



A importância da relação médico paciente na Unidade de Pronto-Socorro

The importance of the doctor-patient relationship in the Emergency Unit

La importancia de la relación médico-paciente em la Unidad de Emergencia

Giovanna do Nascimento Melucci¹, Letícia Selegato Tasso, Maria Eduarda Calazans Resende¹.

RESUMO

Objetivo: Evidenciar a perspectiva e vivência de acadêmicos de medicina sobre a construção da relação médico-paciente (RMP) nos atendimentos de Pronto Socorro e sugerir melhorias. **Relato de experiência:** O acadêmico de medicina enfrenta diversas realidades em diferentes esferas propostas pelo ambiente universitário. Locais propícios para auxiliar na formação médica e formar opiniões críticas à diversas situações. Nota-se que no ambiente de Pronto Socorro, fatores intrínsecos e extrínsecos interferem diretamente na qualidade do atendimento médico. Constata-se que a hostilidade presente em algumas consultas afetam de maneira negativa uma das principais bases para a construção da RMP e, com isso, pode gerar desfechos inapropriados. Assim, é fundamental identificar os obstáculos e reduzi-los para um atendimento e desfecho mais adequado e satisfatório. **Considerações finais:** A habilidade de comunicação é fundamental para a criação do elo com o paciente em um momento tão singular. Logo, o profissional deve zelar por contribuir positivamente a RMP e atenuar os fatores negativos, a fim de garantir o resultado adequado.

Palavras-chave: Relações médico-paciente, Humanização da assistência, Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

Objective: To highlight the perspective and experience of medical students on the construction of the doctor-patient relationship (PMR) in Emergency Room care and suggest improvements. **Experience report:** Medical students face different realities in different spheres proposed by the university environment. Places suitable for assisting in medical training and forming critical opinions on different situations. It is noted that in the Emergency Room environment, intrinsic and extrinsic factors directly interfere with the quality of medical care. It appears that the hostility present in some consultations negatively affects one of the main bases for the construction of the RMP and, as a result, can generate inappropriate outcomes. Therefore, it is essential to identify obstacles and reduce them for a more adequate and satisfactory care and outcome. **Final considerations:** Communication skills are essential for creating a bond with the patient in such a unique moment. Therefore, the professional must ensure to contribute positively to RMP and mitigate negative factors, in order to guarantee the appropriate result.

Keywords: Physician-patient relations, Humanization of assistance, Emergency medical services.

RESUMEN

Objetivo: Resaltar la perspectiva y experiencia de estudiantes de medicina sobre la construcción de la relación médico-paciente (PMR) en la atención en Emergencias y sugerir mejoras. **Informe de experiencia:** Los estudiantes de Medicina enfrentan diferentes realidades en distintos ámbitos que propone el entorno universitario. Lugares aptos para ayudar en la formación médica y formar opiniones críticas sobre diferentes situaciones. Se observa que en el ambiente de la Sala de Emergencias, los factores intrínsecos y extrínsecos

¹ Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca - SP.

interfieren directamente con la calidad de la atención médica. Parece que la hostilidad presente en algunas consultas afecta negativamente una de las principales bases para la construcción del PGR y, como resultado, puede generar resultados inapropiados. Por tanto, es fundamental identificar obstáculos y reducirlos para una atención y un resultado más adecuado y satisfactorio. **Consideraciones finales:** Las habilidades comunicativas son fundamentales para crear un vínculo con el paciente en un momento tan único. Por lo tanto, el profesional debe asegurarse de contribuir positivamente a la RMP y mitigar los factores negativos, para garantizar el resultado adecuado.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente, Humanización de la atención, Servicios médicos de urgencia.

INTRODUÇÃO

O serviço assistencial à saúde sofreu diversas transformações no decorrer do tempo. Por esse ângulo, a medicina progrediu e aprimorou como ciência, com o propósito de melhorar a qualidade e aumentar a expectativa de vida da população. Somado a isso, houve um desenvolvimento significativo nas especialidades médicas em conjunto com a intensa evolução tecnológica. Porém, o uso das biotecnologias com a carência de atendimentos, auxiliou para a diminuição do tempo de consultas e assistência integral (MELO CF, et al., 2022).

Os seres humanos utilizam a comunicação como um processo detentor de compartilhamento e interação verbal e não verbal para expressar seus conhecimentos, pensamentos e sentimentos. Sua qualidade é primordial para a construção e manutenção de vínculos, sendo vital para a relação médico-paciente a fim de ter um diagnóstico mais preciso e maior adesão ao tratamento (CORREA M, et al., 2021). Nessa relação, a comunicação deve ser construída a cada momento a fim de integrar diversos componentes como cordialidade, escuta ativa, atenção, identificar expectativas e necessidades do paciente e acompanhantes e agir de maneira empática às emoções com linguagem clara para partilhar informações e decidir o plano terapêutico (CHOU C e COOLEY L, 2017).

No entanto, a comunicação entre médico e paciente foi profundamente afetada. Sob o respaldo biomédico, o médico apropriou-se como detentor do saber (PAZINATTO MM, 2019) e tornou-se aquele que indica caminhos, nortear o que é bom ou ruim e que conhece a doença mais que o próprio sujeito. Nesse processo, os pacientes ficaram limitados a subordinação do conhecimento e prescrições médicas (PROBST MA, ET AL., 2018). Enquanto uma comunicação eficiente tende a gerar segurança, melhorar a conduta e terapia e garantir o acompanhamento longitudinal, o seu uso impróprio gera ansiedade e estresse (SANTIAGO CE e VARGAS R, 2015; RUSSELL S, 2001; FARIA JM, et al., 2018; WAHLIN I, et al., 2017; CARRESE J, 2015; NURAL N e ALKAN S, 2015; CUTLER LR, et al., 2013; ARO I, et al., 2012; MOMENNASAB M, et al., 2019).

Assim, a relação médico-paciente (RPM) possui necessidades conectadas com o retrato do paciente, razão da consulta, experiências anteriores e ambiente do acolhimento. Somado a isso, notoriamente, na Atenção Primária à Saúde (APS) há uma probabilidade maior da construção de relações saudáveis, haja vista o atendimento integral, continuado e longitudinal (RIEDL D e SCHUSSLER G, 2017)

O arranjo do sistema de saúde tem como porta de entrada principal a APS, no entanto, há uma tentativa de atalho pelos pacientes que se direcionam ao Pronto Socorro (PS) casos que poderiam ser atendidos em uma APS. A atenção secundária exige uma avaliação crítica mas precisa e objetiva para diagnóstico exato e plano terapêutico correto, no entanto, esse evento que desloca os pacientes gera erros e dificulta o funcionamento adequado do sistema, o que provoca tempo de consulta diminuída para cada paciente e, conseqüentemente, cria-se um obstáculo para estabelecer uma RMP segura e colaborativa (CHAVAGLIA LCR, et al., 2022).

Este artigo tem como objetivo promover uma reflexão e sugerir melhorias na RMP em unidades de Pronto-Socorro. Partindo dos conceitos fundamentais aprendidos nos anos iniciais da faculdade de medicina, enfatiza a importância do desenvolvimento de habilidades de comunicação que fortalecem o vínculo entre médico e paciente. Além disso, aborda os fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam o atendimento, destacando a necessidade de uma abordagem centrada no paciente como um todo, e não apenas na doença.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciada por estudantes de medicina durante o internato no estágio de urgências e emergências adultas de uma Universidade privada localizada no interior do estado de São Paulo. O estágio supracitado faz parte da grade curricular obrigatória e possui duração de seis semanas e, nesse período, os alunos alternam entre os cenários de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto Atendimento (UPA), em adição de simulações realísticas realizadas dentro do ambiente universitário.

O conhecimento sobre diversas patologias ocorre de forma gradual, progressiva e em espiral, ao longo de todo o curso. Assim, as experiências nos diferentes ambientes proporcionam a união de teoria e prática, o que corrobora com a consolidação do aprendizado. Destaca-se o perfil singular e específico de cada paciente nos diferentes espaços de prática, podendo formar o alicerce do conhecimento devido as diferentes demandas, procedimentos e, não menos importante, a construção da RPM associado ao local em que estamos atuando.

Desde o primeiro ano, guiada pela metodologia Problem Based Learning (PBL), iniciamos a aprendizagem e treinamento de como comunicar de maneira efetiva, sendo guiados pelos nossos preceptores e exercitando tal ato entre alunos e pacientes que aguardam consulta em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

No segundo ano somos expostos a atendimentos pediátricos em escolas e creches, momento esse em que temos contato com crianças pré-escolares até adolescentes. Assim, há o estímulo de aprender e exercitar a comunicação em outro tipo de pública, haja vista que essa população possui singulares e características próprias. Nesse momento, foi possível melhorar a comunicação e o desempenho para comunicação em prevenção e promoção de saúde, principalmente em agravos às infecções transmissíveis.

A partir do terceiro ano, iniciamos os atendimentos no ambulatório escola de clínica médica onde atendemos diversos tipos de pacientes e patologias. Nota-se que, nesse cenário, por ser um ambiente estudantil, preza-se pelo aprendizado do aluno e a solução do caso do paciente. Nesse sentido, há a oportunidade de realizar consultas com tempo superior quando comparado aos outros centros de atendimentos. Assim, é possível realizar anamnese e exame físico completos e criar um vínculo que transmite segurança, assistência e conforto ao sujeito. Nesse momento, também é inserido o ambulatório de pediatria, ocasião em que podemos progredir e aperfeiçoar os aprendizados do ano anterior.

Ao realizarmos o quarto ano, os atendimentos no ambulatório escola são ampliados para as áreas de cirurgia e ginecologia e obstetrícia. Nesse sentido, é possível aplicar e desenvolver a RPM em outras áreas que possui aspectos próprios. E, em somatória à metodologia espiral, é possível reiteirar a promoção e prevenção de saúde aprendida nos anos progressos.

No quinto ano, momento em que se dá início ao internato, situação em que há convívio com as principais atividades médicas, terminando de lapidar o conhecimento, iniciamos o contato com a enfermagem hospitalar, local de maior complexidade de condutas e tratamentos quando comparada aos cenários antes explorados. Nesse ambiente, os pacientes permanecem internados para investigação ou tratamento por mais dias, logo, é possível estabelecer uma RPM com facilidade, haja vista que o interno fica responsável pelo paciente desde o seu momento de entrada até a alta hospitalar.

Já no sexto ano ocorre os estágios de urgências e emergências tanto adulta quanto pediátrica, locais em que podemos notar diferenças drásticas em relação aos outros ambientes supracitados. Entre elas, salienta-se a dificuldade de obter uma RPM adequada, segura e que possa estabelecer vínculo o suficiente para que haja o câmbio de informações de maneira mútua e efetiva. Nesse sentido, a anamnese adequada e o exame físico direcionado encontram entraves em razão de uma RPM prejudicada.

No local desse relato – estágio de urgência e emergência adulto - devido à alta demanda, o que reduz o tempo das consultas, há a necessidade de realizar um atendimento objetivo para um diagnóstico assertivo. Dessa maneira, a anamnese e exame físico não são realizados de maneira ideal, mas sim de modo oportuno e objetivo na queixa do paciente. Isto simboliza que há um antagonismo nesse cenário e nos ambientes previamente explorados.

É evidente para nós, alunos, a total discrepância do estabelecimento da RMP saudável e efetiva nesse ambiente quando comparada aos outros centros de assistência que previamente atuamos. Notoriamente, os pacientes chegam ao estabelecimento com uma pré-concepção devido as histórias prévias pessoais ou de entes conhecidos, nas quais as experiências possuem caráter de negativismo, baseada em ações desagradáveis com o serviço de saúde, o que corrobora com o ciclo de alta demanda e RMP ineficaz.

Assim, para nós alunos, em um ambiente controlado e seguro, torna-se fundamental a prática do estabelecimento da RMP eficiente para que, futuramente, como profissionais médicos, possamos ter capacidade e prática de instaurar uma comunicação efetiva e empática e estabelecer vínculo competente com o paciente e seus familiares ou acompanhantes.

Ao observar criticamente os atendimentos, temos a oportunidade de compreender as razões que impedem a adequada prática médica nesse nível de complexidade. No entanto, cabe ressaltar que entre as constantes, a maioria, ocorre devido atendimentos anteriores, o que foge do domínio direto do médico em consulta. Tais condições, habitualmente estão relacionadas aos fatores ambientais como local agitado e ruídos e também fatores intrínsecos do paciente como experiências passadas e sintomas. Essas condições ocorrem apesar da habilidade e capacidade do profissional.

Dessa forma, além dos fatores supracitados, fatores estressores que causem impressões negativas ou que gerem ansiedade e irritabilidade em relação a qualidade de serviço, torna o atendimento mais árduo. Portanto, cabe ao profissional médico desses locais de assistência à saúde tentar reduzir os fatores estressores para que, assim, possa melhorar a RPM, tornando-a eficiente, e qualificar o seu atendimento médico.

DISCUSSÃO

A relação médico-paciente passou por diversas modificações no decorrer do tempo. Ao analisarmos por uma linha do tempo, temos, inicialmente, o aspecto religioso conectado de maneira íntima ao médico, relacionando-o a um “ser superior” em relação ao sujeito adoecido. Após esse período, a RMP desenvolveu-se de maneira intimista, estabelecendo uma nova configuração, aquela do médico como ser pertencente à família, amigo.

Porém, na atualidade, com a especialização dos profissionais, apesar do progresso imensurável de conhecimento e tecnologia, motivou a origem de uma nova barreira na RMP, dessa maneira, o médico especialista trata apenas parte do paciente e não abrange a integralidade, deixando de lado fatores intrínsecos, psicológicos e ambientais (ROCHA BV, et al., 2011)

Uma adequada comunicação é uma habilidade fundamental para todas as áreas do campo da saúde, haja vista que eles lidam diretamente com os pacientes e tal capacidade, para o médico, é essencial e decisivo para o desfecho adequado. O atendimento inicia-se pela anamnese que se compõe de uma troca de informações que são primordiais para o estabelecimento de sinais e sintomas, patologias prévias, fatores de risco e definição das primeiras hipóteses diagnósticas, entretanto, durante as visitas ao Pronto-Socorro, pudemos observar que em grande parte dos atendimentos, não havia toda a exploração necessária da anamnese, sendo esta realizada de modo superficial e incompleto.

Assim, o desconhecimento ou a falta de cuidado ao realizar uma boa anamnese e não estabelecimento de uma adequada RMP faz com que a consulta esteja destinada a interações deletérias entre profissional e paciente. (CHAVAGLIA LCR, et al., 2022). Além disso, durante as visitas, foi possível estabelecer a importância do vínculo com o paciente, sendo isto diretamente relacionada com a efetividade da comunicação e sua clareza.

Assim, os autores Chavaglia LC (2022) mostra que a RMP é diretamente afetada pela qualidade da comunicação e a possibilidade de realizar uma anamnese e exame físico completo para que, assim, seja realizado o correto diagnóstico e plano terapêutico adequado a principal hipótese diagnóstica. Em vista disso, é vital a construção de uma relação de confiança mútua no momento da avaliação médica para que as

informações necessárias e a investigação sejam realizadas da maneira mais inequívoca possível (CHAVAGLIA LCR, et al., 2022). Em contrapartida, os serviços de pronto-atendimento utilizam o modelo centrado na doença, baseado no dueto queixa-conduta, em que o atendimento é orientado pela necessidade de resposta imediata com o objetivo de dispensar o mais rápido possível os pacientes devido a alta demanda. Assim, o foco é na doença e não nas necessidades singulares do indivíduo.

Porém, a baixa resolutividade desse tipo de molde faz com que o paciente retorne várias vezes ao serviço, o que aumenta gradativamente a demanda (SUCUPIRA AC, 2007). Nessa perspectiva, também pudemos ver que a RMP nos atendimentos de urgência faz com que a apreensão do paciente e familiares não seja notada como um fator que deve ser abordado na consulta, sendo muitas vezes deixado de lado a perspectiva e o medo do paciente e de seus acompanhantes.

Além dos fatores psicológicos, ambientais e trabalhistas que não entram na rotina do atendimento desse serviço. Assim, ainda é possível destacar, novas demandas trazidas ao consultório, com dilemas mais íntimos e sociais como violência, alcoolismo, problemas no casamento, emprego ou filhos, entre outros, e isso exige do profissional médico outras habilidades que vão além do conhecimento biomédico, mas sim, da escuta ativa e da habilidade de comunicação (SUCUPIRA AC, 2007).

É um saber universal que a comunicação eficiente entre o duo médico-paciente contribui para uma resolução ideal, somado a isso, implica em resultados positivos como a decisão conjunta acerca da terapia e a empatia pelo profissional (CHAVAGLIA LCR, et al., 2022). Entre as variadas particularidades da RMP, destaca-se a empatia. De acordo com Hojat M (2007), a palavra empatia possui ambiguidade e dificuldades conceituais. Empregando seu uso à área médica, Davis MH (1994), relaciona a empatia como um processo psicológico produzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais devido a observação do outro.

Para Larson BE e Yao X (2005), ela é a representação dos profissionais que cuidam da saúde. E por fim, para Amboise PB (2007), seria a tradução de que nem sempre é possível a cura, mas o consolo deve existir em todos os momentos, sendo essa, a premissa da silhueta da empatia (HOJAT M, 2007; ROGERS CR, 1992; DAVIS MH, 1994; LARSON BE e YAO X, 2005; BARROS AAF, 2007; COSTA FD e AZEVEDO RCS, 2009).

Nesse sentido, o ato empático coopera para a diminuição da ansiedade sobre o processo patológico e auxilia na adesão ao tratamento. Alguns profissionais ainda relutam, principalmente nos atendimentos em que o paciente ou acompanhante demonstra certo conhecimento ou exigem determinadas condutas (RIEDL D e SCHÜSSLER G, 2017; CICOLELLA DA, et al., 2018; LIMA ACMGD, 2017). Nessa perspectiva, a redução da angústia e do medo que são alcançados devido a comunicação competente e eficaz gera, conseqüentemente, redução das prescrições medicamentosas desnecessárias e indicações de testes diagnósticos inadequadamente indicados. (RIEDL D e SCHÜSSLER G, 2017; SOUZA RM e LIMA MN, 2021)

Assim, foi possível observar que, em momentos de uma RMP efetiva e empática, os benefícios são claros, pois contribuiu para uma maior facilidade no momento da consulta, uma maior interação entre médico-paciente e resposta mais efetiva sob a demanda do paciente. Além de reduzir ansiedade e negatividade sobre o serviço prestado, também cativa e faz com que o paciente se sinta à vontade para procurar novamente o serviço em caso de não melhora do atual quadro ou para casos futuros e também para que faça o seguimento proposto pelo médico. Somado a isso, os acompanhantes e familiares são cativados de maneira indireta e auxiliam tanto o médico com informações relevantes ao caso quanto o paciente na administração e manejo adequado (CHAVAGLIA LCR, et al., 2022).

Para melhorar a qualidade do atendimento médico e, com isso, obter melhores resultados, a habilidade de comunicação médica deveria ser uma das disciplinas cursadas, obrigatoriamente, em todos os cursos da área da saúde, principalmente, os médicos. Assim, durante toda a graduação e, se possível, durante os cursos posteriores, essa habilidade seria constantemente aprimorada e aperfeiçoada conforme as necessidades e singularidades do local e população a ser atendida. (POSSAMAI FP e DACOREGGIO MS, 2007). Nesse sentido, nas esferas de Unidades de Pronto Atendimento, para melhores desfechos, ajustes deveriam ser realizados de maneiras cíclicas com o objetivo de refinar a habilidade de comunicação e lapidar as RMP já

existentes e construir novas pautadas em bons laços e atos empáticos. Assim, seria preenchido os requisitos necessários para uma atenção secundária efetiva, com anamnese e exame físico adequado a situação e também diminuiria os impactos negativos e desfechos nocivos à saúde dos indivíduos ali atendidos. (AMANIYAN S, et al., 2020)

Com a construção de ações baseadas na solidificação da RMP e sendo este sinônimo de um momento de troca entre médico e paciente, com empatia e foco na promoção e prevenção de saúde e bem-estar é que poderemos ter atuações médicas mais efetivas e menos prejudiciais na continuidade dos cuidados à saúde (RIESS H, 2022). Esse artigo tenta fortificar a importância da edificação de um vínculo saudável ressaltando os benefícios e malefícios para os profissionais médicos, pacientes e o serviço de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. AMANIYAN S, et al. Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. ScienceDirect, 2020; 234-244.
2. ARO I, et al. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. Journal of Clinical Nursing, 2012; 2-4.
3. BARROS AAF. De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré. Boletim da FCM. Seção História e Saúde, 2007; 2.
4. CARRESE J, et al. Observations of respect and dignity in the intensive care unit. Narrat Inq Bioeth, 2015; 2-4.
5. CHAVAGLIA LCR, et al. Construção de relação médico-paciente no Pronto-Socorro Infantil: um relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Mais, 2022; 2-5.
6. CHOU C e COOLEY L. Communication Rx: transforming healthcare through relationship-centered communication. 1ª edição. New York: McGraw-Hill, 2017; 120-232.
7. CORREA M, et al. Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos. Revista Scielo Brasil, 2021; 2-9.
8. COSTA FD e AZEVEDO RCS. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. Revista Brasileira de Educação Médica, 2017; 2-8.
9. CUTLER LR, et al. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. Intensive Crit Care Nurs, 2013; 1-4.
10. DAVIS MH. Empathy: A Social Psychological Approach. 1ed. Madison: Brown and Benchmark Publishers, 1994; 85-165.
11. FARIA JM, et al. O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. Revista Enfermería Glob. 2018; 2-11.
12. HOJAT M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement and outcomes. 2007 edição. Nova York: Springer, 2007; 110-230.
13. LARSON BE e YAO X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship: empathy, emotional labor and acting. JAVA, 2005; 1-3.
14. MELO DE FREITAS, et al. Comunicação de más notícias no trabalho médico: um olhar do paciente com prognóstico reservado. Revista Scielo Brasil, 2022; 2-11.
15. MOMENASAB M, et al. Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. Investigación y educación en enfermería, 2019; 1-5.
16. NURAL N e ALKAN S. Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. Holist Nurs Pract, 2018; 3-6.
17. PAZINATTO MM. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. Revista Bioética, 2019.
18. POSSAMAI FP e DACOREGGIO MS. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. Revista Scielo Brasil, 2007; 473-490.
19. PROBST MA, et al. Shared Decision-making as the Future of Emergency Cardiology. Canadian Journal of Cardiology, 2018; 117-124.

20. RIEDL D e SCHUSSLER G. The Influence of Doctor - Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2017; 2-9.
21. RIESS H. Empathy can be taught and learned with evidence-based education. *Emergency Medicine Journal*, 2022; 39: 418-419.
22. ROCHA BV, et al. Relação Médico-Paciente. *Revista do Médico Residente*, 2011; 1-4.
23. ROGERS CR. The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992; 2-5.
24. RUSSELL S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit, *Revista JAN – Leading Global Nursing Research*, 2001; 3-5.
25. SANTIAGO CE e VARGAS R. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Scielo Colombia*, 2015; 4-9.
26. SUCUPIRA AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Revista Scielo Brasil*, 2007; 1-4.
27. WÅHLIN I, et al. What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met? - An empowerment questionnaire survey. *Journal of Critic Care*, 2017; 1-7.