



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

FILIFE ABADESSO LOPES

Relação médico-doente e Influência nos Outcomes de Saúde

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROF. DR. MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO

JANEIRO 2018

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
RESUMO	3
PALAVRAS-CHAVE.....	3
ABSTRACT	4
KEY-WORDS.....	4
INTRODUÇÃO	5
MATERIAIS E MÉTODOS	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
➤ A RELAÇÃO.....	12
➤ O MÉDICO	19
➤ O DOENTE	27
➤ A EMPATIA.....	33
➤ EFEITO PLACEBO NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE	36
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS.....	46

RESUMO

A relação médico-doente é um elemento essencial à prática médica, que contribui para a confiança, satisfação e compliance dos doentes. Estão, no entanto, pouco estabelecidas as características e atitudes médicas que contribuem para uma boa relação-médico doente, assim como o impacto direto da qualidade da relação médico-doente nos *outcomes* de saúde. Aspectos como a comunicação verbal e não-verbal, empatia, inteligência emocional, personalidade e distanciamento social do médico influenciam a relação médico-doente, e o elemento mais decisivo na qualidade da mesma é o médico. A idade, género, constituição física ou grau de literacia dos doentes são também preditores da qualidade da relação. Por último, elementos como o contexto físico ou o tempo dedicado à entrevista podem influenciar as interações médico-doente. A relação e aliança terapêutica podem explicar parte do efeito placebo. Apesar dos resultados encorajadores de intervenções para melhorar a relação médico-doente, estes são ainda escassos, e a preparação dos estudantes de medicina é insuficiente. Os estudos acerca do impacto da relação médico-doente na saúde são escassos, mas apontam para uma melhoria do estado de saúde, qualidade de vida e longevidade quando a relação médico-doente é saudável.

PALAVRAS-CHAVE

Relação médico-doente

Aliança terapêutica

Empatia médica

Comunicação médico-doente

Adesão terapêutica

Efeito Placebo

ABSTRACT

The doctor-patient relationship is an essential element to the medical practice, accounting to patient trust, satisfaction and compliance. However, medical characteristics and attitudes related to a good doctor-patient relationship are yet little established, as well as the direct impact of this relationship in health *outcomes*. Aspects such as verbal and non-verbal communication and medical empathy, emotional intelligence, personality or social gap between doctor and patient have an impact on the relationship. Moreover, the most decisive element in the quality of the doctor-patient relationship is the doctors' behavior. Patient age, gender, physical constitution and literacy are also relationship quality predictors. Furthermore, aspects such as physical context or consultation time may be important. The relationship and therapeutic alliance may explain at least part of the "placebo effect". Despite the good results of interventions to improve doctor-patient relationship, these are still scarce, and the medical schools' curricula are insufficient. There are only a few studies directly linking doctor-patient relationship to health *outcomes*, but these point to improved health status, life-quality and lifespan with good doctor-patient relationships.

KEY-WORDS

Doctor-patient relationship

Therapeutic alliance

Medical empathy

Doctor-patient communication

Therapeutic compliance

Placebo effect

INTRODUÇÃO

A relação médico-doente é, indiscutivelmente, um dos alicerces na prática da medicina. É essencial nos cuidados de saúde, desde a prevenção ao tratamento. Estabelece-se logo no primeiro encontro entre um médico e um doente, mas nem sempre é uma relação saudável, com pesadas consequências para os médicos, doentes e sistemas de saúde. É transversal a todas as especialidades, sendo que em algumas assume uma preponderância maior que noutras, como sejam a Psiquiatria ou a Medicina Geral e Familiar, pela maior necessidade da abordagem de temas íntimos ou particularmente difíceis, para os quais a relação médico-doente é especialmente importante.

Embora a relação médico-doente tenda para uma maior simetria no contexto de doenças crónicas, esta é, na maioria dos contextos médicos, assimétrica. Atribui-se ao médico um papel preponderante e dominador, por diversas razões: o médico é um profissional, possuidor de mais conhecimento sobre a saúde; o doente confia na liderança do médico, e que o mesmo representa a sua melhor chance de melhorar o seu estado de saúde; os médicos assumem uma respeitabilidade social que lhes permite, pelo menos dentro do consultório, dominar a relação com os doentes. (1) Esta é a perspetiva funcionalista da relação médico-doente, que contrasta com outras perspetivas discutidas mais à frente.

Nas faculdades de medicina, é ensinado aos futuros médicos como estes devem agir perante os doentes e como devem estabelecer e manter a relação com os mesmos. No entanto, à medida que a Medicina avança para práticas cada vez mais tecnológicas, a importância dada à comunicação com os doentes tem vindo a diminuir (2).

Nos últimos 30 anos, a relação médico-doente sofreu alterações importantes, uma vez que os doentes deixaram de ser meros sujeitos passivos recipientes de cuidados médicos. Outrora despidos de qualquer influência na atuação médica, os doentes são hoje cada vez mais convidados a participar ativamente em todas as etapas da interação médico-doente, em plena cooperação com os profissionais de saúde, sendo assim as decisões e informação partilhada entre ambas as partes. Da mesma forma, a relação médico-doente mudou nas décadas recentes de uma relação que desencorajava a empatia e proximidade entre profissional e doente para uma que promove esta mesma empatia e a eleva a um estatuto fundamental no consultório e fora deste (3).

Os diferentes modelos de saúde devem também ser aqui introduzidos, uma vez que, de acordo com N.K. Jewson (4), “a relação entre médico e doente tem uma associação muito pronunciada com o modelo de doença que domina em cada época”.

A história da medicina apresenta diversos modelos de saúde, que têm evoluído desde os tempos do Antigo Egipto e passando depois pela Grécia Antiga, onde foram delineadas as bases do raciocínio empírico, sustentado na observação dos casos de forma racional. Pela primeira vez foram abandonadas as teorias místicas e religiosas para a origem das doenças, dando lugar a causas estudadas por um método lógico e comprovado pela evidência.

A primeira descrição da relação médico-doente é atribuída a Hipócrates, que estabeleceu os comportamentos, vestuário e atitudes considerados adequados ao médico. Segundo a medicina grega do século IV a.C., o médico tinha de se distinguir da restante população, sendo moderado, sóbrio, acessível, cuidadoso, delicado, não arrogante nem hesitante, humilde e sério. No *Corpus Hippocraticum* é estabelecida ainda a aparência, modo de andar, tom de voz, entre outras características tidas como ideais num médico. (5)

Durante a Idade Média, as causas das doenças e responsabilidade pela sua cura voltaram a ser atribuídas, na Europa, a causas divinas. Assim, este foi um período com muito poucos avanços para a medicina, sendo a prática médica dessa época obrigatoriamente conectada às crenças religiosas e o papel do médico limitado a transmissor da vontade de Deus.

A abordagem empírica e racional só voltou a ser prática comum após o Renascimento. Mais tarde, com o Iluminismo, foi desenvolvido o método científico, que trouxe à medicina a abordagem baseada na evidência ainda hoje aplicada. Procuraram-se de novo causas não-místicas para as doenças e foi pela primeira vez reconhecida a influência dos doentes no seu estado de saúde (6).

Durante o século XVIII, os modelos de saúde europeus começaram a focar-se cada vez mais no estudo da patologia. Os avanços marcados da microbiologia e cirurgia, por exemplo, contribuíram para esta abordagem focada na doença, por oposição ao doente como um todo. Os médicos pertenciam a classes sociais elevadas, eram tidos como intelectuais e aristocráticos, havendo assim uma distância entre médico e doente promovida pela diferença na classe social. A relação médico-doente era assim dominada pelo médico, com o seu estatuto mais elevado, tendo o doente um papel passivo. (7)

A relação médico-doente foi revolucionada por médicos como Sir William Osler. Este autor do final do século XIX transformou a forma como os médicos desenvolviam a sua relação com os doentes, estabelecendo a figura do médico como um cavalheiro nobre, altivo e respeitador da etiqueta vitoriana do século XIX, que tem como missão a ajuda humanitária aos outros seres humanos. Segundo Sir Osler, o médico deve desempenhar um papel de defesa dos interesses dos doentes, num respeito pelo princípio da beneficência. Para isso, Sir Osler argumentou que a prática médica deve ser baseada em 4 princípios: emancipação das explicações religiosas, ciência, o

juramento de Hipócrates e o comportamento de acordo com a etiqueta vitoriana. Defendeu assim que a relação médico-doente se deve assemelhar a um modelo que hoje categorizamos como paternalista (2).

Foi já no século XX, com a introdução da psicologia e das teorias psicanalíticas, que o ser humano começou a ser visto nos seus componentes físico, psíquico e social, estando estes intimamente interligados e podendo influenciar-se mutuamente. Foi estabelecida pela primeira vez a importância do médico ouvir atentamente o doente, procurando perceber não apenas o que este diz, mas também o modo como o faz, percebendo o conteúdo e a forma da comunicação, respetivamente. De igual forma, e à luz de desenvolvimentos como os 5 axiomas da escola de Palo Alto (8), foi estabelecida a importância da comunicação no contexto médico.

Em 1951, Talcott Parsons expôs a sua Perspetiva Funcionalista como modelo de relação médico-doente, que se baseava numa concordância de ideias e perspetivas entre médico e doente à custa da aceitação cega do doente das decisões tomadas pelo médico. O médico sustenta-se assim no seu prestígio e autonomia profissionais e na sua autoridade no contexto médico-doente para justificar que as suas decisões sejam inquestionáveis pelo doente. Espera-se que o médico use as suas capacidades e conhecimentos em benefício do doente, mantendo no entanto uma distância emocional como forma de servir os melhores interesses do doente e reduzir o potencial de conflito. Nesta perspetiva, o doente aceita a autoridade do médico, estando dependente do mesmo, na crença de que o médico atuará sempre em prol da sua saúde. É, assim, uma relação assimétrica mas que se baseia na concordância entre as duas partes. (9)

Poucos anos mais tarde, Szasz e Hollender sugeriram uma classificação para a relação médico-doente, definindo 3 modelos básicos para esta, conforme descrito na Tabela 1 (10):

Modelo de Szasz e Hollender	
“Activity-passivity”	O médico é o único interveniente ativo, responsável por todo o processo médico. O doente é aqui visto apenas como um recetor dos cuidados médicos, incapaz de responder ou desempenhar um papel ativo na sua doença, tal como acontece em intervenções cirúrgicas ou estados comatosos.
“Guidance-cooperation”	As decisões partem do médico, que as toma de forma independente, transmitindo de seguida as mesmas ao doente, numa forma de recomendações/ordens. O papel dos doentes cinge-se ao respeitar e cumprir destas diretrizes, cooperando passivamente para a sua própria recuperação.
“Mutual participation”	O papel do médico é ajudar o doente a ajudar-se a si mesmo, fornecendo informações e conselhos, num contexto de igualdade. O doente partilha com o médico a responsabilidade pela sua recuperação, usando o <i>feedback</i> do médico em seu interesse.

Tabela 1 - Modelo de Szasz e Hollender

As críticas às perspetivas funcionalistas de Parsons e Szasz e Hollender basearam-se no facto de estas se focarem apenas no consenso entre médico e doente. Segundo Eliot Freidson (1923-2005), esta é uma visão idealista da relação médico-doente, e não corresponde à prática porque, na verdade, nesta relação há um “choque de perspetivas”, em que as diferenças de prioridades e expectativas dão frequentemente origem a conflitos mais ou menos marcados. Considera-se portanto que os doentes não são tão submissos quanto consideram as teorias funcionalistas. (11)

Nos últimos 20 anos, um conjunto alargado de autores têm vindo a defender o que chamam de “comunicação centrada no doente” que, apoiando-se numa perspetiva biopsicossocial, procura explorar as perspetivas e expectativas do doente e compreendê-las no seu contexto psicossocial particular. Deve haver também uma partilha de poder e responsabilidade, envolvendo o doente nas decisões e tornando-o também responsável pela sua saúde. (1) Esta é a abordagem hoje tida como a mais correta, que assume especial importância numa era de aumento da prevalência de doenças crónicas e doenças associadas ao estilo de vida. (12)

Este artigo de revisão procurou, numa primeira fase, perceber quais os fatores que contribuem para a qualidade da relação médico-doente. Os fatores decisivos na construção da mesma incluem o *setting* da consulta, com elementos como o espaço físico ou tempo disponível. Contudo, os fatores mais preponderantes serão, teoricamente, as particularidades dos médicos e dos doentes. Procurou-se então perceber quais as características, capacidades e comportamentos, tanto dos médicos como dos doentes, que estão associados ao estabelecimento de melhores relações médico-doente. O presente artigo analisou também o que contribui para a empatia no consultório, qual a importância desta, e de que forma esta pode ser ensinada nas escolas médicas. Foi feita a análise da bibliografia disponível no que toca ao impacto direto que a maior ou menor qualidade da relação médico-doente tem na saúde os doentes. Por fim, foi sintetizada a informação disponível sobre tentativas de melhoramento da relação médico-doente e resultados disponíveis até à data.

Foi procurado, quando possível, incluir estudos portugueses, de modo a perceber de que forma os resultados e conclusões de estudos internacionais se podem extrapolar para a realidade nacional.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente revisão foi elaborada com base numa pesquisa bibliográfica realizada na base de dados digital da PubMed e arquivos da Biblioteca Central dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Foram procurados artigos escritos em 3 idiomas possíveis (português, inglês e alemão). Usaram-se como palavras-chave, isoladas ou em combinação: *doctor-patient relationship*, *health outcomes*, *empathy*.

Foi também realizada uma pesquisa de artigos de autores portugueses, nas revistas médicas portuguesas, procurando incidir sobre a realidade nacional, usando como palavras-chave, isoladas ou em combinação: relação médico-doente, *outcomes* de saúde, empatia médica.

Foram selecionados artigos originais e de revisão publicados entre 2000 e 2017, que abordassem a interação médico-doente, as suas características, a forma como esta se estabelece e a relação que a mesma tem com os *outcomes* em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

➤ A RELAÇÃO

No momento em que o doente procura o médico devido a um problema de saúde, a sua vida e a perceção da mesma encontram-se debilitadas. Tal situação pode despertar no doente incerteza e ansiedade, assim como sentimentos de medo ou frustração. Assim, a procura médica também se motiva numa tentativa de controlo destas mesmas emoções, e o doente espera encontrar no médico compreensão, confiança e otimismo antes mesmo da cura propriamente dita. (13)

Numa primeira consulta, o médico é um estranho para o doente, embora seja suposto que o mesmo confie informações acerca da sua vida pessoal e íntima (como informações socialmente malvistas, comportamentos ilegais, vida sexual ou conjugal, etc) que podem ser relevantes. Para isso, é necessário um dos pilares da relação médico-doente: a confiança. (14) Podemos definir a confiança como a crença em duas realidades: por um lado, que as informações prestadas pelo doente ou colhidas pelo médico se encontram protegidas por sigilo médico; por outro, que o médico fará o que estiver ao seu alcance para promover a melhoria do estado de saúde do doente, independentemente das características e estatuto do doente, respeitando os princípios hipocráticos. A confiança contribui também para a *compliance*, um elemento *sine qua non* no sucesso terapêutico. (15)

A relação médico-doente estabelece-se comunicando verbal e não-verbalmente. Embora a relação entre a comunicação e os *outcomes* em saúde estejam já bem estabelecidos, a vasta maioria dos estudos são correlacionais, dos quais não se podem tirar conclusões acerca do modo como esta relação se estabelece. Street et al. (16) teorizaram diversas formas que podem levar uma comunicação eficaz a *outcomes* positivos. Por um lado, a comunicação pode ter um efeito curativo

direto, que resulta do simples facto de o doente “desabafar” com o médico, “descarregando” o stress emocional que pesa na vida do doente, sentindo-se compreendido e apoiado e diminuindo a sua ansiedade. Por outro, a comunicação tem um efeito indireto ainda mais preponderante, nomeadamente através de um melhor entendimento por parte do doente acerca da sua doença e passos a seguir, decisões médicas de melhor qualidade, mais apoio social, melhores alianças terapêuticas e *compliance* e melhor gestão de emoções.

Quanto ao modo como os médicos transmitem informações, Cousin et al. (17) estudaram a influência da incerteza expressa pelos médicos na satisfação dos doentes. Segundo este estudo, quando os médicos revelam incerteza acerca do diagnóstico ou da terapêutica a instituir, os doentes tendem a reportar pior satisfação com a consulta, especialmente quando o profissional de saúde é do sexo feminino. Sendo a incerteza um elemento sempre presente na prática médica, e sendo assegurado aos doentes o direito de ser totalmente informados acerca do seu caso clínico, incluindo das incertezas a ele inerentes, a interpretação dos resultados deve, segundo os autores, ser cautelosa. Contudo, os autores recomendam que, se de facto os seus resultados vierem a ser replicados, os médicos se abstenham da transmissão de inseguranças desnecessárias aos doentes apenas por descarga de consciência.

Nos últimos anos, os consultórios médicos têm vindo a sofrer alterações no que toca às tecnologias da informação, sendo que os computadores estão hoje presentes em virtualmente todos os consultórios médicos, e neles se concentra boa parte do tempo da consulta. O uso deste instrumento pode, no entanto, deteriorar a relação médico-doente, devido ao desvio da atenção médica do doente para o computador. (18) Montague et al. estudaram a forma como o contacto visual influencia a percepção dos doentes da empatia médica, encontrando uma clara relação entre um maior tempo de contacto visual médico-doente e a satisfação dos doentes. (19) Também o

“toque social” (contacto entre médico e doente que não se destina ao exame físico) parece associado a uma melhor relação médico-doente, avaliada pelos doentes, embora não haja uma relação direta entre ambas as variáveis. Esta associação poderá dever-se à variação da interpretação do “toque social” consoante a cultura e o background de cada um, podendo o mesmo “toque social” ser compreendido de diversas formas por doentes diferentes. (20) Por outro lado, o uso em demasia do toque pode ser contraproducente. Estas são duas características da comunicação não-verbal, um aspeto muito importante nas relações inter-humanas mas ainda pouco estudado no contexto médico.

Outras características da comunicação não-verbal foram associadas a melhores perceções de entendimento e empatia por parte dos doentes, como o aceno de cabeça durante a exposição do doente, que oferece aos doentes a sensação de atenção e compreensão por parte do médico. (21) Também a posição corporal, nomeadamente uma inclinação para a frente e os braços descruzados foram associados a melhor perceção de empatia médica. (13) O facto de a comunicação médico-doente se realizar com ambos sentados parece trazer melhor satisfação ao doente do que quando se encontram em pé. (18) Quanto ao tom e velocidade do discurso, Ishikawa et al sugeriram que quando o tom de voz e a velocidade do discurso do médico se aproximam da dos doentes, estes reportam maior satisfação com a entrevista. (20)

De facto, alguns autores sugerem uma importância relevante mas por vezes esquecida da comunicação não-verbal. Segundo Mast MS (22) os médicos devem ser instruídos no sentido de perceber os sinais não-verbais dos doentes, uma vez que estes podem conter informações cruciais para as decisões do diagnóstico e tratamento. Além disso, a forma como o médico interage com o doente influencia a sua satisfação e portanto a saúde do mesmo, pelo que os médicos devem conhecer e tentar controlar a sua própria linguagem não-verbal, através das expressões, tom e

entoação da voz, proximidade ao doente, toque, etc. Este controlo assume especial importância porque os doentes tendem a mimetizar a linguagem não-verbal do médico, e vice-versa, pelo que uma comunicação empática por parte do médico pode trazer confiança e sensação de compreensão ao doente, melhorando francamente a relação médico-doente.

Há ainda a salientar o facto de a interpretação das diversas pistas não-verbais depender umas das outras, ou seja, o recipiente da comunicação não percebe cada sinal não-verbal por si só, mas sim um conjunto muito alargado de pequenos elementos que juntos formam a comunicação não-verbal. (13) Este facto dificulta o estudo isolado das pistas não-verbais (postura, tom de voz, expressão facial, etc.), e complica também a aprendizagem de boas práticas por parte dos estudantes de medicina.

Outro dos elementos importantes do *setting* da consulta é o tempo, um tópico que tem sido largamente debatido em Portugal, e cuja influência na relação médico-doente é reconhecidamente marcada. (23) Numa era de elevadas exigências na saúde, os médicos são cada vez mais pressionados para realizarem muitas consultas no menor tempo possível. (24) Um grande número de consultas e doentes em espera leva os médicos a apressarem as consultas. (25) Levantam-se assim questões acerca da diminuição da qualidade da relação médico-doente, da satisfação do doente e da própria consulta quando o médico se preocupa em acelerar o processo. Há de facto alguns estudos que atestam esta realidade, sugerindo que mais tempo de consulta permite a discussão de aspetos psicossociais que, tendo importância, são por vezes relegados para segundo plano e deixados de parte em consultas mais curtas. Além disso, a discussão de boas práticas em saúde, promoção da saúde ou do estado de saúde a longo prazo são mais frequentes em consultas em que não há apenas um tópico em discussão. Surge ainda o facto de, não raras vezes, os doentes apenas apresentarem a verdadeira razão que os trouxe ao médico no final da consulta ou quando

perguntados se algo mais os preocupa, pelo que a escassez de tempo pode ser aqui especialmente perversa. (26),(27) Por outro lado, alguns estudos não encontraram uma associação clara entre o tempo de consulta e a satisfação dos doentes, (28),(29) uma vez que os doentes reportam frequentemente uma alta satisfação com consultas curtas. Os autores destes estudos reconheceram, no entanto, que a importância do tempo de consulta varia de acordo com o tipo e especialidade desta, sendo, sobretudo em doentes com múltiplas queixas ou comorbilidades, necessário mais tempo.

Nos últimos anos, têm surgido estudos reportando uma importância marcada do contexto físico em que os hospitais e clínicas funcionam, uma vez que este contexto parece influenciar a consulta, as decisões que nela se tomam e os *outcomes* de saúde. Por exemplo, o uso de tintas com cores que reduzem a ansiedade pode beneficiar as consultas. (30) Um outro estudo publicado em 2008 (31) realizou questionários antes e depois da construção de um novo centro de cuidados de saúde primários no Reino Unido. Os resultados reportam uma evolução favorável nos scores de satisfação geral, satisfação com a comunicação médico-doente e ansiedade dos doentes. Também os profissionais de saúde apresentaram, aos 2, 4 e 11 meses, melhor satisfação com o trabalho. Resulta daqui a noção da importância das instalações de saúde, a um nível superior à da simples logística física, facto que deve ser tido em conta pelos diretores e administradores dos hospitais. (30)

Estando estabelecido que uma boa relação médico-doente contribui para a satisfação do doente, (32) é possível inferir que também contribui para um menor número de queixas e processos jurídicos contra o médico. Um estudo com 34 serviços de urgência americanos (33) chegou à conclusão que a probabilidade de um determinado episódio no serviço de urgência resultar numa queixa contra o médico não está associada à complexidade do caso, às características do doente ou

à competência técnica do profissional de saúde. Na verdade, são as capacidades comunicativas, sensibilidade, empatia e capacidade de estar ao nível das expectativas que predizem a probabilidade de ser movido um processo pelo doente. Este foi um estudo realizado no contexto do serviço de urgência, onde os contactos entre médico e doente são breves e ocorrem em condições mais extremas. No entanto, sublinha a necessidade de se criar rapidamente uma relação de confiança e empatia, assim como de recuperar as mesmas em casos de insatisfação. As queixas contra médicos podem fazer com que os mesmos dediquem mais tempo a informar os seus doentes e mantenham registos clínicos mais meticolosos. No entanto, contribui também para que pratiquem uma medicina mais defensiva, com mais exames complementares de diagnóstico desnecessários e mais referências a especialistas, no caso dos médicos de família. (34)

Ao longo dos últimos anos, têm sido desenvolvidas diversas tentativas de melhorar a relação médico-doente, através de iniciativas junto dos profissionais de saúde. Os resultados deste tipo de experiências são muitas vezes apresentados como uma melhoria na empatia ou *skills* de comunicação dos médicos ou na adesão a regimes terapêuticos ou satisfação dos doentes. (35) Estes são resultados que, por si só, fazem antever uma melhoria na saúde dos doentes, pela importância que se reconhece aos mesmos. No entanto, raros são os estudos cujos *outcomes* são parâmetros de saúde, como o controlo de diabetes, hipertensão arterial ou mesmo uma melhoria na longevidade e qualidade de vida.

Há, contudo, alguns estudos que relacionam *outcomes* quantitativos em saúde a melhores relações médico-doente. Um exemplo é o melhor controlo da tensão arterial quando é permitido aos doentes mais tempo para falarem da sua doença (36) ou quando a satisfação dos mesmos com a consulta é maior. (37) O processo subjacente a este melhor controlo da hipertensão é, provavelmente, uma maior adesão ao tratamento, tal como demonstram diversos estudos. (38) Por

outro lado, a causa da hipertensão refratária é, muitas vezes, a não-adesão ao regime terapêutico. A adesão está intimamente ligada à confiança e concordância entre médico e doente, e portanto à relação médico-doente em si, pelo que esta pode ser uma prova clara de que uma fraca relação médico-doente tem consequências nefastas para o doente e para os sistemas de saúde. (39) Outros fatores responsáveis pela adesão podem ser a partilha nas decisões, a informação acerca da importância do tratamento, consequências da não-adesão e possíveis efeitos secundários da medicação e a sensibilidade do médico em relação a problemas financeiros do doente. (14) Da mesma forma, foi encontrada uma associação entre uma participação mais ativa dos doentes (maior número de questões colocadas, mais preponderância nas decisões e maior expressão de sentimentos e emoções) e a menor probabilidade de deterioração orgânica a longo prazo (4,7 anos) no contexto de Lupus Eritematoso Sistémico. (40) Também um papel mais ativo na consulta e na decisão de tratamento foi associado a melhor *feedback* de qualidade de vida em doentes com cancro do ovário. (41)

À escala portuguesa, não havia até há pouco tempo um consenso de normas e linhas-guia a seguir no que toca à relação médico-doente, sendo todas as recomendações fruto de opiniões e experiência de profissionais de saúde ou extrapolações de estudos ou *guidelines* internacionais. No entanto, em 2016 foi publicado um consenso português, espanhol e latino-americano (42) acerca das *skills* de relação e comunicação médico-doente a incluir no currículo das escolas médicas, no seguimento de outros consensos internacionais. (43) Este é um consenso mais aproximado à realidade sociocultural do nosso país, como podemos constatar pela importância dada à relação do médico com a família do doente, aspeto quase ignorado pelos consensos norte-americanos ou do norte da Europa onde a sua importância é menor, à luz das diferenças culturais. Trata-se, no entanto,

de recomendações sem fundamento baseado na evidência, mais sim com base na experiência de especialistas.

A avaliação da qualidade da relação médico-doente carece para já de um instrumento validado e globalmente aceite. Embora tenha sido recentemente sugerido um conjunto considerável de escalas, o enorme conjunto de fatores que contribuem para esta relação torna a sua avaliação muito complexa. (44)

➤ O MÉDICO

Na relação médico-doente, o médico representa um papel determinante. Este representa o lado profissional da relação com o doente a confiar nos seus conhecimentos e estatuto profissional para o aconselhar da melhor forma. É o médico que deve dominar a consulta, pautando os momentos em que esta se desenrola e guiando a entrevista conforme considera correto. Do ponto de vista da relação médico-doente, é expectável que o médico seja responsável por, pelo menos, alguma variabilidade na qualidade da mesma. (6)

Em 2011, um estudo com 809 doentes diabéticos (45) examinou a forma como o controlo da *diabetes mellitus* se relacionava com a empatia dos médicos. Para isso, foi pedido aos 29 médicos de família em estudo que preenchessem o Jefferson Scale of Physician Empathy, e os doentes foram seguidos recorrendo a análises da HbA1c e da LDL ao longo de 3 anos. Os resultados revelaram que os médicos que se autoavaliaram como sendo mais empáticos conseguem, em média, um melhor controlo destes parâmetros nos seus doentes. Este estudo tem limitações importantes, desde logo porque a única fonte de informação acerca da relação médico-doente foi a autoavaliação da empatia por parte dos médicos. Questiona-se também se será aceitável estabelecer uma causa-efeito entre as duas variáveis, uma vez que não há qualquer explicação causal que

esclareça de que modo a empatia médica leva a uma melhoria das análises clínicas dos doentes. A possibilidade mais óbvia determina que uma melhor relação médico-doente levará a um melhor entendimento, concordância, cooperação e compliance, embora esta possa ser uma explicação superficial que não atende à complexidade da relação médico-doente e a outros fatores intervenientes. Os autores concluem argumentando categoricamente que sendo a empatia um fator associado a melhores *outcomes*, esta devia ser um componente fundamental da competência médica.

De facto, em 2007, Baldwin et al. (46) propuseram pela primeira vez que os médicos serão responsáveis pela maior parte da variabilidade na qualidade da relação médico-doente. Num estudo inédito até esse momento, realizado com 331 doentes e 80 médicos em contexto de consultas de psicoterapia, estes investigadores estudaram a correlação entre a relação médico-doente intra- e inter-médicos. A correlação intra-médico, tal como referida no artigo, detém a variabilidade dos doentes, testando a qualidade das diferentes relações médico-doente que um determinado médico mantém, e correlacionando-a com o *outcome* na saúde dos doentes. Analisa portanto se os doentes que reportaram melhor interação com o seu médico também referem uma melhoria mais acentuada na sua saúde. Por outro lado, a correlação inter-médicos avalia se a qualidade média das relações médico-doente de cada médico se correlaciona com a média dos *outcomes* na saúde dos doentes, ou seja, se a variabilidade entre os médicos, no que concerne ao estabelecimento da relação médico-doente, influencia o resultado na saúde dos doentes. O *design* deste estudo permitiu tornar independente cada uma das variáveis da relação (médico e doente), permitindo analisar qual das duas é responsável por uma maior variabilidade na mesma. Os resultados indicaram que existe uma correlação positiva intra- e inter-médicos, mas apenas a inter-médicos é estatisticamente significativa. A correlação intra-médico foi de -0.08 ($p=0.11$), indicando que o facto de os doentes

referirem estabelecer uma melhor relação com determinado médico não interfere necessariamente nos resultados na sua saúde. A correlação inter-médicos foi de -0.33 ($p < 0.01$), indicando que os médicos que em média estabelecem relações mais saudáveis com os seus doentes têm melhores resultados em termos de melhorias da saúde reportadas pelos doentes. Segundo os autores, estes resultados sugerem que a variabilidade entre os médicos na sua capacidade de estabelecer a sua relação com os doentes pode ser um preditor de *outcomes* de saúde positivos. Contrariamente, a variabilidade atribuída aos doentes não parece ter uma influência significativa. Este estudo refuta também a hipótese dos *outcomes* de saúde influenciarem a relação médico-doente, uma vez que analisando separadamente os resultados de cada médico, os doentes que reportaram melhores relações não reportaram necessariamente melhor *outcome* na sua saúde. Por outras palavras, não será o próprio benefício na sua saúde que leva os doentes a reportar melhores relações com o seu médico. Este estudo apresenta contudo várias limitações: os doentes não foram aleatoriamente atribuídos; os valores da qualidade da relação médico-doente e dos *outcomes* de saúde foram apenas fornecidos pelos doentes; o estudo foi realizado em consultas de psicoterapia, desconhecendo-se os diagnósticos, sendo a sua extrapolação para outros contextos médicos questionável. Ainda assim, os resultados apresentados por Baldwin et al. expuseram a importância da capacidade dos médicos formarem alianças saudáveis com os doentes.

Os resultados de Baldwin foram corroborados por uma meta-análise realizada por Del Re et al., (47) a qual, usando dados de 69 estudos, concluiu que alguns médicos parecem formar consistentemente melhores alianças com os doentes, tendo esses doentes melhores resultados do ponto de vista da sua saúde, mesmo após o ajuste para fatores como o diagnóstico, design do estudo ou elemento que fornece os dados de qualidade da aliança e *outcomes* de saúde (médico ou doente). Assim, a qualidade da relação médico-doente parece advir mais da capacidade e características do

médico do que dos doentes, tal como defendido por outros autores. (48) De igual forma, a correlação intra-médicos não foi estatisticamente significativa, indicando que as características dos doentes poderão não influenciar consideravelmente a formação da aliança.

Estes estudos trouxeram informação acerca da preponderância do elemento médico na relação, mas não analisaram como é que essa relação é estabelecida. Torna-se assim importante estudar as características e comportamentos dos profissionais associadas a melhores relações médico-doente.

Uma das características fundamentais de um profissional de saúde no estabelecimento da relação com os seus doentes é a “Inteligência Emocional”, um conceito que pode ser definido como a capacidade para entender e gerir as emoções do próprio e dos outros. (49) Embora a medicina convencional encorajasse os médicos a manterem uma distância emocional para com os doentes, de modo a promover uma maior objetividade, (5) uma abordagem mais empática sem distanciamentos desnecessários é hoje preconizada. O médico é tido como uma figura capaz de influenciar a forma como o doente gere as suas emoções relativamente à sua doença e tratamento. A inteligência emocional pode ser uma ferramenta útil na deteção e reparação de problemas na relação médico-doente. (50)

Sendo o médico, mais que um profissional de saúde, um ser humano com expectativas, desejos e medos, é suposto que, compreendendo e apercebendo-se destes aspetos em si, os identifique e compreenda nos seus doentes. Pode ser necessário, para isso, uma autorreflexão, que pode ajudar a uma compreensão do comportamento e experiências subjetivas dos doentes. Desta forma, é possível a identificação e tratamento não apenas da doença, mas também da experiência subjetiva que lhe é inerente. (51)

Um estudo publicado em 2008 (52) avaliou a forma como 39 médicos de 11 especialidades avaliam a sua própria inteligência emocional (através da escala WLEI, 2002) e de que forma essa atribuição se correlacionava com a relação médico-doente avaliada pelos doentes através do PDRQ-9 (Physician-Doctor Relationship Questionnaire). Os investigadores não encontraram qualquer correlação entre estas duas variáveis. No entanto, a segunda parte da investigação incluiu um questionário aos enfermeiros dos serviços acerca da inteligência emocional dos clínicos. Aqui, verificou-se uma correlação significativa entre a inteligência emocional de cada médico sob a perspetiva dos enfermeiros e as opiniões dos doentes acerca da relação estabelecida entre eles e esse mesmo médico. Os investigadores argumentaram também que, sendo a Inteligência Emocional uma característica difícil de ensinar nas escolas médicas, este deve ser um critério de seleção no acesso às faculdades de medicina, um argumento já defendido em 1985, (53) num estudo em que a Inteligência Emocional foi considerada como a característica médica “não-ensinável” mais importante.

Opiniões diferentes têm vindo a ser discutidas recentemente. Johnson DR (54) defendeu, num artigo publicado em 2015, que a Inteligência Emocional pode e deve ser ensinada nas escolas médicas. Este autor define esta característica como uma aptidão e não como um traço de personalidade, considerando assim fundamental a sua aprendizagem. O investigador defende um ensino contínuo, e não apenas por curtos períodos de tempo, adaptado à idade, e que permita aos estudantes de medicina um reconhecimento e controlo das emoções humanas, argumentando que os resultados positivos destes mesmos conhecimentos podem começar logo durante a vida académica.

Um dos aspetos que pode contribuir para uma relação médico-doente pouco saudável é o distanciamento sociocultural entre médicos e doentes, que complica, entre outros, a comunicação.

(51) Numa sociedade onde os médicos beneficiam de elevado estatuto social e respeitabilidade, pode haver um desfasamento de realidades que dificulta a compreensão de problemas, prioridades e decisões dos doentes de classes sociais mais baixas. Em 2014, Horvat et al. (55) estudaram o impacto da formação médica direcionada a diferenças culturais na abordagem a doentes de minorias étnicas. Foram para isso usados 5 Randomized Controlled Trials (RCTs) - 3 americanos, 1 canadiano e 1 holandês - avaliando um total de 337 profissionais e 8400 doentes. Os médicos envolvidos nestes estudos foram sujeitos a diferentes tipos de intervenções com o objetivo de melhorar a perceção das diferentes realidades culturais e sociais. Os resultados foram ambíguos, com uma clara melhoria na comunicação, satisfação dos doentes e da compliance, através de uma promoção da relação médico-doente, porém sem diferença estatística nos *outcomes* de saúde (avaliados por apenas 2 estudos). Ainda assim, os autores concluem que este tipo de intervenções serão vantajosas para a prática clínica, diminuindo as desigualdades na saúde. Argumentam também que este tipo de intervenções tem ainda uma larga margem de aperfeiçoamento, podendo no futuro mostrar-se relevantes nos cuidados de saúde.

Outro obstáculo à comunicação eficaz prende-se com o uso de expressões técnicas de difícil compreensão para os doentes. Do mesmo modo, o uso de expressões coloquiais por parte dos doentes pode não ser percebida pelos médicos. Além de deteriorar a relação médico-doente, as falhas de comunicação deste tipo podem dar origem a iatrogenia grave. (51)

Acerca das intervenções para melhorar a comunicação médico-doente, diversos estudos têm sido publicados expondo o sucesso das mesmas. As intervenções junto dos médicos consistem em cursos em que é apresentada informação (escrita ou em seminários) acerca da importância da relação médico-doente e são dadas sugestões sobre como os médicos devem proceder. Posteriormente, os participantes podem praticar através de role-playing. Os resultados são muito

positivos, como atesta uma revisão sistemática publicada por Rao et al. (56) Após estas formações, os médicos tendem a ser mais empáticos, realizar mais perguntas abertas, convidar o doente a participar mais nas decisões diagnósticas e terapêuticas, dedicar mais tempo a informar os doentes acerca dos seus problemas de saúde e confirmar se o doente entendeu o que lhe foi comunicado. Os resultados foram tão mais positivos quanto mais intensa a intervenção (maior número de horas dedicadas). Os doentes demonstraram-se mais satisfeitos com a relação médico-doente, e o *burnout* médico foi menos frequente nos grupos intervencionados do que nos grupos controlo. (35) Os resultados a longo prazo (1 ano após intervenção) não foram no entanto conclusivos, sugerindo que os médicos podem voltar aos seus velhos hábitos quando não continuamente alertados para estes temas. Há na literatura, contudo, diversos estudos que sugerem uma ineficácia de programas de melhoria da comunicação médico-doente, demonstrando que, mesmo que esta melhore os indicadores de saúde, o seu aperfeiçoamento não é fácil, pelo menos com intervenções curtas e apenas direcionadas aos profissionais de saúde. (57)

No que concerne ao ensino dos estudantes de medicina em Portugal, Loureiro et al. (58) realizaram um estudo explorando a perceção dos internos do ano comum acerca das suas próprias *skills* em comunicação. Segundo os autores, o programa das escolas médicas portuguesas é pobre quanto à divulgação de más notícias e comunicação em equipa, assim como na abordagem aos doentes difíceis (doentes com múltiplas queixas, pedidos específicos de medicação, dor crónica, personalidade *borderline* ou atitudes manipuladoras, exigentes ou que contribuem para a manutenção da própria doença). Os resultados mostram que apenas 55% dos internos do ano comum considera que teve um treino em comunicação suficiente para a prática médica. Os autores destacam ainda que os internos indicam a falta de informação dada pelos doentes e a falta de compreensão dos mesmos como causas quase exclusivas para uma relação médico-doente

insatisfatória, resultados preocupantes e reveladores do desconhecimento nesta área. A maior limitação deste estudo prende-se com o facto de os dados provirem apenas da autoavaliação dos médicos. Resultados semelhantes foram apresentados por Egniew et al. (59) que revelaram ainda uma desconexão entre o que é ensinado nas salas de aula e o que posteriormente é praticado à frente dos estudantes de medicina, havendo pouco lugar ao ensino formal de competências relacionais e comunicativas e sendo portanto a maioria da aprendizagem realizada apenas pela observação.

Veldhuijzen et al. (60) reuniram diversas fontes de informação acerca das boas práticas para o estabelecimento da relação médico-doente, e concluiu que além de serem escassas, pouco abrangentes e receberem pouca importância nos manuais de medicina, as recomendações diferem drasticamente entre si, não apresentam recomendações baseadas na evidência e apresentam poucos exemplos práticos.

Um dos fatores que pode afetar a relação médico-doente é a personalidade do médico. Um estudo português com 427 estudantes de medicina nacionais analisou de que forma a personalidade se relaciona com a empatia. (61) Para isso foi usado o NEO-Five Factor Inventory, o modelo de personalidade mais consensual, que postula cinco dimensões de personalidade: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade assim como a Jefferson Scale of Physician Empathy na qual os estudantes autoavaliaram a sua empatia. As dimensões de personalidade mais associadas à empatia médica foram a Abertura à Experiência e a Amabilidade, sendo que, ao contrário do esperado pelos investigadores, não se verificou qualquer associação da empatia com a Conscienciosidade. Este estudo tem no entanto diversas limitações, como o uso exclusivo de dados fornecidos pelos próprios estudantes quanto à sua personalidade e empatia. Quanto à possibilidade das características de personalidade serem passíveis de alteração ou aprendizagem, os autores não são claros, referindo que pode haver algumas características

alteráveis, enquanto outras serão permanentes, e defendendo uma necessidade de mais estudos neste âmbito.

Ruberton et al. (62) estudaram a forma como a humildade do médico se associa a uma relação médico-doente mais saudável. Os autores concluíram que um estilo mais humilde melhora a comunicação no consultório médico, por oposição a um estilo mais arrogante ou paternalista, mesmo excluindo a satisfação do doente e médico com a consulta. A humildade foi aqui definida como um traço de personalidade caracterizado por uma identidade segura e um reconhecimento das próprias virtudes e defeitos. Os resultados foram obtidos através de gravações áudio das consultas e classificados por uma equipa independente. Os autores não apresentam no entanto explicações causais para os resultados.

As consequências de baixos níveis de empatia e más relações com os doentes podem ser prejudiciais para os médicos também. Segundo um estudo recente realizado com questionários de 136 médicos e 131 enfermeiros espanhóis, níveis baixos de empatia podem estar associados a *burnout* médico. (63) De facto, os investigadores encontraram uma correlação muito significativa entre os médicos com mais baixa pontuação na Jefferson Scale of Physician Empathy e maior risco de *burnout* avaliado pela escala de MBI (Maslach Burnout Inventory).

➤ O DOENTE

O doente, enquanto recetor dos cuidados de saúde, assume um papel decisivo na relação médico-doente. Parte dele, normalmente, a iniciativa de procurar ajuda. O doente percebe uma alteração subjetiva da sua homeostasia, interpreta os sintomas de modo particular e atribui a esta experiência um significado próprio. Esta perspetiva denomina-se *illness*, e é responsável pela

procura de ajuda médica. Por seu lado, o médico explora as queixas do doente, procurando enquadrá-las numa entidade nosológica pré-estabelecida e descrita, à qual dá o nome de *disease*. Busca os parâmetros clínicos objetivamente, através de avaliações tão quantitativas quanto possível. Há assim um reducionismo no que toca aos fatores psicossociais, influência dos sintomas na vida do doente ou atribuições e expectativas dos doentes. (51)

O doente, sendo o elemento mais frágil e mais dependente, é o elemento mais prejudicado por uma relação médico-doente pouco saudável. O médico pode, por força de uma relação médico-doente pouco conseguida, sentir-se pouco confortável para explorar aspetos psicossociais do doente, deteriorando a eficácia da consulta. Este aspeto pode mesmo levar o doente a intensificar as queixas físicas, uma vez que pretende uma explicação e validação para os seus problemas, explicação essa que não está a ser devidamente explorada. (64)

O doente traz para a consulta as suas queixas, que pretende ver resolvidas com a ajuda do médico, com o qual estabelece uma relação e no qual reconhece conhecimento, experiência e profissionalismo. No entanto, para que tal relação se forme, nem todos os doentes requerem o mesmo. Um exemplo é apresentado num estudo de Deveugele, (25) que descobriu que as mulheres e idosos tendem a necessitar de mais apoio psicossocial e de mais tempo de consulta, reportando baixos níveis de satisfação quando os mesmos não se verificam. Torna-se assim claro que a manutenção de uma relação médico-doente saudável não exige critérios semelhantes para todos os doentes, pelo que é essencial o médico considerar as características do doente que se lhe apresenta.

Uma dessas características intrínsecas ao doente é a sua idade. Estudos do século passado (65) sugeriram que os doentes mais idosos preferiam um estilo de consulta menos centrado em aspetos psicossociais, com uma visão mais tradicional do encontro com o médico, alheando-se das

decisões a tomar sobre a sua própria saúde. Contudo, esta realidade parece estar a mudar, verificando-se mais recentemente diversos estudos que sugerem o contrário. Como exemplo, Peck MB (66) conduziu em 2011 um estudo avaliando a relação entre a idade dos doentes e a sua necessidade de abordar temas psicossociais. Os resultados revelaram que os doentes com mais de 65 anos reportam maior nível de satisfação com a relação médico-doente quando na consulta lhes é permitido exporem pontos da sua própria agenda e são abordados aspetos psicossociais.

A experiência de doença sofreu alterações significativas com o advento das tecnologias da informação. Graças à vasta disponibilidade de informação na internet, muitos são os doentes que a procuram como fonte de informação acerca da sua saúde. Esta é uma oportunidade para os sistemas de saúde promoverem a educação para a saúde, embora esta prática apresente riscos, que se prendem com a informação falsa, mal fornecida ou mal compreendida. Do ponto de vista da relação médico-doente, a informação consultada *online* pode fazer com que o doente compreenda melhor a sua doença e o que pode fazer para benefício próprio. Por outro lado, pode ser difícil e mesmo frustrante para os médicos desmistificar informações falsas ou mal compreendidas pelos doentes na internet. Esta é, contudo, uma realidade cada vez mais presente na prática clínica e que exige adaptação por parte dos profissionais de saúde. (67) A existência de grupos de ajuda *online* pode também influenciar a relação médico-doente. Estes grupos podem fornecer apoio social e emocional, sobretudo aos doentes e cuidadores de doenças estigmatizantes. Assim, a experiência de doença abre-se a outras pessoas, ao contrário do que acontecia no passado, em que muitas vezes apenas o médico e o doente sabiam do diagnóstico, podendo o médico ser substituído no seu papel de principal confidente. (68)

Outra das funcionalidades da internet é a procura de ajuda médica. De facto, há um número crescente de doentes a procurar assistência na internet. Existem inclusivamente aplicações móveis

onde os utentes podem classificar os médicos e visualizar as classificações dos outros utentes. O acesso prévio a várias opiniões alheias acerca do médico poderá influenciar não só a primeira impressão mas também a própria relação médico-doente. Acresce o facto de essas opiniões provirem de fontes desconhecidas e não serem devidamente justificadas. (69)

Recentemente, têm sido publicados estudos que confirmam a hipótese dos médicos olharem os doentes de diferente modo consoante as suas características físicas, influenciando a relação médico-doente. Como exemplo, há evidência que os médicos tendem a ser menos respeitosos com os doentes obesos (70) e tendem a vê-los como menos seguidores da terapêutica, mesmo quando ajustado para a adesão real. (71) Um estudo publicado em 2013 (72) relacionou o IMC (Índice de Massa Corporal) de 208 doentes com a empatia mostrada pelos médicos, analisada através de gravações áudio das consultas, e portanto sem qualquer recurso a inquéritos. Os resultados são significativos para um maior rácio de tempo dedicado ao discurso biomédico quanto maior é o IMC do doente, significando isto que os médicos tendem a centrar menos o seu discurso em aspetos psicológicos ou sociais quando se encontram perante doentes obesos. Também as demonstrações de confiança e estímulos à participação nas decisões foram menores nos pacientes com maior IMC. Segundo os autores deste estudo, estes resultados são particularmente preocupantes, uma vez que a obesidade é um fator de risco modificável e intimamente associado ao estilo de vida e a fatores psicológicos e sociais.

A relação médico-doente parece portanto ser influenciada pelo estigma associado a certas doenças. Tal acontece quando há uma avaliação negativa e perda de respeito devido a uma característica física ou comportamental, em que o médico responsabiliza parcial ou inteiramente o doente pela causa ou manutenção da doença. O doente sente-se discriminado, inseguro e com vergonha, resultando em baixa autoestima e isolamento social, que em nada beneficiam o curso da

doença e o doente. Assim, é necessário que os médicos tenham uma abordagem holística do doente, percebendo-o no seu contexto psicossocial, compreendendo o impacto da doença na sua qualidade de vida e respeitando a sua autonomia e decisões. (73)

Também o facto de o doente pertencer a minoria étnica parece contribuir para uma desigualdade nos cuidados de saúde. Segundo Schouten et al., (74) os médicos tendem a propor menos tratamentos a estes doentes e a considerar que estes têm uma pior adesão à terapêutica, mesmo controlando para o grau de severidade das patologias e a adesão à terapêutica segundo os doentes. Além disso, as consultas com doentes de minorias étnicas tendem a ter menos tempo dedicado a temas não biomédicos. As consequências destas diferenças não foram alvo de estudo.

O grau de educação e os rendimentos do doente também podem ser uma característica importante no estabelecimento da relação médico-doente. Segundo Willems et al., (75) os doentes com mais habilitações literárias tendem a receber mais informações sobre o seu diagnóstico e a sua saúde que os doentes com menos habilitações. Por outro lado, os primeiros tendem a ser mais intervenientes na consulta, colocando mais questões e procurando intervir nas decisões a tomar. Isto acontece, segundo os autores, não só por iniciativa própria, mas também porque os médicos tendem a dar mais explicações, mesmo quando não pedidas pelo doente. Este facto faz com que os doentes com menos habilitações sintam um controlo diminuto sob as decisões, representando por si só um acréscimo nas desigualdades na saúde.

Um estudo publicado em 2010 (76) analisou dados de 110 doentes norte-americanos com baixos rendimentos, analisando que características desses mesmos doentes seriam preditores da satisfação dos doentes com a comunicação médico-doente. Os resultados revelaram que, neste grupo de doentes, foram os doentes mais jovens, não-brancos, de personalidade mais pessimista e

com maiores níveis de literacia que reportaram pior comunicação com o seu médico. De acordo com os autores, estes são os doentes tradicionalmente mais ativos na relação médico-doente. Surge assim a possibilidade de os médicos não estarem, hoje, preparados para um modelo de saúde com maior participação dos doentes, pese embora o facto de estes doentes mais “interventivos” poderem também ser mais exigentes com os cuidados de saúde.

Numa perspetiva mais abrangente, Thornton et al. (77) propuseram o conceito de “concordância social”, que se resume a um score de concordância de 4 variáveis entre o doente e o médico: idade, género, etnia e habilitações literárias. Os resultados encontraram uma associação clara e proporcional entre este conceito e a satisfação dos médicos e dos doentes com a consulta. As variáveis em causa parecem ter mesmo um efeito cumulativo entre si. Os autores explicam estas diferenças argumentando que quanto mais semelhantes são o médico e o doente, maior a probabilidade de entendimento no consultório, uma vez que mais provável é o entendimento da realidade, expectativa e perspetiva do doente, e melhor é o entendimento verbal e não-verbal. Embora aparentemente incontornável, esta realidade não deve ser vista como tal, uma vez que é possível, segundo os autores, inverte-la através de programas de treino médico que promovam o entendimento de realidades socioculturais diferentes, com vista à melhoria das *skills* de comunicação verbal e não-verbal.

Nenhum dos estudos citados aqui associou as características da relação médico-doente com *outcomes* de saúde, nem incluíram mecanismos explanatórios ou causais para as diferenças encontradas.

➤ A EMPATIA

Um dos componentes mais importantes da relação médico-doente é a empatia. A empatia pode ser definida como uma competência da comunicação, na qual o observador analisa diversas pistas sensoriais para identificar, validar, compreender e por momentos partilhar as emoções do sujeito. É assim uma experiência subjetiva entre o observador (médico) e o sujeito (doente), que se baseia em comunicação verbal e não-verbal. Da mesma forma, o doente percebe no médico a compreensão do seu estado e da forma como se sente e pensa, assim como a preocupação que o médico expressa. Esta perceção do doente contribui em larga escala para a relação médico-doente e para a satisfação do doente. (3)

De facto, é fundamental para a relação médico-doente a compreensão da experiência subjetiva da doença, assim como das explicações dos doentes para os seus sintomas e doenças. Importa ainda perceber qual o impacto pessoal, familiar e social causado pela situação de menor ou maior incapacidade. Perceber ainda as expectativas ou medos que os doentes apresentam tem também grande importância, e necessita de exploração direcionada, uma vez que estes raramente serão declarados por iniciativa própria dos doentes. Para tal, o médico deve ter noção do estatuto e poder que lhe está investido na consulta, usando-o para, de uma forma empática, colher o máximo de informação e compreender as várias realidades descritas. (51)

Embora a empatia seja um termo abstrato e difícil de definir, Ross J e Watling C (78) debruçaram-se em 2017 sobre este tema, propondo um modelo que divide a empatia em 3 componentes-chave e apresentado exemplos para os mesmos. O primeiro é definido como a “empatia de relação”, traduzindo a empatia que naturalmente existe numa relação médico-doente em que ambos os sujeitos se compreendem e trabalham em conjunto para um objetivo comum. A segunda, a “empatia de transição”, transpõe uma negociação entre médico e doente, em que vários

passos têm de ser percorridos até um entendimento comum, uma vez que à partida há diferenças de perspetiva que podem representar entraves à relação médico-doente. Por último, a “empatia instrumental” traduz uma ferramenta que o médico pode usar, deliberadamente, quando há uma falha na cooperação entre médico e doente, e o primeiro tenta perceber quais as causas desta falha, colocando-se “na pele” do doente. Esta última deve ser reservada, segundo os autores, para doentes com psicopatologia, e inclui por exemplo um controlo apertado por parte do médico da sua linguagem não-verbal, por forma a modular as emoções do doente. Enquanto a “empatia de relação” é uma característica da grande maioria dos seres humanos, as últimas duas representam capacidades médicas que devem ser trabalhadas e que requerem inteligência emocional e perceção da realidade do doente.

Embora a empatia seja preconizada pelas escolas médicas como um atributo importante, nem todos os autores concordam com essa premissa. Num artigo publicado em 2010, Smajdor et al. (79) negaram que a empatia seja uma qualidade necessária a um bom médico, defendendo que uma abordagem mais humanística na consulta poderá contribuir para uma perda de objetividade por parte do médico. Embora não se refute a importância da empatia em relações médico-doente duradouras, questiona-se a importância da mesma em serviços de urgência, por exemplo, onde os encontros são de curta duração e a objetividade do médico deve ser protegida a todo o custo. Além disso defenderam que, numa era de responsabilização e autonomia dos doentes, o papel do médico deve alterar-se para o de informador, ou prestador de serviços, ao contrário do “healing agent”, e portanto a cortesia deve ser suficiente e preferível. É ainda argumentado que não está provado que a empatia possa ser ensinada nas faculdades de medicina, e que para que esse tipo de ensinamentos fosse integrado, os currículos teriam de dispensar matérias mais importantes, considerando portanto esta hipótese desvantajosa. Por outro lado, Crane et al. (21) alertaram para o facto de este

treino por parte dos estudantes de medicina dever evitar torna-los máquinas com emoções artificiais, uma vez que os doentes são capazes de detetar esta mesma artificialidade, sendo o processo contraproducente. De facto, os autores destacam o papel da autenticidade das emoções, mas salientam que é fundamental instruir os futuros médicos que genuinamente se importam com os seus doentes de modo a evitar a transmissão de mensagens erradas aos doentes, devido a uma aparente falta de empatia ou uma incoerência entre a linguagem verbal e não-verbal.

Nos últimos anos têm vindo a ser publicados diversos estudos referindo uma diminuição nos níveis de empatia dos estudantes de medicina ao longo dos anos, independentemente da idade, género ou performance académica. (80) Ironicamente, essa queda parece ocorrer precisamente quando o currículo das escolas médicas começa a incluir mais horas práticas de contacto com os doentes. (81) Também no internato parece haver um declínio nos níveis de empatia. (82) Esta hipótese poderia ser explicada por uma consciencialização dos jovens estudantes e internos acerca do dia-a-dia hospitalar, por um afrontamento do idealismo da profissão médica com a realidade e/ou por aspetos como cargas de trabalho exaustivas, privação do sono por trabalho noturno ou número exagerado de doentes. (83) No entanto, vários outros estudos vieram contrapor essa possibilidade, negando qualquer variação da empatia ao longo do curso médico, como demonstra um estudo português publicado em 2013. (84)

Os níveis de empatia parecem também ser influenciados pela especialidade. Num estudo publicado em 2002, (85) os médicos de especialidades com mais contacto com os doentes (medicina geral e familiar, psiquiatria, pediatria, etc) tiveram scores na Jefferson Scale of Physician Empathy estatisticamente mais altos que os médicos de especialidades mais técnicas (especialidades cirúrgicas, radiologia, patologia clínica, etc). Os psiquiatras foram o grupo com melhores scores, em concordância com outros estudos. (86) Será a formação nestas especialidades

responsável pela maior empatia dos profissionais? Ou será a maior empatia, no sentido de característica intrínseca, que leva os estudantes de medicina a procurar especialidades com maior contacto com os doentes? Que aspetos da prática clínica dos psiquiatras fazem com que estes tenham melhores scores de empatia? E poderão os mesmos ser adotados por todos os médicos? Será a empatia igualmente benéfica em todas as especialidades? São questões para já sem resposta na literatura.

Diversos estudos apontam também para um desfasamento na empatia em função do género. De facto, as médicas parecem ter melhores resultados no JSPE do que os seus colegas do sexo masculino. (85),(86) No entanto, a correlação encontrada nestes estudos é estatisticamente fraca, e um outro estudo italiano não revelou quaisquer diferenças tanto na especialidade como no género. (87) Esta pode ser uma consequência de diferenças culturais, embora seja necessário um melhor estudo deste fenómeno.

➤ EFEITO PLACEBO NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Embora pareça afastar-se do tema geral desta revisão, o efeito placebo tem reconhecidamente características que interessam à relação médico-doente. Segundo alguns autores, esta relação pode funcionar como um potenciador do efeito placebo. (88) Um exemplo disso é a demonstração que este efeito não acontece, ou não é tão intenso, quando o doente não sabe que sobre ele está a decorrer uma intervenção médica, o chamado “hidden vs open treatment”. (89) Esta é uma realidade perfeitamente estabelecida na comunidade científica, sendo no entanto desconhecido se os profissionais de saúde reconhecerão que aquando da administração de um fármaco, por exemplo um analgésico por via endovenosa, a falta de informação do doente retira

parte da eficácia desse mesmo tratamento. O mesmo será dizer que uma injeção de medicação analgésica administrada por um profissional e reconhecida pelo doente, por exemplo, tem melhores efeitos do que uma bomba infusora que funciona automaticamente sem qualquer profissional no quarto e portanto sem qualquer indício do seu funcionamento para o doente. A única variável nestas duas realidades é o reconhecimento de uma ação do médico pelo doente, sublinhando a importância da relação médico-doente. No fundo, a questão é se os médicos sabem que podem e devem usar o “efeito placebo” para melhorar as respostas terapêuticas dos doentes, bastando por vezes para isso informá-los do tratamento que propõem administrar, criando uma expectativa positiva que se sabe ter efeitos positivos na saúde. Em adição, este é um ato que não levanta qualquer problema ético, uma vez que se trata verdadeiramente de informar o doente.

Segundo Daniel Moerman, (48) um dos elementos da relação-médico doente que mais influencia o sucesso terapêutico é a convicção do médico no regime terapêutico instituído. Este autor argumenta que esta é uma característica presente na maioria dos profissionais de saúde, devido, em larga escala, à experiência e confiança nas terapêuticas instituídas. Esta convicção é, consciente ou inconscientemente, transmitida ao doente, funcionando como um “efeito placebo”. Por outro lado, quando o médico não confia no regime terapêutico, o sucesso será menos provável, não só pela razão que originou a desconfiança do clínico, mas também pela falta desta “garantia” na perspectiva do doente. Esta é uma explicação que pode também justificar algum do sucesso das medicinas alternativas, onde a relação terapeuta-doente, a crença no tratamento e o ritual associado às terapias parecem ser fundamentais.

Realizando uma pesquisa na PubMed sob o termo “placebo and doctor-patient relationship”, a plataforma devolve apenas 2 artigos com relevância aceitável, ambos artigos de revisão. O primeiro é um estudo da autoria de Fabrizio Benedetti (90) que apresenta diversos

aspectos fisiológicos e neurobiológicos que apontam para uma teórica semelhança do ponto de vista neurobiológico entre a resposta ao placebo e a criação e manutenção de uma boa relação médico-doente. Este autor argumenta que o que os doentes atribuem subconscientemente como “tratamento” começa muito antes do verdadeiro tratamento, nomeadamente no consultório médico ou até na procura de ajuda médica. Neste ambiente, há já por parte do doente uma mudança do seu comportamento no sentido de procurar uma solução para o seu problema, pelo que há uma atribuição positiva ao encontro com o médico, atribuição essa que é muito semelhante à do tratamento em si e que se manifesta pelo “efeito placebo”. Este pode ser um ponto menos perceptível para os clínicos, cuja perspetiva reconhece o tratamento apenas a partir do momento em que há um regime terapêutico estabelecido e cumprido. O autor refere um efeito placebo na relação médico-doente, na medida em que esta aliança pode potenciar tratamentos propostos pelo médico e aceites pelo doente. Da mesma forma, um “efeito nocebo” pode verificar-se quando más expectativas acerca de um tratamento resultam de relações médico-doente menos saudáveis.

O segundo artigo é uma revisão alemã, (91) que defende que “o efeito placebo é modulado pelo contexto do tratamento, as expectativas dos doentes e dos médicos, e pelo sucesso da relação médico-doente”. No entanto, este artigo levanta mais questões do que as que responde, nomeadamente de que forma a relação médico-doente poderá ser por si só responsável por todo ou parte do “efeito placebo”, e quais as características dos médicos que podem ser importantes para conseguir um “efeito placebo” mais robusto. Questiona ainda se haverá médicos melhores neste aspeto, ou se o “efeito nocebo” poderá ser responsável por reduzir a eficácia de tratamentos reconhecidamente válidos à luz da medicina baseada na evidência. A investigadora conclui ainda que as descobertas neurobiológicas recentes relacionadas com o “efeito placebo” poderão facilitar

a aceitação por parte dos médicos mais céticos de que de facto este efeito existe e os placebos podem ser eficazes.

Em 2008, um grupo de investigadores americanos questionou 679 internistas e reumatologistas sobre se e por que razão receitavam placebos ou “tratamentos placebo”, (92) definindo os mesmos como agentes inertes com nenhuma ou pouca atividade farmacológica, usados apenas com o objetivo de promover uma expectativa positiva, ou agentes fisiologicamente ativos – como vitaminas ou antibióticos – prescritos apenas com o intuito de promover “efeitos psicológicos positivos”. Dos participantes, 58% afirmaram fazê-lo de forma regular, e 62% consideraram-no eticamente aceitável. 58% responderam ainda que recomendariam um comprimido de dextrose para o tratamento de fibromialgia, se este se mostrasse estatisticamente melhor que “nenhum tratamento”. Quando perguntados acerca da razão para o fazer, uma larga fatia dos médicos defendeu uma necessidade de ir ao encontro das expectativas do doente, e de criar no doente uma sensação de que está a ser tratado ativamente.

A comunidade médica parece portanto dividida em relação à ética envolvida na prescrição de substâncias apenas com o intuito de produzir um “efeito placebo”. A prescrição de placebos representa uma omissão de informações ao doente, um ato que, embora seja aceite por muitos elementos da comunidade médica, alguns autores consideram tão moralmente reprovável como mentir. (93) Os médicos que defendem a utilização de placebos parecem apoiar-se no princípio ético da beneficência, considerando que estão a agir no melhor interesse do doente, num estilo paternalista. No entanto, esta prática representa vários riscos, uma vez que ameaça a relação de confiança e há, da parte do médico, uma violação do princípio do consentimento informado, uma vez que o doente não recebe toda a informação disponível acerca da terapêutica instituída. (94) A discussão acerca da legitimidade do médico para mentir, omitir ou sonegar informações é altamente

controversa. Contudo, segundo Sissela Bok, (95) os prejuízos associados à revelação da verdade parecem ser menos marcantes que os benefícios da informação completa, uma vez que serão a preocupação e o medo do desconhecido os fatores mais prejudiciais.

À escala nacional, e já em 2017, Braga-Simões et al. (96) realizaram um questionário a 93 médicos de família da região norte de Portugal, no qual 73% dos médicos de família referiu prescrever regularmente placebos. Estes investigadores encontraram ainda uma correlação entre a idade do médico e a prescrição de placebos, concluindo que quanto mais jovem ou menos experiente o médico, maior a probabilidade de o fazer. Acerca das justificações para esta prescrição, as respostas mais obtidas foram “para acalmar o doente” e “como prova terapêutica – distinguir entre sintomas orgânicos e psicossomáticos”. O estudo incluiu ainda uma segunda parte, na qual os médicos preencheram o questionário Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), numa versão traduzida da língua inglesa. Os investigadores encontraram uma correlação positiva entre a prescrição de placebos e a autoavaliação dos médicos acerca da sua empatia para com os doentes. As limitações deste estudo são várias: levantam-se questões acerca da validade da empatia dos médicos, uma vez que os dados resultam de autoavaliações. Em segundo lugar, o estudo apresenta uma amostra relativamente pequena, apenas referente a médicos de família e de uma região bastante circunscrita do país. Além disso, e tal como referem os autores, não há ainda escalas de autoavaliação da empatia validadas em português, pelo que neste estudo foi utilizada uma tradução do inglês que carece de validação. Os autores concluem argumentando que é necessário que os estudantes de medicina tomem conhecimento acerca da prescrição de placebos e das inerentes questões éticas, uma vez que se irão deparar com este dilema várias vezes durante a sua carreira. Acresce que seria muito importante a criação de uma escala de empatia validada para o nosso país.

Parece claro que mais estudos são necessários neste tema. Qual o papel do médico no “efeito placebo”, e quão influente? Será uma boa relação médico-doente importante na criação do “efeito placebo”, nomeadamente inculcando boas expectativas no doente acerca do tratamento e da melhoria do seu estado? Serão alguns médicos melhores que outros? Que características dos médicos e da relação médico-doente permitem antever um “efeito placebo” mais robusto? Têm os médicos, hoje em dia, conhecimento acerca deste tema? E os que têm, aplicam-no no seu dia-a-dia, reconhecendo e influenciando as expectativas dos doentes de modo a conseguir melhores resultados?

CONCLUSÃO

Esta revisão procurou perceber de que forma a relação médico-doente influencia o estado de saúde dos doentes. A qualidade da relação médico-doente é fundamental na satisfação dos doentes, na confiança que os doentes têm no seu médico e nas decisões tomadas, e na adesão dos doentes a tratamentos ou mudanças do estilo de vida. A pesquisa de artigos relacionando diretamente a relação médico-doente com os *outcomes* em saúde revelou uma escassez de investigação acerca desta associação. De facto, são ainda poucos e pouco robustos os estudos que testam os efeitos diretos de uma boa relação médico-doente na saúde. Os que existem sugerem um impacto positivo da mesma, nomeadamente no controlo de doenças como a hipertensão ou a diabetes e portanto na qualidade de vida e longevidade dos doentes. De um ponto de vista teórico, os impactos benéficos de uma relação médico-doente saudável podem ser explicados tanto do ponto de vista cognitivo, com ênfase na importância do apoio social, como do ponto de vista emocional, com a redução da ansiedade, perceção de atenção médica e aumento da confiança e satisfação. Uma interação insatisfatória parece resultar em maior número de reclamações por parte dos doentes, assim como de *burnout* médico.

Uma explicação para a escassez de artigos relacionando a qualidade das interações médico-doente e *outcomes* em saúde prende-se com a dificuldade no estabelecimento desta relação. Em primeiro lugar, devido à dificuldade na avaliação da qualidade da relação médico-doente. Como descrito acima, esta é uma relação extremamente complexa, com inúmeras variáveis, sendo a sua avaliação sempre dependente do ponto de vista subjetivo do médico, doente ou examinador externo. Não existem para já escalas validadas na avaliação da mesma. Por outro lado, o

estabelecimento de relações de causalidade entre as duas variáveis em questão é muito difícil pela elevada quantidade de fatores passíveis de enviesar todo o resultado final.

A relação médico-doente estabelece-se através da comunicação verbal e não-verbal. Sobre esta última, importa referir que aspetos como o posicionamento, postura, toque social, expressão facial, tom de voz ou o ritmo do discurso do médico devem ser tidos em conta pelos profissionais, uma vez que contribuem para a qualidade da comunicação. Outro ponto decisivo parece ser o tempo de consulta, uma vez que mais aspetos psicossociais são discutidos quando o médico dispõe de mais tempo para a consulta, contribuindo para a satisfação dos doentes e para uma melhor relação médico-doente.

Os doentes procuram nos cuidados de saúde, antes de mais, uma causa para os problemas que atravessam, a validação destes e, por fim, uma solução para os mesmos. O seu aspeto, género, idade, cultura, etnia, estatuto social, personalidade, comorbilidades, entre outros, condicionam a relação médico-doente, não só por distinguirem a pessoa em si, mas também por modularem a abordagem por parte dos profissionais de saúde. São os doentes os mais dependentes de uma boa relação médico-doente, e recaem sobre estes as consequências de uma interação pouco satisfatória.

Por outro lado, as características dos médicos parecem assumir também um papel preponderante. O seu estatuto social pode condicionar uma maior distância ao doente, tornando difícil a compreensão da realidade, atitudes e queixas do mesmo. O uso do jargão médico pode também ser um fator prejudicial à comunicação eficaz. De facto, parece ser o profissional de saúde o maior determinante da qualidade da relação médico-doente, verificando-se que certos médicos produzem constantemente melhores relações que outros. Este fenómeno carece de um estudo aprofundado, uma vez que não é absolutamente claro que a capacidade de formar melhores relações

médico-doente se explique apenas com base em capacidades comunicativas, empatia ou maior atenção a aspetos psicossociais. Além da largamente abordada empatia médica, vários artigos apontam para a importância da inteligência emocional como um aspeto fundamental à prática médica.

Quanto à abordagem da relação médico-doente pelas faculdades de medicina, diversos autores consideram ser insuficiente o número de horas dedicadas, com escassa componente prática e por conseguinte diminuta a preparação dos alunos de medicina. É portanto necessária uma intervenção a este nível, com vista a preparar melhor os futuros médicos para a formação constante de boas relações médico-doente.

Como implicações dos conhecimentos aqui revistos para a prática clínica, destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde tomarem conhecimento da importância da relação médico-doente, uma vez que esta parece ter uma importância direta na saúde dos doentes. Trata-se de um elemento universalmente disponível e sem custos acrescidos que parece ter um papel importante na saúde da população. Estes devem compreender também que esta relação depende mais das características e capacidades dos médicos do que dos doentes. Há assim ilações a tirar do ponto de vista académico: embora não consensualmente, a maioria dos autores propõe uma revisão dos currículos das faculdades de medicina no sentido de incluir mais horas para o ensino teórico e prático de como abordar os doentes e com eles formar relações médico-doente saudáveis, uma vez que, neste momento, os currículos parecem ser manifestamente insuficientes na área.

Investigação futura deverá procurar responder diversas questões importantes que, para já, se mantêm sem resposta. Seria por exemplo importante descobrir se a relação médico-doente é igualmente importante e influente na saúde em todos os contextos ou especialidades médicas.

Numa era em que as tecnologias da comunicação têm um papel crescente, urge saber o grau de influência da crescente disponibilidade de informação na relação entre o médico e o doente. Importa também conhecer as causas da discrepância entre os médicos, no que toca à qualidade da relação médico-doente que estabelecem, e se essas causas são modificáveis. Serão as características de um médico que consistentemente forma boas alianças terapêuticas inatas ou adquiridas? Será possível ensinar as mesmas nas escolas médicas?

É também fundamental investigar estas questões no panorama nacional. As particularidades da relação médico-doente dependem de características culturais das populações e de cada doente em particular. Assim, a extrapolação de resultados de estudos estrangeiros para a realidade portuguesa apresenta um viés que seria importante eliminar através de estudos com médicos e doentes portugueses.

Concluindo, é hoje claro que a relação médico-doente não é apenas um acessório de pouca importância no contexto da saúde, e a sua avaliação e aperfeiçoamento contribuem diretamente para a melhoria dos cuidados de saúde. Uma relação médico-doente empática não se opõe à objetividade médica, e deve ser estudada objetivamente e com rigor científico, pese embora as dificuldades do seu estudo. A relação médico-doente é, em suma, um elemento poderoso que aumenta a eficácia dos sistemas de saúde, e deve ser considerada, ensinada e trabalhada como tal.

REFERÊNCIAS

1. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research. *Soc Sci Med.* 2013 Nov;96:147-53. PubMed PMID: 24034962. Epub 2013/09/17. eng.
2. Lown B. The Lost Art of Healing. New York: Ballantine Books. In: Silverman BD. Physician behavior and bedside manners: the influence of William Osler and The Johns Hopkins School of Medicine. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2012 Jan;25(1):58-61. PubMed PMID: 22275787. PMCID: PMC3246857. Epub 2012/01/26. eng.
3. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci.* 2014;8. PubMed PMID: 25642175. PMCID: 4294163. eng.
4. Jewson ND. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Int J Epidemiol.* 2009 Jun;38(3):622-33. PubMed PMID: 19433521. Epub 2009/05/13. eng.
5. Singer C. Hippocrates and the Hippocratic Collection. *Encyclopedia Britannic IK, R., Sooriakumaran P.* The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007 Feb;5(1):57-65. PubMed PMID: 17386916. Epub 2007/03/28. eng.
6. Hellin T. The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia.* 2002 May;8(3):450-4. PubMed PMID: 12010450. Epub 2002/05/16. eng.
7. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007 Feb;5(1):57-65. PubMed PMID: 17386916. Epub 2007/03/28. eng.
8. Watzlawick P, Beavin-Bavelas J, Jackson D. Some Tentative Axioms of Communication. In: Company WWN, editor. *Pragmatics of Human Communication - A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes.* New York 1967. p. 48-71.
9. Parsons T. *The Social System:* Routledge & Kegan Paul Ltd; 1951.
10. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956 May;97(5):585-92. PubMed PMID: 13312700. Epub 1956/05/01. eng.
11. Conrad P. Eliot Freidson's revolution in medical sociology. *Health (London).* 11. England 2007. p. 141-4.

12. Mendis S. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization; 2014.
13. Robinson JD. SAGE Reference - Nonverbal Communication and Physician-Patient Interaction: Review and New Directions. In: Manusov V, editor. The SAGE Handbook of Nonverbal Communication 2006.
14. Polinski JM, Kesselheim AS, Frolkis JP, Wescott P, Allen-Coleman C, Fischer MA. A matter of trust: patient barriers to primary medication adherence. *Health Educ Res.* 2014 Oct;29(5):755-63. PubMed PMID: 24838119. Epub 2014/05/20. eng.
15. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004 Sep;27(3):237-51. PubMed PMID: 15312283. Epub 2004/08/18. eng.
16. Street RL, Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009 Mar;74(3):295-301. PubMed PMID: 19150199. Epub 2009/01/20. eng.
17. Cousin G, Schmid Mast M, Jaunin-Stalder N. When physician-expressed uncertainty leads to patient dissatisfaction: a gender study. *Med Educ.* 2013 Sep;47(9):923-31. PubMed PMID: 23931541. Epub 2013/08/13. eng.
18. Gupta A, Harris S, Naina HV. The impact of physician posture during oncology patient encounters. *J Cancer Educ.* 2015 Jun;30(2):395-7. PubMed PMID: 25757904. Epub 2015/03/12. eng.
19. Montague E, Chen P, Xu J, A. Chewning B, Barrett B. Nonverbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *Participat Med.* 2013;5.
20. Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Fujimori S, Shimizu T, Yano E. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Med Educ.* 2006 Dec;40(12):1180-7. PubMed PMID: 17118111. Epub 2006/11/23. eng.
21. Crane J, Crane FG. Optimal nonverbal communications strategies physicians should engage in to promote positive clinical outcomes. *Health Mark Q.* 2010 Jul;27(3):262-74. PubMed PMID: 20706894. Epub 2010/08/14. eng.
22. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2007 Aug;67(3):315-8. PubMed PMID: 17478072. Epub 2007/05/05. eng.

23. Borja-Santos R. Saúde. Ministro concorda que devem ser os médicos a definir os tempos de consulta [Online Newspaper]. @publico; 2017 [updated 08/02/2017; cited 2017 01/12/2017]. Available from: <https://www.publico.pt/2017/02/08/sociedade/noticia/ministro-concorda-que-devem-ser-os-medicos-a-definir-os-tempos-de-consulta-1761337>.
24. Arreigoso VL. Ordem quer consultas médicas com duração mínima de 20 minutos [online]. online: @expresso; 2017 [updated 14/11/2017/29/11/2017]. Available from: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2017-11-14-Ordem-quer-consultas-medicas-com-duracao-minima-de-20-minutos>.
25. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *Bmj*. 2002 Aug 31;325(7362):472. PubMed PMID: 12202329. PMCID: PMC119444. Epub 2002/08/31. eng.
26. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract*. 1991 Feb;41(343):48-54. PubMed PMID: 2031735. PMCID: 1371550. eng.
27. Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2007 May 17;7:71. PubMed PMID: 17506904. PMCID: PMC1890290. Epub 2007/05/18. eng.
28. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2016 Dec;66(653):e896-903. PubMed PMID: 27777231. PMCID: 5198642. eng.
29. Lemon TI, Smith RH. Consultation Content not Consultation Length Improves Patient Satisfaction. *J Family Med Prim Care*. 2014 Oct-Dec;3(4):333-9. PubMed PMID: 25657939. PMCID: PMC4311338. Epub 2015/02/07. eng.
30. Ruga W. Your general practice environment can improve your community's health. *Br J Gen Pract*. 2008 Jul;58(552):460-2. PubMed PMID: 18611310. PMCID: PMC2441505. Epub 2008/07/10. eng.
31. Rice G, Ingram J, Mizan J. Enhancing a primary care environment: a case study of effects on patients and staff in a single general practice. *Br J Gen Pract*. 2008 Jul;58(552):465-70. PubMed PMID: 18611307. PMCID: PMC2441527. Epub 2008/07/10. eng.

32. Clever SL, Jin L, Levinson W, Meltzer DO. Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Serv Res.* 2008 Oct;43(5 Pt 1):1505-19. PubMed PMID: 18459954. PMCID: PMC2653895. Epub 2008/05/08. eng.
33. Cydulka RK, Tamayo-Sarver J, Gage A, Bagnoli D. Association of patient satisfaction with complaints and risk management among emergency physicians. *J Emerg Med.* 2011 Oct;41(4):405-11. PubMed PMID: 21215554. Epub 2011/01/07. eng.
34. Nash L, Tennant C, Walton M. The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors. *Australas Psychiatry.* 2004 Sep;12(3):278-81; discussion 82. PubMed PMID: 15715791. Epub 2005/02/18. eng.
35. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016 Jul;31(7):755-61. PubMed PMID: 26921153. PMCID: PMC4907940. Epub 2016/02/28. eng.
36. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol.* 1987;6(1):29-42. PubMed PMID: 3816743. Epub 1987/01/01. eng.
37. Almas A, Bhamani F, Khan AH. Better physician-patient communication; an important milestone in control of hypertension, a multicenter study from Karachi, Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2014 Dec;24(12):952-4. PubMed PMID: 25523737. Epub 2014/12/20. eng.
38. Matthes J, Albus C. Improving adherence with medication: a selective literature review based on the example of hypertension treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2014 Jan 24;111(4):41-7. PubMed PMID: 24612495. PMCID: PMC3950822. Epub 2014/03/13. eng.
39. Mariampillai JE, Eskas PA, Heimark S, Larstorp AC, Fadl Elmula FE, Hoiegggen A, et al. Apparent treatment-resistant hypertension - patient-physician relationship and ethical issues. *Blood Press.* 2017 Jun;26(3):133-8. PubMed PMID: 28078909. Epub 2017/01/13. eng.
40. Ward MM, Sundaramurthy S, Lotstein D, Bush TM, Neuwelt CM, Street RL, Jr. Participatory patient-physician communication and morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2003 Dec 15;49(6):810-8. PubMed PMID: 14673968. Epub 2003/12/16. eng.

41. Andersen MR, Sweet E, Lowe KA, Standish LJ, Drescher CW, Goff BA. Involvement in decision-making about treatment and ovarian cancer survivor quality of life. *Gynecol Oncol.* 2012 Mar;124(3):465-70. PubMed PMID: 22044688. PMCID: PMC4727540. Epub 2011/11/03. eng.
42. Garcia de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ.* 2016 Mar 28;16:99. PubMed PMID: 27017939. PMCID: PMC4809037. Epub 2016/03/29. eng.
43. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns.* 2013 Oct;93(1):18-26. PubMed PMID: 23199592. Epub 2012/12/04. eng.
44. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol.* 2012 Jan;65(1):10-5. PubMed PMID: 22118265. Epub 2011/11/29. eng.
45. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011 Mar;86(3):359-64. PubMed PMID: 21248604. eng.
46. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol.* 2007 Dec;75(6):842-52. PubMed PMID: 18085902. eng.
47. Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012 Nov;32(7):642-9. PubMed PMID: 22922705. Epub 2012/07/21. eng.
48. Moerman D. Doctors and Patients. In: Harwood A, editor. *Meaning, Medicine and the Placebo Effect*: Cambridge University Press; 2002.
49. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *Am Psychol.* 2008 Sep;63(6):503-17. PubMed PMID: 18793038. Epub 2008/09/17. eng.
50. Birks YF, Watt IS. Emotional intelligence and patient-centred care. *J R Soc Med.* 2007 Aug;100(8):368-74. PubMed PMID: 17682030. PMCID: PMC1939962. eng.

51. Quartilho MJ. Avaliação. In: Coimbra IdUd, editor. O Processo de Somatização. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016. p. 363-6.
52. Weng HC, Chen HC, Chen HJ, Lu K, Hung SY. Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship. *Med Educ*. 2008 Jul;42(7):703-11. PubMed PMID: 18588649. Epub 2008/07/01. eng.
53. Sade RM, Stroud MR, Levine JH, Fleming GA. Criteria for selection of future physicians. *Ann Surg*. 1985 Feb;201(2):225-30. PubMed PMID: 3970604. PMCID: PMC1250645. Epub 1985/02/01. eng.
54. Johnson DR. Emotional intelligence as a crucial component to medical education. *Int J Med Educ*. 2015 Dec 06;6:179-83. PubMed PMID: 26638080. PMCID: PMC4691185. Epub 2015/12/08. eng.
55. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 May 05(5):Cd009405. PubMed PMID: 24793445. Epub 2014/05/06. eng.
56. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care*. 2007 Apr;45(4):340-9. PubMed PMID: 17496718. Epub 2007/05/15. eng.
57. Manze MG, Orner MB, Glickman M, Pbert L, Berlowitz D, Kressin NR. Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. *Patient Educ Couns*. 2015 Feb;98(2):191-8. PubMed PMID: 25468397. PMCID: PMC4282944. Epub 2014/12/04. eng.
58. Loureiro E, Severo M, Ferreira MA. Attitudes of Portuguese medical residents' towards clinical communication skills. *Patient Educ Couns*. 2015 Aug;98(8):1039-43. PubMed PMID: 25952927. Epub 2015/05/09. eng.
59. Egniew TR, Wilson HJ. Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*. 2010 2010/05/01;79(2):199-206.
60. Veldhuijzen W, Ram P, van der Weijden T, Wassink M, van der Vleuten C. Much variety and little evidence: a description of guidelines for doctor-patient communication. *Med Educ*. 2007 Feb;41(2):138-45. PubMed PMID: 17269946. Epub 2007/02/03. eng.

61. Costa P, Alves R, Neto I, Marvão P, Portela M, Costa MJ. Associations between Medical Student Empathy and Personality: A Multi-Institutional Study. *PLoS One*. 2014;9(3). PubMed PMID: 24637613. eng.
62. Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Educ Couns*. 2016 Jul;99(7):1138-45. PubMed PMID: 26830544. Epub 2016/02/03. eng.
63. Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-Gonzalez J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract*. 2017 Dec;23(1):4-10. PubMed PMID: 27723375. Epub 2016/10/11. eng.
64. Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. *Patient Educ Couns*. 2007 Aug;67(3):246-54. PubMed PMID: 17428634. Epub 2007/04/13. eng.
65. Greene MG, Adelman RD, Friedmann E, Charon R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Soc Sci Med*. 1994 May;38(9):1279-88. PubMed PMID: 8016691. Epub 1994/05/01. eng.
66. Peck BM. Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2011;2011:137492. PubMed PMID: 22007206. PMCID: PMC3189462. Epub 2011/10/19. eng.
67. Moick M, Terlutter R. Physicians' motives for professional internet use and differences in attitudes toward the internet-informed patient, physician-patient communication, and prescribing behavior. *Med 2 0*. 2012 Jul-Dec;1(2):e2. PubMed PMID: 25075230. PMCID: PMC4084769. Epub 2012/07/01. eng.
68. Mehta N, Atreja A. Online social support networks. *Int Rev Psychiatry*. 2015 Apr;27(2):118-23. PubMed PMID: 25800079. Epub 2015/03/25. eng.
69. Bidmon S, Terlutter R, Rottl J. What explains usage of mobile physician-rating apps? Results from a web-based questionnaire. *J Med Internet Res*. 2014 Jun 11;16(6):e148. PubMed PMID: 24918859. PMCID: PMC4071227. Epub 2014/06/12. eng.
70. Huizinga MM, Cooper LA, Bleich SN, Clark JM, Beach MC. Physician respect for patients with obesity. *J Gen Intern Med*. 2009 Nov;24(11):1236-9. PubMed PMID: 19763700. PMCID: PMC2771236. Epub 2009/09/19. eng.

71. Huizinga MM, Bleich SN, Beach MC, Clark JM, Cooper LA. Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by obesity status. *Obesity (Silver Spring)*. 2010 Oct;18(10):1932-7. PubMed PMID: 20186132. PMCID: PMC3149807. Epub 2010/02/27. eng.
72. Gudzone KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity (Silver Spring)*. 2013 Oct;21(10):2146-52. PubMed PMID: 23512862. PMCID: PMC3694993. Epub 2013/03/21. eng.
73. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns*. 2014 Oct;97(1):128-31. PubMed PMID: 25049164. PMCID: PMC4162829. Epub 2014/07/23. eng.
74. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006 Dec;64(1-3):21-34. PubMed PMID: 16427760. Epub 2006/01/24. eng.
75. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005 Feb;56(2):139-46. PubMed PMID: 15653242. Epub 2005/01/18. eng.
76. Jensen JD, King AJ, Guntzviller LM, Davis LA. Patient-provider communication and low-income adults: age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2010 Apr;79(1):30-5. PubMed PMID: 19879093. Epub 2009/11/03. eng.
77. Johnson Thornton RL, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient-Physician Social Concordance, Medical Visit Communication and Patients' Perceptions of Health Care Quality. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):e201-8. PubMed PMID: 21840150. PMCID: 3217162. eng.
78. Ross J, Watling C. Use of empathy in psychiatric practice: constructivist grounded theory study. *BJPsych Open*. 2017 Jan;3(1):26-33. PubMed PMID: 28243463. PMCID: PMC5299383. Epub 2017/03/01. eng.
79. Smajdor A, Stöckl A, Salter C. The limits of empathy: problems in medical education and practice. *Journal of Medical Ethics*. 2011 2011-06-01;37:380-3. en.
80. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004 Sep;38(9):934-41. PubMed PMID: 15327674. Epub 2004/08/26. eng.

81. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009 Sep;84(9):1182-91. PubMed PMID: 19707055. Epub 2009/08/27. eng.
82. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Gonnella JS, Magee M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *J Soc Psychol.* 2005 Dec;145(6):663-72. PubMed PMID: 16334513. Epub 2005/12/13. eng.
83. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med.* 2006 Jan;81(1):82-5. PubMed PMID: 16377826. Epub 2005/12/27. eng.
84. Costa P, Magalhaes E, Costa MJ. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013 Aug;18(3):509-22. PubMed PMID: 22760725. Epub 2012/07/05. eng.
85. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002 Sep;159(9):1563-9. PubMed PMID: 12202278. Epub 2002/08/31. eng.
86. Chaitoff A, Sun B, Windover A, Bokar D, Featherall J, Rothberg MB, et al. Associations Between Physician Empathy, Physician Characteristics, and Standardized Measures of Patient Experience. *Acad Med.* 2017 Oct;92(10):1464-71. PubMed PMID: 28379929. Epub 2017/04/06. eng.
87. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med.* 2009 Sep;84(9):1198-202. PubMed PMID: 19707057. Epub 2009/08/27. eng.
88. Jensen KB, Petrovic P, Kerr CE, Kirsch I, Raicek J, Cheetham A, et al. Sharing pain and relief: neural correlates of physicians during treatment of patients. *Molecular Psychiatry.* 2014 2013-01-29;19(3):392. En.
89. Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, Benedetti F. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2004 Nov;3(11):679-84. PubMed PMID: 15488461. Epub 2004/10/19. eng.
90. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev.* 2013 Jul;93(3):1207-46. PubMed PMID: 23899563. PMCID: PMC3962549. Epub 2013/08/01. eng.

91. Scriba PC. [Placebo and the relationship between doctors and patients. Overview]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012 Sep;55(9):1113-7. PubMed PMID: 22936478. Epub 2012/09/01. Placeboaspekte der Arzt-Patienten-Beziehung. *Ubersicht*. ger.
92. Tilburt JC, Emanuel EJ, Kaptchuk TJ, Curlin FA, Miller FG. Prescribing "placebo treatments": results of national survey of US internists and rheumatologists. *Bmj*. 2008 Oct 23;337:a1938. PubMed PMID: 18948346. PMCID: PMC2572204. Epub 2008/10/25. eng.
93. Cox CL, Fritz Z. Should non-disclosures be considered as morally equivalent to lies within the doctor-patient relationship? *J Med Ethics*. 2016 Oct;42(10):632-5. PubMed PMID: 27451425. PMCID: PMC5099315. Epub 2016/07/28. eng.
94. Finnis DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*. 2010 Feb 20;375(9715):686-95. PubMed PMID: 20171404. PMCID: PMC2832199. Epub 2010/02/23. eng.
95. Weiss G, Lonnquist L. The Physician-Patient Relationship: Background and Models. In: Pearson, editor. *The Sociology of Health, Healing and Illness*. 8th ed2015. p. 273-300.
96. Braga-Simoes J, Costa PS, Yaphe J. Placebo prescription and empathy of the physician: A cross-sectional study. *Eur J Gen Pract*. 2017 Dec;23(1):98-104. PubMed PMID: 28347193. Epub 2017/03/30. eng.