



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANTÓNIO JOÃO ARAÚJO MARTINS RIBEIRO DA SILVA

A Relação Médico Doente: uma revisão da literatura

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO

ABRIL/2016

Resumo: A relação médico-doente é um componente importante dos cuidados médicos, estando ligada a melhores resultados em saúde. É um conceito cuja definição se prova difícil e grandemente dependente do autor. Ao longo da história tem vindo a evoluir e a mudar consoante os contextos sociais e científicos envolventes. No século XX foi profundamente pensada e teorizada, surgindo vários modelos para a explicar. A Medicina Centrada no Doente é a escola moderna de prática da medicina, resultando da fusão do modelo biomédico e do biopsicossocial. Uma das suas principais características é a prática de cuidados holísticos, necessitando de uma relação médico-doente eficaz e empática.

Palavras-chave: “relação médico-doente”, “comunicação médico-doente”, “continuidade de cuidados”, “medicina centrada no doente”, “cuidados holísticos”

Abstract: The patient-doctor relationship is an important part of medical care, being connected to the improvement of outcomes in health. It is a concept that is both hard to define and whose definition is greatly conditioned by the author's view. Throughout history it has been evolving and adjusting according to the social and scientific contexts in which it takes place. In the 20th century it was deeply rethought and theorized, several models emerging to clarify it. Patient Centred Medicine is the modern school of medical practice, resulting from the fusion of the biomedical and biopsychosocial models. It is characterized by both practicing and advocating for holistic care, for which it requires an effective and empathic doctor-patient relationship

Keywords: “doctor-patient relationship”, “doctor-patient communication”, “continuity of care”, “patient centred medicine”, “holistic care”

Índice:

1. Introdução.....	1
2. Objectivo do Trabalho.....	2
3. Materiais e Métodos.....	2
4. Definindo a Relação Médico-Doente.....	2
5. Evolução Histórica da Relação Médico-Doente.....	4
5.1. Antigo Egipto.....	4
5.2. Grécia Clássica.....	5
5.3. Europa Medieval.....	7
5.4. Renascimento, Reforma e Revolução Francesa.....	7
5.5. Do século XVIII ao século XX.....	8
6. A Relação Médico-Doente no século XX: modelos e concepções.....	9
7. A Relação Médico-Doente na Actualidade.....	13
7.1. A Medicina Centrada no Doente.....	13
7.2. Aplicações correctas excepcionais dos dois modelos anteriores.....	17
7.3. As características da Relação Médico-Doente actual.....	18
8. Conclusão.....	23
9. Bibliografia.....	25

1. Introdução

A relação médico-doente (RMD) é um pilar central da medicina, tendo sido alvo de múltiplos estudos, artigos e ensaios. Apesar de ser abordada e conceptualizada desde os tempos da Grécia Clássica,(1) tem sido difícil defini-la e padronizá-la(2) muito por culpa da sua natureza cambiante, adaptável ao sabor dos tempos, das correntes filosóficas e de pensamento social dominante bem como dos espaços geográficos nos quais se desenrola. Concorrendo igualmente para a dificuldade em estabelecer um modelo e definição únicos da RMD encontram-se a ampla diversidade de circunstâncias nas quais ocorre a procura do médico pela pessoa doente, as características de ambos e a gravidade da patologia em questão.(3)

No século XXI, perante a incerteza que caracteriza e destabiliza a moderna sociedade ocidental e face a uma divulgação maciça e nem sempre adequada do conhecimento médico ao público,(4, 5) o clínico acha-se numa situação difícil. Se nunca antes alcançara o saber médico tamanha profundidade, jamais se vira paradoxalmente tamanha desconfiança e descrença na actividade médica. A pressão e escrutínio social aos quais está sujeito o médico, que se reflectem no crescente número de acções judiciais interpostas por negligência (*malpractice*), desgastam a RMD e colocam-na em cheque.(4, 6) A degradação progressiva desta relação priva o médico do exercício da medicina no pleno das suas capacidades clínicas e humanas e dificulta o acesso do doente aos melhores cuidados de saúde disponíveis,(7) assim piorando globalmente os índices de saúde e originando, conseqüentemente, mais um factor de instabilidade social.

Neste contexto, importa estudar a RMD: conhecer a sua evolução histórica, entender as suas várias e difusas definições, analisar os modelos propostos para a explicar e determinar o seu verdadeiro papel no acto médico, averiguando a sua preponderância para o sucesso terapêutico. Finalmente, visa-se propor um esboço de modelo conceptual que seja facilmente perceptível, exequível na prática clínica e bem adequado à medicina e à sociedade actuais,

contribuindo assim para reforçar a aliança classe médica-sociedade e para melhorar globalmente os cuidados de saúde.

2. Objectivo do Trabalho

Este trabalho pretende fazer uma revisão bibliográfica subordinada à temática das relações entre o médico e o doente. Para tal, começará por propor algumas definições para o conceito de RMD. De seguida, analisará, de forma breve, a progressão da RMD ao longo do tempo de forma a enquadrar historicamente as mudanças sofridas no século XX, que serão dissecadas. Finalmente, abordará o modelo conceptual presente. O trabalho será concluído tecendo uma análise crítica na qual são apresentadas algumas linhas orientadoras directamente derivadas das obras e modelos estudados.

3. Materiais e Métodos

A pesquisa bibliográfica foi realizada com recurso à base de dados “Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine dos Estados Unidos da América. As palavras usadas foram “physician-patient relationship”, “doctor-patient relationship” e “doctor-patient communication”. Nos artigos desta forma obtidos efetuou-se uma pesquisa na bibliografia relevante identificada. Adicionalmente foram consultados vários livros de texto da especialidade, propriedade da biblioteca da FMUC.

4. Definindo a Relação Médico-Doente

A RMD é um conceito central na medicina e pedra angular do acto médico, suscitando e envolvendo emoções básicas do ser humano como a vulnerabilidade e a confiança,(3) estando

o seu sucesso associado a melhores resultados terapêuticos, a maior satisfação do doente perante os cuidados de saúde bem como a uma sensação de realização profissional da parte do médico.(8, 9) Todavia, a complexidade que a caracteriza e a infinidade de factores que a influenciam, tornam-na passível de ser interpretada de múltiplas formas por múltiplos observadores, o que dificulta a sua efectiva e cabal definição. Inúmeros estudos têm tentado abordá-la do ponto de vista das suas características individuais, particularmente a comunicação,(9, 10) focando isoladamente cada aspecto da relação, mas falhando na sua caracterização como um todo. Face a estas dificuldades, várias definições foram propostas por diversos autores.

A relação médico-doente é uma relação humana altamente especializada que pode ser definida como “uma relação consensual na qual o doente procura declaradamente o cuidado do médico e na qual o médico aceita declaradamente a pessoa como seu paciente”.(3) Pode igualmente ser vista, essencialmente, como uma relação de confiança, um contrato com o indivíduo que busca o seu auxílio - e que o médico celebra tacitamente ao aceitar prestar-lhe cuidados médicos - através do qual o médico se compromete à confidencialidade, ao respeito pela autonomia do doente, à obtenção do consentimento informado, a explicar as opções terapêuticas, ao fornecimento de cuidados de saúde da maior qualidade possível e ao não abandono do doente na ausência de outro médico responsável. Note-se, contudo, que esta visão contratual da RMD peca por extremamente redutora, não traduzindo a verdadeira dimensão emocional e moral que a reveste.(3)

De outra forma, pode ser entendida tanto como sendo ela própria um processo ou como sendo o resultado de um processo,(2) consoante seja vista como um meio para atingir um determinado fim ou como um fim em si mesma, não significando, contudo, que estas visões não se possam articular. Balint, na década de 50 do século XX,(11) para definir conceptualmente a dinâmica da RMD, usou a expressão “*doctor as drug*”, ilustrando desta

forma uma das principais características da relação: o seu potencial terapêutico, directamente relacionado com melhores resultados para o doente.(12)

De uma interacção eficiente entre os dois agentes que constituem a relação depende, em primeiro lugar, a correcta apreciação do problema que motivou a procura dos cuidados de saúde por forma a estabelecer atempadamente um diagnóstico com elevado grau de certeza, e, em segundo lugar, o delinear de uma estratégia terapêutica o mais eficaz possível e dirigida ao problema identificado.

5. Evolução Histórica da RMD

Os contextos sociais(13, 14) e científicos nos quais está inserida a RMD contribuem decisivamente para a forma que esta assume. A RMD depende das normas sociais vigentes em determinado espaço geográfico e temporal e está limitada pelo conhecimento científico e meios técnicos nele disponíveis.(15, 16) Desde que o Ser Humano se confronta com a doença e com o sofrimento que sente a necessidade de lhes dar resposta. Surge desta forma, inicialmente ligada à tradição mágica, à superstição e à religião, a prática da medicina e, conseqüentemente, a RMD. Importa então analisar a sua evolução, olhando brevemente para alguns períodos históricos que a moldaram, contribuindo para as concepções e modelos que hoje temos dela.(17)

5.1 Antigo Egipto

A RMD no Antigo Egipto supõe-se que terá evoluído a partir da relação entre o crente e o sacerdote, conforme teorizado por Edelstein et al. *in* “A History of Medicine”. Esta concepção ilustra os fortes elos entre a primitiva prática médica e as práticas místicas e religiosas, sendo que os praticantes de ambas eram os mesmos. Subjaz a este modelo uma dinâmica desigual entre as partes envolvidas, uma relação paternalista na qual o médico-

sacerdote invoca o divino, o místico e o irracional no sentido de manipular os eventos físicos que afligem o doente. A magia e superstição eram partes integrantes do cuidado médico já que o conhecimento científico e os meios técnicos disponíveis eram reduzidos. O tratamento activo estava limitado a patologias concretas e observáveis na prática, sendo que afecções internas, particularmente psiquiátricas, eram abordadas do ponto de vista religioso e atribuídas a forças sobrenaturais. O modelo de RMD neste contexto seria assim o modelo paternalista de actividade-passividade.

5.2 Grécia Clássica

A civilização grega foi das primeiras a estruturar-se segundo um modelo democrático de governação, constituindo a raiz dos actuais sistemas políticos democráticos do hemisfério ocidental. A sua concepção da saúde e da doença rompe com a visão mística e religiosa de épocas prévias e adopta uma prática da medicina baseada no raciocínio lógico e no empirismo, sustentada por observações naturais e métodos de tentativa e erro. Neste contexto político-social e científico, assiste-se à mudança do paradigma da RMD do paternalismo da actividade-passividade para um modelo mais democrático de direcção-cooperação, no qual o médico não age sobre um sujeito passivo e sem opinião, mas faz uso do seu conhecimento científico para guiar um doente que racional e conscientemente coopera com ele com vista a obter um resultado satisfatório para a patologia que o atormenta.(17) Fruto do pensamento vigente, surge no final do século V a.C. o Juramento de Hipócrates. Este constitui um código ético que deve reger a conduta profissional do médico, salvaguardando os direitos do doente, e pauta-se pelo seu elevado sentido humanista na abordagem às necessidades e ao bem-estar do paciente.

A riqueza de conhecimento médico e diversidade de abordagens científicas à doença que têm lugar na Grécia Clássica, conduzem ao aparecimento de duas escolas de pensamento conceptuais da Medicina: a abordagem Holística da escola de Cos e a abordagem Reduccionista

da escola de Cnidus.(1) Ambas as escolas de pensamento médico perduraram até aos nossos dias, reflectindo-se respectivamente no modelo biopsicossocial e no modelo biomédico. A escola de Cos estudava os efeitos globais da doença no organismo, procurando descrever as múltiplas dimensões da doença. Conforme escreveu Hipócrates, prestava-se atenção “ao que era comum a todos os casos e particular a cada um deles; ao doente, ao prescritor e à prescrição; à constituição epidémica geralmente e no seu modo local”. Nesta escola, para se estabelecer um diagnóstico era importante ouvir atenciosamente o doente: as suas queixas, as suas ideias, a sua concepção de saúde e doença; perceber o seu modo de vida e o contexto em que se inseria. Esta abordagem holística e global do doente ligava fortemente o conceito de saúde física à harmonia com o meio envolvente e com o modo de vida praticado, enfatizando a RMD como factor preponderante para o bem-estar do indivíduo. A escola de Cnidus estudava os efeitos da doença sobre os órgãos, olhando a doença como uma entidade abstracta dissociável do organismo sobre o qual actua. O diagnóstico nesta escola prendia-se sobretudo com a análise e descrição da patologia, descartando os comportamentos e experiências do doente bem como o meio envolvente. Esta abordagem reducionista contemplava para cada patologia um determinado remédio, ao contrário da escola de Cos em que para cada doente era proposto um tratamento que contemplasse as várias dimensões da doença. Sob este prisma, a RMD perdia peso e assumia-se como uma relação meramente técnica ou até comercial, desprovida do carácter ético e humano de Cos. O grande potencial da escola de Cnidus era a capacidade de estudar cientificamente e classificar as patologias, estabelecendo um nexos causal, determinando a fisiopatologia e propondo um tratamento (remédio) específico. No entanto, essa grande qualidade apenas viria a revelar a sua verdadeira magnitude mais tarde, quando os meios tecnológicos se tornaram suficientemente avançados para permitir um estudo adequado da doença e do doente.

5.3 Europa Medieval

O colapso do Império Romano na Europa Ocidental marca o corte com a tradição de pensamento clássico e anuncia um retrocesso do pensamento científico e dos cuidados de saúde. A medicina lógica e baseada no estudo e raciocínio dos períodos clássicos é abandonada em prol de um regresso a uma concepção fortemente marcada pela religião e pela influência do poder clerical sobre a ciência. A RMD sofre conseqüentemente uma regressão e deterioração, voltando o médico a encontrar-se num patamar muito superior ao do doente, que surge novamente como sujeito passivo sobre o qual deve actuar um médico todo-poderoso, possuidor, não de conhecimento científico, mas de poderes supersticiosos e místicos.(17)

5.4 Renascimento, Reforma e Revolução Francesa

A Reforma Protestante e o ressurgimento Renascentista vêm romper o status quo da Europa Medieval. O mundo alarga-se e o Homem procura reinventar a sociedade, redescobrem-se as sociedades clássicas da Grécia e de Roma, novos ideais impõem-se face ao obscurantismo da Igreja. A Europa entra em convulsões bélicas e fratricidas das quais resultam novas nações, novas ideias, novos métodos científicos e novas formas de olhar o mundo e a vida. Sectores da sociedade clamam por igualdade e liberalismo, nos países Reformados a ciência floresce. A Revolução Francesa de 1789 faz soar os sinos pelo Antigo Regime e pela antiga forma de ver o mundo. A Medicina, logicamente indissociável da sociedade em que é praticada, acompanha as evoluções sociais e científicas. Os doentes psiquiátricos deixam de ser vistos do ponto de vista religioso como “amaldiçoados” e passam a ser estudados à luz da racional ciência iluminista. A RMD evolui para um modelo de direcção-cooperação aproximado do modelo clássico.(17)

5.5 Do século XVIII ao século XX

No século XVIII havia poucos médicos e a não existência de um sistema de saúde fazia com que apenas os elementos das classes altas e da nobreza possuíssem os meios necessários para aceder aos cuidados de saúde. A disparidade social entre os médicos e os doentes por estes tratados levavam à supremacia do doente sobre o clínico, tendo os médicos de competir entre eles de forma a agradar ao doente. A doença resumia-se ao sintoma que afectava o paciente, sendo o papel do médico o de proporcionar formas de aliviar esse sofrimento em específico, não olhando à patologia em geral. A RMD assumia assim uma preponderância decisiva, particularmente para o médico, já que a sua estabilidade laboral dependia da satisfação do doente. No final do século XVIII surgem os hospitais como resposta ao imperativo humanista de tratar os doentes de classes sociais baixas, assumindo rapidamente um papel central na estrutura de cuidados médicos. Estes novos centros da prática médica, conjuntamente com evoluções nos campos da microbiologia, química, biologia e conhecimentos cirúrgicos, impeliram a Medicina a afastar-se do modelo de “sintoma como doença” e a adoptar um modelo que passava a considerar o sintoma como uma manifestação de disfunção orgânica que requeria um diagnóstico preciso e atempado, designado como Modelo Biomédico. A aplicação prática deste modelo implicou mais uma alteração do paradigma da RMD. Agora, para estabelecer um diagnóstico e traçar o plano terapêutico, o médico tinha de examinar o doente e aplicar os seus conhecimentos clínicos, desempenhando o papel activo perante um doente unicamente passivo. Tornava-se assim novamente, se bem que agora à luz da racionalidade e do conhecimento científico, o doente dependente do médico, sendo o “bom doente” aquele que fosse submisso e acatasse sem contestar as deliberações daquele, numa relação análoga à de um pai com um filho. Este modelo de RMD, o modelo paternalista baseado na actividade-passividade, passaria a representar a esmagadora maioria das interacções médico-doente até meados do século XX.(17)

6. A Relação Médico-Doente no século XX: modelos e concepções

O século XX testemunhou uma evolução sem precedentes na civilização humana. Autênticas revoluções foram operadas em múltiplos domínios da sociedade que catapultaram a Humanidade para níveis nunca vistos de progresso social, económico e tecnológico. O enorme avanço técnico, científico e qualitativo experimentado, neste período, pela Medicina, enquadra-se neste cenário de rápida evolução global e é influenciado pelos contributos distintos de várias outras ciências. No contexto específico da RMD assume especial relevância o contributo prestado pela Psicanálise e pelos trabalhos do pai desta disciplina, Sigmund Freud. Com efeito, as teorias psicanalíticas por ele avançadas a partir do final do século XIX, nas quais a comunicação com o doente detinha um papel central para a resolução da patologia, ajudam a começar a alterar a noção paternalista que concebia o doente como um agente meramente passivo.⁽¹⁸⁾ Ao atribuir uma relevância decisiva ao diálogo com o doente, ao escutar atentamente as suas queixas e as suas opiniões, o médico reconhecia o carácter humano e próprio daquele que buscava o seu cuidado, o que ajudava a estimular uma RMD construtiva e forte, dando-se o primeiro passo em direcção à noção do “paciente como pessoa” e da medicina centrada no doente.

No seu trabalho de 1956,⁽¹⁹⁾ Szasz e Hollander, influenciados pela psicanálise e pela filosofia¹, propuseram os três modelos conceptuais de RMD que hoje nos são familiares, definindo as características de cada um e argumentando sobre as circunstâncias nas quais poderia ser usado cada um deles apropriadamente. Designaram-nos por “Model of Activity-Passivity”, “Model of Guidance-Cooperation” e “Model of Mutual Participation”, livremente

¹ “In our approach we have been influenced by psychologic (psychoanalytic), sociologic, and philosophic considerations”

traduzidos pelo autor para “Modelo de Actividade-Passividade”, “Modelo de Direcção-Cooperação” e “Modelo de Participação Mútua”.

Para Hollander e Szasz, o Modelo de Actividade-Passividade não constituía uma RMD na verdadeira acepção psicológica da palavra “relação”, na medida em que se baseava exclusivamente na acção de uma pessoa sobre a outra, sendo que o sujeito passivo que sofria os efeitos da referida acção se considerava inanimado ou se achava incapaz para contribuir para a interacção. Os autores consideravam que este modelo se podia aplicar correctamente num contexto de emergência e que técnicas dominadas e aperfeiçoadas pela medicina moderna, tais como a anestesia e a cirurgia, requeriam este modelo para explicar a interacção médico-doente subjacente às suas práticas clínicas. Foram igualmente Hollander e Szasz que propuseram a analogia do médico como pai super-protector e todo-poderoso que age e decide sobre a vida do seu filho de tenra idade, aqui representado pelo doente, constituindo um modelo paternalista na sua essência.

O Modelo de Direcção-Cooperação nasce de uma procura activa por parte do indivíduo que, ao reconhecer-se doente, busca os cuidados especializados e competentes do médico. Ao fazê-lo, atribui implicitamente ao clínico a posição de poder na interacção, e conscientemente admite-se pronto a “cooperar” com as directivas de índole terapêutica que emanarem da autoridade científica daquele. Esta definição automática das posições dentro da interacção médico-doente acontece porque o doente, numa “ reacção de transferência”, olha o médico como um “pai protector” mas também porque lhe reconhece uma capacidade científica e técnica para abordar o problema em questão que ele claramente não possui. Apesar de se estar perante uma relação cuja dinâmica é marcada pela diferença de poder entre as partes envolvidas, existem diferenças significativas em relação ao modelo anterior. Naquele, o doente não tinha voz activa, limitando-se o seu papel ao de sofrer passivamente a acção do clínico. Neste, tanto o médico como o doente são activos, na medida em que ambos contribuem activamente para a relação.

Pode então estabelecer-se uma analogia com outras relações cujos intervenientes, ainda que interagindo um com o outro, tenham pesos diferentes na mesma, como sejam o caso da relação entre um patrão e um seu funcionário ou entre um pai e um adolescente. Nestas situações, tal como neste modelo de RMD, o mais poderoso dos dois fala de uma posição de poder e espera que o outro elemento “coopere”. Consideram os autores que o modelo de Direcção-Cooperação possa ser empregue em patologias graves mas nas quais o doente esteja consciente, tais como processos infecciosos agudos.

Em relação ao Modelo de Cooperação Mútua, Hollander e Szasz explicam-no como estando baseado no ideal de que todos os seres humanos são iguais, radicado na estrutura social da democracia, observando-se aqui uma influência directa do pensamento social e filosófico dos dois séculos prévios, em íntima relação com a evolução civilizacional previamente referida. Para que se verifique o princípio da mutualidade, opinam os autores que tenha de haver a capacidade de ambas as partes se identificarem uma com a outra (“colocar-se no lugar do outro”), simultaneamente mantendo o sentido de individualidade do próprio e tolerando a do outro. Numa interacção desta natureza, três requisitos têm de ser cumpridos por ambas as partes: ambos os intervenientes devem possuir um poder relativamente semelhante, devem ser mutuamente dependentes (necessitar um do outro) e a relação deve gerar satisfação para ambos. Os autores defendem que este modelo possa ser o mais adequado para doentes que queiram assumir um papel mais activo no tratamento da sua doença, ou que seja o mais conveniente (e realista) de adoptar em doentes que sofram de patologias crónicas. Neste grupo de doentes, o Modelo de Participação Mútua é, mais do que desejável, necessário, já que aqui o doente possui de facto um *expertise* sobre a condição que o afecta, tornando valioso o seu contributo para a RMD em termos de plano terapêutico, gestão de sintomas e progressão da patologia. Este modelo é análogo à interacção entre dois adultos. É também o mais evoluído dos três, requerendo de ambas as partes maior capacidade intelectual. Assim, enquanto possa haver

dificuldades ou contra-indicações à utilização deste modelo com crianças ou com doentes com défices intelectuais, quanto mais próximo do médico for o nível intelectual, profissional e social do doente, mais fácil, mais adequado e mais necessário se torna adoptar este modelo. “*Essentially, the physician helps the patient to help himself*”.

No ano de 1957, Michael Balint, ele próprio um adepto do Modelo de Participação Mútua, expandiu este conceito ao publicar pela primeira vez a sua grande obra “*The doctor, his patient and the illness*”.(11) Nela Balint propõe três ideias importantes na sequência das já defendidas por Hollander e Szasz. Balint afirmou que o motivo para o doente consultar o médico ia para além das manifestações físicas da patologia: igualmente relevantes para procurar os cuidados médicos seriam os contextos psicológico e social nos quais aquele se inseria. O conceito de doença dependia, na óptica de Balint, tanto de fenómenos biológicos como de noções sociais, culturais e psicológicas. Assim sendo, apenas uma cuidadosa e atenta entrevista clínica permitiria aferir, além das queixas físicas, as noções de saúde e doença particulares àquele indivíduo bem como o contexto social no qual se encontrava inserido, de modo a descobrir o real motivo que levara o doente à consulta.

Outro dos conceitos teorizados por Balint(11) é o de “*doctor as drug*”, livremente traduzido para “o médico como droga”. Esta expressão transmite a crença do autor no efeito terapêutico positivo que pode surtir uma interacção comunicativa e empática do médico com o doente, postulando que “*the most powerful therapeutic tool the doctor possessed was himself or herself*”. Balint considerava que a RMD podia, por si só, desempenhar um papel na resolução da patologia e contribuir decisivamente para a cura (ou para a gestão da doença) e para melhorar os *outcomes* em saúde;(3, 8, 9) tendo contudo prevenido para eventuais excessos de “utilização terapêutica” que surtisses efeitos opostos ao desejado.

Da autoria de Balint é também o conceito de “*Mutual Investment*”,(11) ou “investimento mútuo”, segundo o qual a RMD se pode encarar como sendo simultaneamente um investimento e o resultado do mesmo, feito conjuntamente pelo médico e pelo doente. O referido investimento seria tanto maior quanto mais tempo tivesse sido colocado na relação, depreendendo-se assim que a qualidade da RMD aumentaria de forma directamente proporcional à da duração temporal que tivesse: há quanto mais tempo fosse determinado doente seguido por determinado médico, melhor se conheceriam ambos, mais eficaz seria a sua comunicação – poupando tempo de consulta e permitindo abordar mais temas no mesmo espaço temporal – mais cordial seria a interacção e maior confiança teriam nas acções um do outro. O “investimento mútuo” seria então benéfico para ambas as partes envolvidas na relação, que “aumentariam o seu capital com o passar do tempo”.

7. A Relação Médico-Doente na Actualidade

7.1 A Medicina Centrada no Doente

Nas duas últimas décadas do século XX começou a ser advogado um conceito de medicina que englobasse o que de melhor existe nos dois modelos médicos, o biopsicossocial e o biomédico.(20) O momento era o certo para mudar o paradigma da medicina praticada até então. Durante o final do século XIX e todo o século XX, os avanços científicos registados nos campos da química, da física, da engenharia, entre outras disciplinas, possibilitaram que a antiga escola de Cnidus assumisse o seu verdadeiro potencial, com uma enorme variedade de meios de diagnóstico ao seu dispor e com um arsenal terapêutico bastante diversificado e de uma eficácia crescente. Conforme previamente abordado, a abordagem biomédica ou reducionista, defendida por esta antiga escola grega de pensamento, tornara-se já,

efectivamente, desde os finais do século XVIII, na corrente dominante de pensamento médico, derivando daí uma RMD de tipo essencialmente paternalista – Modelo Actividade-Passividade. Com os contributos da psicanálise e da filosofia, a partir da década de 90 do século XIX, começa lentamente a recolocar-se o ênfase do acto médico não na doença, mas no doente. Nas teorias de Freud, Balint e Hollander e Szasz ecoa o conceito da velha escola de Cos. Assim, por influência destes pensadores, o afastamento progressivo do Modelo Actividade-Passividade e a sua saída da ribalta da RMD em benefício dos Modelos de Direcção-Cooperação e Participação Mútua, corresponde a uma aproximação conceptual à medicina holística e ao modelo biopsicossocial da escola de Cos.

Do compromisso entre as duas visões, a holística e a reducionista, surge o conceito de Medicina Centrada no Doente (MCD),(20) a qual, apesar do nome, não implica de todo uma ruptura com o modelo biomédico, mas antes implica uma aplicação deste ao doente individual em estudo, abandonando as generalizações.(21) O conceito de MCD, dependendo das concepções, pode ser dividido em seis componentes(1) que se articulam entre eles ou em cinco características dominantes.(17, 22) Importa notar que estas visões, estruturando o mesmo conceito de formas diferentes, não são mutuamente exclusivas, podendo ser estabelecidas múltiplas correlações entre elas.

Se considerarmos as seis componentes,(1) teremos em primeiro lugar o enquadramento da doença pelos pontos de vista tanto biomédico como biopsicossocial. Para tal, o médico, além de ouvir atentamente as queixas do doente e de fazer um exame físico cuidado e dirigido, procura ao mesmo tempo explorar o conceito de doença e o contexto social e cultural do doente, procura “perceber a sua experiência particular de doença”.

Como segundo componente teremos o integrar o conceito de doença no todo da pessoa do doente, para tal explorando a sua personalidade e história de vida.

Em terceiro lugar aparece a necessidade de encontrar consensos entre médico e doente, estimulando para tal o doente a participar construtiva e activamente na discussão, tarefa que se subdivide em três partes: definir o problema a ser ultrapassado ou gerido, estabelecer os objectivos do tratamento e, por fim, designar os papéis que devem ser desempenhados no contexto daquela RMD específica pelo médico e pelo doente.

O quarto componente está relacionado com a prevenção da doença e a promoção da saúde, encarando cada consulta como oportunidade para discutir estes assuntos.

O quinto componente enuncia que cada consulta deve ser aproveitada para melhorar e aprofundar a RMD.

O sexto componente requer que o médico, enquanto durar cada RMD específica, seja realista e honesto para com o doente sobre possibilidades de cura, tratamento, tempo e recursos disponíveis.

De outra forma,(17, 22) pode-se considerar a MCD definida por cinco características principais: a perspectiva biopsicossocial, o conceito de “paciente como pessoa”, a partilha do poder e da responsabilidade, a aliança terapêutica e o conceito de “médico como pessoa”. Relativamente à primeira característica, encarar o doente sob a perspectiva biopsicossocial requer que o médico aborde os problemas que trouxeram aquele a procurar o seu cuidado, tanto os biomédicos como os psicológicos e sociais, devendo o médico buscar a integração de todos eles e fornecer uma resposta holística adequada para os solucionar ou minimizar.

A segunda característica relaciona-se directamente com a primeira e é o conceito de “paciente como pessoa”. Este conceito supõe que, para perceber completa e perfeitamente a noção de doença apresentada pelo doente, há que, em primeiro lugar, reconhecer que se está a lidar com um ser humano autónomo, dotado de características próprias, opiniões, sentimentos e desejos, e, em segundo lugar, procurar conhecer a biografia daquele, particularmente os

aspectos relacionados com comportamentos de saúde, noções de doença e historial de patologias. Este conceito pode ser encarado como uma evolução da perspectiva biopsicossocial, diferenciando-se daquela na medida em que requer um entendimento efectivo do doente e um certo grau de conhecimento da sua personalidade por parte do médico.(23)

A terceira característica é a partilha de poder e de responsabilidade, importando recordar que esta houvera já sido teorizado por Hollander e Szasz(19) como sendo um dos três requisitos para a existência de uma relação de carácter mútuo no contexto da concepção teórica do Modelo de Participação Mútua. Essencialmente esta partilha de funções visa atribuir maior preponderância ao doente, dando-lhe oportunidade de contribuir para a relação com as suas ideias, experiências pessoais e opiniões.

A quarta característica é a designada “aliança terapêutica”. Também este conceito provém da psicoterapia, tendo sido cunhado em 1967 por Carl Rogers,(24) psicólogo de formação, que o caracterizou ao longo de três linhas-mestras: empatia, congruência e estima (“*empathy, congruence and unconditional positive regard*”). Segundo o autor, essas orientações seriam suficientes, no âmbito da psicoterapia, para estabelecer uma relação terapêutica eficaz com o paciente. Estas orientações foram posteriormente modificadas para melhor se adequarem à prática da medicina, passando a ser definidas pelo entendimento, da parte do doente, da pertinência e eficácia do tratamento proposto, pelo acordo entre médico e doente em relação aos objectivos do tratamento e, por fim, por laços afectivos e emocionais que deveriam ligar o as partes envolvidas. Daqui resulta que quantas mais estas orientações sejam cumpridas, e o mais estreitamente possível, melhor será a adesão do doente ao plano terapêutico proposto. Ao contrário, se alguma das características da aliança terapêutica colapsar ou não se verificar, maior será a dificuldade em estabelecer uma adequada RMD e também maior a probabilidade do doente recusar ou abandonar a meio o tratamento proposto.

A quinta e última característica é a noção de “médico como pessoa”. Este conceito sublinha a moderna RMD e o método da MCD como sendo uma relação mútua e recíproca, na qual é importante considerar também as características humanas e emocionais do médico. As emoções e sentimentos que o doente provocam no médico podem ser utilizados, numa reacção de contra-transferência,(25) para melhor definir o problema do doente e mais eficazmente delinear o plano de tratamento.

7.2 Aplicações correctas excepcionais dos dois modelos anteriores

Desde que foi conceptualizado, e posteriormente aceite e adoptado pela comunidade médica internacional, o modelo da Medicina Centrada no Doente, baseado essencialmente numa interacção entre doente e médico que se enquadra no Modelo de Participação Mútua,(19) que se têm envidados esforços, pelo menos no plano teórico, no sentido de aplicar este tipo de RMD, senão em todas, na maioria das interacções médico-doente.(26) Está, de facto, comprovado que mais empatia, maior atenção ao doente e um estilo de entrevista menos dominante estão positivamente relacionadas com a satisfação daquele, verificando-se desta forma que o Modelo de Participação Mútua, ou uma variante deste, é o mais eficaz para gerar uma boa RMD. No entanto, nem sempre é este modelo o mais adequado para abordar correcta e eficazmente, numa perspectiva centrada no doente, os problemas que aquele traz à entrevista clínica. Efectivamente, em doentes que apresentem maioritariamente queixas do foro físico, está demonstrado que uma abordagem mais dirigida à patologia e menos igualitária para com o doente, numa relação do tipo direcção-cooperação ou mesmo actividade-passividade, suscita maiores níveis de satisfação da parte do doente para com os cuidados de saúde e melhora os resultados. Isto permite concluir que doenças orgânicas agudas se abordam de forma mais eficaz utilizando somente o modelo biomédico, reflectindo a RMD um carácter mais paternalista.(27)

Da mesma forma, contextos agudos que ponham em risco a vida do doente ou perante um grande défice intelectual ou cultural o estabelecimento de uma RMD de participação mútua está quase sempre fora de hipótese,(19) não implicando que o médico deixe de caminhar no sentido de maior empatia e “*empowerment*”² do doente.

7.3 As características da relação médico-doente actual

A relação médico-doente dos nossos dias pode ser analisada em função de dois aspectos distintos. O primeiro aspecto tem que ver com os processos que a geram e que contribuem para que se mantenha ao longo do tempo e o segundo engloba os elementos que determinam a sua profundidade e qualidade.(2)

Os processos que geram e mantêm a RMD são o cuidado longitudinal (“*longitudinal care*”) e as experiências da consulta (“*consultation experiences*”). O cuidado longitudinal significa ser acompanhado pelo mesmo médico ao longo do tempo, sendo mais importante a regularidade das consultas que a frequência das mesmas. Importa dotar o doente de liberdade na escolha do médico, já que a atribuição de um clínico de forma aleatória e compulsiva pode ser deletéria para a formação da RMD.(2)

As experiências de consulta dizem respeito às experiências pessoais do doente durante a consulta e no contexto da interacção com o médico. Vários aspectos e comportamentos do médico, bem como factores que não dependem ou se relacionam com ele, são relevantes para gerar uma experiência positiva no doente, dependendo se as necessidades e expectativas deste

² Termo que designa o fornecer ao doente informação e meios para melhor conhecer e mais eficazmente participar no tratamento da patologia que o afecta

são ou não correspondidas. Alguns doentes podem ver as suas expectativas iniciais serem satisfeitas tão-só por características físicas do clínico, como a idade ou o género.(28)

A capacidade de comunicar adequadamente,(23) evitando um léxico demasiado científico e recorrendo com propriedade ao humor e à conversa de circunstância, de mostrar empatia,(29) de escutar as opiniões, experiências e expectativas do doente e de o envolver na discussão e decisão terapêutica são factores muito valorizados pelo doente, contribuindo para uma boa experiência. Importa fazer a ressalva para o caso de doentes de cultura e/ou língua diferente do médico:(30, 31) esta população de doentes reporta consistentemente menores índices de satisfação com os cuidados de saúde por menor eficácia na comunicação e menor empatia mostrada pelo médico, devendo ser tomadas medidas para contrabalançar esta desigualdade, com especial relevância para a interacção médico-doente em contextos urgentes(31) nos quais uma comunicação eficaz assume importância vital.

A forma como o médico se apresenta pode influenciar a RMD.(32) Apesar de não haver um tipo único de roupa ou de aspecto que seja o preferido por todos os doentes, um aspecto formal, com o médico a usar camisa e gravata, está associado na Europa e na Ásia a maior satisfação das expectativas dos doentes, particularmente dos mais idosos, por ser ligado à competência e ao profissionalismo. O uso da bata branca gera nos doentes um sentimento de confiança. No entanto, o tipo de apresentação do médico preferido pelos doentes varia em função do contexto no qual decorre a interacção entre ambos, não se podendo designar consensualmente o melhor. Assim, a forma mais adequada do médico trajar terá de ser vista à luz das circunstâncias da interacção e do doente com o qual interage.

Outro factor determinante para a experiência do doente é o tempo, tal não significando que a janela temporal atribuída à consulta tenha de ser longa. Está positivamente correlacionado com a satisfação do doente o facto deste sentir que tem tempo para expor os seus problemas de

forma adequada, não se sentindo pressionado, e que o médico escuta atenta e calmamente, não mostrando “pressa”.(33)

Contribui também para a manutenção da RMD a reputação do médico, particularmente a relativa aos seus sucessos ou insucessos terapêuticos, valorizando o doente as experiências e opiniões de pessoas que lhe sejam relacionadas e que já tenham recorrido ao cuidado do médico em questão.

A RMD sofre ainda a influência do local em que decorre o encontro, estando sítios mais agradáveis e positivos e que dispensem um acolhimento mais simpático ao doente associados a maior satisfação com os cuidados de saúde.(23)

Os elementos que determinam a profundidade da RMD são quatro:(2) conhecimento, confiança, lealdade e estima. O conhecimento diz respeito tanto ao conhecimento que o médico tem do doente como àquele que o doente tem do médico. O doente gosta de conhecer o médico, possuir um certo grau de familiaridade com este e, com o decorrer do tempo, conhecer os aspectos da sua personalidade. Igualmente, gosta de ser conhecido pelo médico. Atribui importância ao conhecimento que o médico detém relativamente aos seus antecedentes pessoais e familiares mas também ao conhecimento que aquele tem do seu próprio aspecto físico. Isto confere ao doente um sentimento que ele e o médico partilham uma história comum. Ao longo do tempo o médico vai acumulando conhecimento sobre o doente, seja do ponto de vista clínico como pessoal, o que vai permitir uma progressiva personalização e adaptação do cuidado médico àquele ser humano em particular. O conhecimento é, desta forma, uma pedra basilar da medicina holística e da MCD.(23, 28)

A confiança subjaz, de uma forma geral, à visão que a sociedade tem da classe médica, visão essa mais ou menos ameaçada.(34) No que toca a uma particular RMD a confiança do

doente no médico tende a aumentar com o decorrer do tempo e está associada à prestação de bons cuidados de saúde – ou à ausência de erros diagnósticos ou terapêuticos – à honestidade e franqueza do médico, designadamente a capacidade de reconhecer as limitações à sua própria competência. A percepção pelo doente da confiança que o médico tem nele advém da sensação que o médico acredita nas suas queixas e experiências e as aceita como verdadeiras.

A lealdade está associada ao cuidado longitudinal na medida em que diz igualmente respeito a ser acompanhado pelo mesmo médico ao longo do tempo, diferindo desta no sentido em que a lealdade contempla o elemento de escolha pessoal e voluntária do doente.(35) Doentes que tenham já estabelecido uma relação boa ou satisfatória com o clínico tendem a exibir maior lealdade para com ele, sendo que quanto maior a lealdade do doente para com o seu médico, maior a tolerância que aquele tem para com pequenos erros, falhas e imperfeições exibidas na RMD por este último, fenómeno designado por “paradoxo da satisfação”.(36) A lealdade não implica, no entanto, que o doente consulte sempre o mesmo médico, preferindo o doente consultar médicos específicos para problemas específicos ou, para problemas que lhe suscitem vergonha, “todos menos o meu médico”. A lealdade do médico para com o doente significa a não desistência de o tratar ou de lhe prestar cuidados, sendo geralmente dado adquirido na RMD, sendo outras vezes processo activo da parte de um médico que não desiste de um doente apesar deste exibir um comportamento errático e nocivo para a relação.(37)

A estima é um componente afectivo e emocional que pode caracterizar a relação, significando apreço de uma parte pela outra, nascendo do respeito que exibido pelo doente e pelo médico e da qualidade de cuidados prestados. Ao longo do tempo pode vir a existir uma proximidade entre médico e doente semelhante a uma amizade.(38)

Os processos que geram e mantêm a RMD, o cuidado longitudinal e as experiências da consulta, relacionam-se com os elementos que caracterizam a profundidade da relação.(2) Não sendo necessariamente obrigatório que um cuidado longitudinal mantido e experiências positivas durante a consulta conduzam a uma RMD profunda, é claro que tendem a contribuir para um aprofundamento da relação. Por exemplo, a estima pode ser determinada após uma só consulta, na qual se podem verificar diferenças insanáveis entre as partes ou, ao contrário, se pode sentir uma empatia óbvia. A profundidade da RMD pode aumentar durante uma crise do doente que o médico ajude a superar. O cuidado longitudinal mantido ao longo do tempo contribui para aumentar o conhecimento que o médico tem do doente, mas se não houver empatia, confiança e uma comunicação adequada, o conhecimento do plano pessoal do doente não será significativo, não podendo ser prestado, verdadeiramente, um cuidado holístico.

Surge, contudo, a necessidade de fazer a ressalva sobre a frequência e duração dos contactos entre médico e doente e o perigo que daí pode advir para a RMD. Balint, ao conceptualizar “*the doctor as drug*”,(11) advertira logo para o desconhecimento das “doses terapêuticas adequadas” nas quais deveria ser “administrada a relação”, concordando com o facto de, para a eficácia do cuidado longitudinal, se provar mais relevante a regularidade que a frequência. Como com qualquer fármaco cuja toma excessiva pode provocar efeitos adversos potencialmente graves, neste caso, a busca excessiva do cuidado médico ou a vivência de forma não adequada do encontro clínico têm efeitos nefastos para a RMD. O exagero na frequência da procura pode gerar uma perda de confiança no doente ou, por outro lado, uma familiaridade tal que subverta a relação formal. A vivência de consultas ou interações médico-doente de forma anómala – seja conflituosa, frígida ou excessivamente próxima – conduz igualmente a uma subversão da RMD. Em ambos os casos o efeito é o mesmo: deixa de existir uma relação entre um médico e um doente para existir uma relação de outra natureza (de amizade, de conflito, relação amorosa, etc.). É responsabilidade do médico assegurar que a RMD se mantém

dentro das balizas do razoável e eticamente correcto, fomentando-a sempre de forma franca e saudável, mas evitando que resvale para uma relação deturpada e nefasta para ambas as partes.(39, 40)

8. Conclusão

Feita que está a revisão da bibliografia relativa às relações entre o médico e o doente, é interessante reflectir criticamente sobre as características que a definem actualmente.

Se é verdade que o conceito de medicina centrada no doente tem elevado valor intrínseco e demonstra gerar maior satisfação nos doentes pelos cuidados de saúde que frequentam, é igualmente verdade que nem sempre se pode aplicar este método por uma multiplicidade de motivos, sejam constrangimentos de ordem financeira e de recursos materiais, pressões de tempo que forcem o médico a apressar a interacção, diferenças culturais, sociais, linguísticas ou intelectuais que impossibilitem um diálogo igualitário e democrático, ou mesmo uma personalidade do médico que seja incompatível com um modelo baseado num igual contributo para a RMD entre ele e o doente. As limitações à aplicação na prática da medicina holística centrada no doente devem ser ultrapassadas e tender a desaparecer em prol do bem-estar tanto de doentes como de médicos.

A relação médico-doente baseada no Modelo de Participação Mútua está demonstrado ser a que mais satisfação suscita entre os doentes ao responder mais eficazmente às suas necessidades e aspirações. No entanto, em contextos específicos da prática médica, os modelos de RMD anteriores continuam a ter aplicação prática. É importante que a literacia médica da população seja aumentada através de meios de qualidade comprovada de forma a evitar mitos e concepções erradas que surgem após a consulta de materiais de qualidade duvidosa ou não

adequada para a audiência em questão, que levantam mais dúvidas que aquelas a que dão resposta e apenas servem de para aumentar a incerteza, acabando por ensombrar a interacção.

A RMD deve cada vez mais assentar na livre escolha do médico pelo doente, de modo a permitir que este seja seguido por um médico que corresponda às suas necessidades e expectativas. Deve, igualmente, continuar a pautar-se por ser um “contrato sagrado” entre o médico e o doente, apoiando-se nos pilares do conhecimento mútuo, lealdade, confiança e empatia.

9. Bibliografia

1. Kinmonth A, Stewart M. The patient-doctor relationship. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, editors. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. 1. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 169-72.
2. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract*. 2009;59(561):e116-33.
3. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord*. 172015.
4. Lejoyeux M. [The doctor-patient relationship: new psychological models]. *Bull Acad Natl Med*. 2011;195(7):1477-88; discussion 88-90.
5. Lo B, Parham L. The impact of web 2.0 on the doctor-patient relationship. *J Law Med Ethics*. 2010;38(1):17-26.
6. Roland J. [The new doctor-patient relationship: the advent of "self-diagnosis"]. *Bull Acad Natl Med*. 2007;191(8):1491-5; discussion 6.
7. Melville N. 'Difficult' Patients More Likely to Be Medically Misdiagnosed. 2016.
8. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract*. 1979;29(199):77-82.
9. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
10. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
11. Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Tavistock Publications; 1957.
12. Benedetti F. Placebo and the New Physiology of the Doctor-Patient Relationship. *Physiol Rev*. 932013. p. 1207-46.

13. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med.* 2002;34(5):353-61.
14. Brodie K, Abel G, Burt J. Language spoken at home and the association between ethnicity and doctor-patient communication in primary care: analysis of survey data for South Asian and White British patients. *BMJ Open.* 2016;6(3):e010042.
15. Kim D, Lim B, Kim C. Relationship between patient satisfaction with medical doctors and the use of traditional Korean medicine in Korea. *BMC Complement Altern Med.* 152015.
16. Medina NE, Gutierrez-Malaver ME, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gomez-Sotelo AP, Sanchez-Martinez LM. [General practitioners and patients' social representations of the doctor-patient relationship in Bogota, Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2010;12(3):343-55.
17. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57-65.
18. Freud S, Breuer J. *Studies on Hysteria.* 1895.
19. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956;97(5):585-92.
20. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17(82):269-76.
21. Sacristan JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13:6.
22. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087-110.
23. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, et al. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ.* 2003;326:1310.

24. Rogers, C. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Constable, London; 1967.
25. Balint, E. The doctor, the patient and the group Balint revisited. Routledge, London; 1993.
26. Reichman S. The physician - patient relationship: expectations and reality. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1981 Jan-Feb;57(1):5– 12.
27. Williams S. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. Family Practice. 1998;15(5):480-492.
28. Gore J, Ogden J. Developing, validating and consolidating the doctor–patient relationship: the patients' views of a dynamic process. Br J Gen Pract. 1998;48(432):1391– 1394.
29. Finset A. “I am worried, Doctor!” Emotions in the doctor—patient relationship. Patient Educ Couns. 2012;88: 359– 363.
30. Meeuwesen L, Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? Soc Sci Med. 2006;63:2407– 2417.
31. Babitsch B, Braun T, Borde T, David M. Doctor’s perception of doctor-patient relationships in emergency departments: what roles do gender and ethnicity play? BMC Health Serv Res. 2008;8(82):1– 10.
32. Petrilli CM, Mack M, Petrilli JJ, Hickner A, Saint S, Chopra V. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature— targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. BMJ Open. 2015;5(1):e006578.

33. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJF, Morris RW, Morrell DC. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J*. 1986;292:874 – 876.
34. Fugelli P. Trust — in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001;51:575– 579.
35. Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Fam Pract*. 2001;18(1):53– 9.
36. Lings P, Evans P, Seamark D, Seamark C, Sweeney K, Dixon M, Grey DP. The doctor—patient relationship in US primary care. *Journal of Royal Society in Medicine*. 2003;96(4):180– 184.
37. Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why do patients continue to see the same physician? *Fam Pract Res J*. 1993;13:133 – 147.
38. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2002;48:69– 77.
39. Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. *Can Fam Physician*. 1993;39:2557– 64.
40. Dawson DF. Relationship management and the borderline patient. *Can Fam Physician*. 1993 Apr;39:833– 839.