

A relação médico-doente. Breve revisão da antiguidade à atualidade

The doctor-patient relationship. Brief review of antiquity to present days

Paulo Dario

Dario P. A relação medico-doente. Breve revisão da antiguidade à atualidade / *The doctor-patient relationship. Brief review of antiquity to present days*. Rev Med (São Paulo). 2019 maio-jun.;98(3):216-21.

RESUMO: *Introdução.* Podemos referir que a comunicação pode e deve ser vista como um dos principais ingredientes dos cuidados médicos. Neste trabalho de revisão é avaliado o estabelecimento da relação entre o médico e o doente, relação esta que permite que duas pessoas, anteriormente desconhecidas entre si, estabeleçam uma ligação que permita um grau de intimidade suficiente que possibilite o conhecimento do doente como um todo, bem como permita a participação deste no estabelecimento das metas e objetivos para o atingimento do seu estado de saúde. *Materiais e Métodos.* Usados para a realização deste sucinto artigo de revisão, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na PUBMED, tendo sido usadas as palavras-chave definidas como base no MeSH. As *Bases da relação médico-doente* assentam em 4 pilares: a confiança, o conhecimento, o respeito e a lealdade, tendo estes elementos um forte impacto nesta relação e na sua natureza, chegando mesmo a ter impacto nos resultados do tratamento no doente. Os *Modelos de relação médico-doente* consistem em três modelos-base: a) o modelo de atividade-passividade; b) o de orientação-cooperação; e, c) o de participação mútua, envolvendo diferentes níveis de participação do doente na tomada de decisão e na participação na escolha dos tratamentos. *Os modelos de prática médica: da antiguidade aos dias de hoje* passaram por uma transição ao longo dos anos. Nos primórdios, era predominantemente centrada em um modelo de atividade-passividade até ao modelo vigente nos dias de hoje, o modelo de participação mútua. *Observações finais.* Podemos verificar que os componentes da comunicação identificados como sendo mais eficazes, podem ser usados como base para o desenvolvimento de currículos de educação médica bem como para programas de educação de doentes.

Descritores: Relações médico-paciente; Revelação da verdade; Direitos do paciente.

ABSTRACT: *Introduction.* we can say that communication can and should be seen as one of the main ingredients of medical care. This review work evaluates the establishment of the relationship between the doctor and the patient, a relationship that allows two people previously unknown to each other to establish a connection that allows a sufficient degree of intimacy that enables the knowledge of the patient as a whole as well as his participation in the establishment of the goals and objectives for the attainment of his state of health. *Materials and Methods.* Used for the accomplishment of this succinct review article, they consisted of a bibliographic search in PUBMED, using the keywords defined based on MeSH. *The bases of doctor-patient relationship* are based on four pillars: trust, knowledge, respect and loyalty, these elements having a strong impact on the doctor-patient relationship and the nature of this relationship, even having an impact on treatment results of the patient. *The models of physician-patient relationship* consist in three basic models: a) the activity-passivity model; b) orientation-cooperation; and c) mutual participation involving different levels of patient participation in decision making and participation in the choice of treatments. *The models of medical practice: from antiquity to the present* have undergone a transition over the years. In the early days, it was predominantly centered on an activity-passivity model up to the current model, the model of mutual participation. *Final observations.* We can verify that the components of communication identified as being more effective can be used as a basis for the development of medical education curricula as well as for patient education programs.

Keywords: Physician-patient relations; Truth disclosure; Patient rights.

Professor Adjunto Convidado | ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Discente | NOVA Medical School. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4203-9179>.

Endereço para correspondência: Av. D. João II, Lote 4.69.01. 1990-096. Lisboa, Portugal. Email: paulo.a.dario@edu.nms.unl.pt.

INTRODUÇÃO

A relação médico-doente é um conceito central na medicina e pedra angular do ato médico, envolvendo emoções básicas do ser humano, tais como a vulnerabilidade e a confiança¹, estando o seu sucesso associado a melhores resultados terapêuticos, a uma maior satisfação do doente perante os cuidados de saúde bem como a uma sensação de realização profissional da parte do clínico².

“Para atender aqueles que sofrem, um médico deve possuir não apenas o conhecimento científico e habilidades técnicas, mas também uma compreensão da natureza humana. O doente não é apenas um grupo de sintomas, de órgãos danificados e de emoções alteradas. O doente é um ser humano, ao mesmo tempo preocupado e esperançoso, em busca de alívio, ajuda e confiança. A importância de um relacionamento íntimo entre o doente e o médico nunca pode ser superestimada, porque na maioria dos casos um diagnóstico preciso, bem como um tratamento eficaz, depende diretamente da qualidade desta relação”³.

Como referido por Kaba e Sooriakumaran⁴, a possível qualidade especial da relação entre o médico e o doente permite que duas pessoas, que antes eram desconhecidas entre si, se sintam à vontade com um grau variável de intimidade. Essa relação, com o passar do tempo, pode desenvolver-se de modo a permitir que o doente entre em assuntos altamente pessoais e privados, sentindo-se seguro e confiante para o fazer⁴. Assim, tal como exposto por Chipidza et al.¹, a relação médico-doente é uma parte importante do trabalho dum clínico e pode ter efeitos da saúde dos seus doentes. Deste modo, é importante que os médicos reconheçam quando este relacionamento é deficiente ou mesmo ineficaz, devendo os profissionais ser capazes de tentar reconhecer as causas da rutura no referido relacionamento e tentar implementar soluções para a melhoria do mesmo¹.

No entanto, a relação médico-doente, foi-se alterando ao longo dos tempos, desde os seus primórdios, no Antigo Egito, até aos dias de hoje. Todavia, foi durante as últimas décadas em que houve uma mudança de atenção do lado biomédico para o lado humanista da medicina. Gradualmente, a perceção de que esses dois domínios da medicina são de igual importância foi-se enraizando na comunidade médica^{4,5}.

A relação médico-doente é uma das relações sociais mais complexas e, portanto, um tema especialmente difícil de investigar e compreender. Nos esforços para entender esta relação, os cientistas sociais concentraram-se em diferentes aspetos da interação médico-doente⁵. Como referido por alguns autores, como resultado, o conhecimento obtido na investigação deste tema pode, por vezes, não ter ficado completamente bem integrado^{4,5}.

De qualquer modo, esta comunicação envolve várias variáveis, das quais algumas podem ser identificadas, sendo estas também ela o resultado da própria evolução

da relação médico-doente, ao longo dos tempos. Neste artigo, pretende-se apresentar a evolução desta relação e compreender estas variáveis bem como as dinâmicas que a afetam nos dias de hoje.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste artigo de revisão foi realizada uma pesquisa na base de dados PUBMED (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) de artigos sobre este tema, tendo sido usadas as palavras-chave indicadas no resumo em Inglês (*Abstract*), os quais seguiram a terminologia constante no Medical Subject Headings (MeSH) (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>). Foram, também, avaliados artigos relacionados com os encontrados na pesquisa, sugeridos pela PUBMED. Os artigos selecionados foram aqueles que o autor considerou serem de âmbito mais geral, tendo sido selecionados, em especial, os artigos de revisão, mas também de investigação, tendo, porém, sido excluídas cartas e editoriais bem como artigos que abordassem temáticas mais específicas dentro da temática geral ou que se relacionassem com determinadas questões de índole étnico-geográfico-cultural.

Bases da relação médico-doente

Como descrito por Chipidza et al.¹ a confiança, o conhecimento, o respeito e a lealdade são os 4 elementos que formam a relação médico-doente, e a natureza dessa relação tem um impacto nos resultados dos doentes¹. Todos estes elementos desta relação afetam a satisfação do doente, nomeadamente quando os doentes não se sentem ouvidos, se sentem desrespeitados ou de qualquer outra forma se sentem em desajustamento com o seu médico^{1,5}. Os fatores que afetam esta relação podem ser respeitantes ao doente, dependentes do médico, derivados ao sistema de saúde ou devidos a incompatibilidade entre o médico e o doente¹.

Na sua essência, a relação médico-doente representa um relacionamento fiduciário no qual, ao principiarem neste relacionamento, o médico concorda em respeitar a autonomia do doente, manter a confidencialidade, explicar as opções de tratamento, obter o seu consentimento informado, fornecer o mais alto padrão de cuidados e comprometer-se a não abandonar o doente, sem lhe dar tempo suficiente para encontrar um novo médico. No entanto, tal definição contratual falha em retratar a natureza imensa e profunda da natureza desta relação. Os doentes, às vezes, revelam segredos, preocupações e medos aos médicos que ainda não revelaram a amigos ou familiares. Colocar a confiança num médico ajuda-os a manter ou a recuperar sua saúde e bem-estar¹.

Este relacionamento exclusivo engloba quatro elementos-chave: conhecimento mútuo, confiança, lealdade e respeito. Esses quatro elementos constituem a base da relação médico-doente⁶. O conhecimento refere-se ao

conhecimento do médico sobre o doente, bem como ao conhecimento do médico por parte do doente. A confiança envolve a fé do doente na competência e no cuidado do médico, bem como a confiança do médico no doente nas suas crenças e no seu relato de sintomas. A lealdade se refere à disposição do doente de perdoar um médico por qualquer inconveniência ou erro e ao compromisso do médico de não abandonar um doente. A consideração implica que os doentes sintam que o médico gosta deles como indivíduos e está “do lado deles”. A capacidade de comunicar adequadamente, evitando um léxico demasiado científico e recorrendo com adequação ao humor e à conversa de circunstância, de mostrar empatia, de escutar opiniões, experiências e expectativas do doente e de o envolver na discussão e decisão terapêutica são fatores muito valorizados pelo doente, contribuindo para uma boa experiência⁷. Diretamente relacionado com a satisfação do doente poderá estar o facto deste sentir que tem tempo para expor os seus problemas de forma adequada, não se sentindo pressionado ou oprimido, e que o médico o escutar atenta e calmamente⁸. Em alguns casos, até mesmo características físicas do clínico, como a idade ou o género, podem ter influência no grau de satisfação do doente⁹.

Em alguns estudos foi possível verificar que o conhecimento do médico sobre as doenças e o sobre o estado emocional do doente está positivamente associado com a resolução das mesmas, sendo, nestes casos, a medida de resultado a recuperação dos doentes¹⁰. A qualidade da comunicação médico-doente pode afetar os resultados pelo que a maneira pela qual um médico comunica com um doente, até mesmo na recolha de informação, influencia não só a sua recuperação, mas também a frequência com que o doente visitará o médico ou mesmo se voltará a retornar ao mesmo². A relação médico-doente pode até ser influenciada pelo local em que decorre a consulta, estando sítios mais agradáveis e positivos e que dispensem um acolhimento mais simpático ao doente, associados a um maior grau de satisfação com os cuidados de saúde⁷.

Modelos de relação médico-doente

Em 1956 Szasz e Hollender¹¹ propuseram a existência de três modelos base de relação médico-doente⁴: (a) O modelo de atividade-passividade o qual é inteiramente paternalista por natureza; de certo modo análogo ao relacionamento entre pais e filhos. Na realidade, este modelo pode ser considerado como não sendo uma interação, pois a pessoa que está sendo tratada não pode contribuir ativamente para este processo. Neste modelo o doente é considerado impotente, exigindo o conhecimento especializado do médico, e o tratamento é iniciado “independentemente da contribuição do doente e independentemente do resultado”. Atualmente, este tipo de modelo é inteiramente justificado em cenários de emergência médica, porque o tempo necessário para obter o

consentimento informado ou envolver o doente na tomada de decisão prejudicaria claramente o seu tratamento e a sua saúde. Esse tipo de relacionamento coloca o médico em situação de controlo total; (b) O modelo de orientação-cooperação, o qual pode ser aplicado em situações menos agudas. Neste modelo pode ser argumentado que, apesar do facto de o doente estar doente, eles estão conscientes e, portanto, têm sentimentos e aspirações próprios. Durante este tempo, o doente pode sofrer de ansiedade e dor e, à luz deste sofrimento, pode procurar ajuda. O doente está, portanto, pronto e disposto a “cooperar” e, ao fazê-lo, coloca o médico numa posição superior. Deste modo, o médico falará de orientação e, assim, esperará que o doente coopere e obedeça sem questionar. Este modelo é por vezes descrito como um protótipo baseado na relação entre pai e filho (adolescente); (c) O modelo de participação mútua (defendido por Balint) baseia-se na crença de que a igualdade entre os seres humanos e é mutuamente vantajosa. Neste modelo, o médico não confessa saber exatamente o que é melhor para o doente, partindo de um pressuposto de igualdade entre os seres humanos como sendo fundamental para a estrutura social do igualitarismo e da democracia e, conseqüentemente, para o tratamento do doente. Para que o conceito de participação mútua entre o médico e o doente exista, é importante que a interação entre estes seja baseada em igual poder, independência mútua e igual satisfação. Assim, este conceito possibilita que os doentes cuidem de si mesmos. A gestão na doença crônica é disto um bom exemplo, na medida em que, neste modelo, proporciona ao doente um maior grau de responsabilidade e é caracterizado por um elevado grau de empatia, com elementos frequentemente associados à amizade e parceria, bem como à prestação de aconselhamento médico especializado. Este modelo pode ser descrito como um baseado numa relação entre sócios, em que ambos devem participar ativamente no tratamento do doente.

Embora cada um destes modelos possa ser apropriado em situações específicas, nas últimas décadas tem havido um crescente apoio ao modelo de participação mútua, sempre que seja medicamente viável⁴.

As condições sociais e os modelos de prática médica: da antiguidade aos dias de hoje

No Antigo Egito, a relação médico-doente desenvolveu-se a partir de uma relação padre-suplicante, trazendo assim o conceito de uma figura superior para poder manipular os acontecimentos em nome do doente. O Homem tentou dominar a natureza, nomeadamente os seus medos de desproteção, de doença e de morte, através da magia e do misticismo, da teologia e da racionalidade. Os curandeiros eram tanto magos e sacerdotes quanto médicos, e a magia era parte integral dos cuidados e dos tratamentos. Estes eram amplamente limitados a distúrbios externos e visíveis, tais como fraturas. Por seu

lado, os distúrbios psiquiátricos, considerados internos, apresentavam dificuldades de observação diante de uma abordagem ingênua e culturalmente pouco sofisticada da medicina. Portanto, parece provável que nesta forma de medicina antiga existisse uma relação ativo-passiva e que esta fosse imutável⁴.

Na Grécia antiga (século V A.C.), os gregos desenvolveram um sistema de medicina baseado numa abordagem empírico-racional, confiando cada vez mais na observação naturalista, reforçada pela experiência prática de tentativa e erro, levando ao abandono das práticas mágicas e religiosas do tratamento da disfunção corporal humana. Este povo foi dos primeiros a evoluir para uma forma democrática de organização social e, conseqüentemente para o estabelecimento de igualdade entre os seus cidadãos, tendo também esta alteração tido efeitos no papel do médico nesta sociedade e na sua relação com o doente. Assim, a orientação-cooperação e, em menor grau, a participação mútua foram os padrões distintivos da relação médico-doente nesta época. Foi nesta altura que foi instituído o Juramento de Hipócrates, o qual serviu para estabelecer um código de ética para o médico, ao mesmo tempo que forneceu uma “Declaração de Direitos” para o doente. As regras que codificavam a atitude prescrita do médico para com seu doente proporcionavam um grau mais elevado de humanismo ao lidar com as necessidades, com o bem-estar e com os interesses das pessoas⁴.

Posteriormente, na Europa medieval, na altura da inquisição, houve uma restauração das crenças religiosas e sobrenaturais do mundo, após o desaparecimento do Império Romano, levando à deterioração, ao enfraquecimento e à regressão da relação médico-doente em toda a Europa. As crenças mágico-religiosas, agora personificadas nos Escritos Bíblicos, foram reanimadas e tornaram-se amplamente aceites. O médico, cheio de poderes mágicos, ocupava uma posição gloriosa e superior na sociedade, em que os seus doentes eram considerados como criaturas indefesas, assentando este modelo novamente numa conceção de atividade e passividade⁴.

Com o início do renascimento, nomeadamente com a revolução Francesa, mas também encorajada pelo protestantismo emergente, surge a busca do Homem pelo liberalismo, pela igualdade e pela dignidade levando, também, ao recomeço da ciência empírica. Nesta época houve uma mudança na relação médico-doente de uma abordagem de atividade passiva para um modelo orientação-cooperação⁴.

Foi entre o século XVIII e os dias de hoje que houve uma maior alteração na relação médico-doente. Na verdade, durante o século XVIII, o sintoma era a doença e nestes tempos os médicos eram poucos, mas os doentes eram principalmente da classe alta e aristocrática pelo que a disparidade de *status* assegurava a supremacia do doente pelo que os médicos tiveram que competir entre si para agradar o doente. O modelo de doença que se desenvolveu

foi baseado na interpretação dos sintomas individuais dos doentes. Assim, o médico descobriu que era menos necessário examinar o doente, mas mais importante estar atento às suas necessidades e experiências, manifestadas na forma dos seus sintomas. Este modelo de doença, baseado em sintomas, garantiu a preservação da dominância do doente ao longo deste período⁴. Contudo, foi durante este período que surgiram os hospitais como locais para tratar doentes que eram de classes mais desprivilegiadas, locais em que os médicos ofereciam tratamento para aqueles que eram tradicionalmente considerados mais passivos. Foi nesta altura que o hospital se tornou a pedra basilar da assistência médica e, com o rápido crescimento do conhecimento das ciências, como a microbiologia, e das possibilidades técnico-científicas, como a cirurgia, que se desenvolveu uma nova Medicina. Esta nova Medicina, concentrada no diagnóstico preciso das lesões patológicas dentro do corpo Humano, e assente num novo modelo biomédico de doença, estabeleceu que o sintoma não era a doença, mas que este atuava como indicador para a presença ou ausência de uma determinada patologia. Esse novo modelo exigia o exame do doente bem como o conhecimento clínico e anatômico do médico que o fazia, para este poder formular um diagnóstico. Neste modelo, o doente tornava-se dependente do conhecimento técnico-científico do médico levando esta situação a uma relação entre um médico dominante e um doente passivo, ou seja, um modelo de atividade-passividade⁴.

Foi com o surgimento das teorias psicanalíticas e psicossociais, propostas por Breuer e Freud¹² no final do século XIX, que o doente começou a ser constituído como pessoa⁴. Neste modelo terapêutico era de grande importância, nos termos da relação médico-doente, ouvir atentamente o doente. O interesse pelo doente, introduzido neste modelo, permitiu que se desenvolvesse uma genuína relação comunicativa e que fosse reintroduzido o doente como participante ativo no ato da consulta médica. Esta mudança paradigmática constituiu o caminho para a implementação da participação mútua entre o médico e o doente o que levou, em última análise, à criação de uma medicina centrada no doente.

Em 1964, Balint¹³, médico e psicanalista, reconheceu que a tendência de um indivíduo na escolha de um médico não podia ser descrita apenas em termos objetivos; apresentando influências sociais e psicológicas as quais eram igualmente importantes uma vez que, para ele, a doença era tanto um fenómeno psicossocial quanto um fenómeno biológico⁴. Deste modo, este médico incentivou os seus colegas a analisar os sinais e sintomas físicos relatados bem como a avaliar o contexto psicológico e social exclusivo do doente, permitindo-lhes compreender a razão “real” da consulta. Foi também Balint que propôs que a relação emocional única que se desenvolve entre o médico e o doente como podendo ser, por ela própria, um constituinte crítico dos processos terapêuticos e

de diagnóstico, designado de conceito de “médico como droga”, o qual enfatizava a natureza dinâmica da relação médico-doente. Outra noção da relação médico-doente descrito por Balint foi o que ele denominou de “investimento mútuo”. Ele acreditava que a consulta individual era uma numa sucessão de consultas, em oposição à existência dum único episódio, de tal forma que cada consulta se seguia da próxima. Com o tempo, o médico obtinha a confiança do doente, de tal forma que ele começou a conhecer cada vez mais as personalidades dos seus doentes, os seus ambientes sociais e físicos, a sua biografia e os seus relacionamentos. Isso permitiu que o médico melhorasse suas habilidades de gestão de tempo, de modo que cada nova consulta fosse mais eficaz, o que, em última instância, proporcionaria uma melhor percepção das necessidades por parte dos doentes. A ideologia por trás do investimento mútuo também incorporava a oportunidade para o doente desenvolver uma visão sobre as próprias necessidades do médico. Isso implicava que a relação médico-doente era um investimento mútuo que, ao longo do tempo, beneficiaria ambas as partes.

Observações finais

Como pode ser verificado pela análise da evolução cronológica da relação médico-doente, os contextos sociais e científicos nos quais está inserida a relação médico-doente, contribuem decisivamente para a forma que esta assume¹⁴.

Nos primórdios, os doentes eram naturalmente considerados incapazes para tomar decisões acerca da sua saúde e do modo como a obter e manter. Nestes tempos, informar os doentes sobre as incertezas e limitações das intervenções era uma atividade desnecessária e até mesmo prejudicial para o sucesso terapêutico. Assim, os médicos sentiam-se no direito de tomar decisões em nome de seus doentes, os quais não tinham condições para o fazer.

Mais tarde, os médicos se depararam com doentes em posição política, econômica e socialmente superior, tendo esta situação levado a um distanciamento no relacionamento médico-doente o qual se tornou mais impessoal e remoto, baseado no negócio e em transações financeiras.

Nos dias de hoje, existe uma nova aliança entre o médico e o doente, baseada na cooperação e não no confronto, na qual o médico deve “entender o doente como um ser humano único”¹⁵. Assim, o cuidado com o doente

pelo médico e por parte do próprio doente veio substituir o papel do médico numa relação que antes era dominada por este e na qual o exercício do poder distorcia o processo de tomada de decisão para ambas as partes. Tal aliança deve levar em conta não apenas a aplicação do conhecimento técnico, mas também, a comunicação de informações calculadas para ajudar o doente a entender, controlar e lidar com emoções e com a ansiedade, que por vezes podem ser dominadoras.

A participação mútua, o respeito e a tomada de decisão compartilhada passaram a substituir a passividade que antes assistia ao doente. Assim, dispensar informações de uma maneira que maximize a compreensão passou a ser um pré-requisito para uma participação mais igualitária. Balint¹⁵ argumentou que o doente, e não a doença, deve ser o foco principal da medicina, de modo que o objetivo principal do médico é ouvir o doente para identificar o problema “real”, em vez de simplesmente elucidar sobre os sinais e sintomas da doença¹⁵. A tomada de decisão compartilhada entre o médico e o doente determinará o curso de ação mais apropriado e melhor para um doente individual. O médico neste modelo centralizado no doente encontra-se numa posição ideal para preencher uma lacuna entre o mundo da medicina e as experiências e necessidades pessoais de seus doentes⁴. 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 particular⁹. Por outro lado, 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 disponíveis¹⁶. Assim, é da responsabilidade do médico assegurar que a sua relação com o doente se mantem dentro daquilo que é considerado razoável e eticamente correto, fomentando sempre uma comunicação franca e saudável, mas evitando que resvale para uma relação deturpada e nefasta para quaisquer das partes¹⁷.

Estudos revelam a correlação entre a comunicação médico-doente como sendo eficaz para a obtenção de melhores resultados de saúde no doente. Os componentes da comunicação identificados nestes estudos, como sendo mais eficazes, podem ser usados como base para o desenvolvimento de currículos de educação médica como para programas de educação de doentes. Futuras investigações poder-se-ão focar na avaliação da possibilidade de tais programas educacionais².

REFERÊNCIAS

1. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the doctor-patient relationship. *Prim care companion CNS Disord.* 2015;17(5). doi: 10.4088/PCC.15f01840.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423-33. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/152/9/1423>.

3. Hellín T. The physician–patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia*. 2002;8(3):450-4. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x>.
4. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007;5(1):57-65. doi: 10.1016/j.ijssu.2006.01.005.
5. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18. doi: 10.1016/0277-9536(94)00155-M.
6. 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*. 2009/02/27. 2009;59(561):e116-33. doi: 10.3399/bjgp09X420248.
7. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ*. 2003;326(7402):1310. doi: 10.1136/bmj.326.7402.1310.
8. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJ, Morris RW, Morrell DC. The “five minute” consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6524):874-6. Available from: <https://www.bmj.com/content/292/6524/874>.
9. 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):1391-4. Available from: <https://bjgp.org/content/48/432/1391>.
10. 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. Available from: <https://bjgp.org/content/29/199/77>.
11. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *JAMA Intern Med*. 1956;97(5):585-92. Available from: <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.
12. Nemiah JC. Breuer, Josef and Freud, Sigmund (1895/1995), Studies on hysteria. In: Strachey J, editor. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, v.2, xxxii, p.1-335. *Am J Clin Hypn*. 1996;38(3):234-7. Available from: <https://doi.org/10.1080/00029157.1996.10403343>.
13. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet*. 1955;265(6866):683-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673655910618>.
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. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010042.
15. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17(82):269-76. Available from: <https://bjgp.org/content/17/82/269>.
16. Melville N. “Difficult” patients more likely to be medically misdiagnosed. *Medscape*. 2016. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/860495>.
17. Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. *Can Fam Physician*. 1993;39:2557-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2379959>.

Recebido: 15.02.19

Aceito: 21.03.19