

A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico

Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond

Andrea Caprara ¹
Josiane Rodrigues ¹

Abstract *Doctor-patient relationship encounters a renewed interest in scientific production, medical education, and clinical practice, with the application of communication techniques that improve the quality of communication. The present article discusses about factors affecting the relationship through a literature review and the research results on doctor-patient relationship in the Family Health Program of the Ceará State. A better doctor-patient relationship doesn't have only positive effects on users' satisfaction and health services quality, but it influences directly the health state of patients. This demand requires the introduction of changes seeking the acquisition of competences in doctors' training.*

Key words *Medical humanities, Doctor-patient communication, Medical education, Family health*

Resumo *A relação médico-paciente é uma temática que hoje encontra um renovado interesse na produção científica, na formação e prática clínica com a aplicação de técnicas comunicacionais que podem proporcionar uma melhor qualidade na relação. O presente artigo, por meio de uma revisão da literatura e da apresentação dos resultados de uma pesquisa que realizamos sobre a relação entre médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará, se propõe a refletir sobre quais os fatores que estão na raiz desta problemática. Uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes. Esta demanda exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos.*

Palavras-chave *Humanidades médicas, Relação médico-paciente, Formação médica, Saúde da família*

¹ Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública.
Av. Paranjana 1700, Itaperi, 60740-000, Fortaleza CE.
a.caprara@flashnet.it

Introdução

O tema da relação entre médicos e pacientes não é novo para a profissão médica. Na metade do século 20 este aspecto foi abordado por autores como Jaspers (1991), Balint (1988), Parsons (1951), Donabedian (1990), mas é a própria história da medicina que traz no seu bojo esta questão, como um indicador dos processos de mudanças a que vem se submetendo. Edward Shorter enfatiza como a descoberta dos sulfamídicos e da penicilina, nos anos 30-40, influenciou uma importante transformação seja na prática, seja na formação médica. O desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética também contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade. As novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente. A tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação.

Enquanto os avanços tecnológicos mostravam-se significativos, não se percebiam mudanças correspondentes nas condições de vida, como também, não se verificava o aperfeiçoamento das práticas de saúde, como práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos. Atualmente, existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade (Jaspers, 1991).

Hoje, a temática sobre a relação médico-paciente encontra um renovado interesse na produção científica, na formação e prática clínica buscando proporcionar uma melhoria da qualidade do serviço de saúde. Um trabalho publicado recentemente mostra que cerca de 1.000 a 1.200 das publicações científicas por ano são referentes ao tema (Tagliavini e Saltini, 2000), com a aplicação de técnicas comunicacionais que podem proporcionar um melhor atributo na relação. A maior parte da produção apresenta resultados de pesquisas empíricas (Fallowfield *et al.*, 1990) e a aplicação de instrumentos de observação e avaliação (Brown *et al.*, 1994). Outras publicações tocam a necessidade de formular programas de formação (Branch *et al.*, 1991; McManus *et al.*, 1993), constituindo-se

manuals práticos de referência (Lloyd e Bor, 1996; Neighbour, 1996; Pendleton *et al.*, 1997; Silverman *et al.*, 1999; Maguire, 2000; Tatarelli *et al.*, 1998). Essa vasta produção sobre o tema no contexto anglo-saxônico se contrapõe a um número ainda limitado de pesquisas no Brasil (Sucupira, 1982; Schraiber, 1993; Caprara e Franco, 1999; Goulart, 1998).

Inicialmente, o presente artigo pretende, através de uma revisão da literatura, analisar alguns fatores que acreditamos estar na raiz desta temática. Apresentando, em seguida, os resultados de uma pesquisa que realizamos sobre a relação entre médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará, tentaremos identificar as principais características da relação definindo os principais problemas e algumas possíveis soluções. Por fim, abordaremos alguns programas de formação que mostram a importância dessa temática não somente para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas também pela influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes.

As raízes da problemática

Assim como apresentado por Le Fanu (2000), uma série de paradoxos acompanha a história recente da medicina. Por exemplo, espera-se que os sucessos da medicina sejam acompanhados por um aumento do grau de satisfação dos médicos que escolhem a carreira de medicina; estudos recentes, no entanto, mostram que um número crescente deles está mais desiludido e insatisfeito. Um segundo paradoxo está ligado aos benefícios derivados da prática médica que poderiam reduzir os medos e ansiedades das pessoas. Mas, ao contrário, elas estão sempre mais preocupadas por uma série de riscos atrelados ao estilo de vida, em um processo de procura obsessiva de um estado de perfeita saúde (*Healthism*), sempre mais preocupante. Outro paradoxo está associado ao fato de que a eficácia e os sucessos da medicina moderna teriam de ser acompanhados pelo desaparecimento das outras formas de medicina. O que acontece é o oposto, observa-se um aumento impressionante em todo o mundo ocidental da utilização das medicinas não-conventionais. Enfim, apesar dos sucessos da medicina moderna, os custos da saúde continuam aumentando em um verdadeiro processo de explosão dos gastos da assistência sanitária (Le Fanu, 2000).

Entre os fatores determinantes desta situação, apresenta-se a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, o ponto de vista dos usuários, e da população que em geral é considerado um elemento fundamental deste processo (Lewis *et al.*, 1995; Rosenthal *et al.*, 1997; Gattinara *et al.*, 1995). A partir dos estudos de Donabedian, nas décadas de 1970 e 1980, se conhece que a qualidade dos serviços de saúde, assim como percebida pelos pacientes, depende de 30 a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e de 40 a 50% da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários, em particular entre médico e paciente (Donabedian, 1990). Hoje não é mais suficiente organizar os serviços de saúde mais eficientes, e sim considerar, como afirma Spinsanti em seu recente trabalho: *o respeito dos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia, a tutela das diversidades culturais* (Spinsanti, 1999).

Um segundo aspecto se refere à racionalização científica da medicina moderna, baseada numa mensuração objetiva e quantitativa, bem como, na visão dualista mente-corpo (Helman, 1984). Esse modelo subestima a dimensão psicológica, social e cultural da relação saúde-doença, com os significados que a doença assume para o paciente e seus familiares. Os médicos e pacientes, mesmo pertencendo à mesma cultura, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes. Além dos aspectos culturais temos de enfatizar que eles (médicos e pacientes) não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído (Arrow, 1963).

Enfim, propomos analisar que, no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica. O médico não é ativamente estimulado a pensar o paciente em sua inteireza, como um ser biopsicossocial, e a perceber o significado do adoecer para o paciente.

Diferentes autores, como Gadamer (1994) e Wulff, Pedersen e Rosemberg (1995) expressam a necessidade de um processo de humanização da medicina, em particular da relação entre médicos e pacientes, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento da doença. Esta proposta aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente em sua integri-

dade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico. Para esses autores, o desenvolvimento dessa sensibilidade e sua aplicação na prática médica constituem o mais importante desafio para a biomedicina do século 21. No momento em que nos encontramos, a medicina não está preparada para enfrentar este novo desafio (Caprara & Franco, 1999).

Os problemas que enfatizam a assimetria na relação: médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará

Em 1994 foi realizado um encontro que teve como foco da discussão a relação médico-paciente e suas dificuldades, concluindo-se com uma declaração de consenso conhecida internacionalmente como Toronto Consensus Statement (Simpson *et al.*, 1991). Entre os dados apresentados podemos destacar que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são tomados em consideração pelos médicos durante as consultas (Stewart *et al.*, 1979), bem como 50% dos problemas psiquiátricos e psicossociais não são considerados (Schulberg *et al.*, 1988; Freeling *et al.*, 1985). Em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal (Starfield *et al.*, 1981), e 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do problema (Beckman *et al.*, 1984).

Seguindo esses dados, apresentaremos os resultados de uma pesquisa que realizamos sobre a relação entre médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará mostrando os principais problemas no contexto da atenção primária no Brasil (Caprara *et al.*, 2001).

Essa pesquisa foi realizada no período de 1999 a 2001, tendo o apoio do CNPq, como parte do Programa Nordeste de Pesquisa e Pós-graduação, projeto nº 52.1228/98-0. Foram utilizados métodos qualitativos como entrevistas abertas, observação participante, e métodos quantitativos: observações estruturadas da relação médico-paciente utilizando uma guia de observação. Nas fases iniciais da pesquisa foram analisados alguns instrumentos observacionais da relação médico-paciente que eram utilizados em nível internacional, e depois de uma análise atenta, foi decidido utilizar o ins-

trumento desenvolvido por Grol e Lawrence (1995). Este instrumento é dividido em 4 categorias: a) estrutura da consulta; b) condução da relação médico-paciente; c) performance clínica; d) ação psicossocial. Para cada uma dessas categorias foram observados diferentes períodos da consulta: a) investigação do problema; b) esclarecimento do problema; c) definição do problema; d) formulação de um plano. Decidiu-se adaptá-lo para ser utilizado no contexto do Ceará. Foi adotada uma metodologia de tradução e adequação do instrumento, seguindo em parte as guias da Organização Mundial da Saúde na tradução de instrumentos (Sartorius e Kuyken, 1994).

A amostra foi composta por 400 consultas realizadas por 20 médicos: 200 foram realizadas em áreas rurais e 200 na área urbana de Fortaleza, a capital do Estado (Caprara *et al.*, 2001). Os dados em área urbana se referem aos consultórios de PSF de Fortaleza. Entre a população total de 47 equipes de PSF foram escolhidos aleatoriamente 10 médicos que trabalham em área urbana e foram observadas 20 consultas por médico (total 200). Pelo que se refere à área rural, foi considerado não factível (do ponto de vista econômico e tempo necessário de disponibilidade) trabalhar com uma amostra aleatória das 1.039 equipes cadastradas, porém, foram consideradas 883 unidades funcionando. Decidiu-se, então, escolher a amostra de 10 médicos diferenciando três grandes áreas sociodemográficas: serra, sertão, costa litorânea. Nesses três contextos foram observadas 200 consultas médicas.

Foi constituído um banco de dados utilizando o programa SPSS. Uma análise descritiva das principais variáveis foi acompanhada por uma análise comparativa buscando associações entre variáveis independentes e dependentes através de testes estatísticos (odds ratio, chi-quadrado). Os dados não-estruturados foram elaborados a partir de transcrições de entrevistas com informantes-chave e codificação dos dados e da análise, como também de observações inseridas no contexto de aplicação do instrumento. Todas as entrevistas abertas foram gravadas e transcritas. O material foi sucessivamente codificado, classificando as respostas por categorias em relação a cada tema.

Primeiramente, os aspectos organizacionais, como a alta rotatividade dos médicos, a falta de estruturas físicas adequadas, os problemas na organização dos serviços, afetam a relação, bem como os fatores culturais e sociais

(*ibidem*). Como enfatizado pela literatura, o espaço terapêutico teria de facilitar a comunicação, mantendo a privacidade, evitando interrupções, sendo um espaço o mais confortável possível (Lloyd, 1996). A proxêmica entre médico e paciente, a distância entre eles, a colocação das cadeiras, da mesa, são todos fatores importantes a serem considerados, fatos não presentes na maioria de estruturas físicas no contexto da saúde da família no Ceará.

Pelo que se refere à comunicação entre médicos e pacientes, a pesquisa mostra que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso uma série de problemas surge de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas (Caprara *et al.*, 2001).

Dados estes que poderiam estar interferindo em uma melhor relação médico-paciente, cuja natureza da interação irá depender de como acontece o encontro de ambos. Encontro que está sendo influenciado por vários fatores como: o *setting* terapêutico, os aspectos psicossociais do paciente com seu adoecer (suas expectativas, medos, ansiedades, etc.), suas experiências anteriores de outros médicos, bem como, pelos próprios profissionais, com a sua personalidade, seus fatores psicológicos (estresse, ansiedade, frustração, etc.) e seu treinamento técnico (experiência profissional e habilidades comunicacionais).

Nesse momento, enfocamos como os médicos pesquisados não reconhecem o seu paciente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade com o cuidado pela sua própria saúde; e também não desenvolvem a autonomia e participação do paciente no seu processo de adesão ao tratamento, e suas práticas de prevenção e promoção da saúde.

O tempo médio da consulta é de 9 minutos com uma ampla variação de 2 até 24 minutos. É importante enfatizar que um maior tempo de consulta está associado a uma melhor qualidade do atendimento: como uma melhor anamnese ($p < 0.01$), uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente (< 0.01) e a participação do paciente na consulta (< 0.01).

O tempo de atendimento das médicas é 11.85 superior ao dos colegas médicos que é de 7.71 ($p < 0.01$).

Na pesquisa, em relação aos aspectos psicossociais, na maioria das consultas (91,4%), os médicos não exploram os medos e ansiedades dos pacientes, considerando-se que abordar esse aspecto envolve também compreender as diferentes visões de doença e saúde, vinculando-a à escala de valores daquela comunidade atendida, bem como, o referencial próprio de doença que cada sujeito constrói ao longo de sua história pessoal e coletiva (Caprara *et al.*, 2001).

A diversidade cultural é uma realidade com a qual os médicos de Saúde da Família precisam administrar em sua prática. Essa mesma diversidade exige que o médico seja capaz de aprender novos valores e desenvolver outras percepções de saúde-doença. Trata-se de uma aprendizagem indispensável para uma intervenção médica eficiente, que perceba o processo do adoecer para aquele paciente que se insere numa experiência de fragilidade e ameaça ao seu estado de ser saudável e ativo. Considerando-se que a não concordância entre médico e paciente quanto ao diagnóstico e tratamento proposto, uma consequência da divergência de valores e crenças, pode implicar a não adesão à terapêutica. Não significa, entretanto, que o médico do PSF tenha de abdicar do saber técnico-científico que dispõe, mas sim buscar a articulação do conhecimento biomédico ao sistema de representações populares referentes a saúde-doença, de forma a garantir adesão ao tratamento. Um exemplo dessa parceria é observada entre as equipes de saúde do Ceará e rezadeiras locais, que objetivava fazer com que as informações sobre prevenção e tratamento de algumas doenças cheguem mais compreensíveis à população. Dentre as dificuldades em lidar com os aspectos psicossociais, destacamos a limitação em lidar com a dinâmica familiar e suas relações, bem como os medos e ansiedades acerca da doença e seus sintomas.

Muitas vezes os pacientes fazem referências a aspectos sociofamiliares, evidenciando a importância destes na sua condição de saúde. No entanto, os médicos, em sua maioria, escutam e até reconhecem a pertinência da questão apresentada, mas não a exploram com o paciente, da mesma forma e profundidade como fazem com relação aos sintomas e sinais da doença como efeito, a investigação sobre os aspectos sociofamiliares, bem como as relações da famílias e amigos.

Esses resultados estão em sintonia com outros trabalhos mostrando que a maioria das queixas dos pacientes fazem referência a problemas comunicacionais com o médico e não a sua competência clínica (Ley, 1988), sendo estas queixas os efeitos de uma má relação. As percepções diferenciadas entre médicos e pacientes no relacionamento são influenciadas por questões que enfatizam a assimetria e dificultam o estabelecimento de uma melhor relação. Essa diferença é reafirmada pela compreensão da doença por parte do paciente, que perpassa por caminhos diversos daqueles do médico. A experiência da doença pelo paciente envolve os aspectos culturais, familiares, emocionais. Na literatura anglo-saxônica é chamada *illness* e poucas vezes é explorada pelo médico (Eisenberg, 1977)

Propostas de mudança

Uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde. Vários estudos mostram que influencia diretamente sobre o estado de saúde dos pacientes. Por exemplo, no estudo de Fallowfield, a incidência de ansiedade e depressão depois de 12 meses do diagnóstico de câncer de mama é inferior entre as pacientes que tiveram uma boa informação em comparação a um outro grupo mal-informado (1990). Outros estudos têm confirmado que uma melhor relação médico-paciente interfere no sucesso do tratamento, como salientado por Dixon e Seweeny: *A importância da relação terapêutica explica por que a adesão ao processo terapêutico depende mais do médico do que das características pessoais do paciente, em particular, o paciente é muito mais inclinado a atender a prescrição se ele pensa que conhece bem o médico que está prescrevendo* (Dixon e Sweeney, 2000).

Segundo White (1992), 25% dos benefícios derivados da prática médica não estão ligados às capacidades técnicas do médico, aos efeitos terapêuticos dos medicamentos, ou aos efeitos placebo. Eles seriam o resultado terapêutico da própria palavra do médico sobre uma série de sintomas que surgem como eventos ligados aos fenômenos de estresse (cefaléia, cansaço, constipação, problemas gástricos, modificações de peso etc.). Observamos isso também com relação aos seus efeitos em termos de melhor adesão ao tratamento, o que influencia um me-

lhor controle, por exemplo, de diabetes e hipertensão.

Essas considerações nos convidam a abordar a questão da formação médica. Nos cursos tradicionais para médicos e enfermeiros, os estudantes adquirem uma série de conteúdos e capacidades práticas que levam a considerarem somente os aspectos físicos, excluindo as características culturais e socioeconômicas. Segundo Anne Scott (1998), durante a formação os estudantes adquirem a consciência do que deve ser ignorado, excluído, reforçando a lógica biomédica. Na realidade, o conto do paciente muitas vezes não contém somente elementos de história da doença, mas também elementos de história social (Skultans, 1998). Há algumas décadas, nas universidades européias e norte-americanas estão sendo desenvolvidos cursos sobre o tema da relação médico-paciente. Quase todos esses cursos têm uma característica comum: a duração acompanha todo o processo de formação do estudante desde os primeiros até os últimos anos.

Apesar dessa característica comum, ainda existe uma alta variabilidade na qualidade dos cursos (Whitehouse, 1991). Para que o currículo tenha um perfil adequado, observamos que é importante que o tema da relação médico-paciente esteja presente durante todo o processo formativo; bem como a inserção imprescindível da abordagem interdisciplinar (clínica, psicologia, ciências sociais). O processo vai progressivamente se aprofundando: de uma maior simplicidade até uma maior complexidade; tendo que formar os médicos para saberem lidar com situações críticas, como diagnóstico de doenças graves e terminais; e também organizar um processo de formação dos docentes desses cursos, visto que os programas mais estruturados são mais efetivos.

Na Escola de Medicina de Harvard, por exemplo, o curso prevê alguns elementos básicos como a aprendizagem que se inicia no primeiro ano com um procedimento no qual o aluno examina a própria experiência, as motivações que o levaram a se inscrever no curso de medicina. No programa de formação está incluída a compreensão de como a percepção da doença por parte do paciente influencia o processo de cura, e como a aprendizagem está dirigida à compreensão de aspectos éticos da medicina e das ciências humanas (Branch *et al.*, 1991). Na Universidade de Maastricht, os aspectos comunicacionais são abordados aumentando gradualmente a complexidade das práti-

cas e das situações, visto que os elementos comunicacionais são analisados primeiro em forma separada (no primeiro ano) e depois progressivamente integrados entre eles (Dalen *et al.*, 1995). Durante as etapas sucessivas do curso, os conteúdos adquirem passo a passo uma maior elaboração, passando de temas mais simples, como “formulação de perguntas” e “capacidade de escuta” a aspectos mais complexos como “a comunicação de más notícias” e “assistência de pacientes em fase terminal”. Com o transcorrer do tempo, cada estudante identifica as próprias capacidades e dificuldades, escolhendo o percurso formativo mais adequado às suas necessidades.

Como resposta a essa necessidade é importante enfatizar a introdução das “humanidades médicas” na formação universitária e na educação continuada. Por exemplo, a abordagem das humanidades médicas prevê a incorporação de elementos das ciências humanas (filosofia, psicologia, antropologia, literatura) na formação e na prática dos profissionais de saúde (Gruppo CPR, 1996; Dawnie *et al.*, 2000). As humanidades médicas se constituem como um espaço para repensar a prática em medicina, intervindo na qualidade da assistência com a personalização da relação, a humanização das atividades médicas, o direito à informação, o aperfeiçoamento da comunicação médico-paciente, diminuindo o sofrimento do paciente, repensando as finalidades da medicina, aumentando o grau de satisfação do usuário. Trata-se de um campo que precisa de investigações de novas elaborações conceituais e empíricas e que são objeto de interesse deste trabalho.

Conclusão

Observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação. Em face dessa questão, o primeiro ponto a ser apresentado para reflexão é relativo ao comportamento profissional do médico. Este deve incorporar aos seus cuidados a percepção do paciente acerca de sua doença, que possivelmente diverge do modelo clínico, visto que são valores e compreensões próprias daquele caso. Isto não significa que os médicos tenham de se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas

queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença.

Observamos que os modelos comunicacionais estão relacionados ao espaço terapêutico, a aspectos do paciente (sintoma, expectativa, medos e ansiedades, etc.) e também aspectos do médico (habilidade comunicacional, experiência profissional, stress, ansiedade, etc.) que assim vão constituindo uma relação. Cada consulta é uma nova relação que se estabelece, mas que habilidades são esperadas do médico como detentor do saber? A ele cabe o papel de possibilitar que a relação seja centrada no paciente e

não apenas na doença. Consideramos que, com essa abordagem, poder-se-ia diminuir a assimetria da relação.

Esta demanda exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos. Por enquanto restrita ao modelo biomédico, impossibilita considerar-se a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional. Desse modo, é importante considerar criticamente o desenvolvimento do modelo biomédico como contexto no qual se configuram as possíveis formas de relação médico-paciente e assim ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer aos revisores anônimos pela leitura atenta e crítica deste texto. Nossos reconhecimentos também a Jorge Montenegro Braga, Anamelia Lins e Silva Franco, Dower Barroso, Vileimar Azevedo e aos alunos do Provimp da Faculdade de Medicina da UFC pela participação na pesquisa, e a discussão aberta e construtiva de diferentes idéias expressas neste texto, mesmo afirmando que as considerações aqui apresentadas são de nossa exclusiva responsabilidade.

Referências bibliográficas

- Arrow K 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53(5):89-121.
- Balint M 1988. *O médico, seu paciente e a doença*. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro.
- Beckman HB & Frankel RM 1984. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101:692-696.
- Branch WT *et al.* 1991. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship. Course for faculty and first-year medical students. *Annals of Internal Medicine* 114:482-489.
- Brown JB, Stewart MA & Tessier S 1994. *Assessing communication between patients and providers. A manual for scoring patient-centred communication*. CSFM Working Paper Series No. 94-1. Ontario Centre for Studies in Family Medicine, Londres.
- Caprara A & Franco LSA 1999. A relação paciente-médico. Para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública* 15(3):647-654.
- Caprara A, Rodrigues J & Montenegro BJ 2001. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. Congress Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems: Innovations by Educational Institutions, Health Professions and Health Services, Londrina.
- Dalen JV (org.) 1995. *Skillslab: Center for training of skills*. Maastricht University, Maastricht.
- Dawnie RS, Macnaughton J & Randall F 2000. *Clinical judgement. Evidence in Practice*. Oxford Univ. Press, Oxford.
- Dixon M & Sweeney K 2000. *The human effect in medicine: theory, research and practice*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Donabedian A 1990. *La qualita dell'assistenza sanitaria*. NIS, Roma.
- Eisenberg L 1977. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture Medicine and Psychiatry* 19-23.
- Fallowfield *et al.* 1990. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 301:1524-5.

- Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI & Burton RH 1985. Unrecognised depression in general practice. *BMJ* 290:1880-3.
- Gadamer H.-G 1994. *Dove si Nasconde la Salute*. Raffaello Cortina Editore, Milão.
- Gattinara CB, Ibacache J, Puente TC, Giacconi J & Caprara A 1995. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública* 11(3):425-438.
- Goulart FMHL 1998. Depois que forma muda: estudo da relação médico-paciente no âmbito da prática docente-assistencial na Faculdade de Medicina UFMG. In A Paiva & M Soares (orgs.). *Universidade, cultura e conhecimento: a educação pesquisa a UFMG*. Editora Autentica, Belo Horizonte.
- Grol R & Lawrence M 1995. *Quality improvement by peer review*. Oxford University, Oxford.
- Gruppo CPR 1996. Il Canale Parallelo Romano (CPR). Organizzazione didattica e Primi Risultati. *MEDIC* 4:78-83.
- Helman C 1984. *Culture health and illness*. Wright, Bristol.
- Jaspers K 1991. *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina Editore, Milão.
- Le Fanu J 2000. *The rise and fall of modern medicine*. Carroll & Graf, Londres.
- Ley P 1988. *Communication with patients: improving satisfaction and compliance*. Croom Helm, Londres.
- Lewis JR *et al.* 1995. Examining patient perceptions of quality care in general practice: comparison of quantitative and qualitative methods. *British Journal of General Practice* 45(394):249-253.
- Lloyd M & Bor R 1996. *Communication skills for medicine*. Churchill Livingstone, Nova York.
- McManus IC, Vincent CA, Thom S & Kidd J 1993. Teaching communication skills to clinical students. *BMJ* 306:1322-1327.
- Maguire P 2000. *Communication skills for doctors*. Arnold, Londres.
- Neighbour R 1996. *The inner consultation. How to develop an intuitive consulting style*. Librapharm Limited, Londres.
- Parsons T 1951. *The social system*. The Free Press, Nova York.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P & Havelock P 1997. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford University Press, Oxford.
- Rosenthal GE *et al.* 1997. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care* 35.
- Sartorius N & Kuyken W 1994. Translation of health status instruments, pp. 130-143. In J Orley & W Kuyken (eds.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Schraiber LB 1993. *O médico e seu trabalho – limites da liberdade*. Hucitec, São Paulo.
- Schulberg HC & Burns BJ 1988. Mental disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* 10:79-87.
- Scott PA 1998. Nursing, narrative and the moral imagination, pp. 149-158. In T Greenhalgh & B Hurwitz (orgs.). *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books, Londres.
- Shorter E 1999. *Doctors and their patients: a social history*. Transaction, New Brunswick.
- Silverman J, Kurtz S & Draper J 1999. *Skills for communicating with patients*. Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Simpson M *et al.* 1991. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 303:1385-7.
- Skultans V 1998. Anthropology and narrative, pp. 225-233. In T Greenhalgh & B Hurwitz (orgs.). *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books, Londres.
- Spinsanti S 1999. *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*. Edizioni Paoline, Roma.
- Starfield B *et al.* 1981. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *AJPH* 71:127-131.
- Stewart MA, McWhinney IR & Buck CW 1979. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Practitioners* 29:77-82.
- Sucupira ACSL 1982. *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras*. Dissertação de mestrado. USP, São Paulo.
- Tagliavini G & Saltini A 2000. La letteratura sulla Comunicazione Medico-Paziente. Un Archivio Informatizzato. *MEDIC* 8:53-56.
- Tate P 1997. *The Doctor's Communication Handbook*. Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Tatarelli R, De Pisa E & Girardi P 1998. *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*. Franco Angeli, Milão.
- Vegni E & Moja E 2000. La comunicazione nella visita medica. Raccogliere informazioni dal paziente. *MEDIC* 8(2):74-80.
- White KL 1992. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. OPAS (Publicación Científica, 534) Washington.
- Whitehouse CR 1991. The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. *Med Education* 25(4):311-318.
- Wulff HR, Pedersen AS & Rosenberg R 1995. *Filosofia della medicina*. Raffaello Cortina Editore, Milão.

Artigo apresentado em 3/2/2003

Aprovado em 11/4/2003

Versão final apresentada em 9/10/2003