

4 Relação Médico-Doente

António Ferreira de Macedo e Maria Helena Pinto de Azevedo

«A qualidade dos cuidados médicos depende em última análise da interação entre o médico e o doente e existe uma abundante evidência que na prática corrente, essa interação é frequentemente desapontadora para ambas as partes... Dos vários factores que contribuem para esse descontentamento, certamente que um dos mais importantes é a deficiente comunicação entre o médico e o doente.»

Korsch, Negrete¹

1. INTRODUÇÃO

Embora com algumas décadas, a citação introdutória continua com plena actualidade e grande relevância para dar o mote a um capítulo sobre a relação médico-doente (MD). A verdade é que enquanto existirem doentes e médicos e estes não forem substituídos por algum equivalente robótico, a relação MD constitui-se como a matriz e o sustentáculo de toda a prática médica.

Apesar de constituir uma evidência, não é demais salientar que o médico não substancia um simples «fazedor» de diagnósticos ou dispensador de prescrições. Se assim fosse, poderia até, porventura, ser substituído (se calhar com mais vantagens de economia e fiabilidade) pelo tal robô. É muito mais do que isso, o que fica mais claro quando se evidenciam algumas causas de mal-estar na relação MD, sendo uma das principais a dissonância entre as expectativas do doente e do médico, bem ilustrada pelas palavras de Glick²:

«There is a major dissonance between the patient's and the physician's perception. Patients need caring as much as curing. They insist in both. But modern physicians, enthralled with their newly discovered ability to cure, have learned to seek their gratification in this capacity, often forgetting the caring mode and sometimes leaving patients frustrated and angry even when cured.»

Como é que um doente curado pode ficar «frustrado» ou mesmo «zangado»? Como iremos mostrar, a compreensão deste aparente paradoxo passa, primeiro, por entendermos a evolução conceptual dos modelos médicos e sua contextualização sociológica, com especial ênfase nos modelos biomédico e biopsicossocial (BPS). Após este intróito, focamos a atenção no âmbito da relação MD propriamente dita, onde salientamos a importância central das competências de comunicação requeridas para a satisfação das múltiplas necessidades dos doentes, tal como sintetizadas por Ong, et al.³: *«the need to know and understand (cure) and the need to feel known and understood (care)»*. Depois, e tendo em conta o contexto em que este capítulo se insere, abordaremos alguns aspectos específicos da relação MD, no âmbito da ginecologia, incluindo as questões ligadas à oncologia. Terminamos com uma breve nota relativa ao impacto que as novas tecnologias de informação terão na relação MD que desde já se desenha, mas cujas consequências ainda não são completamente previsíveis na sua totalidade.

2. MODELOS MÉDICOS – EVOLUÇÃO CONCEPTUAL E CONSEQUÊNCIAS

É longa a história da construção de significações sobre a natureza, funções e estrutura do corpo e consequentemente das perspectivas sobre os processos de saúde e doença. A resultante dessa evolução conceptual ao imprimir em cada época o seu cunho no ensino médico, não podia deixar de influenciar de forma determinante, a própria práxis médica e, em última análise, o modo como doentes e médicos se relacionam. Simplificando esse percurso histórico, podemos dizer que a medicina tem oscilado entre duas perspectivas básicas:

- Funcional ou fisiológica: com origem na medicina hipocrática, explica a causa das doenças como um desequilíbrio entre as forças da natureza e a pessoa. Isto é, temos aqui uma perspectiva ecológica *avant la lettre*. A prática médica centra-se no doente como um todo e no seu ambiente, evitando ligar a doença a perturbações orgânicas específicas.
- Ontológica: as doenças são vistas como entidades autónomas («coisificadas») que invadem o organismo e são desenraizadas do seu suporte natural (i.e., o doente). Na prática, o foco de atenção tende a desviar-se do doente para a doença.

Esta última perspectiva, com alguns picos ao longo dos séculos, tem um desenvolvimento particularmente notório a partir do século XIX, influenciada por um lado pela corrente filosófica do Positivismo e por outro, pelo desenvolvimento tecnológico e aprofundamento das bases científicas da própria medicina. O paradigma do modelo infeccioso de Pasteur institui-se como um dos motores conceptuais para o desenvolvimento de uma medicina científica e clarividente, emanando de um modelo simples e eficaz, porque assente num raciocínio de limpidez etiológica de causalidade linear: um agente – uma doença – um tratamento. É na primeira metade do século XX que se atinge o apo-

geu desta concepção ontológica das doenças como «entidades» autónomas, com a sua etiologia, fisiopatologia e evolução próprias. Este modelo predominantemente centrado sobre a dimensão biológica da pessoa, por isso designado biomédico, constitui a base conceptual e metodológica da moderna medicina científica⁴. Neste contexto, a doença é definida com base em desvios da biologia corporal, num modelo essencialmente reducionista, no qual corpo humano é assumido como uma invariância universal sujeito a um conjunto comum de doenças, elas também experienciadas de uma forma universal. Esta abordagem mecanicista, herdeira da tradição cartesiana, perspectiva os indivíduos como máquinas físico-químicas, cujos defeitos (doenças) são susceptíveis de ser reparados por meios físicos (cirurgia) ou químicos (farmacológicos). O ideal do médico, como corolário lógico desta metáfora mecânica, é como refere Alexander⁵, tornar-se uma espécie de «engenheiro do corpo». Não é pois surpreendente que, neste enquadramento conceptual, o papel desempenhado pelos factores psicológicos e sociais, bem como a sua interacção com os factores biológicos, fossem negligenciados. A importância dos aspectos psicossociais, na etiologia da doença, era desvalorizada, sendo estes factores mais associados às consequências do que às causas da doença.

Não negamos a importância dos aportes que o modelo biomédico acarretou para a medicina, contribuindo para um desenvolvimento ímpar. O que queremos sublinhar é que o reducionismo fiscalista que lhe está subjacente teve várias consequências negativas que enfraqueceram a sua validade como paradigma para uma prática médica adequada, dando primazia à tecnologia e secundarizando a relação MD.

Referimos médico e doente no masculino (excepto no caso da obstetria e ginecologia em que os doentes são sempre mulheres). No entanto, reconhecemos que o género feminino está maioritariamente representado nas nossas Faculdades de Medicina.

2.1. DA NECESSIDADE DE NOVOS MODELOS

«As fronteiras entre saúde e doença, entre bem-estar e mal-estar, estão longe de serem claras, já que são disseminadas por considerações culturais, sociais e psicológicas. A concepção biomédica tradicional, onde os índices biológicos são o critério último para a definição da doença, leva ao presente paradoxo, no qual é dito a algumas pessoas com resultados laboratoriais positivos que têm necessidade de ser tratadas, quando de facto se sentem bastante bem, enquanto que outras se sentem doentes, mas é-lhes assegurado que estão bem, ou seja, não têm doença.»⁴

Destas palavras de Engel⁴, considerado o «pai» do modelo BPS, se depreende que o modelo biomédico tinha esgotado a sua utilidade e criava situações paradoxais de incapacidade de resposta em certas situações clínicas, como as acima enunciadas. No entanto, este é apenas o culminar de diversos contributos que, provenientes de fora e de dentro da medicina, foram abalando o edifício do modelo biomédico. Entre os últimos, temos como exemplo o caso da Medicina Psicossomática, que ao evidenciar a interação entre os mecanismos psicológicos e as doenças físicas, questionou a perigosa artificialidade do dualismo mente-corpo. Outras disciplinas, como a Saúde Comportamental/Medicina Comportamental, resultaram da integração na medicina de conhecimentos e modelos provenientes da Psicologia, ciência que mais recentemente desenvolveu um ramo específico – Psicologia da Saúde (PS). No entanto, vários contributos externos à medicina, tais como os provenientes da Antropologia e Sociologia Médicas, também reforçaram a necessidade de novos modelos e, necessariamente novas práticas. A Sociologia Médica argumenta que a saúde e a doença constituem experiências que também são socialmente construídas, no sentido em que a nossa visão dos processos de saúde e de doença é influenciada por um sistema

de crenças, o qual, por sua vez se desenvolveu num contexto social e cultural específico. Por outro lado, esses mesmos processos são socialmente influenciados por uma multiplicidade de factores socioeconómicos tais como condições de emprego/desemprego, família e educação, que actuam como factores de vulnerabilidade ou pelo contrário, como protectores da doença. Não são apenas estes aspectos sociais que podem influenciar o estado de saúde/doença. As significações subjectivas, relacionadas com a forma como a pessoa se avalia a si própria e ao mundo, podem ter um papel extremamente importante na saúde das pessoas, sendo de realçar que os «estados emocionais negativos» podem actuar como factores precipitantes ou de manutenção das doenças físicas. Por exemplo, as investigações efectuadas no campo da psiconeuroimunologia sugerem que os estados depressivos, processos de luto e stresse psicológico intenso parecem comprometer, em maior ou menor grau, o funcionamento do sistema imunológico e que, pelo contrário, os «estados emocionais positivos» podem agir como factores protectores.

Outra disciplina, a Antropologia Médica, pela compreensão transcultural das variáveis envolvidas nos cuidados de saúde, também contribuiu para desafiar as crenças de invariância do modelo biomédico tradicional, bem como para perspectivar uma visão mais lata da saúde e doença, ao investigar o modo como as pessoas, em diferentes contextos culturais e sociais, procuram explicar as causas do seu estado de saúde e doença, as crenças sobre os tipos de tratamento e os comportamentos de procura de ajuda.

2.2. NOVOS CONCEITOS DE SAÚDE

Em paralelo com as mudanças no *background* filosófico e científico, outros factores foram exercendo uma pressão de mudança mais directa no que diz respeito à prática médica e consequentemente, na

própria relação MD. Nos países desenvolvidos, o facto da esperança de vida quase ter duplicado no século XX, determinou uma viragem na prevalência relativa de grandes grupos mórbidos: ocorreu uma drástica diminuição das patologias infecciosas responsáveis pela maior fatia de mortalidade e um progressivo aumento das doenças crónicas/degenerativas. Estas últimas carecem de tratamentos prolongados em que a tónica se coloca no controlo/reabilitação e não na cura. Este facto epidemiológico veio determinar mudanças profundas nos planos de cuidados: os tratamentos exigem um envolvimento activo dos doentes no seu processo terapêutico e, por outro lado, as doenças crónicas têm repercussões psicológicas e sociais mais ou menos graves, as quais podem constituir factores agravantes dos problemas físicos. Estas circunstâncias criam novas necessidades, ditando uma avaliação global do doente, bem como o desenho e implementação de um plano de cuidados personalizado e mais compreensivo, porque baseado numa visão mais abrangente que, para além da doença, obriga a olhar novamente para o doente.

É de salientar que a maior abrangência da concepção de saúde ficou consagrada na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) como um «estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade». Esta definição teve a vantagem de explicitamente introduzir um conceito alargado de bem-estar que incluiu as vertentes psicológicas e sociais (definição positiva) e não simplesmente a ausência de saúde (definição negativa). No entanto, como salienta Cruz Reis⁶, apesar da sua útil formulação multidimensional, esta definição tem a desvantagem de ser utópica, na medida em que ninguém atinge um «completo» bem-estar físico, mental e social. Dubos⁷ vai mais longe afirmando que um conceito de saúde que apele para um estado ideal de saúde (como o da OMS), pode

tornar-se perigoso se o seu carácter inatingível for esquecido.

2.3. ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL

No modelo BPS, o objectivo teórico e metodológico da medicina deve consistir na interligação das dimensões biológica, psicológica e social da pessoa, sendo que cada uma dessas dimensões, por si só, não fornece uma compreensão cabal dos processos de saúde e de doença. A medicina deve assim assumir uma postura sistémica, considerando o doente enquanto entidade global e não apenas na vertente dos seus processos bioquímicos ou fisiológicos. As dimensões psicológicas e o contexto social em que a pessoa vive, devem ser incluídos na análise do processo de doença, bem como nas condicionantes de saúde. Por outro lado, as contribuições dos factores biológicos, psicológicos e sociais devem ser analisadas, não apenas no seu papel relativo no sofrimento da pessoa, mas também na sua responsabilidade para cooperar no processo terapêutico.

O designado modelo BPS, na nossa perspectiva, mais do que um elaborado conjunto de preceitos, é um princípio organizador e catalisador que permitiu a integração multidisciplinar de diversos aportes e o desenvolvimento de múltiplos conceitos cujo denominador comum é a perspectiva de uma medicina centrada sobre o doente, como pessoa única e integral. Por exemplo, é neste terreno fértil que se vem enxertar a PS, que é definida como «qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde...»⁸.

Uma das importantes características da PS é que, apesar de manter a doença como objecto de estudo e intervenção (numa visão mais lata), descentra o seu interesse para o pólo da

saúde⁹. Desse modo, para além da tradicional perspectiva curativa ou mesmo preventiva da doença, o foco de atenção pode ser deslocado para o âmbito mais lato da promoção da saúde que visa, em última análise, a mudança de comportamentos conducente à adopção de um estilo de vida saudável. Neste caso, a relação médico-cliente (i.e. o indivíduo não-doente) constitui-se como epicentro da mudança, funcionando o médico como educador para a saúde e promovendo a responsabilização do indivíduo por cuidar da sua saúde. Aliás, a definição de promoção da saúde da Carta de Ottawa de 1986, centra-se precisamente sobre a questão do controlo que cada um deve ter sobre a sua saúde: «processo de capacitar (*enabling*) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar». É nessa senda que os papéis tradicionais de médico e doente se vão transformando e que conceitos como *Health Empowerment* e *Health Literacy* traduzem a constatação de que o conhecimento (informação) sobre a saúde e doença deve ser devolvido à comunidade de modo a desenvolver nas pessoas a percepção que podem mudar as suas vidas e ter algum controlo e regulação sobre as questões da sua saúde (e doença).

Assim, a PS afasta-se de um modelo linear de doença e sustenta que os seres humanos devem ser vistos como sistemas complexos, sendo a própria doença um fenómeno igualmente complexo e causado por uma multiplicidade de factores. Entre estes, há várias décadas que os estudos epidemiológicos salientam que determinados estilos de vida estão associados às principais causas de mortalidade, nos países desenvolvidos¹⁰. As implicações dessa constatação são notórias. O indivíduo já não pode ser considerado uma vítima passiva da doença, sendo reconhecido que certos dos seus comportamentos contribuem para o desenvolvimento dos factores de risco/morbilidades (e.g. hipertensão arterial [HTA], hipercolesterolemia, abuso de álcool/drogas, tabaco, comportamentos sexuais de risco, etc.). Ao médico

passa a caber um papel fundamental como agente modificador do comportamento das pessoas, o que naturalmente só conseguirá se ao nível do ensino médico houver a preocupação de desenvolver programas de ensino/aprendizagem das competências de comunicação com vista a uma eficaz e satisfatória relação com os doentes, suas famílias e outros elementos profissionais¹¹.

«The single biggest problem in communication is the illusion that it has happened.»

George Bernard Shaw

3. RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Desde sempre que uma boa relação MD é condição básica para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Hoje como no passado, os doentes valorizam tanto a competência técnica, como uma comunicação satisfatória. Como recentemente, afirmava de viva voz um utilizador, sobre o atendimento na saúde «A boa ou má forma como somos tratados na doença tem tanto ou mais peso na nossa memória quanto a eficácia do tratamento e da cura». É interessante notar que na prática médica, entre tantos factores que poderiam ser fonte de problemas, a insatisfação na relação MD constitui uma das principais causas de mal-estar, tal como é citada pela *World Federation for Medical Education*¹²:

«Adequate communication skills with patients, colleagues and the public are basic necessities of clinical work. Dissatisfaction of patients and the public is due more to poor communication than to any other professional deficiency.»

É estranho que a imperiosa necessidade de mudança, ao nível da educação médica, no que diz respeito à melhoria das competências de comunicação nem sempre tenha sido devidamente apreciada, como referem Szekeeres, et al.¹³: *«It is remarkable that sometimes the*

amount of educational attention to skills training in medical education seems to be inversely related to their importance».

A relação MD tem implicações em dois grandes eixos que, para fins didáticos, podemos designar por: humanístico e técnico. Na prática médica, estes dois eixos não podem ser dissociados, devendo sempre caminhar juntos. O eixo humanístico diz respeito aos componentes mais afectivos e relacionais da interacção nesta díade MD. O eixo técnico, como o nome indica, diz respeito aos aspectos relacionados com a avaliação (diagnóstico) e resolução (terapêutica) do problema apresentado pelo doente. A convergência destes dois eixos conduz a importantes resultados relacionados com os cuidados de saúde, incluindo a satisfação do doente, aderência ao tratamento, saúde e bem-estar, mudança de médico, reclamações e litigância.

3.1. SATISFAÇÃO DO DOENTE

A satisfação do doente é de longe a componente dos cuidados de saúde que mais largamente tem sido investigada¹⁴⁻¹⁹, sendo actualmente cada vez mais usada como medida da qualidade dos cuidados. É também importante, por constituir um importante preditor de resultados na saúde. Porém, torna-se necessário sublinhar que a satisfação é ela própria uma variável complexa que depende de vários componentes²⁰, nomeadamente dos aspectos afectivos (compreensão e apoio emocional), dos aspectos comportamentais e informativos (e.g. explicações adequadas) e dos aspectos ligados à competência técnica do médico. Assim, a insatisfação dos doentes também pode ter repercussões em todas estas áreas, e por esta via ser fonte de múltiplos problemas, incluindo litigação e maior consumo de serviços de saúde, e por consequência um aumento desnecessário das despesas com a saúde. A evidência tem demonstrado que esta insatisfação resulta em boa parte da discrepância entre as expectativas do doente e do médico, com respeito à dinâmica que

envolve o processo de prestação de cuidados. Podemos, por exemplo, apreciar a importância de doentes e médicos compartilharem as mesmas expectativas, explorando os desejos que os doentes carregam quando procuram ajuda e analisar em que medida as suas expectativas e necessidades são satisfeitas. Jackson, et al.²¹ avaliaram os preditores de satisfação numa amostra de 500 adultos, com sintomas vários, observados por um dos 38 clínicos participantes. Antes da consulta, 64% dos doentes estavam preocupados que o seu sintoma pudesse representar uma doença grave e quase todos os doentes (98%) tinham pelo menos uma expectativa, incluindo o desejo de uma explicação causal, tempo provável de recuperação, prescrição de medicamentos, exames complementares de diagnóstico ou referenciação a uma especialidade. Os factores mais fortemente ligados à satisfação com a consulta eram a satisfação das expectativas e aspectos da comunicação do médico, como ser dada aos doentes uma explicação da causa do sintoma e sua provável duração.

De acordo com uma revisão sistemática da literatura, os ingredientes da comunicação MD que maior impacto têm na satisfação são o doente ter a percepção de ser ouvido e ser tratado com respeito e humanidade. Os doentes sentem-se mais satisfeitos com os médicos que mostram ser calorosos, afáveis, com modos mais tranquilizadores, que mostram interesse pelos seus desejos e preocupações, que discutem o seu problema de saúde, que fornecem uma clara explicação do diagnóstico e prognóstico e que partilham as decisões terapêuticas¹⁹. Como mostrou uma revisão da *Cochrane Library*, o treino dos profissionais de saúde em competências interpessoais pode ter um efeito positivo na satisfação do doente com os cuidados recebidos²².

3.2. SAÚDE E BEM-ESTAR

Existe forte evidência que uma boa comunicação MD está ligada a vários resultados de saúde como melhor saúde emocional e

estado funcional, maior resolução de sintomas, melhor controlo de medidas fisiológicas (ex. pressão arterial, glicemia) e da dor²³. Neste contexto, é especialmente relevante um estudo recente de Stewart, et al.²⁴. Numa amostra de 39 médicos e 315 doentes, os autores examinaram o impacto que a prática médica centrada no doente tem na saúde e eficiência dos cuidados. Os componentes da comunicação avaliados incluíam:

- Explorar a doença e a vivência de estar doente (ex. o médico explorou os sintomas, sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas).
- Compreender a pessoa como um todo (o médico elicitou e explorou questões relacionadas com o ciclo da vida, personalidade ou contexto de vida, incluindo familiar).
- Procurar mútuo acordo (o médico descreveu claramente o problema e o plano de tratamento, respondeu a todas as questões colocadas e ambos discutiram e concordaram sobre o que fazer).

Estes aspectos da comunicação centrada no doente estavam associados a menos desconforto, menos preocupação, melhor saúde mental, menos exames complementares de diagnóstico e referências.

Flocke, et al.²⁵ observaram milhares de consultas efectuadas por 138 médicos e investigaram a ligação entre os estilos de relação MD e a percepção que os doentes tinham da qualidade dos cuidados. O estilo centrado na pessoa estava associado com o relato de maior qualidade de cuidados e maior satisfação dos doentes, enquanto que os médicos com um estilo de elevado controlo eram geralmente os piores classificados nestes indicadores de qualidade.

3.3. ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

Sem dúvida que, para muitas situações médicas, um diagnóstico correcto e plano terapêutico adequado são condição essencial para a sobrevivência do indivíduo e qualidade de

vida. Contudo, uma vasta gama de estudos realizados nas últimas décadas mostram que 40-50% dos doentes não cumprem as recomendações médicas, valores que sobem para os 70% quando os regimes preventivos ou de tratamento são muito complexos e/ou exigem mudanças/modificações no estilo de vida²⁶. Trata-se de um problema complexo e muito sério. Para o doente pode significar cronicidade, prescrições inadequadas/mudanças nas dosagens, recaídas, readmissões hospitalares, iatrogenia, má qualidade de vida e até mesmo a morte. São também elevados os prejuízos económicos (ex. utilização dos serviços de saúde, internamentos, medicamentos) e as taxas de mortalidade. Compreensivelmente, o médico sente-se frustrado e insatisfeito com a má qualidade do serviço prestado. Contudo, nem sempre tem plena consciência que a relação que estabelece com o doente desempenha um papel importante na aderência. Enquanto 54% dos doentes satisfeitos com a relação MD aderem ao tratamento, o número equivalente para o grupo insatisfeito é cerca de 16%²⁷. Mais recentemente, Safran, et al.²⁸, numa amostra de 7.204 doentes, encontraram que as variáveis mais fortemente associadas com a aderência eram a confiança dos doentes no seu médico e, da parte deste último, um conhecimento global dos doentes. Nos doentes relativamente aos quais era maior o conhecimento global que deles tinha o médico, a taxa de aderência era 2,6 vezes mais elevada do que naqueles em que esse conhecimento era mais baixo. A este respeito, toda a investigação aponta para o valor crucial da relação MD, como bem chamam a atenção as palavras de Martin, et al.²⁶: «*The physician-patient partnership itself, however, remains at the core of all successful attempts to improve adherence behaviours*».

3.4. MUDANÇA DE MÉDICO (DOCTOR-SHOPPING BEHAVIOUR)

Vários estudos têm demonstrado a influência da relação MD no comportamento de

mudança de médico, um fenómeno comum e complexo. Por certo, muitos não o farão por falta de recursos económicos, de outros profissionais e/ou medo de retaliação:

«...ninguém gosta dele, tem muito maus modos, não se interessa pelos doentes, uma pessoa faz tratamentos... análises... e não sabe nada... se a doença é ruim... quantos tratamentos vamos fazer... se as análises estão boas... a gente nem diz nada, não vale a pena... se a gente tivesse outro para onde ir, ou tivesse dinheiro... ninguém faz queixa, temos medo que depois ainda nos trate pior...»

Num estudo longitudinal de Marquis, et al.²⁹, a insatisfação geral dos doentes com os cuidados médicos estava directamente relacionada com a probabilidade de mudança de médico ao fim de um ano de seguimento. Safran, et al.³⁰ realizaram um estudo longitudinal cujos resultados também indicaram que os doentes com pior relação MD tinham uma probabilidade três vezes superior de deixar o médico ao longo dos três anos de duração do estudo, comparativamente àqueles em que a qualidade da relação era boa.

Duas revisões sistemáticas recentes^{19,31} concluíram que a continuidade de cuidados (ex. ter o mesmo médico durante um período prolongado de tempo) estava associada com maior satisfação do doente, melhores indicadores de saúde (ex. menos doenças, menos internamentos) e melhores cuidados de serviços preventivos (ex. dieta, peso, fumar, tensão arterial, consumo de álcool). Os benefícios da continuidade de cuidados também resultam em maior satisfação para os médicos e redução dos custos na saúde.

3.5. RECLAMAÇÕES E LITIGÂNCIA

A maioria das reclamações (72%) envolvem problemas de insensibilidade ou falhas de comunicação dos profissionais^{32,33}. Num

estudo de reclamações submetidas à apreciação dos pares, apurou-se que a maioria eram válidas, sendo que em 78% dos casos envolviam problemas de comunicação³². De igual modo, o estilo de comunicação e atitude do médico são determinantes na decisão de litigar, em mais de 70% dos casos³⁴. Os principais factores de insatisfação identificados são explicações inadequadas do diagnóstico/tratamento, um modo de comunicação que ignora a perspectiva dos doentes e/ou familiares, que não faz caso/desvaloriza as opiniões dos doentes e/ou familiares e os doentes sentem-se abandonados e «tratados à pressa». Levinson, et al.³⁵ foram os primeiros investigadores a correlacionarem as estratégias usuais de comunicação com a história de processos judiciais por má prática médica. Os médicos sem reclamações proporcionavam mais afirmações orientadoras (educar os doentes acerca do que esperar) e tendiam a usar um estilo mais facilitador da relação (solicitando as expectativas e opiniões dos doentes, verificando a sua compreensão e encorajando-os a falar). Este estudo é particularmente interessante porque se baseia na observação directa do comportamento do médico com os doentes e não nas percepções destes. Embora as reclamações e litigação atravessassem todas as áreas da prática médica, a área da obstetrícia/ginecologia parece viver num crescente «ambiente de litígio»³⁶⁻³⁸. Para os médicos, reclamações/litigância, constituem um factor significativo de stresse a somar a tantos outros da sua actividade profissional, incluindo o tempo perdido com essas questões (ex. correspondência, relatórios, entrevistas)^{36,39,40}.

Como bem chamam a atenção Cave e Dacre³², muitos destes problemas poderiam ser minimizados se os médicos proporcionassem ao doente «toda a informação que desejam ou necessitam para lhes permitir navegar através das complexidades das suas doenças e do sistema de saúde».

4. RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE EM GINECOLOGIA

«Ideally, patients want the expertise of a 'super-specialist' in the personality of a 'family-doctor'»⁴¹

Todas as considerações até agora efectuadas são genéricas, no sentido em que se referem aos princípios e fundamentos sobre os quais se deve basear a relação MD e, consequentemente, aplicáveis a qualquer ramo/especialidade da medicina. No entanto, dado o contexto em que este capítulo se insere, não poderíamos deixar de particularizar alguns aspectos da relação MD no âmbito da ginecologia e outros que não sendo exclusivos desta especialidade, também aí têm lugar de destaque, como é o caso das questões que se colocam na oncologia e dentro desta, a problemática do doente em fim de vida. Os problemas e dificuldades na comunicação, anteriormente identificados, são os mesmos que se colocam na ginecologia⁴², onde os objectivos da interacção MD continuam a ser idênticos:

- Estabelecer uma boa relação MD.
- Promover a troca de informação.
- Tomar decisões (ex. terapêuticas)³.

Porém, no campo da ginecologia, torna-se necessário abordar tópicos que cultural e simbolicamente são complexos, constrangedores e que exigem do médico, tacto, sensibilidade e boas competências na comunicação com a doente. É o caso dos aspectos ligados à sexualidade, anticoncepção/reprodução assistida, doenças sexualmente transmissíveis, doença oncológica e as ligações de cada uma destas questões com as outras. Um exemplo é a questão da sexualidade na doente oncológica, uma temática geralmente esquecida ou evitada, como se os doentes oncológicos passassem a ser assexuados⁴³. Assim, no âmbito da ginecologia, como não podia deixar de acontecer, também se coloca a questão já referida da dissonância entre as perspectivas/expectativas do médico e do doente e da necessidade de adoptar

uma atitude «centrada sobre a doente». Van Dulmen⁴², num estudo efectuado sobre mais de 500 consultas de ginecologia, refere que os problemas ginecológicos coincidem frequentemente com problemas emocionais e conjugais, e que estes últimos predizem em maior grau a ida às consultas do que os factores orgânicos. Quando foi explorado o conteúdo das interacções MD, ficou evidente que os ginecologistas focavam mais a atenção em aspectos biomédicos e as doentes em questões psicossociais.

As doentes gostam que os seus ginecologistas tenham em consideração temas pessoais ou familiares⁴⁴ ou as suas perspectivas sobre a doença e quais as repercussões funcionais que a doença pode acarretar. Este último aspecto traduz uma incongruência comum a todas as áreas da medicina, no que respeita às perspectivas do médico e doente sobre a doença. O médico preocupa-se mais com os aspectos de definição e tratamento (qual é problema? Como é que o trato?), enquanto a visão do doente é mais funcional (quais são as consequências da doença?).

Outro aspecto específico da ginecologia é o problema de lidar com o toque em zonas corporais mais íntimas. É verdade que as mudanças socioculturais ocorridas nas últimas décadas e que ditaram uma relativa banalização da nudez e da sexualidade atenuaram parte dos constrangimentos associados a estes aspectos. Apesar disso, na prática ginecológica, a questão da privacidade coloca-se com especial acuidade, quer no exame clínico, quer na realização de exames complementares. Na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, elaborada pela Direcção-Geral da Saúde está consagrado o direito do doente «à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico». Assim, deve ser uma preocupação individual e institucional assegurar que as condições de reserva e privacidade estão preenchidas em termos das condições físicas das instalações, da logística funcional do serviço e do comportamento do médico, o que nem sempre acontece, tal

como ilustrado pelas duas vinhetas seguintes, de casos reais:

Exame ginecológico

«...o Dr. estava a fazer o exame... aquilo já é uma coisa que me incomoda,... não gosto... tenho vergonha, de repente abrem a porta, entram e põem-se a falar... eu só não saí logo dali porque tenho andado muito doente...»

Ecografia endovaginal

«... estava a fazer o exame já com o aparelho metido dentro, quando entram dois homens, abriam a cortina para procurar ao Dr. onde deviam colocar tomadas, ele saiu e foi com eles... quando voltou mandei que tirasse aquilo tudo, queria ir embora, e fui sem fazer o exame... já nem fiz a mamografia... É uma falta de respeito...»

A questão do exame ginecológico é muito melindrosa, pelos vários aspectos sensíveis que lhe estão associados: de natureza psicológica, cultural e física. Para muitas mulheres está ligado a desconforto e emoções negativas, associadas por exemplo, à possibilidade de ser descoberta uma doença grave, à vergonha de desvendar doenças sexualmente transmitidas, à relutância em revelar detalhes da sua vida sexual, etc.⁴⁵. Assim, o médico tudo deve fazer para minimizar o desconforto físico e emocional para a doente, de modo a eliminar constrangimentos e também evitar os problemas de potenciais acusações de assédio/abuso sexual. A técnica do toque deve ser treinada para «profissionalizar» esse contacto de modo a ser firme, mas suave e rápido e eliminando quaisquer gestos «parasitas», que mesmo remotamente possam sugerir carícias ou outros gestos sexualizados. Assim, impõe-se encontrar um equilíbrio entre um frio distanciamento formal e um excesso de familiaridade: uma atitude que combine a dose certa de neutralidade profissional e da empatia e proximidade que devemos a qualquer doente. Para ter êxito nessa tarefa, devemos ter em conta um certo número de variáveis, tais como a idade da doente, nível socioeconómico, *background*

étnico-cultural, características de personalidade, etc. É neste contexto do toque íntimo que as competências de comunicação não-verbal também assumem grande relevância. Por exemplo, a interpretação dos silêncios e hesitações dão-nos importantes pistas sobre as reticências e vergonha da doente e a nossa mímica, olhar e gestos podem, pelo contrário, tranquilizar e encorajar.

Para obviar aos problemas relacionados com as alegações de assédio/abuso sexual, as associações médicas de vários países desenvolveram directrizes e recomendações de conduta⁴⁵. Entre nós, uma recomendação (01/05, Setembro de 2005) da Ordem dos Médicos, aconselha que «em qualquer circunstância, e desde que autorizado pelo doente, deverá ser possível ao médico requerer a presença de um elemento com formação profissional adequada (técnica e ética) para apoio à realização dos actos médicos». No entanto, esta questão da «terceira pessoa» (geralmente enfermeira), presente no exame ginecológico não é uma «panaceia universal», tal como a investigação tem mostrado⁴⁶⁻⁴⁹. A presença de uma enfermeira pode ser sentida por algumas pessoas como um alívio ou, pelo contrário, como uma quebra de privacidade. A aceitabilidade de outra pessoa também está relacionada com a preferência da doente pelo género do ginecologista (masculino/feminino). As doentes que são observadas por uma ginecologista sentem como menos necessária a presença de outra pessoa. Na situação de um ginecologista, 30 a 68% das mulheres já referem que a presença de uma enfermeira seria desejável⁴⁵. Assim, a presença de um terceiro elemento não é mandatória, mas pode ser aconselhável em algumas circunstâncias, tais como no exame de adolescentes ou de mulheres observadas pela primeira vez.

No que diz respeito à tomada de decisões (preventivas, curativas ou outras), aqui como em qualquer outra área da medicina, a acção é necessariamente guiada por dois vectores éticos inalienáveis:

- Princípio do benefício.
- Princípio do respeito pela autonomia do doente.

Já não é admissível um estilo paternalista de médico que, de forma mais subtil ou vigorosa, decida impor unilateralmente determinada decisão. Por exemplo, em questões como a da terapia hormonal substitutiva ou da contraceção, as regras aplicáveis devem ser as gerais, isto é, fornecimento de adequada informação sobre as indicações, efeitos secundários e outros problemas e tomada de decisão partilhada, sempre que possível tendo em conta as necessidades e preferências da doente. Há naturalmente situações que constituem excepção a esta regra de respeito integral pela autonomia do doente. Não dispomos de espaço para as explorar todas em detalhe, apenas referimos como exemplo o caso da contraceção em adolescentes mais jovens. Nesse contexto, torna-se necessário combater o problema da gravidez na adolescência por meio de educação e também pelo uso de contraceção. O que é difícil é delimitar uma fronteira, em termos de idade, a partir da qual devemos respeitar inteiramente a autonomia da pessoa ou não. Isto é, aceitamos que sejam tomadas decisões sem o envolvimento de um progenitor ou, pelo contrário, apenas com o acordo dos pais. Esta última hipótese implica uma quebra de confidencialidade, o que para alguns autores só é aceitável se houver suspeita de abuso ou exploração sexual⁵⁰.

5. DOENÇA ONCOLÓGICA E O DOENTE EM FIM DE VIDA

A doença oncológica é porventura uma das situações clínicas em que as competências de comunicação do médico mais são postas à prova e que a relação MD assume uma importância particularmente relevante. Talvez mais que noutros domínios da medicina, em oncologia a comunicação não é um constructo unitário nem tão-pouco um pro-

cesso estático. Com efeito, no contexto do cancro, as questões centrais que se colocam na relação MD são muito diversas e mudam ao longo do tempo. E em cada um e todos os momentos dessa caminhada, o médico deve estimular e manter um diálogo aberto e contínuo, de confiança e confidência, com doentes e familiares, propiciador de uma relação centrada no respeito pela autonomia e dignidade do doente, reconhecendo até ao fim a prioridade ética das expectativas, necessidades e preferências dos doentes, mesmo que seja a de dizer «não». O doente precisa necessariamente do nosso suporte para lidar com um conjunto de desafios com os quais é confrontado:

- Lidar com um diagnóstico ameaçador, incerteza prognóstica, medo do sofrimento e morte.
- Aceitar a doença e manter uma atitude positiva.
- Procurar e compreender a informação médica.
- Lidar com os sintomas da doença e os efeitos secundários dos tratamentos.
- Lidar com a incapacidade funcional, perda de independência e mudanças de papel.
- Lidar com as mudanças na imagem corporal, disfunção sexual, infertilidade...

5.1. NECESSIDADE DE LIDAR COM O DIAGNÓSTICO

Fui operada sem saber a quê. No dia seguinte, afinal a que é que fui operada? (M, Médico)... Ovários e útero. E pronto fiquei des-cansada porque muitas pessoas já foram operadas a isso e ficaram boas. Eu pensava que também ficava. Afinal o M mandou-me para o IPO... vi logo que não era coisa boa, para me mandarem para lá... aí é que eu fiquei desanimada... nada me interessa, não me interessa em viver... não penso noutra coisa... (M) Mas a doente sabe, colega? Não, a palavra choca o doente, é muito cáustica, nunca foi pronunciada... (Adenocarcinoma do endométrio)

5.2. NECESSIDADE DE COMPREENDER A INFORMAÇÃO

Veja-me em primeiro lugar... tenho que ir fazer tratamentos. agora é uma sessão de 20; antes foi à vagina agora é ao 'abedóme'. Mas o que será?... tenho andado muito preocupada... pensava comigo, não é fígado, não é bexiga, não é estômago, não é intestinos, dava cabo da minha cabeça; algum órgão que nunca ouvi falar, muito especial Isso aonde é? (veja aqui «Guia prático do doente de radioterapia»)... aaah... afinal é a barriga.

O manejo adequado da informação e das reacções emocionais que decorrem das «más notícias» constitui uma das primeiras tarefas a ter em conta, a qual deve obedecer aos seguintes princípios:

- Comunicação das «más notícias» – sensível e doseada.
- Fornecer a informação de acordo com os desejos individuais.
- Dar tempo para «digerir» a informação.
- Permitir a expressão de emoções.
- Saber lidar com as reacções emocionais (do doente e/ou da família) – mesmo aquelas que *a priori* pareçam inadequadas: negação, raiva e hostilidade.
- Ajudar o doente a lidar com as incertezas associadas ao diagnóstico, tratamento e sobretudo o prognóstico (e.g. a dor, o sofrimento, o desfiguramento, as perdas, a morte).
- Saber lidar com as questões difíceis («tenho cura?»; «quanto tempo de vida tenho?», «vou morrer?»).

Para se protegerem (e supostamente protegerem os doentes) da perturbação emocional evocada pelo sofrimento e as incertezas atrás referidas, alguns médicos podem adoptar um conjunto de estratégias defensivas, tais como restringir o foco de discussão a tópicos neutros, divergindo de tópicos potencialmente emotivos, tranquilizar o doente de forma prematura e infundada ou ainda pior, entreter o

doente com banalidades. Na generalidade, o doente prefere a verdade. No entanto, essa verdade não pode ser «despejada» de forma crua e acrítica. Em função das características de personalidade do doente e do seu estado mental, cabe-nos aferir o quanto, como e quando da informação a fornecer, sempre com sensibilidade e empatia.

Ajudar o doente a enfrentar a devastação, dramatismo e grande turbulência que acompanham demasiadas vezes a trajectória da doença exigem do médico a maior das competências. Doentes e familiares envolvidos que são em todas as complexidades da mais temida das doenças, toldados ou não, nas suas capacidades decisórias, sentem uma enorme necessidade de ouvir uma outra opinião, na expectativa de tudo, de mais vida. Um estudo recente revelou que mulheres com cancro da mama colocam muito frequentemente questões como «será que estou a fazer o tratamento certo?» (89%), e a quase totalidade (94%) gostaria de ter oportunidade de perguntar a um especialista independente se estavam a receber o melhor tratamento possível⁵¹.

Infelizmente, o desejo de uma segunda opinião nem sempre é bem compreendido, o que pode ser prejudicial para todos, médicos (equipa) e doentes/familiares. Como já o dissemos, esta é uma questão que não nos merece qualquer discussão. Primeiro, porque é dever de todo o médico ajudar o doente a exercer o direito de «obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde». Segundo, mesmo que não existissem outras razões, ao fazê-lo estamos a tranquilizar doente e família⁵².

Outra questão crucial é a do controlo. A doença em geral e a oncológica em particular, tende a evocar nas pessoas uma percepção de incontrolabilidade que só contribui para

... a obtenção de parecer de um outro médico, permite ao doente complementar a informação sobre o seu estado de saúde, dando-lhe a possibilidade de decidir, de forma mais esclarecida, acerca do tratamento a prosseguir (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, Direcção-Geral da Saúde).

gerar angústia e mais dificuldades de adaptação à nova realidade da doença e de todos os problemas que tem de enfrentar. O médico pode e deve contribuir para devolver ao doente a sensação que tem algum controlo sobre a situação. Por exemplo, envolvendo o doente na tomada de decisões, fornecendo-lhe meios para melhor controlo dos sintomas, facilitando o acesso ao médico e outros cuidadores. De notar que muitos doentes com cancro (ex. mama) recorrem a terapias não convencionais isoladamente ou em combinação com os tratamentos convencionais, o que até certo ponto está relacionado com a necessidade de controlo pessoal⁵³. Este é um fenómeno transversal a todos os estratos socioculturais, conforme mostraram as autoras, no seu estudo exploratório sobre crenças e mitos no cancro. Os doentes não falam aos médicos sobre o assunto por medo, o que nos «remete para a questão sempre central da relação médico-doente»⁵³. Com efeito, mulheres com cancro da mama quando solicitadas a sugerir áreas de melhoria, têm como respostas mais comuns que os médicos também deveriam propor terapias complementares e demorar mais tempo a «explicar coisas»⁵¹. Este assunto deve merecer a nossa atenção, além de tudo o mais pelos potenciais riscos associados, incluindo a morte⁵³. Os princípios de tratamento a seguir enunciados, devem também incluir estratégias que visem aumentar, no doente, a percepção de controlo sobre os problemas:

- Deve estar identificado um profissional, responsável pelo plano de cuidados, com o qual o doente possa contactar sem dificuldade.
- Adequada coordenação dos cuidados médicos, psicológicos e sociais.
- Clarificação dos problemas, crenças e necessidades do doente.
- Estabelecer objectivos realistas.
- Alívio sintomático efectivo.
- Envolvimento dos doentes nas decisões terapêuticas e da família e amigos no plano de suporte.

— Reconhecimento precoce e tratamento de problemas psicológicos.

Este último ponto é de crucial importância. As perturbações psicológicas relacionadas com o cancro são muitas vezes qualificadas de «compreensíveis» e por isso, alguns doentes adiam a procura de ajuda por negação ou vergonha da sua angústia psicológica. No entanto, este qualificativo de «compreensível» não deve ser uma desculpa para o niilismo terapêutico. As perturbações psiquiátricas constituem uma causa tratável de considerável morbidade, deficiente qualidade de vida e pior prognóstico da doença subjacente; 80% dos doentes com cancro que se suicidam sofrem de síndromes depressivas⁵⁴. A gravidade da perturbação emocional está relacionada, quer com o tipo de cancro, quer com a vulnerabilidade psicológica pré-mórbida e com a disponibilidade de recursos para lidar com os problemas (i.e. as estratégias/recursos de *coping*). Relativamente a este último aspecto, cabe ao médico ajudar o doente a desenvolver e treinar estratégias de *coping*⁵⁵. Entre estas, as que são referidas pelos doentes como mais úteis e se correlacionam com menores níveis de perturbação emocional e melhor funcionamento social são as seguintes:

- Confrontar a situação e procurar informação.
- Usar as fontes de apoio emocional.
- Ter uma atitude optimista e «espírito de luta».
- Procurar conforto na espiritualidade.

Desde os trabalhos de Kübler-Ross⁵⁶ que a problemática dos «aspectos de fim de vida» tem assumido grande relevância⁵⁷⁻⁶¹. A aceitação da morte do doente é tanto mais difícil para os médicos quanto mais a encararem como um fracasso pessoal, o que muitas

A designação «aspectos de fim de vida» (do inglês – end of life issues) tem vindo a ser preferida à de «doença terminal», não só por ser menos crua, como também por fornecer uma perspectiva mais ampla do que os aspectos orgânicos mais directamente ligados à doença

vezes leva a um encarniçamento terapêutico indesejável⁶². Em oncologia, o sucesso terapêutico já não pode ser apenas medido em «quantidade de vida» (i.e., o tempo de sobrevida), mas também em «qualidade de vida» (QV) e unidades de estado funcional. Mesmo quando, do ponto de vista terapêutico, a doença ultrapassou o ponto de não-retorno, há ainda muitas coisas que o médico pode fazer, a maior parte das quais têm a ver com a qualidade da própria relação MD. De acordo com Geyman⁶³, os doentes que vão morrer têm pelo menos quatro necessidades, nas quais podemos ajudar:

- Independência (tanta quanto possível).
- Dignidade.
- Aceitação pelos outros.
- Alívio dos sintomas.

Stollerman⁶⁴, no âmbito de uma medicina centrada no doente, propõe o acrónimo PAINED para se referir aos aspectos do doente em fim de vida, nos quais devemos intervir para aliviar o sofrimento: *pain, anguish, impotence, negativism, embarrassment, discomforts*. Na verdade, os doentes a morrer confrontam-se com desafios complexos e únicos, ameaçadores da sua integridade física, emocional e espiritual⁶⁵, sendo neste contexto de grande sofrimento e fragilidade que muitas vezes surgem pedidos de eutanásia e suicídio assistido^{66,67}. Entre os factores mais fortemente associados com desejos de morte antecipada, incluem-se depressão, ansiedade, desesperança e sofrimento psicossocial⁶⁸. A crença errónea de que os doentes querem morrer em casa leva a que muitos sejam «empurrados» para fora do hospital quando previsivelmente o fim está próximo. Nesta questão, como em tantas outras atrás referidas, as preferências dos doentes/familiares variam muito^{65,69}, pelo que importa que todos os profissionais envolvidos nos cuidados possuam as competências de comunicação e relacionais necessárias para tornar a experiência da morte o menos penosa possível, sejam os desejos morrer em casa ou no hospital^{70,71}. É preciso afinal, qualidade na hora da morte, no sentido em que falava

a grande Dama Cicely Saunders (1918-2005), quando aludia a aliviar a «dor total». Permitir que as pessoas mantenham a sua dignidade, façam as suas escolhas e acima de tudo, detenham o controlo até ao seu último momento.

«What the scalpel is to the surgeon, words are to the clinician... the conversation between doctor and patient is the heart of the practice of medicine.»

Tumulty

6. COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

É inquestionável que na perspectiva dos doentes as competências interpessoais dos seus médicos (a par da competência técnica) são uma prioridade chave⁷²⁻⁷⁴. Por exemplo, na revisão sistemática de Wensing, et al.⁷⁴, os domínios da prestação de cuidados a que os doentes atribuíam maior importância incluíam (além da competência técnica) humanidade, envolvimento nas decisões, proporcionar informação e explorar as necessidades dos doentes. Nesse sentido, não é de surpreender que as maiores falhas apontadas pelos doentes incluam, falta de informação, não participação nas decisões médicas e falta de empatia²⁷. Dadas as limitações de espaço não trataremos obviamente de cada um desses factores em detalhe. No entanto, não podemos deixar de realçar o último aspecto, a empatia, a qual constitui a espinha dorsal da relação MD. Como refere Glick², não se pode ser um verdadeiro médico sem empatia e compaixão:

«It is disturbing indeed that medicine, whose essence is empathy, should stand accused of deficiency in this very quality. It behoves us to examine the possible etiology of such a paradox. The foundation on which medicine must be based is compassion, that is where it all starts, and without this base one cannot be a true physician.»

Os avanços tecnológicos da medicina, quer no campo diagnóstico, quer terapêutico suscitam, nos médicos, um apelo e deslumbramento por vezes excessivo. Todo esse mundo de computadores, aparelhos, imagens, luzes que piscam e outra parafernália está envolvido por uma aura de *glamour high-tech* que atrai a atenção dos profissionais e do público, muito mais que a empatia (excepto quando sofrem a sua falta). A simples relação MD é relegada para segundo plano, como uma coisa *low-tech*, pouco atractiva e «antiquada». Alguns chegam ao ponto de pensar que existe um conflito entre a ciência e o humanismo (empatia), como se este último «contaminasse» a objectividade e eficácia da ciência. No século XVII, um estudante perguntou a Thomas Sydenham qual o livro que devia ler para melhor o habilitar a lidar com os seus doentes. A resposta do mestre foi: «leia o D. Quixote, é um excelente livro». Queria com isto significar que as complexidades e subtilidades da condição humana não se aprendem nos compêndios de medicina, mas sim na vida ou na literatura, que é o seu espelho. Naturalmente que para além destas fontes informais de conhecimento (que são insubstituíveis), é com o desenvolvimento formal de programas de ensino de competências de comunicação que os alunos vão aprender a ser empáticos. Aprendem, por modelagem com os seus professores, mas sobretudo com os próprios doentes: ouvindo-os, respeitando-os, percebendo as suas necessidades e cuidando com compaixão. A ausência destes programas no ensino médico, pelo contrário fazia com que a empatia se desaprendesse, tal como foi verificado nos anos 1970, num estudo no *Massachusetts General Hospital*. Nessa experiência, foram efectuados vídeos mostrando as entrevistas de estudantes de medicina do 1.º e 3.º ano, com doentes. Verificou-se que os estudantes do 1.º ano escutavam os doentes contarem a sua narrativa e conseguiam uma visão compreensiva das suas queixas, comportamentos e necessidades – ouviam a história do

doente. Pelo contrário, os estudantes do 3.º ano, interrompiam os doentes, orientando a entrevista para o que consideravam essencial, isto é, o diagnóstico – escreviam a história da doença.

6.1. PARTILHA DA INFORMAÇÃO E DAS DECISÕES MÉDICAS

É interessante notar que Stewart²³ organizou a sua revisão da literatura de modo a analisar a qualidade da comunicação nas duas fases da consulta – recolha da informação e discussão do plano de tratamento. A autora concluiu que quatro dimensões-chave da comunicação tinham um impacto positivo em vários aspectos da saúde do doente: fornecer informação clara, o doente colocar questões, vontade de partilhar (discutir) decisões e acordo entre doente e médico sobre o problema e seu tratamento.

A generalidade dos doentes deseja que lhes seja dada toda a informação acerca dos seus problemas de saúde, numa linguagem simples e acessível (sem chavões médicos). Para que a informação disponibilizada produza os efeitos desejados, cabe ao médico a responsabilidade de verificar se foi entendida pelos doentes. Em Portugal, como noutros países, independentemente das características sociodemográficas, a esmagadora maioria dos doentes também atribui grande importância à partilha da informação (94% considera muito importante/importante que o médico lhe forneça toda a informação sobre as suas doenças), assim como à comunicação com linguagem fácil (93%)⁷⁵. Só depois de bem informados (ex. explicações pormenorizadas da sua situação, das opções terapêuticas, riscos e benefícios e incertezas), é que os doentes poderão estar em condições de participar na tomada de decisões médicas⁷⁶⁻⁷⁹.

Se o desejo de informação é quase universal, já os desejos de participação variam, pelo que se torna imprescindível explorar directamente as preferências dos doentes e assim desenvolver todos os esforços no sentido de

os encorajar a partilhar as decisões na medida dos seus desejos.

Por último e não menos importante, convém chamar a atenção que antes do mais, partilha de informação e participação dos doentes na tomada das decisões médicas, constituem deveres ético-deontológicos e legais⁸⁰. Na Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (em vigor em Portugal desde 2001), está consagrado o Direito à Informação e no capítulo II (artigo 5), dedicado ao Consentimento Informado[†] (CI) encontram-se definidas as suas regras gerais. De assinalar que o CI não se destina simplesmente a proteger os médicos de potenciais problemas, sendo que para haver de facto CI livre e esclarecido, é essencial o cumprimento de duas condições: fornecer a informação e assegurar se foi compreendida. Da não satisfação das duas condições resultará a sua ineficácia. A obtenção do CI, afirma Rodrigues⁸⁰ (2001), «... deverá ser sempre resultante de recíprocas informações e esclarecimentos que a relação entre o médico e paciente incorporam, para que este, numa tomada de posição racional, autorize ou tolere àquele o exercício de prevenir, detectar, curar...».

«If they are going to the internet then I am not meeting their information needs»⁸¹.

6.2. PROCURA DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE NA INTERNET E RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Até há bem pouco tempo, médicos e outros profissionais de saúde eram a única fonte (ou quase) de informação sobre questões de saúde e doença para doentes e familiares. Agora, pela primeira vez na história da medicina, as pessoas têm ao seu dispor a maior livraria médica do mundo^{82,83} e são cada vez mais os que utilizam a Internet (*net*) em busca de informa-

ção relacionada com a saúde. Em 2002, 80% de todos os adultos dos EUA procuraram informação *online* sobre saúde⁸⁴. Em Portugal, a utilização da *net* com esse fim é ainda pequena, mas tem-se registado um crescimento rápido, particularmente entre os utilizadores habituais da *net*. Na Universidade de Aveiro está em curso um estudo (*WHO/European survey on eHealth consumer trends*) de parceria com outras instituições europeias, para analisar o nível de utilização da *net* para fins relacionados com saúde e doença, bem como o interesse, as atitudes e as expectativas dos cidadãos relativamente a este assunto⁸⁵. Os resultados de 2005 indicaram que 30% dos portugueses tinham já utilizado a *net* para procurar informação relacionada com a saúde, sendo a percentagem bastante mais elevada entre os utilizadores da *net* (62%). De certa forma, o uso crescente desta ferramenta visa satisfazer necessidades de informação, que doentes/familiares não conseguem obter facilmente através dos «canais tradicionais»^{83,86}.

A maioria dos utilizadores da *net* para questões de saúde acham que isso os capacita (*empowers*) a fazer melhor escolhas na sua vida⁸³. Os portugueses também valorizam a informação de saúde obtida desta forma, sendo mais do dobro os que referem terem-se sentido mais tranquilos ou aliviados com a informação obtida do que os que relatam terem ficado ansiosos⁸⁵. Cerca de 13% (42,5% dos utilizadores para questões de saúde) utilizam a *net* para obter informação que os ajude a decidir se devem ou não consultar um profissional de saúde; 12,3% (40% dos utilizadores para questões de saúde) para obter informação que os ajude a prepararem-se para uma consulta e cerca de 13% (41% dos utilizadores para questões de saúde) para confirmar a opinião do médico depois de uma consulta⁸⁵. Nesse sentido, a *net* surge como um meio fácil, rápido, económico e disponível 24/24 horas, que os capacita a melhor discutir com o médico o seu problema de saúde ou então para obter uma «segunda opinião no Dr. Google».[‡]

[†]«Everyone is entitled to know any information collected about his or her health. However, the wishes of individuals not to be so informed shall be observed.» (Artigo 10, n.º 2).

Os utilizadores da *net* para fins médicos procuram sobretudo informações sobre determinada doença/situação (63%) e quase 47% sobre tratamentos ou procedimentos específicos⁸². A patologia oncológica é a que mais leva a esta actividade, calculando-se que 40-54% dos doentes acedem à informação médica por esta via⁸⁶, destacando-se a este respeito o cancro da mama. Num inquérito recente, 77% das mulheres com cancro da mama (respondentes *online*) haviam procurado informação a fim de avaliarem a qualidade do tratamento que estavam a fazer⁵¹.

De notar o facto da informação obtida poder influenciar os utilizadores na tomada de decisões sobre saúde/doença. Assim, 1,1% de portugueses (2,2% de utilizadores da *net* e 3,6% de utilizadores para questões de saúde) decidiram mudar a utilização de um medicamento sem consultar o profissional de saúde (médico de família, especialista ou outros) com base na informação obtida na *net*. Cerca de 3% marcou, desistiu ou mudou uma consulta como resultado da informação obtida por este meio (5,9% entre os utilizadores da *net* e 9,4% entre os utilizadores por razões de saúde), o que, extrapolando para a população geral, significa que cerca de 85.500 portugueses já mudaram alguma vez a sua medicação sem consultar o médico e que cerca de 233.000 terão alterado o seu comportamento relativamente a consultas médicas, devido à informação de saúde *online*. Cerca de 42% dos portugueses utilizadores da *net* por questões de saúde afirmam que essa informação os levou a fazer sugestões ou a colocar questões ao médico de família/especialista e/ou outro profissional de saúde, sendo os valores correspondentes para a população geral e utilizadores da *net* respectivamente de 13 e 26%⁸⁵.

Sobre este assunto, desconhecemos o que a comunidade médica responde, mas observações anedóticas levam-nos a crer que reaja negativamente (ex. se já sabe, o que vem aqui fazer; tem a cabeça cheia de confusões; aqui o médico sou eu; está dizer isso

a mim que sou especialista...). Um factor importante e sem dúvida pertinente, para a oposição dos médicos à utilização da *net* para questões relacionadas com a saúde é a qualidade da informação que é muito variável, desde o útil ao perigoso^{81,82,87,88-89}. Contudo, este é um aspecto em relação ao qual diversas organizações se têm empenhado no sentido de proporcionar informação de melhor qualidade e mais fácil compreensão pelos leigos. Por exemplo, Bernstam, et al.⁹⁰ analisaram a qualidade de 343 sítios na *net* sobre cancro da mama e concluíram que a informação *online* que os utilizadores provavelmente vão encontrar é correcta.

De acordo com o estudo de Santana e Pereira⁸⁵, os profissionais de saúde são a fonte mais importante de informação (91% dos inquiridos), mas a procura crescente de informação na *net*, segundo os investigadores, terá implicações a vários níveis da relação MD. De facto, esta é uma nova realidade para a qual todos nós temos que estar preparados. Em vez de olharmos os internautas da saúde como intrusos ameaçadores invadindo terreno alheio⁸³, devemos saber lidar com este novo tipo de doente como mais um factor⁹¹ enriquecedor da relação MD, sem dúvida a fonte principal de gratificação para o clínico⁹².

Cada vez mais doentes/familiares abordam os profissionais de saúde com a informação médica recolhida na *net* (ex. questões de diagnóstico, tratamento, prognóstico, etc.), bem como solicitando que os médicos lhes forneçam endereços dos sítios específicos para a sua situação⁹². Adicionalmente ao contacto pessoal, pode constituir mais uma ferramenta auxiliar do médico na informação de doentes/familiares. Para esse efeito, serão necessárias competências no uso da *net* e conhecer bem a qualidade dos sítios (ex. de conteúdo, aspectos éticos)^{82,86,93}. No quadro abaixo apresentam-se algumas sugestões que poderão ajudar os profissionais de saúde a interagirem com utilizadores da *net* para questões de saúde ou doença⁸³.

Quadro 1. Sugestões para os médicos interagirem com os utilizadores da Internet

Deve:

Tentar reagir de modo positivo à informação da Internet

Avisar sobre a variabilidade na qualidade e fiabilidade do material da Internet

Avisar sobre constrangimentos de tempo que podem limitar a sua capacidade para lidar com toda a informação encontrada na Internet

Desenvolver uma estratégia para lidar com informação da Internet antes da consulta (ex. doentes enviarem *e-mail* sumário antes da consultas)

Aceitar os contributos dos doentes como valiosos

Aceitar que eles podem encontrar informação relevante e válida previamente desconhecida de si

Não deve:

Ser paternalista ou indiferente

Ser depreciativo de comentários feitos por outros na Internet

Recusar aceitar informação encontrada na Internet

Sentir-se ameaçado

7. CONCLUSÃO

A evidência acumulada nas últimas décadas tem mostrado consistentemente que a qualidade da comunicação MD está ligada a aspectos fundamentais da prestação de cuidados médicos. A capacidade do médico comunicar eficazmente com os doentes traz benefícios para ambos⁹⁴:

- Médicos com boas competências de comunicação identificam com mais precisão os problemas dos doentes.
- Os seus doentes ficam mais satisfeitos com os cuidados que recebem e compreendem melhor os seus problemas, exames requisitados e as opções de tratamento.
- É maior a probabilidade dos doentes aderirem ao tratamento e seguirem os conselhos de mudanças de estilo de vida.
- Diminui o sofrimento psicológico e a vulnerabilidade dos doentes à ansiedade e depressão.

— Médicos com boas competências de comunicação têm maior satisfação com o trabalho e menos stresse profissional.

Sejam quais forem os avanços técnicos que a medicina possa vir a conhecer, há um elemento insubstituível que é o poder terapêutico da própria relação MD. Sempre assim foi, esse enorme poder da relação confunde-se com a própria história da medicina⁹⁵. Na interação desta díade, o médico é susceptível de actuar como crucial elemento de tratamento, sendo até, em algumas instâncias clínicas particulares, o último e único factor terapêutico que resta ao doente. Assim é, porque a atenção, escuta do doente, apoio emocional, dedicação e empatia, não têm efeitos secundários e nunca esgotam a sua eficácia e virtualidades terapêuticas. Ao longo dos séculos, médicos dotados de uma grande sensibilidade, notabilizaram-se e continuam a ser recordados como modelos pela sábia maneira como souberam cultivar a relação com os seus doentes.

Sir William Osler, considerado um dos clínicos mais influentes na história, repetidamente aconselhava «É tão importante saber que tipo de pessoa tem a doença, como o tipo de doença que a pessoa tem». Outro eminente clínico, Francis Peabody, na sua última palestra, intitulada *The Care of the Patient* (1927), afirmou: «*The secret of the care of the patient is in caring for the patient*».

Numa altura em que os médicos são alvo de inúmeras críticas e nos meios de comunicação se afirma que a relação pessoal do médico com o doente se tem degradado, devíamos prestar maior e mais cuidada atenção ao ensino/aprendizagem de competências de comunicação/interpessoais, na educação médica pré e pós-graduada. Deste modo, poderíamos evitar ou minimizar muitos problemas e principalmente dotar-se-ia o médico com as ferramentas essenciais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Bibliografia

- Korsch B, Negrete V. Doctor-patient communication. *Sci Am*. 1972;227:66-72.
- Glick S. The empathic Physician: Nature and Nurture. Em: Spiro H, Curnen M, Peschel E, St. James D, eds. *Empathy and the Practice of Medicine*. New Haven: Yale University Press; 1994. p. 85-102.
- Ong L, De Haes JC, Hoos AM, Lames FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- Alexander F. Psychological aspects of medicine. *Psychosomatic Medicine*. 1939;1:1.
- Cruz Reis J. O sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega; 1998.
- Dubos R. *Man adapting*. New Haven: Yale University Press; 1980.
- Stone G. Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*. 1979;35(1):34-59.
- Pais Ribeiro JL. Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Quarteto; 2005.
- Matarazzo J. Behavioral health: a 1990's challenge for the health sciences professions. Em: Matarazzo J, Miller E, Weiss S, Herd J, eds. *Behavioral Health: A handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nova Iorque: John Wiley; 1984.
- Macedo A, Azevedo MH. A recém criada unidade curricular de Comunicação e Técnicas Relacionais em Saúde. *Scriptus Educare*, Faculdade de Medicina de Coimbra; Julho 2008.
- Walton HJ, ed. *Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education*. World Federation for Medical Education. 1993;28 Suppl 1:140-9.
- Szekeress P, Metz J, Fluit G, Ringler A. The role of skills of medical education. Em: Metz J, Patrício M, Peinado J, Szekeress P, eds. *Medical Skills. Resource Book for Teachers*. Hungria: Pécs Medical University; 1999.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25-38.
- Buller MK, Buller DB. Physicians communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1987;28:375-88.
- Ley P. Psychological studies of doctor-patient communication. Em: Rachman S, ed. *Contributions to Medical Psychology*. Vol. 1. Pergamon Press; 1977. p. 9-42.
- Linder-Pelz, S. Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Sci Med*. 1982;16:583-9.
- Meakin R, Weinman J. The 'Medical Interview Satisfaction Scale' (MISS-21) adapted for British general practice. *Fam Pract*. 2002;19(3):257-63.
- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3):308-16.
- Haynes R, Sackett D, Taylor D. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
- Jackson JL, Chamberlinc J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 2001;52:609-20.
- Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD003267.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152:1423-33.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on patient outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796-804.
- Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 2002;51(10):835-40.
- Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. 2005;1(3):189-99.
- Weinman J. *An Outline of Psychology as applied to Medicine*. Bristol: Wright; 1987.
- Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998;47(3):213-20.
- Marquis MS, Davies AR, Ware JE Jr. Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. *Med Care*. 1983;21(8):821-9.
- Safran DG, Montgomery JE, Chang H, Murphy J, Rogers WH. Switching Doctors: Predictors of Voluntary Disenrollment from a Primary Physician's Practice. *J Fam Pract*. 2001;50:130-6.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of Family Practice*. 2004;53(12):974-80.
- Cave J, Dacre J. Dealing with complaints. *BMJ*. 2008;336:326-28.
- Kinnersley P, Edwards A. Complaints against doctors. *BMJ*. 2008;336:841-2.
- Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994;154:1365-70.

35. Levinson W, Roter D, Mullooly JP, Dull V, Frankel R. Physician patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277:553-9.
36. Alderman, B. Litigation in obstetrics and gynaecology has increased in Merseyside [letter]. *BMJ*. 1997;314:607.
37. Boyacıyan K, Camano L. Profile of denounced physicians that practice obstetrics and gynecology in the state of São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(3):144.
38. White AA, Pichert JW, Bledsoe SH, Cindy I, Entman SS. Cause and Effect Analysis of Closed Claims in Obstetrics and Gynecology. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;105:1031-8.
39. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med*. 2001;52(2):203-13.
40. Peters M. Careers Focus. *BMJ*. 2008;337:3125.
41. Jennings J. Ethics in obstetrics and gynecology: a practitioner's review and opinion. *Obstet Gynecol*. 1989;44:656-61.
42. Van Dulmen AM. Different perspectives of doctor and patient in communication. *International Congress Series*. 2002;1241:243-8.
43. Hardern A, Street A. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust*. 2007;186:224-7.
44. Himmel W, Ittner E, Kron M, Kochen M. Comparing women's views on family and sexual problems in family and gynaecological practices. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1999;20:127-35.
45. Ludwig H. Thoughts on the patient-doctor relationship in obstetrics and gynecology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1999;85:85-91.
46. Broadmore J, Carr-Gregg M, Hutton JD. Vaginal examinations: women's experiences and preferences. *NZ Med J*. 1986;99:8-10.
47. Golomb D. Attitudes toward pelvic examinations in two primary care settings. *R Inst Med J*. 1983;66:281-4.
48. Patton DD, Bodtke S, Horner RD. Patient's perceptions of the need for chaperones during pelvic exams. *Fam Med*. 1990;22:215-8.
49. Vella PV. A survey of women undergoing a pelvic examination. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 1991;31:355-7.
50. Friend J. Some current obstetric and gynaecological problems. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1999;13(4):449-72.
51. Oskay-Ozcelik G, Lehmacher W, Könsgen D, Christ H, Kaufmann M, Lichtenegger W, et al. Breast cancer patients' expectations in respect of the physician-patient relationship and treatment management results of a survey of 617 patients. *Ann Oncol*. 2007;18(3):479-84.
52. Azevedo MH. A comunicação com o doente oncológico. Conferência proferida no IV Congresso Nacional das Unidades de Oncologia dos Hospitais. 11-13 de Novembro de 1999; Ponta Delgada.
53. Moniz M, Albuquerque E. Crenças e Mitos no Cancro. Apresentado no Congresso Nacional de Psico-Oncologia. 23-24 de Junho 2003; Lisboa.
54. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *Affect Disord*. 1995;36(1-2):11-20.
55. Faulkner A, Maguire P. Talking to cancer patients and their relatives. Oxford: Oxford University Press; 2002.
56. Kübler-Ross E. On death and dying. Londres: Souvenir Press; 1969.
57. Clark J. Patient centred death. *BMJ*. 2003;327:174-5.
58. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet*. 1998;351 Suppl 2:21-9.
59. Linn J. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. *JAMA*. 2000;284:2476-82.
60. Smith R. A good death. *BMJ*. 2000;320:129-30.
61. Speck P, Higginson I, Addington J. Spiritual needs in health care. *BMJ*. 2004;329:123-4.
62. Oliveira HM. A verdade a que o doente tem direito. *Psiquiatria Clínica*. 1980;1 Supl 1:143-6.
63. Geyman JP. Dying and death of a family member. *J Fam Pract*. 1983;17(1):125-34.
64. Stollerman G. Os cuidados de saúde e o índice de sofrimento. *Hospital Practice*. 1997;1(8):26-48.
65. Steinhäuser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factores considerados importantes no final da vida por doentes, família, médicos e outros prestadores de cuidados. *JAMA*. 2000;284:2476-82.
66. Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, Janofsky JS. The request for assistance in dying. The need for psychiatric consultation. *Cancer*. 1993;72(9):2786-91.
67. Block SD, Billings JA. Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness. The role of the psychiatrist. *Psychosomatics*. 1995;36(5):445-57.
68. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ*. 2008;337:682.
69. Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc Sci Med*. 2004;58(12):2431-44.
70. Ferris FD, von Gunten CF, Emanuel LL. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J Palliat Med*. 2003;6(4):605-13.
71. von Gunten CF, Ferris F, Emanuel LL. Ensuring competency in end-of-life skills: communication and relational skills. *JAMA*. 2000;284:3051-7.
72. Buetow S. What do patients want from their general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it: a framework. *Social Science and Medicine*. 1995;40:213-21.
73. McBride CA, Shugars DA, DiMatteo MR, Lepper HS, O'Neil EH, Damush TM. The Physicians role. *Archives of Family Medicine*. 2007;3:948-53.
74. Wensing M, Jung J, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Social Science and Medicine*. 1998;47:1573-88.
75. Pereira AV, Jorge GP, Guerra NC, Branco PR. O Médico de Família Ideal — perspectiva do utente. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24:555-64.
76. Coulter A. When should you involve patients in treatment decisions? *Br J Gen Pract*. 2007;57(543):771-2.
77. Charles G, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44(5):681-92.
78. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999;49:477-82.
79. Flynn KE, Smith MA, Vanness D. A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Soc Sci Med*. 2006;63(5):1158-69.
80. Rodrigues JV. O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português. Coimbra: Coimbra Editora; 2001.
81. Say RE, Richard Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions – challenges for doctors. *BMJ*. 2003;327:542-5.
82. Akerkar SM, Bichile LS. Health information on the internet: Patient empowerment or patient deceit? *Indian J Med Sci*. 2004;58:321-6.

83. Eysenbach G, Jadad AR. Evidence-based Patient Choice and Consumer health informatics in the Internet age. *J Med Internet Res.* 2001;3(2):19.
84. Anderson JG. Consumers of e-Health Patterns of Use and Barriers. *Social Science Computer Review.* 2004;22(2):242-8.
85. Santana S, Pereira AS. Da Utilização da Internet para Questões de Saúde e Doença em Portugal. Possíveis Repercussões na Relação Médico-Doente? *Acta Med Port.* 2007;20:47-57.
86. Meric F, Bernstam EV, Mirza NQ, Hunt KK, Ames FC, Ross MI, et al. Breast cancer on the world wide web: cross-sectional survey of quality of information and popularity of web sites. *BMJ.* 2002;324:577-81.
87. Al-Shahi R, Sadler M, Rees G, Bateman D. The internet. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002;73:619-28.
88. Eysenbach G, Ryoung E, Dieppen TL. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine. *BMJ.* 1999;319:1294.
89. Kaimal J, Cheng YW, Bryant AS, Norton ME, Shaffer BL, Caughey AB. Google obstetrics: who is educating our patients? *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:682.e1-e5.
90. Bernstam EV, Walji MF, Sagaram S, Sagaram D, Johnson CW, Meric-Bernstam F. Commonly cited website quality criteria are not effective at identifying inaccurate online information about breast cancer. *Cancer.* 2008;112(6):1206-13.
91. Wilson SM. Impact of the internet on primary care staff in Glasgow. *J Med Internet Res.* 1999;1(2):e7.
92. Weiner M, Biondich P. The influence of information technology on patient-physician relationships. *J Gen Intern Med.* 2006;21 Suppl 1:S35-9.
93. Ullrich PF Jr, Vaccaro AR. Patient education on the internet: opportunities and pitfalls. *Spine.* 2002;27(7):E185-8.
94. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ.* 2002;325:697-700.
95. Houston WR. The Doctor Himself As A Therapeutic Agent. Read at the St. Louis meeting of the American College of Physicians. 19 de Abril de 1937.

