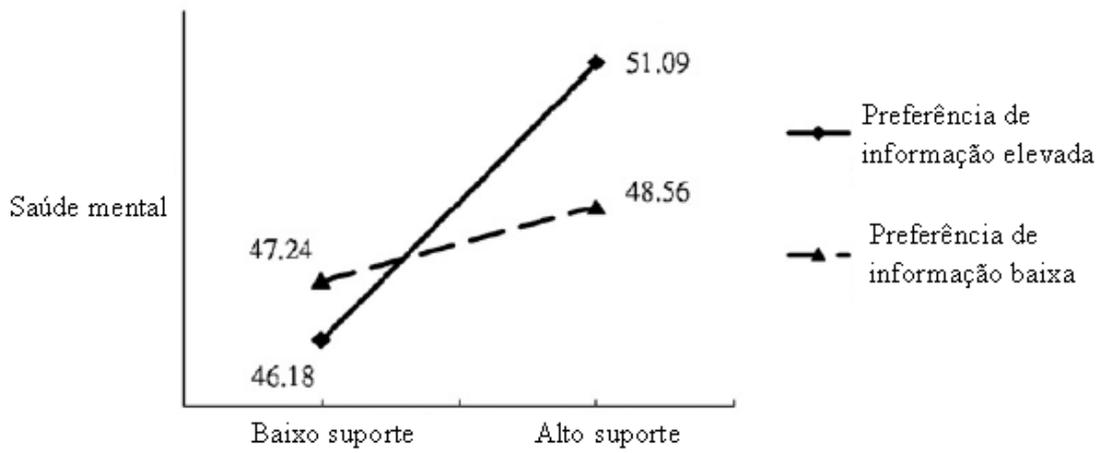


Figura 7 - O papel da preferência de informação relacionado com a saúde mental e o suporte do doente. Adaptado de Lee e Lin, 2010.

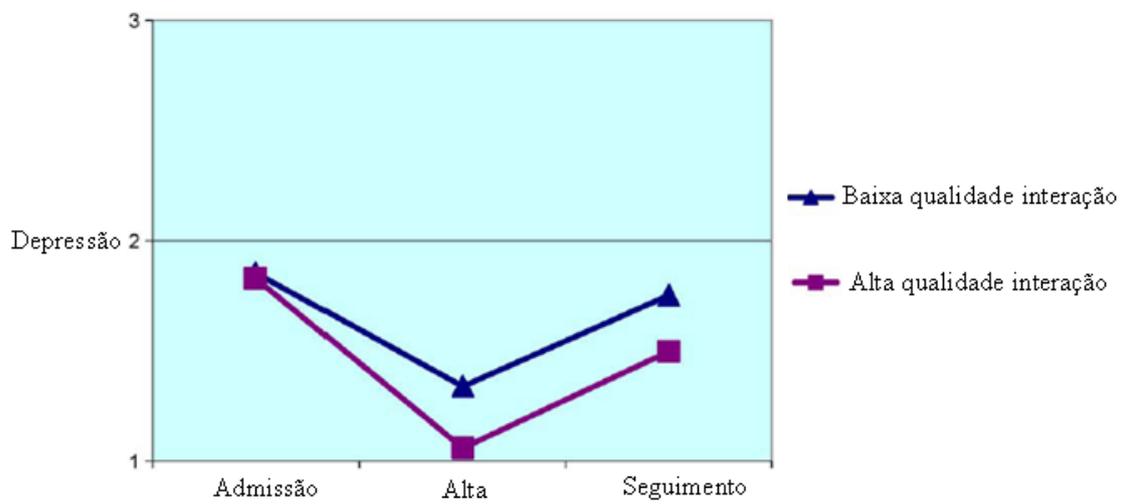


Figura 8 – Depressão em grupos de doentes com perceção de baixa e alta qualidade de interação. Adaptado de Dibbelt et al., 2009.

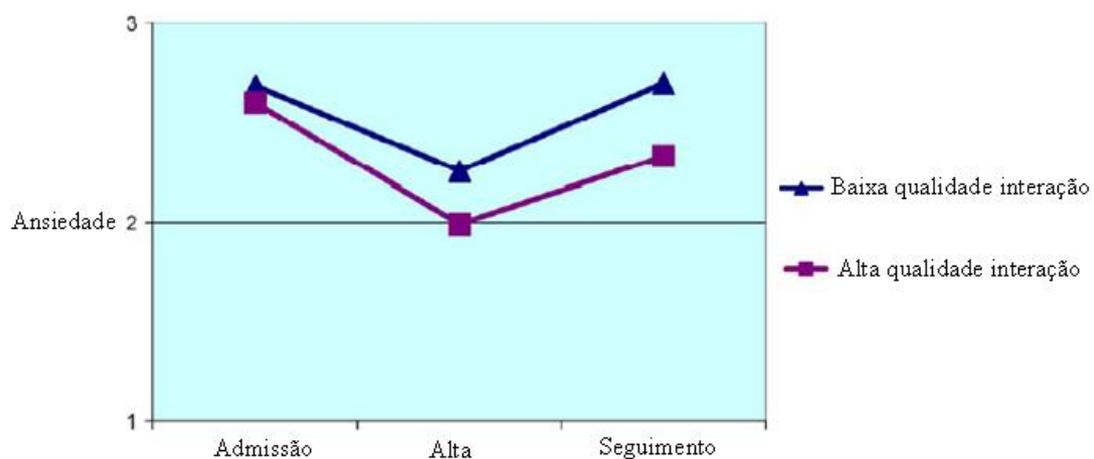


Figura 9 - Ansiedade em grupos de doentes com perceção de baixa e alta qualidade de interação. Adaptado de Dibbelt et al., 2009.

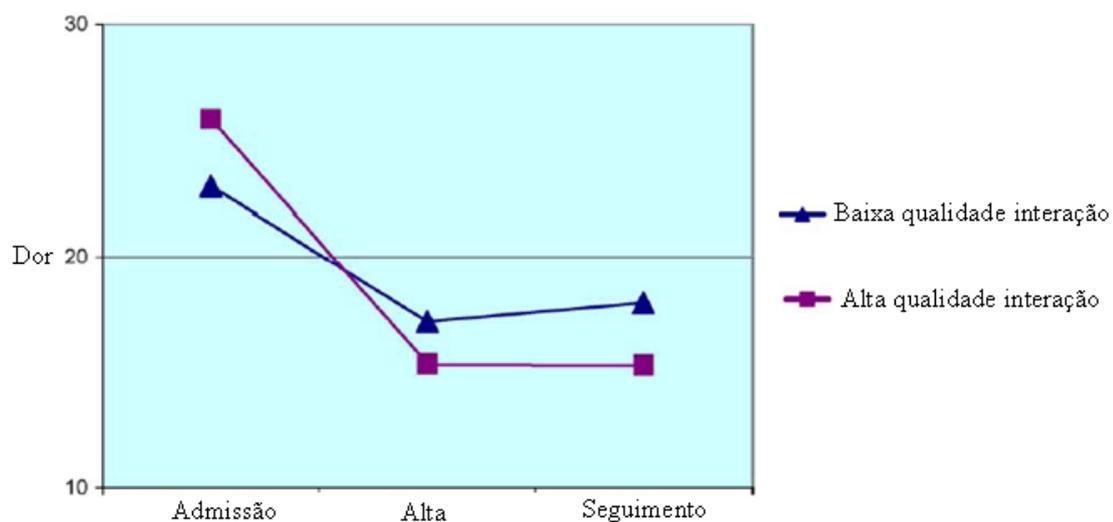


Figura 10 - Dor em grupos de doentes com perceção de baixa e alta qualidade de interação. Adaptado de Dibbelt et al., 2009.

Resultados

Comunicação

Etimologicamente, a palavra comunicar deriva do latim *comunicare* que significa «partilhar alguma coisa com alguém», «pôr em comum» ou «tornar comum».¹⁷ A relação humana constrói-se através da comunicação. Somos o que somos graças ao que nos comunicaram e foram as pessoas mais significativas na nossa infância que colaboraram para a nossa mudança e o nosso crescimento.⁴ O ser humano é um ser relacional. Estando duas pessoas presentes num mesmo ambiente, pressupõe-se que exista comunicação, afinal, considera-se uma das propriedades da comunicação a impossibilidade de não-comunicar.¹³

Através da comunicação exploram-se e valorizam-se sintomas, emoções, sentimentos e preocupações, identificam-se e modelam-se expectativas, dão-se explicações, lidam-se com motivações, acordam-se planos terapêuticos, ou seja, constrói-se um clima terapêutico e uma relação profissional de ajuda. Relação e comunicação são entidades distintas mas indissociáveis, sendo que a relação se constrói e manifesta, em grande parte, pela comunicação. A comunicação, a relação médico-doente e o processo de consulta estão intimamente interrelacionados.¹⁷

A comunicação baseia-se em mensagens verbais (oral ou escrita), para-verbais (entoação, ritmo, tonalidade, fluidez) e não verbais (gestos, postura, expressões faciais) (Figura 1). Frequentemente a comunicação não verbal oferece mais informação do que a verbal. A mudança de comportamentos ou estilos de vida só é possível através da comunicação. É através desta que se motiva o doente a deixar de fumar, a iniciar a prática de exercício físico, a modificar a sua dieta e a tomar a medicação regularmente após diagnóstico de uma doença crónica. A atividade preventiva é, em si, uma tarefa comunicacional e sendo o

médico de família um técnico com elevadas preocupações a este nível, é fundamental que ele tenha na base da sua formação uma aprendizagem mais rigorosa em habilidades comunicacionais.^{4,15,18}

Um bom médico deve construir uma proximidade afetiva com o doente através da cordialidade, isto é, cumprimentar adequadamente o doente no início da consulta, chamar o doente pelo nome que este prefere e sorrir educadamente ao longo da consulta. Também deve esclarecer os termos técnicos que não são próprios da cultura do doente de modo a que este entenda completamente os conselhos e indicações terapêuticas. O médico deve ainda possuir uma convicção adequada, ou seja, deve acreditar naquilo que é proposto. Se o médico acredita em determinado medicamento para o tratamento do seu doente é provável que este tenha um maior efeito terapêutico do que se este for cético em relação a ele.⁴

O médico deve adquirir e treinar as artes da comunicação com o intuito de fortalecer a relação médico-doente na consulta (Tabela 1). Os pilares centrais da comunicação médico-doente são: ouvir, perguntar, imaginar-se no lugar do outro, confirmar e reformular.¹⁷ A arte de ouvir ativa e reflexiva, sem juízos de valor, leva a que o doente sinta que existe interesse genuíno no que ele está a dizer e que tem espaço para exprimir os seus sentimentos, angústias, inquietações, dúvidas e dificuldades. Vários estudos demonstraram que, se o doente se sentir ouvido, o seu grau de satisfação com a consulta aumenta (Figura 2).^{14,19} Também é importante respeitar os silêncios que surgem naturalmente durante a consulta, sem tentar preenchê-los imediatamente, para o doente poder reorganizar as suas ideias e colocar dúvidas e o médico identificar aspetos que ficaram por esclarecer e ponderar as hipóteses diagnósticas.^{1,17} O médico não deve interromper o doente, deixando-o contar a sua história sem que esta sofra alterações, no entanto deve saber modular a reatividade de modo a que a consulta não seja totalmente aberta. Assim, pretende-se que a reatividade seja inicialmente baixa e que aumente

na fase resolutiva da consulta. A forma como o médico se veste é também uma forma de comunicar e a bata aumenta a aparência profissional e científica, revelando alguns estudos que o grau de confiança no médico aumenta com o uso da bata.^{4,18}

A empatia na relação médico-doente está a ser valorizada na atualidade sendo definida como uma habilidade cognitiva, passível de ser ensinada e aprendida e que envolve a compreensão dos sentimentos e emoções do paciente.²⁰ Às vezes verifica-se alguma confusão entre empatia e simpatia que importa esclarecer. A simpatia é somente um sentimento de lamento, preocupação e de compaixão de um indivíduo em relação a outro. A simpatia é, assim, a expressão dos sentimentos do próprio em relação ao outro e traduz a necessidade urgente de se libertar do seu sofrimento desencadeado pela história do outro. Por sua vez, a empatia é estar com o outro e entender o seu ponto de vista. O foco de atenção é o sujeito com problema, ao contrário da simpatia em que o foco se afasta do sujeito para o ouvinte. Na empatia o médico entra dentro do mundo do doente e observa o mundo a partir do ponto de vista do doente. O estabelecimento de um ambiente empático exige dois momentos: primeiro a interiorização da situação emocional do doente e, em segundo, dar a conhecer ao doente que o compreende. A empatia exprime-se de modo verbal e não verbal. Isto significa que o doente percebe a empatia do médico por aquilo que este diz, mas também, ou até mais, por aquilo que o doente observa a partir do médico.⁴ A empatia correlaciona-se positivamente com a qualidade do atendimento na consulta e com a confiança depositada no médico.^{21,22} A sensação que o doente tem quando é compreendido é, em si, intrinsecamente terapêutica quebrando as barreiras de isolamento da doença e encontrando soluções mais efetivas para a resolução dos seus problemas.⁴

A medicina no século XXI terá como objetivo a descoberta da pessoa, isto é, encontrar as origens da doença e do sofrimento desenvolvendo métodos para o alívio da dor, bem como revelar o poder da própria pessoa através da humanização da medicina.^{20,23}

A consulta é a integração dos conhecimentos técnicos com a capacidade de se relacionar com os outros.⁴ A medicina clínica é, assim, uma prática que decorre no âmbito da comunicação inter-pessoal. Esta valoriza a relação médico-doente em detrimento da impessoalidade da ação técnica. Este tema é atual e levanta a questão da desumanização a que o livre exercício das tecnologias de que dispomos nos pode levar.³

Os doentes com alta classe social e com nível educacional superior são mais expressivos, fazem mais perguntas e pedem mais explicações do que aqueles que têm baixa classe social e nível educacional inferior. Os médicos dão mais informações e explicações aos doentes com elevado nível educacional, envolvendo-os na decisão partilhada e responsabilizando-os pela sua própria saúde.^{24,25}

Uma boa comunicação médico-doente é essencial na construção de uma relação terapêutica médico-doente que é o coração e a arte da medicina. A insatisfação do doente e muitas das suas reclamações são devido a uma quebra nessa relação.²⁶ Hoje em dia, os doentes querem uma melhor comunicação com os seus médicos. No entanto, muitos médicos tendem a sobrevalorizar a sua capacidade de comunicação.^{12,27,28} Os cuidados de saúde integram cada vez mais a exploração dos valores e preferências do doente envolvendo-o conjuntamente com o médico para alcançar a melhor decisão sobre os seus cuidados, através da utilização de fatores positivos ou unificantes como o respeito, o interesse, a atenção, a humildade e a empatia do médico (Tabela 2).^{1,8,12}

Problemas de comunicação

A declaração do consenso de Toronto sobre a comunicação médico-doente demonstrou que os problemas de comunicação na prática clínica são importantes e comuns. A comunicação dos médicos pode sempre ser melhorada (Tabela 3).^{6,7}

As limitações de tempo, a arrogância, as interrupções, o atendimento de chamadas telefônicas, as barreiras linguísticas e a insensibilidade cultural são barreiras importantes para uma boa comunicação, funcionando como fatores negativos ou distanciantes da relação médico-doente (Tabela 2).^{6,8,29,30} A ansiedade e o medo dos doentes, a carga de trabalho dos médicos e as expectativas irrealistas dos doentes dificultam também essa comunicação. A falta de explicação adequada, o baixo nível educacional do doente e a má compreensão do doente, bem como a falta de consenso entre o médico e o doente podem conduzir à falha terapêutica.^{27,31}

A capacidade de comunicação tende a diminuir à medida que avança a formação dos estudantes de medicina e os médicos com mais tempo de formação tendem a perder o foco holístico dos cuidados de saúde do doente. Além disso, a elevada carga emocional e física da formação médica, especialmente durante o estágio e o internato, suprime a empatia e a conversa, substituindo-as pelas técnicas e procedimentos, podendo até resultar no desprezo dos doentes.^{27,32}

Cuidado de saúde centrado no doente

O cuidado de saúde centrado no doente baseia-se na toma de decisão partilhada, tendo em conta as preferências e o contexto social do doente, respeitando assim os princípios éticos da beneficência e não-maleficência.^{30,33} A consulta foca-se na pessoa de uma forma holística e nenhum diagnóstico está completo se não for conhecido o quadro de representação da doença com que o doente explica o que lhe está a acontecer. O médico tenta compreender a visão que o doente tem do seu mundo, procurando conhecer os seus sentimentos, as suas ideias, as suas expectativas e o impacto que a doença tem na sua vida. Este método engloba a compreensão da pessoa no seu todo e no seu contexto, tendo em conta a sua história de vida, a personalidade, o grau de formação, a família, a profissão e a economia.^{4,34}

A Organização Mundial de Saúde caracterizou a família como o primeiro agente social envolvido na promoção da saúde e no bem-estar. Vários estudos de investigação demonstraram que a família exerce influência no estado de saúde dos seus membros e que os cuidados de saúde mais eficazes e eficientes serão aqueles em que existe cooperação entre o médico, o doente e a família. Estudos demonstraram também que a família é uma das mais importantes fontes de stress ou de suporte para o doente. A família influencia certos comportamentos individuais como a dieta, o exercício físico, o tabagismo, a adesão à terapêutica e o uso dos serviços de saúde. Os hábitos de exercício físico dos pais têm uma marcada influência no nível de exercício físico dos filhos. No caso dos hábitos tabágicos a iniciação, manutenção e cessação tabágica é também fortemente influenciada pela família. Os comportamentos alimentares e a obesidade também apresentam relação com os comportamentos familiares. No caso da diabetes, verificou-se uma relação entre o bom controlo metabólico da mesma e o apoio familiar. Uma boa relação entre o médico de família,

o doente e a família pode, assim, contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde.⁵¹

Cada pessoa é o produto do seu meio, logo só pode ser compreendida na sua totalidade se entendermos o seu passado, o seu meio e o modo como se relaciona com eles. Este método inclui, assim, a mútua decisão relativamente aos problemas e aos objetivos do tratamento. A promoção da saúde e a prevenção da doença são muito importantes quando abordamos este método. O médico deve fazer a avaliação do potencial do doente para a saúde, identificando comportamentos de risco ou obstáculos à saúde. Também, deve avaliar o grau de confiança percebida para a modificação de comportamentos ou para a implementação de planos terapêuticos.⁴

Importância da relação médico-doente

Estudos demonstraram que os médicos são a principal e mais confiável fonte de informação sobre a saúde, bem como a fonte mais provável para estimular a mudança positiva de comportamento. Os cidadãos dos Estados Unidos, Reino Unido, Alemanha, África do Sul e Japão classificaram a relação médico-doente como a segunda mais importante a seguir à relação familiar excedendo a importância das relações espirituais, financeiras e com os colegas de trabalho (Tabela 4). A relação médico-doente passou do modelo autoritário ou paternalista para um modelo de decisão partilhada (Tabela 5).³⁵

Atualmente, os doentes fazem mais perguntas, têm a oportunidade de fazer mais escolhas, avaliam ativamente os benefícios e os riscos do tratamento e cuidam melhor da sua própria saúde. Os doentes possuem expectativas mais altas relativas ao desempenho médico ideal que engloba a compaixão, a confiança, a compreensão, a paciência, a parceria e o ouvir atentamente. Os médicos de todos os países estudados taxam este desempenho acima do que os doentes consideram.^{29,35}

Vantagens da relação médico-doente

Uma boa relação médico-doente pode ser vantajosa não só em relação aos aspetos psicossociais apreendidos subjetivamente (aumento da qualidade de vida, redução da depressão e da ansiedade), mas também em relação aos critérios clínicos objetivos (alívio dos sintomas, melhoria da capacidade funcional, melhoria no controlo da dor, diminuição da pressão arterial e da glicose no sangue). Uma relação médico-doente eficaz aumenta ainda a satisfação dos doentes e melhora a adesão ao tratamento.^{6,7,9,11,15,24,25,27,31,36-39} A satisfação dos doentes é a chave para o sucesso da prática médica e é alcançada quando a perceção da qualidade dos cuidados de saúde que eles recebem é positiva, satisfazendo as suas expectativas.^{6,40}

A relação médico-doente é mais benéfica quando existe uma elevada autonomia de escolha por parte do doente. A autonomia de um doente é o desejo de controlar a sua situação de doença, procurando informações e a tomada de decisões. Esta autonomia varia de acordo com a idade, o sexo, o nível de educação, a experiência e a gravidade da doença. Os doentes com elevada capacidade de preferência de decisão revelaram mais confiança (Figura 3) e satisfação (Figura 4) do que os doentes com baixa capacidade de preferência de decisão. Além disso, doentes com alto nível de preferência de informações tiveram um maior nível de satisfação (figura 5), bem como uma melhoria da saúde física (Figura 6) e mental (Figura 7). Através do respeito pela autonomia do doente, da implementação da decisão partilhada e da disponibilização de informação completa, os médicos podem aumentar a eficácia do cuidado centrado no doente e melhorar os resultados dos doentes (Tabela 6).^{29,31,41}

Dibbelt et al., no seu estudo sobre a interação médico-doente na reabilitação, demonstrou que a alta qualidade de interação dos doentes com os seus médicos estava

relacionada com a redução da depressão (Figura 8), da ansiedade (Figura 9) e da dor (Figura 10) durante a reabilitação.⁴²

Uma relação mais centrada no doente apresenta resultados mais favoráveis para o doente (diminuição do tempo de internamento hospitalar e redução do tempo de recuperação da doença) e também aumenta a satisfação do médico com o seu trabalho (diminuição da ansiedade, da tensão e do esgotamento profissional). Também, ajuda a regular as emoções dos pacientes, facilita a compreensão da informação médica e permite uma melhor identificação das necessidades e expectativas dos doentes.^{1,27}

Relação médico-doente em Geriatria

A doença provoca um sentimento de isolamento nos doentes idosos. Estes desejam ter os seus sentimentos, ideias e dilemas entendidos pelos médicos. Assim, no decorrer do diagnóstico e tratamento, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica. Os doentes idosos esperam que o médico seja amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário com o seu sofrimento, oferecendo-lhes o apoio emocional de que carecem. Também desejam um cuidado de saúde de forma personalizada, sendo chamados pelo seu próprio nome. Cuidar de um indivíduo idoso significa estar atento à sua qualidade de vida, aos seus níveis de autonomia e independência e ao seu meio social e físico, a fim de prevenir e tratar adequadamente qualquer perturbação no seu estado de saúde. Uma boa comunicação médico-doente idoso melhora a adesão ao tratamento, o que melhora o controlo das doenças crónicas que prevalecem nesta faixa etária (diabetes e hipertensão). Especialmente quando se trata de uma doença crónica, o doente idoso deve participar ativamente no seu tratamento, adquirir informações e até, em certos casos, dominar certas técnicas para aplicá-las em si mesmo, como por exemplo, no caso dos doentes diabéticos dependentes de insulina. Os doentes mais empenhados e interessados na sua própria saúde revelam uma melhoria nos seus resultados e grau de satisfação. Assim, o médico deve defender a autonomia do doente, reconhecendo que ambos devem ter espaço e voz no processo terapêutico, respeitando as diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos. Os idosos devem ser estimulados a tornarem-se mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo seu processo de saúde.²⁰

A família é, na maioria das vezes, um fator indispensável de suporte e colaboração no tratamento, sendo insubstituível como fonte de segurança e afeto para o doente idoso. O

médico deve valorizar a participação dos familiares, fazendo-os aliados e colaboradores do processo terapêutico. O médico deve fortalecer, assim, o relacionamento entre os doentes idosos e os seus familiares, pois essa rede de autonomia/dependência é fundamental para o cuidado e para a saúde do doente idoso. O doente idoso, assim como seus familiares, têm necessidade de tranquilização e apoio, mas infelizmente, por falta de preparação, o médico nem sempre tem a capacidade para fornecê-los.^{20,51}

Para construir uma relação benéfica com o doente idoso, o médico deve escutá-lo com atenção e respeitá-lo, revelando paciência, sensibilidade e interesse. O médico deve saber que a doença raramente é só orgânica ou psíquica ou social ou familiar, mas sim, concomitantemente todas elas. Assim, o médico necessita de compreender o doente idoso no seu contexto bio-psico-social, escolhendo as palavras adequadas para fornecer as devidas explicações sobre o seu estado de saúde. As informações fornecidas ao doente idoso devem referir-se à patologia que os afeta, aos meios a serem empregues para a tentativa da sua resolução, às vantagens e aos inconvenientes esperados, aos riscos possíveis, aos custos e aos resultados esperados. Atender com hora marcada e com o menor tempo possível de espera, oferecer espaço de atendimento confortável e que preserve a privacidade, olhar o doente enquanto conversa com ele, tentar ouvir mais do que falar e falar sobre o doente com os outros profissionais de saúde com respeito são aspetos favoráveis a uma relação médico-doente idoso baseada na cooperação e no desenvolvimento conjunto do processo terapêutico.²⁰

Relação médico-doente em Pediatria

O médico deve abordar as preocupações dos pais de uma forma sensível, envolvendo-os na tomada de decisões. O médico com boas habilidades de comunicação assegura a satisfação dos pais e ainda a adesão à terapêutica adequada à resolução dos problemas do seu filho. O médico deve envolver ativamente os pais no seguimento da criança doente, pois na evolução da doença podem surgir sintomas novos, complicações da doença, os fármacos podem não funcionar e podem surgir efeitos secundários da medicação, que exigem atenção para se corrigirem atempadamente. Os pais de doentes com doença crónica ou incurável, têm muita ansiedade e tensão. O médico deve manifestar empatia e dar apoio e explicações adequadas sobre a doença, as opções terapêuticas e de reabilitação. Uma comunicação eficaz em saúde infantil envolve a troca de informações entre os médicos, os pais e as crianças. Uma postura agradável do médico de família, bem como um comportamento simpático e uma linguagem apropriada à idade do doente facilita a comunicação com as crianças. O papel do médico não é somente diagnosticar e tratar, mas também ouvir, aconselhar, orientar e ensinar. O respeito mútuo é fundamental para o desenvolvimento de um relacionamento saudável entre médicos, pais e filhos.⁶

O médico deve iniciar a consulta dando as boas-vindas, apresentando-se, sorrindo e abordando os pais e os filhos pelos seus nomes preferidos. O médico deve demonstrar empatia com os pais para que estes sintam que a sua situação é realmente compreendida, pois estes apresentam frequentemente grande ansiedade. Os pais manifestam vários medos e preocupações durante a consulta, a que o médico deve estar atento e deve saber responder, deixando sempre tempo para mais perguntas e esclarecimentos. Assim, o médico deve utilizar pausas e períodos de silêncio, ouvindo atentamente os pais. O exame físico é importante para

o médico estabelecer uma boa relação terapêutica com a criança. O médico deve ter consideração pelo medo das crianças, explicando-lhes o que vai fazer e porque o vai fazer, quebrando esse medo com gestos delicados e com simpatia. Também, é útil falar com a família em intervalos periódicos durante o exame físico.⁶

O médico usa muito o telefone na sua prática clínica. Através deste meio, os pais podem aconselhar-se e informar-se, evitando o desperdício de tempo e o gasto de dinheiro para irem ao médico por pequenos problemas. O médico deve transmitir um sincero interesse nas preocupações dos pais que lhe ligam, através da comunicação verbal apurada, utilizando uma voz amigável e acolhedora para tranquilizar, assim, um pai ansioso. Uma escuta atenta é crucial para obter as informações necessárias para tomar decisões médicas por telefone. O médico deve perguntar qual a idade da criança, bem como qual o problema da criança e qual a medicação que faz. Se este achar necessário, deve orientar a criança para uma consulta médica ou para um hospital se for uma emergência.⁶

Relação médico-doente em Oncologia

O impacto da comunicação médico-doente é especialmente importante quando estão presentes doenças graves, por exemplo, o cancro. A qualidade afetiva da consulta oncológica está relacionada com a qualidade de vida do doente e com a sua satisfação. Por outro lado, uma comunicação médico-doente pobre pode levar à negação, à ansiedade e à depressão.³⁷

O cancro não é somente uma doença biológica, mas uma doença bio-psico-social, pois afeta a parte física e psicológica do doente, bem como o meio social em que ele se encontra. O médico deve explorar os sentimentos e as necessidades dos doentes com cancro, personalizando a terapêutica de acordo com o tipo e estadió do cancro, o prognóstico, a idade, o sexo, a personalidade e essas necessidades que estes doentes manifestam. O doente com cancro passa por um tratamento agressivo com base na cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, ou ainda uma combinação destes três, o que leva ao aparecimento de vários efeitos secundários nomeadamente náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, astenia, insónia, entre outros. O doente desenvolve também problemas psicológicos, como por exemplo sentimentos de culpa, perda de controlo sobre a doença, raiva, ansiedade, preocupação, confusão, medo sobre o que pode acontecer, baixa auto-estima, tristeza, isolamento, depressão e risco de suicídio. Os problemas sociais também aparecem, nomeadamente os problemas financeiros, o preconceito, o desemprego, os custos dos cuidados de saúde e as mudanças do estilo de vida. Uma boa comunicação é essencial e ajuda o médico a identificar estes problemas que decorrem desta doença debilitante e incapacitante. Assim, o médico deve integrar uma equipa multidisciplinar procurando entender todas as necessidades, crenças, valores e expectativas do doente, ajudando-o e motivando-o no processo terapêutico do cancro. O médico deve ter em

consideração a opinião e a decisão do doente, pois este desempenha um papel significativo na evolução do seu tratamento.¹

As más notícias (presença de metástases, necessidade de mais tratamento, fase avançada do cancro) podem ocorrer em qualquer fase de evolução do cancro, logo o médico deve ter um treino adequado na comunicação de notícias delicadas. Nesta situação, o médico deve informar o doente das más notícias se este assim o pretender, utilizando a empatia e inculcando a esperança no doente. Assim, para um doente que é diagnosticado com um tipo de cancro muito agressivo, o médico pode dizer que apesar do prognóstico não ser muito bom, vai fazer um tratamento adequado e que em conjunto vão lutar contra o cancro. O facto de o médico dizer que vai lutar em conjunto com o doente contra o cancro é muito importante para o doente, pois este deixa de se sentir sozinho na luta contra a sua doença, adquirindo um forte aliado para a resolução dos seus problemas. Os profissionais de saúde precisam de melhorar a sua comunicação com os doentes oncológicos, humanizando assim as técnicas a que recorrem para o tratamento desta patologia.¹

Conclusão

A Organização Mundial da Saúde define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.¹³ Uma boa comunicação e uma relação médico-doente estável são essenciais para que se aplique esta definição de saúde na prática clínica. A maioria das queixas dos doentes sobre os médicos está relacionada com problemas de comunicação e não com as competências clínicas.²⁷

Atualmente, a criação da internet, a explosão de novas descobertas científicas, o envelhecimento da população, o surgimento da medicina baseada na evidência, as estratégias de controlo de custos com a economização da medicina e o interesse renovado nos cuidados de saúde baseados na relação médico-doente transformaram o serviço de saúde.^{35,43}

Os médicos devem privilegiar os sentimentos e valores dos doentes e dos seus familiares, estimulando-os para a toma de decisões em conjunto. O médico deve fazer a promoção da saúde e a prevenção da doença, considerando o doente na sua integridade física, psíquica e social e não somente do ponto de vista biológico.^{20,51} O médico deve ainda interagir com o doente de um modo profissional, sensível e sem juízos de valor, respeitando a sua autonomia.⁶ Assim, o médico deve adotar um estilo de comunicação que envolva a participação ativa do doente, tendo em conta as suas preocupações e preferências, proporcionando um cuidado de saúde centrado no doente.^{24,31}

No século XXI, as doenças infecciosas estão a dar lugar às doenças crónicas e degenerativas. Neste contexto, a comunicação é um fator fundamental, pois os tratamentos de longa duração dependem de uma participação mais intensa do doente.^{13,19} A auto-gestão de saúde pelo doente é muito importante nas doenças crónicas, melhorando significativamente a sua qualidade de vida.^{44,50} Uma relação médico-doente eficaz possibilita a construção de um

ambiente de empatia e confiança, conduzindo a uma maior satisfação e a melhores resultados. O médico deve encorajar o doente a participar ativamente nas decisões e a gerir o seu estado de saúde. Um doente motivado para a sua saúde tem maior probabilidade de prevenir comportamentos de risco e de adotar estilos de vida saudáveis.^{29,45}

A relação médico-doente é especial e complexa. Dela pode depender a melhora da condição do doente ou a definitiva perda da sua saúde. Cabe ao médico tentar estabelecer a melhor relação possível para elevar a auto-estima do paciente e despertar nele a vontade de melhorar, sentimento imprescindível na luta contra qualquer doença. Dar ouvidos ao doente é a peça fundamental na construção de uma boa relação. Deve-se ouvi-lo com cuidado, estando atento aos mínimos detalhes da sua situação. Ouvir o doente é uma arte e como tal pode sempre ser aperfeiçoada.^{14,19}

Hoje em dia, os doentes mostram uma elevada necessidade de obter informação e um desejo crescente de se envolverem na toma de decisões acerca do seu tratamento.⁶ Os médicos devem motivar os doentes a expressarem as suas expectativas, objetivos e preferências para implementarem a decisão partilhada na prática clínica.⁹ Os doentes mais instruídos recebem mais informações do seu médico e participam mais na toma de decisão sobre a sua saúde do que aqueles que possuem um nível educacional inferior.²⁴ Estes também tendem a fazer mais perguntas e a serem mais críticos em relação ao seu tratamento.²⁵ Uma boa colaboração dos vários profissionais de saúde e o trabalho multidisciplinar em equipa é essencial para um serviço de saúde eficiente. A interação em equipa está associada a uma melhoria nos resultados do tratamento, a uma diminuição da morbilidade e a uma redução dos custos económicos da saúde.⁹

A confiança no médico, a satisfação do doente e o sucesso da terapêutica dependem de uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o doente, que inclui a comunicação

verbal, a comunicação não verbal e a aparência do médico.^{18,27,46} Uma comunicação médico-doente eficaz aumenta a adesão do doente ao tratamento, envolvendo-o na toma da decisão sobre o seu estado de saúde.^{13,15,47} A comunicação é uma arte que pode ser aprendida pela prática, permitindo a humanização da relação médico-paciente.^{6,12}

Ao longo do curso de medicina é dada pouca atenção ao desenvolvimento das habilidades da comunicação, logo os médicos necessitam de melhorá-las.⁴⁸ Programas de treino dessas habilidades devem ser implementados com o intuito de melhorar a satisfação do doente durante a consulta e de aumentar a probabilidade de obter resultados positivos durante o tratamento.^{21,42} Uma boa comunicação requer treino para garantir a eficácia.^{17,27,47}

No futuro, mais investigações são necessárias sobre as emoções na relação médico-doente para se conseguir estabelecer um programa de treino das habilidades de comunicação dos médicos face às emoções apresentadas pelo doente.⁴⁹ Os médicos devem ter mais consideração pela relação médico-doente, dando mais ênfase à comunicação afetiva e aos fatores comportamentais.¹⁶

Concluindo, o ensino das habilidades de comunicação deve ser incluído em todos os níveis da educação médica, sendo fundamental no currículo de qualquer médico.^{7,25}

Agradecimentos

Agradeço ao Doutorando Hernâni Pombas Caniço (meu orientador) e ao Professor Doutor José Manuel Carvalho Silva (meu co-orientador) todo o apoio e profissionalismo durante a realização deste artigo de revisão.

Agradeço aos meus pais, irmão e amigos todo o suporte e atenção que me deram ao longo deste trabalho.

Por último, agradeço especialmente à minha namorada que me ajudou em todas as dificuldades sentidas na realização desta tese, motivando-me sempre ao longo deste percurso.

Referências bibliográficas

1. Markides M. The importance of good communication between patient and health professionals. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011; 33:123–125.
2. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*. 2004; 79(6):495-507.
3. Abreu JLP. Comunicação e Medicina. Virtualidade; 1998. Available from: medicoscentro.com
4. Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. 2010. Available from: mgfamiliar.net
5. Carvalho IP, Silva RR, Pais VG, Braga MF, Vale IC, Teles A, et al. O ensino da comunicação na relação médico-doente – uma proposta em prática. *Acta Med Port*. 2010; 23(3):527-532.
6. Shendurnikar N, Thakkar PA. Communication skills to ensure patient satisfaction. *Indian J Pediatr*. 2013.
7. Meryn S. Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. *BMJ*. 1998; 316:1922.
8. Schattner A. Patient–physician distance. *European Journal of Internal Medicine*. 2013; 24(6):69-70.
9. Quaschnig K, Korner M, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*. 2013; 91:167–175.

10. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate: a literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling*. 2013; 90:297–306.
11. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T, LeBlanc A, Lockyer J, Légaré F, et al. Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. *Social Science & Medicine*. 2010; 70:763–768.
12. Smith QW, Street RL, Volk RJ, Fordis M. Differing levels of clinical evidence: exploring communication challenges in shared decision making. *Medical Care Research and Review*. 2013; 70(1):3–13.
13. Croitor LMN. Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida. *Mestre em Neurociências [dissertation]*. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
14. Araújo LC, Pagnan LB, Zanetti LR, Simões JC. A arte de ouvir o paciente. *Rev. Med. Res*. 2011; 13(3):200-205.
15. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *JABFP*. 2002; 15(1): 25-38.
16. Butalid L, Verhaak PFM, Boeije HR, Bensing JM. Patients' views on changes in doctor-patient communication between 1982 and 2001: a mixed-methods study. *BMC Family Practice*. 2012; 13(80): 1-12.
17. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta - uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012; 28:212-22.
18. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010; 34(3):363–370.

19. 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; 85:369-374.
20. Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010; 34(1):150-159.
21. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010; 34(2):261-269.
22. Ogle J, Bushnell JA, Caputi P. Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*. 2013; 47: 824-831.
23. Júnior PGN, Guimarães TMM. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. *Bioética*. 2003; 11(1):101-112.
24. Verlinde E, Laender N, Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*. 2012; 11(12): 1-14.
25. Street RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?. *Social Science & Medicine*. 2007; 65:586-598.
26. Blackall GF, Green MJ. "Difficult" patients or difficult relationships?. *The American Journal of Bioethics*. 2012; 12(5):8-22.
27. Ha JF, Anat DS, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*. 2010; 10:38-43.
28. Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med*. 1995; 41(9):1241-1254.

29. Bridges JFP, Loukanova S, Carrera P. Patient empowerment in health care. 2008; 17-28.
30. Brand PLP, Stiggelbout AM. Effective follow-up consultations: the importance of patient-centered communication and shared decision making. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2013.
31. Lee YY, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Social Science & Medicine*. 2010; 71:1811-1818.
32. Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. Selected aspects of a professional doctor-patient communication – education and practice. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2013; 20(2):373–379.
33. Wirtz V, Cribb A, Barber N. Patient–doctor decision-making about treatment within the consultation: a critical analysis of models. *Social Science & Medicine*. 2006; 62:116–124.
34. Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine*. 2000; 50:829-840.
35. Magee M. Relationship-based health care in the United States, United Kingdom, Canada, Germany, South Africa and Japan - a comparative study of patient and physician perceptions worldwide. *Patient Safety in Care and Research*. 2003; 1-14.
36. Guadagnoli E, ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998; 47(3):329-339.
37. Ong LML, Visser MRM, Lammes FB, Haes JCJM. Doctor–patient communication and cancer patients’ quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*. 2000; 41:145–156.

38. Edwards A, Elwyn G, Hood K, Atwell C, Robling M, Houston H, et al. Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice*. 2004; 21(4):347–354.
39. Wagner PJ, Lentz L, Heslop SDM. Teaching communication skills: a skills-based approach. *Academic medicine*. 2002; 77(11):1164.
40. Weinman J. Doctor–patient interaction: psychosocial aspects. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2001; 3816-3821.
41. Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Services Research*. 2006; 21(6):1-6.
42. 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; 76:328–335.
43. Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld: More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor–patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*. 2001; 53:487–505.
44. Bensing JM, Tromp F, Dulmen S, Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice*. 2006; 7 (62):1-7.
45. Berger Z. Understanding communication to repair difficult patient–doctor relationships from within. *The American Journal of Bioethics*. 2012; 12(5): 15-16.

46. Ruiz-Moral R. The role of physician–patient communication in promoting patient–participatory decision making. *Health Expectations*. 2009; 13:33–44.
47. Ashbury FD, Iverson DC, Kralj B. Physician communication skills: results of a survey of general/family practitioners in Newfoundland. *Med Educ Online*. 2001; 6(1):1-11.
48. Karkowsky CE, Chazotte C. Simulation: improving communication with patients. *Seminars in perinatology*. 2013; 37:157–160.
49. Finset A. “I am worried, Doctor!” Emotions in the doctor–patient relationship. *Patient Education and Counseling*. 2012; 88:359-363.
50. Sonntag U, Wiesner J, Fahrenkrog S, Renneberg B, Braun V, Heintze C. Motivational interviewing and shared decision making in primary care. *Patient Education and Counseling*. 2012; 87:62–66.
51. Ribeiro C. Família, Saúde e Doença: O que diz a investigação. *Revista Portuguesa Clinica Geral* 2007; 23:299-306.