

A importância da relação médico-paciente na abordagem às doenças crônicas não transmissíveis

The importance of the doctor-patient relationship in the approach to chronic non-transmissible diseases

La importancia de la relación médico-paciente en el abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles

Natalia Pimentel Gonçalves Villar^{1*}, Ana Luiza Rocha Costa Stoco¹, Andressa Carvalho Leporace¹, Bianca de Almeida Teodoro¹, Isabella Guimarães Costa¹, Karina Amaral de Azevedo¹, Lucas Gomes Vidal da Silva¹, Rayanne de Oliveira Figueiredo¹.

RESUMO

Objetivo: Estabelecer a importância da relação médico-paciente no contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de que forma isso interfere no modo de lidar com a doença e na adesão ao tratamento. **Revisão bibliográfica:** O indivíduo com DCNT precisa não só de um tratamento medicamentoso, mas de uma mudança no estilo de vida, e para que se obtenha um resultado satisfatório é importante que ele entenda o curso e as complicações decorrentes da doença, além de ter um plano terapêutico que se adapte a sua individualidade. Para alcançar esse objetivo, é importante que se estabeleça um vínculo de confiança entre médico e paciente, sendo para isso necessário os esforços e habilidades do profissional de saúde para se moldar às particularidades de cada indivíduo. **Considerações finais:** É evidente, então, a importância de ensinar aos estudantes da área de saúde a ver os pacientes como um todo, cada um com suas especificidades, e a tratar de pessoas, não de doenças.

Palavras-chave: Doenças crônicas, Relação, Médico-paciente.

ABSTRACT

Objective: To establish the importance of the doctor-patient relationship in the context of Chronic Non-Transmissible Diseases (CNTD) and how it interferes with the way of dealing with the disease and treatment adherence. **Literature review:** The individual with CNTD needs not only drug treatment, but a change in lifestyle, and in order to obtain a satisfactory result it is important that he understands the course and complications resulting from the disease, in addition to having a therapeutic plan that suits your individuality. To achieve this goal, it is important to establish a bond of trust between doctor and patient, being necessary for this the efforts and skills of the health professional to adapt to the particularities of each individual. **Final considerations:** It is evident, then, the importance of teaching health students to see patients as a whole, each with their specificities, and to treat people, not diseases.

Key words: Chronic diseases, Relationship, Doctor-patient.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la importancia de la relación médico-paciente en el contexto de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y cómo esto interfiere en la forma de hacer frente a la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. **Revisión bibliográfica:** El individuo con ECNT necesita no solo un tratamiento farmacológico, sino un cambio de estilo de vida, y para obtener un resultado satisfactorio es importante que comprenda el curso y las complicaciones derivadas de la enfermedad, además de contar con un plan terapéutico que se adapte a sus necesidades individuales. Para lograr este objetivo, es importante establecer un vínculo de confianza entre médico y paciente, para lo cual es necesario el esfuerzo y la habilidad del profesional de la salud para adaptarse a las particularidades de cada individuo. **Consideraciones finales:** Es evidente, entonces, la importancia de enseñar a los estudiantes de salud a ver a los pacientes como un todo, cada uno con sus propias especificidades, ya tratar a las personas, no a las enfermedades.

Palabras clave: Enfermedades crónicas, Relación, Médico-paciente.

¹ Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro – RJ. *E-mail: naty_villar@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compreendem um conjunto de condições que se relacionam a múltiplas causas, de início gradual e de prognóstico incerto de longa ou indefinida duração com períodos de agudização. Muitas destas doenças precisam de intervenções, como mudança de estilo de vida e suporte tecnológicos de forma contínua e que nem sempre se terá a cura (MOURA FM, et al., 2014) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As DCNT são consideradas doenças de saúde pública por ocasionarem comorbidades e mortalidades, sendo responsáveis por grandes números de internações e são capazes de levar a perda da qualidade de vida, limitações das atividades habituais, impacto econômico familiar negativo e mortes prematuras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BECKER RM, et al., 2018).

As doenças do aparelho circulatório, diabetes, doenças respiratórias e câncer fazem parte das DCNT e constituem 63% das mortes globais (MALTA DC, et al., 2019). No Brasil, as doenças como Hipertensão Arterial (HA) e a Diabetes Mellitus (DM) são de grande relevância por se associarem aos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez representa a principal causa de mortalidade no país (MENDONÇA FF e NUNES EFPA, 2015).

Desta forma, o indivíduo é obrigado a conviver com a doença por um longo período e repensar sobre seu estilo de vida. É nesse contexto que a relação médico-paciente (RMP) figura como principal ponto de suporte para possibilitar as mudanças necessárias. A relação médico-paciente precisa ser baseada em uma boa comunicação, criação de vínculo e educação em saúde, com vistas à promoção da confiança do paciente no médico, em que os melhores desfechos em saúde estão relacionados a uma maior atenção do profissional às vontades, cultura e autonomia da pessoa que é consultada (ROCHA BV, et al., 2011; KUROIWA AY, et al., 2018). A empatia pode ser uma boa aliada na relação médico-paciente, pois envolve a sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e refletidas pelo seu paciente momento a momento (COSTA FD e AZEVEDO RCS, 2010).

O profissional de saúde ao estabelecer uma boa relação com seu paciente, garantirá um conhecimento mais assíduo do ser sociocultural que está tratando, facilitando a elaboração de um plano terapêutico eficaz, conciso e que esteja em consenso com o usuário. Quando essa prática é incorporada na prática clínica, o médico consegue enxergar o processo de adoecer e de cura específico das pessoas que ele está tratando e entender as limitações nessa terapêutica (SILVA CM, et al., 2011).

Entre os motivos de má adesão ao tratamento estão: tratamento medicamentoso, o desconhecimento do médico das limitações físicas, orgânicas e temporais do paciente, dificultando a solidificar um bom plano de controle das DCNT (TAVARES NU, et al., 2016; SILVA CM, et al., 2011). Nesse intuito, a terapêutica das DCNT se torna mais importante nessa temática, devido ao prognóstico incerto e a necessidade da assiduidade aos planos farmacológicos e não farmacológicos que esse paciente crônico necessita seguir. Dessa maneira, qualquer falha nessa comunicação pode representar um prognóstico incerto dessas doenças (CHEHUEN NETO JA, et al., 2019; MOURA FM, et al., 2014).

Sob a perspectiva da importância desse tema, o trabalho teve por objetivo estabelecer a importância da relação médico-paciente na abordagem às doenças crônicas não transmissíveis e, com isso, encorajar aos profissionais e estudantes da saúde a procurar o aperfeiçoamento dessa qualidade nas práticas clínicas para, então, elucidar e garantir uma boa adesão ao plano farmacológico e não farmacológico no combate às DCNT e diminuir as comorbidades acarretadas pela falha ou ausência desse hábito.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Dificuldades na abordagem médica das DCNT

Na atenção primária, 80% das consultas e 60% das internações hospitalares são voltadas às DCNT (ROCHA BV, et al., 2011). Nesse sentido, traçar planos de controle e de redução de danos dessas doenças

são de suma importância. No entanto, entraves são analisados, cujas consequências acometem pacientes e sobrecarregam a saúde pública.

A lógica atual do sistema de saúde ainda prioriza o tratamento de doenças em detrimento à prevenção. Para Veras RP (2011), inverter esse modelo é imperativo com o fito de assegurar qualidade de vida à população e, com isso, mitigar o desenvolvimento de DCNT, que tal como supracitado ocasiona quase 70% das mortes em todo mundo.

Para Campos VF, et al. (2019), o médico aprende a lidar com a doença, mas não com o paciente. Essa falha dificulta a comunicação, pois em muitos casos impede o profissional de perceber as implicações do diagnóstico e prognóstico divulgados aos pacientes e familiares no decorrer do tratamento indicado. Além disso, o profissional de saúde responsável não busca a troca de saberes. Cesarino EJ, et al. (2017) concluiu, a partir de um estudo, que aproximadamente 63% dos indivíduos relataram não ter conhecimento das complicações decorrentes da HAS para o cérebro, coração, rins e vasos. Ainda, a falta de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso foi analisada e em 25,1% dos pacientes afirmaram ter algum grau de dificuldade para compreender instruções médicas, com dúvidas após a consulta em relação a prescrições contendo símbolos, abreviaturas e letra ilegível.

Ademais, a relação médico-paciente dotada de barreiras torna mais difícil uma postura ativa por parte dos pacientes. Definido como Determinante Social da Saúde pela OMS, o Letramento Funcional em Saúde (LFS) é a capacidade de obter, processar e compreender informações de forma a tomar decisões apropriadas quanto ao autocuidado. Sua importância em portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis deve-se à necessidade de cuidado contínuo em saúde. No entanto, cabe trazer à discussão a desigualdade socioeconômica que ainda permeia a realidade do país e a taxa de analfabetismo que, em 2019, correspondia a 6,6% da população (onze milhões de brasileiros), de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) O contexto de dificuldade de absorção e prática das orientações recebidas, bem como a linguagem inacessível do médico, propiciam o déficit de Letramento Funcional em Saúde (LFS) (CHEHUEN NETO JA, et al., 2019).

O tratamento de DCNT precisa levar em consideração a perspectiva do paciente, uma vez que ele está inserido em um meio social, econômico e cultural. O tratamento pode refletir o grau de desigualdade social, uma vez que a miséria impossibilita os doentes de seguir tratamentos custosos e extensos que normalmente ficam restritos a uma classe privilegiada (CASTRO A, et al., 2015). Segundo Silocchi C e Junges JR (2017), a falta de vínculo é um entrave à promoção de ações educativas efetivas na mudança de comportamentos. Sua pesquisa, ainda, revelou a insatisfação dos profissionais quanto às práticas de acompanhamento, baseadas num modelo prescritivo e autoritário de propostas de comportamentos para o controle de DCNT. Gomes MJFM (2014) também denuncia esse comportamento de rotular as pessoas com condições crônicas como “difíceis para se lidar”, o qual se mascara a dificuldade de se estabelecer relacionamento. Essa conjuntura, nesse sentido, desencoraja a adesão e um melhor controle das doenças, aumentando o risco de hospitalização e o aumento da mortalidade (REMONDI, et al., 2014).

Em suma, a abordagem médica não deve se limitar à objetividade das tecnologias, mas usar da anamnese para conhecer o estilo de vida do paciente, desenvolvendo, assim, o tratamento mais próximo das necessidades e anseios do indivíduo. Isso favorece a efetividade do tratamento administrado e reduz a necessidade do paciente de procurar várias vezes o sistema de saúde (ROCHA BV, et al., 2011).

Objetivo da abordagem médico às doenças crônicas não transmissíveis

A relação médico-paciente vem sendo construída espontaneamente, porém sua qualidade depende de esforços e habilidade do profissional de saúde de adequar-se às características subjetivas de cada paciente. É indubitavelmente fundamental, já que o resultado do trabalho médico depende da forma como esta relação foi construída. Deve o médico atuar de maneira a respeitar a autonomia do paciente e utilizar seu conhecimento científico a favor da elaboração de propostas que buscam a melhor orientação e tratamento de seu paciente (ROCHA BV, et al., 2011).

A atenção primária à saúde leva em conta o diagnóstico do médico e a sociedade e cultura do paciente para moldar o tratamento mais efetivo e, a partir deste, uma relação médico-paciente mais humanizada. Em resumo ela é a busca pelo tratamento mais viável (está disponível? há recursos?) e mais aceito pelo paciente (levando em conta como o paciente vê a si mesmo e sua doença), pois é inútil os esforços dentro dos hospitais e clínicas se não houver esforços e recursos também no dia a dia do paciente (ROCHA BV, et al., 2011).

Uma abordagem mais singular da equipe de saúde em sua assistência, na qual se afirma que a relação médico-paciente precisa ocorrer de forma linear, contínua, clara e ativa, vem sendo cada vez mais necessária, uma vez que o número de indivíduos vem crescendo e que conseqüentemente tem elevado a expectativa de vida, com maior presença de idosos; além disso, as mudanças sociais, econômicas e a globalização tem gerado um impacto no modo de vida, no modo de viver, trabalhar e de se alimentar da população. Todos estes fatores têm promovido o crescimento do número das DCNTs. Sendo elas um importante problema de saúde, ocasionando 68% das mortes no mundo. Destas, 40% são consideradas prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos. Elas são, atualmente, a maior causa de incapacidade. O desenvolvimento de DCNTs é complexo, tornando necessárias ações que não apenas foquem o indivíduo, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais do problema (SILOCCHI C e JUNGES JR, 2017).

As doenças crônicas-degenerativas não transmissíveis, em sua grande maioria, podem ser controladas mediante o uso adequado do tratamento, definido pelo nível de orientação do profissional de saúde ao paciente. Algumas doenças podem ser assintomáticas, o que é desfavorável para o paciente no uso regular dos medicamentos. Com isso, é de suma importância que o indivíduo conheça o curso de sua doença, sobretudo as de regime complexo, utilizando-se o diálogo e a relação com os profissionais de saúde para evitar tomadas de decisões por conta própria (KUROIWA AY, et al., 2018).

Tomadas de decisões por conta própria diante de uma enfermidade pode acarretar desfechos ruins, por isso a relação médico-paciente tem que estabelecer um vínculo de humanização para a adesão ao tratamento, remetendo a ideia de colaboração entre os dois em relação ao tratamento, sendo definido por expressar participação voluntária e ativa por parte do usuário no ajuste do plano de cuidados e desenvolvimento (KUROIWA AY, et al. 2018). Nesse intuito, o médico deve passar as informações necessárias ao paciente sobre a doença e a terapia, para que ele possa participar das decisões, sendo positivas ou negativas.

Para alcançar o sucesso terapêutico, é necessário um trabalho cooperativo necessitando de uma colaboração ativa entre o médico e o paciente. Com isso, é importante uma boa adesão ao tratamento, da qual corresponde à opinião, ao cuidado médico e à informação, seguindo instruções para dietas, fisioterapia e medicações (SILOCCHI C e JUNGES JR, 2017).

Dentre os fatores que aumentam a adoção do tratamento, temos: o envolvimento da família, a educação continuada do paciente sobre a patologia e seu tratamento, a habilidade do paciente em compreender a prescrição medicamentosa e o conhecimento das complicações decorrentes das DCNTs em órgãos alvo, bem como o aumento das morbimortalidades. O desenvolvimento de DCNTs é complexo, tornando necessárias ações que não apenas foquem o indivíduo, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais do problema (SILOCCHI C e JUNGES JR, 2017).

As implicações dessa relação médico-paciente nas DCNT

A relação médico paciente consiste na construção do vínculo ao longo do tempo de acompanhamento do paciente portador de DCNT e depende, dentre outros aspectos, da comunicação efetiva, do grau de confiabilidade, da humanização direcionada ao atendimento e do conhecimento técnico por parte do médico e demais profissionais da área. Sendo assim, a comunicação, seja verbal ou não, passou a ser ferramenta fundamental na área da saúde em virtude das relações intersubjetivas que perpassam o convívio entre equipe, paciente e família. Sua modalidade verbal se caracteriza pela expressão em palavras de pensamentos e sentimentos, visando a compreensão de algo. A comunicação não verbal engloba o uso de linguagem corporal, gestos, olhares, expressões faciais e até o próprio silêncio podem transmitir mensagens em

determinado contexto. Ambas se complementam e possibilitam identificar os conteúdos explícitos e implícitos que o sujeito deseja emitir (CAMPOS VF, 2019; SILVA JM e SILVA JJ, et al., 2019).

Por conseguinte, segundo Yonemotu BPR e Vieira CM (2020), a forma de se comunicar tornou-se importante instrumento para o médico na construção da relação com o paciente portador de DCNT, pois permite a troca de sentimentos e necessidades e por meio dela é possível perceber a realidade do outro, suas crenças, seus valores e sua subjetividade, o que é reforçado por Gomes MJFM, et al. (2014), ao afirmar que fornecer ao doente uma informação completa e implantar a tomada de decisão compartilhada promove melhores resultados do doente, bem como, o aumento de sua satisfação, confiança; diminuição dos sintomas da doença; diminuição do uso de recursos, além de aumentar a eficácia dos cuidados preventivos, e proporciona, ainda, maior nível de conhecimento dos doentes sobre a medicação e o seu manuseamento, aumentando assim, a adesão ao tratamento e aos conselhos médicos, resultando em decisões com mais qualidade.

Desse modo, a relação deve considerar os aspectos individuais, apresentando informações com clareza e utilizando de meios de linguagem acessíveis ao indivíduo, o que implicará em maiores indagações por parte do paciente sobre o seu processo de doença, resultando em maior esclarecimento do tema e maior consciência do estado de saúde, tornando o indivíduo, dessa forma, sujeito ativo na manutenção de seu tratamento, além de proporcionar maior adesão ao plano terapêutico, que é definido como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional da saúde (TAVARES NUL, et al., 2016).

Desta maneira, o Ministério da Saúde (2017) considera a atenção centrada na pessoa e na família amparada em dignidade, respeito e compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (usuário, família e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada permite a criação de um vínculo integral entre médico e paciente, baseando-se em uma relação de confiança e empatia, garantindo maior qualidade do serviço prestado, conforme citado por (SILOCCHI C e JUNGES JR, et al., 2017).

Silocchi C e Junges JR (2017), destacam em seu estudo o declínio da mortalidade prematura pelas DCNTs, este declínio é resultado de uma boa relação médico paciente, onde se pode observar melhorias nas condições de vida, no acesso aos serviços de saúde, declínio do tabagismo, além da melhoria em hábitos alimentares e da prática de atividade física.

Há ainda, segundo Mariano F, et al. (2019), melhores desfechos clínicos e a criação de um plano terapêutico individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente, gerando, ao longo do tratamento, maior satisfação e contribuindo, desse modo, para uma melhor qualidade de vida, o que implica diretamente em maiores índices de sobrevida. Segundo, Gomes MJFM, et al. (2014), a tomada de decisão compartilhada entre o médico e o doente proporciona a seleção de várias medidas de tratamento e a determinação conjunta de metas a alcançar que se adequam ao doente em causa o que leva a uma maior satisfação com o tratamento, aumenta a sua adesão e melhora os seus resultados, além de proporcionar menor demanda para as unidades de atendimento, diminuindo a saturação dos serviços e apresentando menor custo para o estado.

Sabe-se, também, que o cuidado em saúde transcende o âmbito técnico do atendimento e incorpora a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo, assim como princípios teóricos e práticos que iluminam os desafios para a humanização das práticas de saúde (SANTOS ROM, et al., 2018). Portanto, a relação médico-paciente é de difícil construção. É um processo complexo que demanda esforço de ambas as partes. Ela é importante na prática clínica e saúde pública. Ela tem origem desde a hora em que o paciente entra em contato com o médico, passando pela parte em que se vê o paciente como um todo, como alguém que têm direitos e vontades, inserido numa sociedade, alguém que pode apresentar conhecimentos sobre sua enfermidade. Lembrando, também, que ele se encontra em uma posição desfavorável e que tanto o médico como a paciente devem agir em conjunto para encontrar um diagnóstico conclusivo. E devem também decidir em conjunto qual o melhor tratamento (ROCHA BV, et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise de artigos relacionados, foi concluído que a relação médico-paciente quando se refere a DCNT é de suma importância para que seja realizado com êxito o plano terapêutico elaborado. Portanto, quanto maior for o conhecimento do profissional de saúde em relação ao seu paciente, tanto socialmente quanto culturalmente, e o entendimento de suas limitações terapêuticas, maior será a adesão do paciente ao tratamento. Em resumo, a boa relação médico-paciente acarreta um bom plano de controle para as DCNT diminuindo a probabilidade de complicações graves, assim, possíveis comorbidades geradas pela complicação grave da sua doença. Dessa forma, se faz necessário que os profissionais de saúde formados ou graduandos se aperfeiçoem nessa habilidade, garantindo, em sua totalidade, a integralidade de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. BECKER RM, et al. Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018; 71(6) :2800-7.
2. CAMPOS VF, et al. Comunicação em cuidados paliativos: equipo, paciente e familia. *Revista Bioética*, 2019; 27(4): 711-718.
3. CASTRO A, et al. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2015; 38(2): 96-109.
4. CHEHUEN NETO JA, et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(1): 1121-1132.
5. CESARINO EJ, et al. Fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2017; 24(1): 110-115.
6. COSTA FD, AZEVEDO RCS. Empatia, relação médico-paciente e Formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2010; 34(2): 261-269.
7. FERREIRA J. Doenças crônicas não transmissíveis e os dilemas do cuidado: a teoria da ordem negociada revisitada. *Saúde Soc. São Paulo*, 2020; 29(4): 190149.
8. GOMES MJFM. A comunicação e relação médico-doente como benefício para o doente e para a decisão médica. *Dissertação (Mestrado em Medicina Geral e Familiar) - Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014; 50p.*
9. KUROIWA AY, et al. A Relação Médico-Paciente e os Aspectos envolvidos na adesão ao tratamento. *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, 2018; 4(1).
10. LEME PAF, CAMPOS GWS. Avaliação participativa de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Saúde Debate*, 2020; 44(126): 640-655.
11. MALTA DC, et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019; 22: E190030.
12. MARIANO F, et al. Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente. *Rev. Med Minas Gerais*, 2019; 29(8): 19-24.
13. MENDONÇA FF, NUNES EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2015; 13(2) : 397-409.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, 2013. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/06/diretrizes-_cuidado_pessoas-_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 8 fev. 2021.
15. MOURA FM, et al. Intervenção lúdica a crianças com doença crônica: promovendo o enfrentamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2014; 35(2): 86-92.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2019 - BRASIL. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso em: 8 fev. 2021.
17. REMONDI FA, et al. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30 (1): 126-136.
18. ROCHA BV, et al. Relação médico-paciente. *Revista do médico residente*, 2011; 13(2).
19. SANTOS ROM, et al. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis*, 2018; 28(2).
20. SILVA CM, et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16: 1457-1465.
21. SILOCCHI C, JUNGES JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2017; 15 (2): 599-615.
22. TAVARES NU, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2016; 50 (2): 1-10.
23. VERAS RP. Estratégias para o enfrentamento de doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2011; 14(4): 779-786.
24. YONEMOTU BPR, VIEIRA CM. Diversidade e comunicação: percepções de surdos sobre atividade de educação em saúde realizada por estudantes de medicina. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 2020; 14(2): 406-410.