

A estruturação da relação médico-paciente no meio acadêmico e a importância de uma comunicação mais efetiva

The structuring of the doctor-patient relationship in the academic environment and the importance of more effective communication

La estructuración de la relación médico-paciente en el ámbito académico y la importancia de una comunicación más eficaz

Marcelo Rizon¹, Valéria Catharina Theodorovitz¹, Marly Kruger de Pesce¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar e discutir acerca da relevância e o impacto que a comunicação efetiva tem no cenário social e acadêmico das escolas médicas, assim como as consequências de uma relação médico-paciente ineficaz tem sobre a funcionalidade do sistema de saúde e o respaldo na qualidade de vida dos pacientes.

Revisão bibliográfica: Os princípios éticos e operacionais do Sistema Único de Saúde são os pilares da estruturação de uma consulta médica na atenção primária, e as habilidades de comunicação, como ferramenta de acesso a subjetividade do paciente, de empatia e de convencimento fazem parte da competência médico-humanística que deve ser desenvolvida, praticada e aprimorada pelos futuros médicos. Não obstante, nas últimas décadas, o fracasso de conduzir uma intensificação do relacionamento entre pessoa e médico prejudica o funcionamento adequado do SUS, que visa a explorar o paciente como um todo e ter ação positiva sobre sua esfera social, sentimentos, ideias e expectativas para com a sua saúde.

Considerações finais: O avanço da medicina no Brasil é inquestionável, mas as escolas médicas, tanto quanto o próprio aluno, devem centrar-se num atendimento humano e focado no paciente, para que a relação médico-paciente possa, de fato, fluir.

Palavras-chave: Médico-paciente, Comunicação, Habilidades, Prática.

ABSTRACT

Objective: To analyze and discuss about the relevance and impact that effective communication has on the social and academic scenario of medical schools, as well as the consequences of an ineffective doctor-patient relationship, it has on the functionality of the health system and the support on the quality of life of patients.

Bibliographic review: The ethical and operational principles of the Unified Health System are the pillars of the structuring of a medical consultation in primary care, and communication skills, as a tool for access to patient subjectivity, empathy and convincing are part of the medical-humanistic competence that must be developed, practiced and improved by future physicians. Nevertheless, in recent decades, the failure to conduct an intensification of the relationship between person and doctor impairs the proper functioning of the SUS, which aims to explore the patient as a whole and have positive action on their social sphere, feelings, ideas and expectations for their health. **Final considerations:** The advancement of medicine in Brazil is unquestionable, but medical schools, as much as the student himself, must focus on human and patient-focused care, so that the doctor-patient relationship can, in fact, flow.

Key words: Patient-medical, Communication, Skills, Practice.

¹ Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville – SC.

RESUMEN

Objetivo: Analizar y discutir sobre la relevancia e impacto que la comunicación efectiva tiene en el escenario social y académico de las facultades de medicina, así como las consecuencias de una relación médico-paciente ineficaz, que tiene en la funcionalidad del sistema de salud y el apoyo en la calidad de vida de los pacientes. **Revisión bibliográfica:** Los principios éticos y operativos del Sistema Único de Salud son los pilares de la estructuración de una consulta médica en atención primaria, y las habilidades de comunicación, como herramienta de acceso a la subjetividad del paciente, la empatía y el convencimiento forman parte de la competencia médico-humanística que debe ser desarrollada, practicada y mejorada por los futuros médicos. Sin embargo, en las últimas décadas, la falta de intensificación de la relación entre persona y médico perjudica el buen funcionamiento del SUS, que tiene como objetivo explorar al paciente como un todo y tener una acción positiva en su esfera social, sentimientos, ideas y expectativas para su salud. **Consideraciones finales:** El avance de la medicina en Brasil es incuestionable, pero las escuelas de medicina, tanto como el propio estudiante, deben centrarse en la atención humana y centrada en el paciente, para que la relación médico-paciente pueda, de hecho, fluir.

Palabras-clave: Paciente-médico, Comunicación, Habilidades, Práctica.

INTRODUÇÃO

A formação médica brasileira sofreu veementes mudanças desde a criação da primeira Escola Médica, em 1808, na Bahia. O binômio da relação médico-paciente era extremamente restrito à aristocracia da época, e pouco se assemelha à metodologia e intento da saúde pública no século XXI (OLIVEIRA BLCA, 2019; BATISTA NA e LESSA SS, 2019).

As transmutações político-sociais alicerçaram o ponto de apoio dos avanços no acesso à saúde: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve como lema: “saúde, direito de todos e dever do Estado”, com a primeira participação social que perpetuou para a sociedade civil pudesse contribuir ativamente no desenvolvimento de políticas públicas (ROSÁRIO CA, et al., 2020).

Instituído pela Constituição Federal de 1988 e assegurado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, o SUS foi criado sob vários princípios garantindo direito à saúde universal em todos os níveis de assistência e gratuitamente pelo Estado (BRASIL, 2019).

A relação médico-paciente inicia na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada principal para o SUS, em que diversos mecanismos, como o Método Clínico Centrado na Pessoa, podem ser empregados para qualificar o atendimento. Não obstante, os profissionais de saúde devem abster-se de um modelo técnico de atendimento, exclusivamente teórico, assegurando, desse modo, a estruturação bem-sucedida do vínculo entre os atores da situação (STEWART M, et al., 2010).

Atualmente, a relação médico-paciente deve ser constituída por uma escuta qualificada, com deposição de mútua confiança entre aquele que procura ajuda e aquele que a oferece. Uma boa comunicação, baseada em cordialidade, respeito e ética propiciam a base para um ambiente seguro, capaz de acolher o indivíduo e suas demandas, tanto de seus aspectos físicos quanto sociais e emocionais (BATISTA NA e LESSA SS, 2019).

Nessa prerrogativa, as demandas populacionais aumentaram, uma vez que o acesso à saúde passou a ser universal e não somente à uma parcela restrita da população, e falhas no sistema, embora teoricamente bem estruturado, surgiram concomitantemente. A superlotação do sistema e dificuldades na transferência entre gestores federais, estaduais e municipais, homologados pelo princípio organizacional de descentralização dos serviços públicos, dificultam a prática médica humanizada e enfocada no indivíduo como ser único e individualizado, carente de condutas e compreensões singulares alheios à comunidade (CAPRARA A e RODRIGUES J, 2004; BRASIL, 2017).

Por conseguinte, o afastamento entre as personalidades do paciente e do médico são consequência de uma formação biomédica, um método clínico centrado na resolubilidade da demanda aguda do paciente sem criação de vínculos profundos. Aliado a isso, a percepção, pelo paciente, de um médico distante, hermético, dificulta a criação de um elo entre médico-paciente incapaz, assim, de abranger os princípios de longitudinalidade, integralidade e confiança do paciente, interferindo, pois, na aplicação dos princípios básicos do SUS (BLASCO PG, 2014).

Dado o exposto, o objetivo do estudo foi explorar, evidenciar e debater sobre o impacto da comunicação médico-paciente, tanto para o profissional quanto para o indivíduo que procura assistência. A dificuldade em expressar-se ou abordar o sujeito como um todo tem raízes históricas e de formação escolar que serão expostas e discutidas, com o intuito de contribuir para melhorar a lapidação de um atendimento mais humanizado e eficaz.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A relação médico-paciente: o que é e como é constituída

“*Primum non nocere*”, (Hipócrates, 3 A.C), do latim: “primeiro, não prejudicar”. Esse fragmento do juramento de Hipócrates, antes mesmo do ano datado como o nascimento de Cristo, é um dos pilares da relação médico-paciente (FILHO CM, 2016). A singularidade dessa comunicação baseia-se na troca entre o conhecimento médico, a respeito da composição exercida por ele como profissional e os motivos pelos quais o paciente está em busca de ajuda (ROCHA BC, 2011).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, criado a partir dos direitos universais assegurados na Constituição Federal de 1988, garantindo a todos o acesso universal, integral e igualitário. (BRASIL, 2017). Desde a sua criação, diversas modificações foram implementadas na urgência de suprir a grande demanda existente na sociedade brasileira, deficitária por um passado de más condutas e gestões. Contudo, de forma simplificada, a grande carência social por atendimento associada a escassez de recursos resulta num déficit em todos os níveis de atenção à saúde (OLIVEIRA BLCA, 2019).

A universalidade é o princípio ético que garante e se apoia no serviço público como provedor de uma saúde para todos, tendo, brasileiros e estrangeiros dentro do território nacional, acesso à saúde e suas medidas preventivas. A integralidade compreende as necessidades do ser humano como único e membro de uma comunidade que o engloba como um todo; a equidade, por sua vez, consiste em diminuir os paradoxos secundários à grande disparidade social e econômica da sociedade brasileira; a descentralização faz parte dos princípios organizacionais do SUS, em que as demandas de saúde são redistribuídas em recursos financeiros e responsabilidades de ação em nível federal, estadual e municipal; este último responsável pela promoção mais direcionada ao seu morador (BRASIL, 2019).

Faz-se necessário compreender que a porta de entrada para o indivíduo à saúde, no Brasil, é pela APS, intencionalmente criada para realizar um cuidado continuado e coordenado, reduzindo quaisquer discrepâncias paradoxais à universalidade do sistema. O modelo adotado como “centrado na pessoa” visando a otimização do cuidado do ser como um todo, tem como objetivo intensificar o relacionamento entre pessoa e médico, quais os sentimentos, ideias e expectativas daquele paciente com o atendimento de alta complexidade teórica, não obstante baixa densidade tecnológica da APS. Esse formato é capaz de filtrar cerca de 85% das demandas de médicos especialistas, sendo um conhecimento científico adaptado à realidade local e comunitária, de rapidez e sucesso (BRASIL, 2019).

Os profissionais, incapacitados de desenvolverem uma técnica humanística de qualidade para com a população, devido à alta demanda populacional e aliada a pouca redistribuição de recursos, tornam os médicos cada vez mais frustrados com o modelo de atendimento atual, ocasionando uma dificuldade em fornecer uma clínica centrada na pessoa. Logo, essa cultura expressa de assistência não preza pelo ser humano como um todo e sim na sua queixa-demanda e a necessidade de compensar as falhas de um sistema supersaturado (BATISTA NA e LESSA SS, 2019).

Neste contexto, com a necessidade de uma mudança na assistência médica foi criado o Programa Nacional de Humanização (PNH) em 2003 baseado na declaração de Alma-Ata de 1978. O programa foi criado visando a uma melhoria na relação entre gestores, profissionais e usuários da rede através de planos coletivos, entretanto as metas não foram totalmente atingidas devido a própria cultura assistencial imediatista e fugaz enraizada em profissionais que priorizam o lucro ao atendimento de qualidade. Contudo, nos últimos anos, é notória a transformação na postura dos novos médicos diante de uma nova perspectiva no contato com o paciente através do início precoce dessas relações interpessoais na graduação de medicina (BRASIL, 2017).

A teia que tece a relação médico-paciente deve ser aprimorada ao longo dos anos da formação médica, buscando uma humanização na habilidade de comunicar-se e despertando, no estudante, a indubitável necessidade de ser “apenas outro humano” frente ao paciente, parafraseando a epígrafe de Jung CG (1974), e os sintomas sejam escutados e analisados considerando-se um âmbito social, ético e empático, para que a transferência entre ciência-alma seja, de fato, legítima e eficaz (CAPRARA A e FRANCO ALS, 1999; LEITE AJM, et al., 2007; JUNG CG, 1974). É a troca entre seres pensantes em busca de um objetivo em comum: o distanciamento da maleficência ao mesmo tempo em que a prática humanizada é constituída e fortalece o vínculo entre eles, sendo o médico amparado pelo seu conhecimento amplo de cura, podendo assim exercer e proporcionar o suporte para o paciente e sua enfermidade (CAPRARA A e RODRIGUES J, 2004).

A importância da comunicação na relação médico-paciente

Conquanto a relação médico-paciente tenha sido fundamentada num modelo “paternal” durante boa parte do século XX, em que o médico gerenciava o curso da consulta e dos tratamentos a serem seguidos, hoje abre-se espaço para um formato mais participativo entre os atores dessa relação (PAZINATTO MM, 2019). A possibilidade de incorporação do paciente nas decisões e avaliações do profissional de saúde traz um caráter que, nas últimas décadas, possibilitou um avanço em primazia de uma conduta mais adequada, empática e avaliadora da esfera sociocultural do paciente, em que deve-se atentar para que as condições de vida e econômicas sejam viáveis à introdução de um planejamento de intervenção, se há interesse em outras formas de agir e coordenar o curso de uma doença crônica, por exemplo (BORREL-CARRIÓ F, 2004).

A importância de ter uma diálogo interpessoal de clareza do médico para com o paciente apresenta melhores resultados até mesmo no que tange ao modelo biomédico de atuar: ao analisar o paciente como um todo e não apenas sua enfermidade queixosa, o profissional é capaz de identificar outras comorbidades, estabelecer uma conexão segura e ética com o outro, evitando, pois, que o paciente volte ao consultório ou a um pronto-atendimento com queixas que poderiam ter sido examinadas já num primeiro encontro (SUCUPIRA AC, 2007).

Habilidades de comunicação no cenário acadêmico

Separando elementos mente-corpo, Descartes destinou à filosofia e à religião o estudo da mente e à medicina o estudo do corpo humano. Esse último, sistematizado em sistemas, órgãos e tecidos, formou o modelo biológico organista que domina hoje a formação médica ocidental (DESCARTES R, 2000). O enfoque de aprendizado médico ainda é centrado em diagnósticos de doenças pontuais bem como seus respectivos tratamentos, rotulando, assim, pacientes em Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) específicos (PAZINATTO MM, 2019).

Na tentativa de integrar novamente os elementos, estudos vêm sendo feitos na perspectiva de demonstrar a “perda de poesia na formação acadêmica” e de valorizar o poder da competência técnico-humanística na relação médico-paciente (GROSSMANN S, 2004). Isso tendo em vista a negligência por parte de formadores e escolas médicas em não incluir e não valorizar o estudo médico-humanista centrado no paciente e na sua subjetividade (CERQUEIRA ATBR, 2009).

A competência médico-humanística, por sua vez é uma técnica de promoção de relação interpessoal em que o objetivo é enxergar o paciente como um todo, isso inclui seu meio psicossocial, crença, cultura, escolaridade e apoio familiar (GROSSMANN S, 2004). É saber acessar a subjetividade do paciente através da comunicação verbal e não-verbal própria de uma consulta médica. Contudo, para atingir o conhecimento

do processo diverso e complexo da subjetividade humana é necessário que as habilidades de comunicação sejam treinadas, estimuladas e levadas a prova, e não dadas como “naturais” ou “intrínsecas” do ser (CERQUEIRA ATBR, 2009).

O médico deve ser capaz de enxergar além da constatação técnica, pois a queixa do paciente não é algo impessoal. Os pacientes têm o desejo de serem escutados com singularidade e as ideias que a pessoa tem sobre como sua enfermidade o afeta, avaliando as dimensões da doença e contribuindo para a elaboração de um plano conjunto de tratamento, onde o paciente é o ator principal, valorizando o sujeito (GROSSMANN S e PATRÍCIO ZM, 2004).

Para treinamento adequado, as habilidades de comunicação na formação médica devem ser fundamentadas em recursos teóricos e pedagógicos, propiciando a base para que esses acadêmicos entrem em contato os pacientes no decorrer da sua formação, pratiquem e aperfeiçoem as técnicas aprendidas (GROSSMANN S e PATRÍCIO ZM, 2004; ATKINSON S, 1993). É necessário experimentar e estar atento à reação do paciente para que a comunicação seja clara, objetiva, empática e eficaz, e se necessário, corrigida (PINTO JA, et al., 2012).

As falhas culturais na comunicação que se interpõem a boa relação médico-paciente

Na perspectiva de Bauman Z (2001), vivemos em uma sociedade onde as relações interpessoais são características de uma liquidez, em que o ir e vir de pessoas e situações toma proporções reduzidas. Logo, a teoria tão embasada durante a faculdade de medicina nos mostra a mais perene das consequências desse ensino individualista: o médico, ao enxergar o paciente apenas como uma via de seguir protocolos e regras, limita culturalmente a ascensão de uma relação que poderia transcender as barreiras técnicas e guiadas por uma literatura (PAZINATTO MM, 2019; GUIMARÃES ML, 2005).

Compreende-se, também, que o ser humano encontra dificuldades em relacionar-se com aquilo que, solidamente, não o acrescenta como indivíduo (GROSSMANN S e PATRÍCIO ZM, 2004). Paralelamente a isso, o imediatismo permeia camadas das brechas deixadas por um ensino biomédico e incompleto: a incompreensão das palavras, ao usar termos técnicos para a apresentação de um prognóstico para um leigo, ou ao não se permitir ouvir a subjetividade da conversa interposta pelo paciente (LEITE AJM, et al., 2007). O profissional de saúde, almejando solucionar rapidamente as queixas de quem busca sua ajuda, faz da escuta, melhor método de interpretar realidade do próximo, uma ação rasa. A reação, por sua vez, não foge desse padrão e vincula-se ao tratamento da patologia identificada, mas não do indivíduo como um todo (STEWART M, et al., 2010).

Dessa maneira, ao fracassar em conectar-se com a realidade sociocultural do paciente, este que anseia por solidariedade e empatia frente à suas dores físicas e de alma, o profissional estabelece, ali, um vínculo burocrático e estruturado em demandas exigidas por um sistema supersaturado de pacientes, não obstante, destituído de verba e condições de abranger a esfera social como um todo (ROCHA BV, 2011).

Cenário atual das escolas médicas e como melhorar

Como discutido, a grande parte da formação da grade curricular das faculdades de medicina ainda segue modelo biomédico, o qual é setorizado e fundamentado em diagnósticos e tratamentos considerando-se apenas a doença. Em contraponto a isso, algumas escolas médicas têm tentado incluir temas humanísticos na sua grade, avaliando o viés psicossocial que envolve o paciente e a nossa sociedade, a fim de fundamentar propósitos de uma melhor prática médica pelos futuros profissionais (BATISTA NA e LESSA SS, 2019).

Discutir temas como comunicação de más-notícias, aborto, prioridade de leitos, morte, morte-encefálica e vários outros, faz com que o acadêmico seja estimulado a sair de sua zona de conforto e passe a praticar a empatia justa, considerando as divergências de corpo e mente que individualizam cada ser humano e suas necessidades. Dessa forma, projeta-se em situações hipotéticas familiarizando-se com essas, diminui assim, a ansiedade e a possibilidade de falhas futuras (CAPRARA A e RODRIGUES J, 2004).

Fundamental também é conhecer a cultura da região em que está atuando, isso por meio de pesquisas ou atuação em campo, podendo assim evitar desconfortos por choques culturais e sociais com tal população.

Os laços afetivos estabelecidos entre médico paciente-família validam o compromisso com o profissional e o meio, reduzindo o atrito e, gradualmente, emergindo para uma longitunalidade de serviços variados (GÉRVAS J, 2008).

A anatomia familiar é outro instrumento capaz de representar as relações dos indivíduos dentro de um núcleo, como evidencia o uso de um ecomapa, em que as variedades de trabalho, religião e vizinhos, por exemplo, são descritas avaliadas, pela equipe de saúde, a fim de identificar melhor a funcionalidade do indivíduo com o meio em que se vive (NASCIMENTO LC, et al., 2014). É importante ter em mente que a subjetividade do ser está presente no paciente e no futuro médico e médico, sendo a primazia da boa comunicação conquistada quando ambas as subjetividades conversarem entre si. Por fim, a relevância em discutir o pleonasma: “uma medicina humanizada”, afinal uma medicina não-humanizada não poderia ser chamada de medicina (STEWART M, et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública no Brasil evoluiu significativamente desde sua criação, mas ainda está despreparada para a formação de profissionais que garantam um atendimento humanizado e eficaz universal e integralmente. A relação médico-paciente tornou-se superficial, evidenciando a falha na comunicação e interpretação do paciente como um todo. A fim de dismantelar esse cenário, a educação médica precisa ser rigorosa em capacitar a humanização de seus futuros profissionais, com investimentos financeiros públicos e das universidades, para que os estudantes e médicos desenvolvam uma técnica de comunicação verbal e não-verbal que garanta a confiança do paciente no profissional, aperfeiçoando os resultados da relação do binômio médico-paciente.

REFERÊNCIAS

1. ATKINSON SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9(3): 283-299.
2. BATISTA NA, LESSA SS. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um Olhar Qualitativo entre Estudantes do Internato de Escolas Médicas do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2019; 43(1): 349-356.
3. BAUMAN Z. *Modernidade Líquida*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001; 280p.
4. BLASCO PG. The Art of Medicine (II): The Doctor-patient relationship. *Revista Brasileira de Medicina – Oncologia*, 2014; 17(1): 13-21.
5. BORRELL-CARRIÓ F, EPSTEIN RM. Preventing Errors in Clinical Practice: a Call for Self-Awareness. *Annals of family medicine*, 2004; 2(4): 310-316.
6. BRASIL. Manual do Ministério da Saúde: estrutura, princípios e como funciona. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acessado em: 10 de junho de 2021.
7. BRASIL. Sistema Nacional de Saúde: atenção especializada. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>. Acessado em: 24 de junho de 2021.
8. CAPRARA A, FRANCO ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999; 15(3): 647–654.
9. CAPRARA A, RODRIGUES J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(1):139-146.
10. CERQUEIRA ATBR. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2009; 13(29): 69–473.
11. DESCARTES R. *Discurso sobre o método*. 9ª ed. São Paulo: Hemus, 2000; 128p.
12. FILHO CM. O juramento de Hipócrates e o Código de Ética Médica. *Revista Residência Pediátrica*, 2016; 6(1): 45-46.
13. GÉRVAS J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(1): 24-26.
14. GROSSMANN S, PATRÍCIO ZM. A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2004; 28(2): 99–105.
15. GUIMARÃES MBL. Intuição, pensamento e ação na clínica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2005; 9(17): 317-32.
16. JUNG CG. *Tipos Psicológicos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974; 567p.
17. LEITE AJM, et al. *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007; 262p.

18. NASCIMENTO LC, et al. Genograma e Ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enfermagem*, 2014; 23(1): 211-20.
19. OLIVEIRA BLCA, et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trabalho, educação e saúde*, 2019; 17(1): 1-20.
20. PAZINATTO MM. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. *Revista Bioética*, 2019; 27(2): 234–243.
21. PINTO JA, et al. A Relação Médico-Paciente Segundo a Perspectiva do Paciente. *Revista Ciências em Saúde*, 2012; 2(3): 17-27.
22. ROCHA BV, et al. Relação médico-paciente. *Revista do médico residente*, 2011; 13(2): 114-118.
23. ROSÁRIO CA, et al. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde Debate*, 2020; v 44(124): 17-31.
24. STEWART M, et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010; 508p.
25. SUCUPIRA AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2007; 11(23): 624–627.