



Relação médico-doente: principais obstáculos e como superá-los

Luiz Miguel Santiago,^{1,2} Carolina Gomes³

RESUMO

Existem várias barreiras ao desenvolvimento de uma boa relação médico-doente (RMD). Objetivou-se rever e sumarizar a literatura sobre barreiras à boa RMD e discutir possíveis vias de superação. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, pesquisando *online* a PubMed, o RCAA e todos os repositórios das faculdades médicas portuguesas, obtendo-se 917 artigos, sendo selecionados 156 artigos por leitura de título e resumo e, destes, 67 para a realização do trabalho após leitura integral. As barreiras à RMD podem dividir-se em relacionadas com o médico, com o doente, com ambos ou com fatores externos. É possível intervir em várias através da formação de estudantes e de médicos em comunicação e empatia, nos doentes investindo em literacia em saúde e, para as organizações em que trabalham, na melhoria das condições organizacionais e processuais em que e com que as consultas ocorrem. É necessária mais investigação quantitativa e qualitativa que permita reforçar a evidência científica e noções empíricas sobre a RMD e formas de a potenciar.

Palavras-chave: Comunicação; Comunicação médico-doente; Empatia; Relação médico-doente.

INTRODUÇÃO

A relação médico-doente (RMD) é atualmente aceite como pedra basilar da profissão médica, tendo impacto na satisfação do doente e do médico bem como no sucesso terapêutico.

A RMD tem sofrido evoluções cronológicas, desde o modelo de orientação-cooperação na Grécia Antiga, passando pelo paternalista ligado à religião e misticismo que imperou durante a Idade Média.¹ Desde os finais do séc. XVIII, a abordagem biomédica tornou-se a corrente principal de pensamento médico, predominando durante a maior parte da era moderna, ao acompanhar o exponencial desenvolvimento científico e tecnológico e o surgimento das grandes infraestruturas hospitalares organizadas e baseando-se num modelo de RMD paternalista.¹

No final do séc. XX começou a procura de um modelo que englobasse as melhores características de mo-

delos baseados na pessoa, no seu contexto e na visão da doença da pessoa, os modelos biopsicossocial e biomédico. Da junção destes dois modelos surgiu a Medicina Centrada no Doente (MCD), ou Medicina Centrada na Pessoa (MCP), um novo conceito que “implica uma aplicação deste (modelo biomédico) ao doente individual em estudo, abandonando as generalizações”, por oposição ao antigo modelo de medicina centrada na doença.¹⁻² Deste modo, a MCP engloba as experiências e expectativas do doente em conjunto com a medicina baseada na evidência, não abandonando as competências teóricas e técnicas do médico.²

Foi inicialmente postulado que a MCP assentava em seis componentes (Figura 1): enquadramento da doença, tanto do ponto de vista biomédico como biopsicossocial; integração do conceito de doença no todo da pessoa; necessidade de encontrar consensos entre médico e doente quanto ao problema, objetivos do tratamento e papéis que cada um dos intervenientes nesta RMD deve desempenhar; prevenção da doença e promoção da saúde; a consulta como uma oportunidade de aprofundamento e melhoria da RMD; o médico como ser realista e honesto sobre as probabilidades de

1. MD, PhD, Associated Professor. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

3. MD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.



cura, os tratamentos, o tempo e os recursos disponíveis por médicos e pessoa.

Podem ainda descrever-se cinco características principais deste modelo: a perspetiva biopsicossocial, o conceito de paciente como pessoa, a partilha do poder e da responsabilidade, a aliança terapêutica e o conceito de médico como pessoa.¹

Atualmente e num esforço de simplificação destes conceitos amplexamente interligados, pode-se considerar que a MCP tem quatro componentes, reformulados por Moira Stewart em *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method*.² explorar a saúde, a doença e as perceções de doença; perceber a pessoa como um todo; encontrar terreno comum; e melhorar a relação médico-pessoa (Figura 1):

1. Explorar saúde, doença e experiência de doença (*illness*). Explorar as emoções e ideias ligadas a estes conceitos, o seu impacto nas pessoas envolvidas e as expectativas do doente em relação ao processo de doença;
2. A pessoa como um todo. Explorar a história pessoal e familiar, o contexto social do doente, emprego, cultura, comunidade e ambiente em que se insere;
3. Encontrar pontos em comum. Desenvolver esforços de conciliação na identificação de: problemas, prioridades, objetivos de tratamento e gestão da doença, definindo-se, por consenso, os papéis que cada interveniente deve desempenhar;
4. Melhorar a RMD. Através de promoção da empatia, capacitação (*enablement*) e empoderamento (*empowerment*) do doente, cultivação da esperança, autoconhecimento e transferência (a projeção emocional das experiências pessoais no próximo).

Desde que o modelo de MCP foi aceite e adotado pela comunidade médica internacional têm-se concentrado esforços no sentido de o estudar e aplicar na prática das interações médico-doente. No entanto, dada a variedade de contextos em que o clínico desenvolve a sua atividade, questiona-se se este pode ser o mais adequado em situações muito específicas. Em doentes com queixas agudas maioritariamente do foco físico/orgânico está demonstrado que uma abordagem mais dirigida à patologia, aplicando um modelo biomédico, portanto, mais paternalista, origina maiores níveis de satisfação da parte do doente e melhora os resultados em saúde.³ Da mesma forma, em contextos de

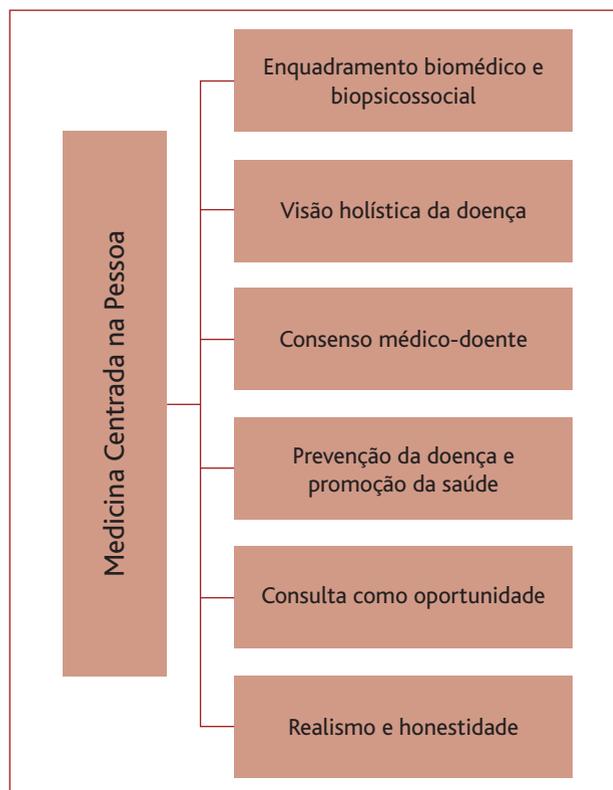


Figura 1. Diagrama resumo das componentes originais da Medicina Centrada na Pessoa.

urgência, em que o doente esteja em risco de vida ou perante um grande défice intelectual ou de consciência, pode ser vantajoso adotar uma abordagem mais biomédica. No entanto, mesmo nestas situações de exceção salvaguarda-se que o médico deve caminhar no sentido de promover uma maior empatia e empoderamento/capacitação do doente no seio da RMD, com particular importância no momento de resolução do contacto, estabelecendo as bases para um melhor seguimento em consulta *a posteriori*.³

Fatores relacionados com o doente, o médico e comuns a ambos ou mesmo externos podem ser importantes para gerar uma experiência positiva no doente.⁴ Como na maior parte das relações humanas considera-se que, na ótica do doente, estes fatores são altamente dependentes das expectativas e necessidades dos doentes e no seu cumprimento.²⁻⁴

Uma revisão sistemática de 2022 procurou os fatores que contribuíssem para a satisfação do doente e



concluiu que estes são: a quantidade de tempo dedicado a comunicar com o doente; a comunicação verbal e não-verbal, mais especificamente os doentes esperando que o médico seja bem informado, cordial, informativo, empático, respeitoso, demonstre apoio e trate os pacientes de igual para igual; a compreensão das expectativas dos doentes, que podem incluir a obtenção de informação sobre a sua doença, participar na discussão e decisão terapêutica, prestar consentimento prévio ao tratamento, ter a sua dignidade respeitada, permitir que a família do doente fale com o seu médico e obter informação sobre sinais de alarme e complicações relacionados com a sua doença ou tratamento. Outros fatores contributivos para a satisfação do doente foram: a simplificação dos termos médicos, para que o doente os pudesse compreender e limitar a elevada carga de trabalho do médico, que diminui o tempo disponível para cada doente e aumenta a sua fadiga, reduzindo a sua capacidade de comunicação.⁴

Na RMD, a decisão partilhada, a autonomia do doente, a comunicação eficaz, a empatia e a centralização dos cuidados no doente são conceitos diferentes, mas indissociáveis e cruciais, para a satisfação do doente, a sua adesão à terapêutica, o sucesso terapêutico e a promoção da saúde. Estes conceitos começam a ser incluídos nos programas formativos das escolas médicas.^{2,4}

Por oposição, em casos de má RMD, tanto os intervenientes como os resultados em saúde sofrem, no extremo acabando em litigância. Num mundo moderno, em que rapidamente se somam novos desafios distrativos, são cada vez mais os fatores e ruídos que prejudicam a atenção dos interlocutores nesta RMD. Estes temas têm atraído cada vez mais atenção, uma vez que na prática clínica diária são intuitivamente notadas dificuldades por quem procura praticar com êxito uma MCP, sendo exemplos a desconfiança, a baixa literacia em saúde da população, o *burnout*, a dependência da informatização, a falta de formação em competências comunicacionais, o excesso de trabalho administrativo e burocrático e ainda a interrupção da atenção do médico.⁵⁻¹⁴

Como fatores de má RMD estão estudados problemas ligadas ao médico, ao doente, ao ambiente da consulta e mesmo externos a ambos. Ao distinguir estes obstáculos identificam-se janelas de oportunidade para

a proposta de soluções e implementação de atuações que permitam a otimização da RMD e a melhoria de resultados e consequências em saúde.

O presente trabalho teve como objetivo rever e sumarizar a literatura sobre barreiras na RMD e perceber possíveis vias de superação.

MÉTODOS

Efetou-se uma revisão narrativa da literatura no âmbito da RMD, com especial enfoque nas barreiras identificadas ao seu bom funcionamento e respetivas propostas de melhoria. Foram pesquisadas a base de dados *online* PubMed, a plataforma RCAAP e repositórios científicos de todas as faculdades médicas portuguesas, empregando uma equação de pesquisa com os termos-chave: “relação médico-doente”, “comunicação médico-doente”, “barreiras à comunicação”, “comunicação não-verbal”, “empatia”, “confiança do doente”, “medicina centrada no doente”, “medicina centrada na pessoa” “satisfação do doente”, “aliança terapêutica”, “resultados em saúde”, bem como os seus sinónimos. Na equação de pesquisa usaram-se os operadores booleanos (AND e OR) e linguagem relativa às particularidades de cada base de dados/plataforma pesquisada. Na versão inglesa, na pesquisa na PubMed foram usadas as expressões: ((*physician-patient*) OR (*patient-physician*) OR (*patient-clinician*) OR (*clinician-patient*) OR (*doctor-patient*) OR (*patient-doctor*) AND (*communication*) OR (*relations*) OR (*relationship*) OR (*interaction*)) AND ((*empathy*) OR (*communication skills*) OR (*barriers*) OR (*therapeutic relationship*) OR (*therapeutic communication*) OR (*therapeutic alliance*) OR (*patient trust*) OR (*quality of care*) OR (*compassion*) OR (*health literacy*) OR (*adherence*) OR (*challenges*) OR (*conflict*) OR (*burnout*) OR (*patient satisfaction*) OR (*biopsychosocial*) OR (*nonverbal*) OR (*patient-centered*) OR (*problems*) OR (*limitations*) OR (*difficulties*) OR (*solution*) OR (*improvement*) OR (*health outcomes*) OR (*narrative medicine*)). Foram também examinadas as listas de referências bibliográficas dos artigos pesquisados, de modo a assegurar uma pesquisa integral. Selecionaram-se estudos redigidos em língua inglesa, portuguesa e espanhola. Não foi estabelecido limite para o ano de publicação nem para a tipologia dos artigos a incluir. Foram excluídos artigos em que o doente tivesse incapacidade física ou mental que comprometesse

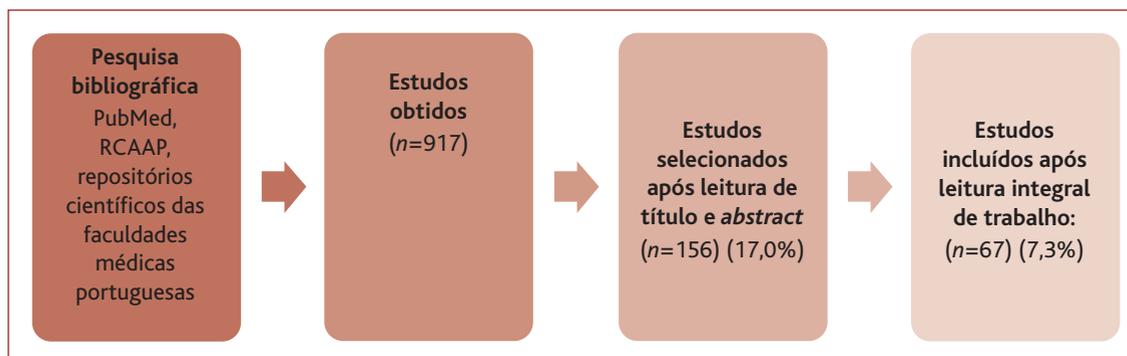


Figura 2. Fluxograma desde a pesquisa bibliográfica até ao número dos estudos incluídos.

a comunicação e sobre dificuldades motivadas por diferenças linguísticas ou étnicas. Realizou-se a descrição dos resultados. A revisão foi realizada por dois autores autonomamente e, em caso de problemas de entendimento, recorreu-se a consenso. Para os artigos duplicados e para os que tivessem as mesmas conclusões foi seguido o método de apenas aceitar o mais recente.

RESULTADOS

A Figura 1 revela o diagrama resumo das componentes originais da MCP e a Figura 2 o fluxograma com a pesquisa bibliográfica e o número de estudos incluídos, verificando-se terem sido lidos 17,0% dos estudos obtidos e, destes, 7,3% foram incluídos na revisão.

Com o resultado da revisão da literatura efetuada foi possível elencar várias barreiras eventualmente impeditivas do desenvolvimento de uma boa RMD. Fatores relacionados com o médico, com o doente, comuns a ambos e externos/ambientais foram encontrados. Os 67 artigos encontrados elencam-se na Tabela 1, em que se apresentam as barreiras identificadas e respetivas propostas de solução, organizadas em função da sua categoria, apresentando-se subgrupos específicos.

DISCUSSÃO

Nos estudos identificados, e quanto ao médico, as barreiras mais comumente descritas foram: não perguntar ao doente as suas expectativas, perspetivas e emoções; a escassa formação em *soft skills* como comunicação, empatia e autoconhecimento; a fadiga, o *stress* e desgaste emocional (*burnout*) e o uso de terminologia desadequada (jargão médico).

Nos estudos identificados e, ainda quanto ao médico, muitos tópicos estavam associados a falhas na comunicação verbal e não-verbal, sendo mais frequentemente referida a não exploração das expectativas, perspetivas e emoções do doente.⁵⁻¹⁶ Igualmente a falha nas respostas empáticas,^{12-14,17-19} o interromper^{15,20} ou não olhar para o doente enquanto este fala,¹³⁻¹⁵ não praticar uma escuta ativa²¹ e não respeitar a autonomia do doente^{13,21} foram percebidas. Esta aparente lacuna pode ser explicada pela falta de formação nestas áreas.^{6-8,14,17-20,22-24}

Durante muitos anos acreditou-se que estas competências de comunicação eram inatas, não sendo passíveis de aprendizagem, sendo, assim, criada uma atitude de acomodação por ser considerada infrutífera a modificação de algo imutável por inato.^{20,25} Sabe-se que uma intervenção formativa, mesmo que só de algumas horas, pode ter impacto na comunicação do médico (com maior satisfação do doente), na empatia e autoconfiança do médico e na redução da incidência de *burnout*.^{6,20,26-28} A aquisição de tais competências subjetivas, o seu impacto na prática clínica, a curto prazo na adesão à terapêutica ou a longo prazo nas consequências em saúde (*outcomes*), tiveram até hoje escassa publicação, o que pode ter levado a uma desvalorização destas competências pelos médicos e à falta de procura de formação nesta área, especialmente no contexto de ensino pós-graduado, com escassa oferta de formação.^{26,29}

Apesar da reconhecida importância da empatia na RMD, num inquérito realizado em 2015 numa USF portuguesa apenas 31,6% dos inquiridos sentiram empatia num grau considerado adequado.^{6,30} Como razões


TABELA 1. Tabela-resumo sobre barreiras à RMD e respetivas propostas de melhoria

Categorias	Subgrupos	Barreiras	Ref.	Soluções propostas	Ref.
Barreiras relacionadas com o médico	Falta de competências de comunicação, empatia e autoconhecimento	Falha em ter em conta as expectativas, perspetivas e emoções do doente.	(5-16)	Permitir que o doente fale. Ouvir e abordar as suas expectativas.	(5)
				Escutar os doentes e responder às suas emoções com empatia.	(5; 33)
				Programas de formação em comunicação e empatia.	(6)
		Escassa formação em competências como comunicação, empatia e autoconhecimento.	(6-8; 14; 17-20; 23-24)	Programas de formação em comunicação com doentes padronizados e reais – desenvolver competências de MCP.	
				Programas de formação em comunicação e empatia.	(6)
		Desvalorização destas competências.	(6; 20; 29)	–	
		Pobres competências de comunicação.	(24; 29; 40)	Programas de formação em comunicação e empatia.	(40)
		Falta de empatia – falha de respostas empáticas.	(12-14; 17-19)	Formação em comunicação (8 horas).	(28)
				Empatia individualizada em vez de universal.	(21)
		Interromper o doente enquanto fala.	(15; 20)	–	
		Má comunicação não-verbal.	(15; 49)	–	
		Falta contacto visual enquanto o doente fala.	(13-15)	–	
		Não fazer escuta ativa.	(21)	–	
		Não respeitar a autonomia do doente.	(13; 21)	–	
		Uso de terminologia médica.	(7-8; 11; 18; 33-36)	Campanhas de literacia em saúde.	(1)
Presença de terceira pessoa na consulta. Usar frases simples.	(33)				
Veicular as noções sobre fisiopatologia em termos leigos.	(34)				
Formação em comunicação.	(40)				

(continua)


TABELA 1. Tabela-resumo sobre barreiras à RMD e respetivas propostas de melhoria (continuação)

Categorias	Subgrupos	Barreiras	Ref.	Soluções propostas	Ref.
Barreiras relacionadas com o médico	Falta de competências de comunicação, empatia e autoconhecimento	Atitude negativa – arrogância, indiferença, médicos zangados e defensivos, dogmáticos e rígidos.	(5; 10; 13-14; 21; 29; 33)	Conduta do médico (respeito, interesse, atenção, humildade, prudência).	(5)
		Ocultar informação/Não discutir os diagnósticos com os doentes.	(8; 11; 13; 21; 50)	–	
		Preconceitos e julgamentos sobre o doente.	(20; 29; 40; 46-47)	Formação em comunicação com apoio de psicólogo (consciencialização).	(40)
	Carga emocional	Desconforto com emoções negativas, particularmente em situações de fim de vida ou de pior prognóstico.	(8-9; 11; 19; 44; 49)	Treino de estratégias de <i>coping</i> .	(9)
				Programas de formação em comunicação e gestão de emoções.	(44)
		Fadiga, <i>stress</i> , desgaste emocional e <i>burnout</i> .	(5-6; 9-10; 14; 20; 29; 40; 48)	Formação em comunicação (8 horas).	(28)
	Outras dificuldades do trabalho médico	Sobrecarga de trabalho.	(10; 24; 34)	–	
		Utilização de MCDs em vez de HC e EO.	(14; 25)	–	
		Não faz exame físico.	(5; 14)	–	
	Barreiras relacionadas com o doente	"Doente difícil"	Comportamento desrespeitoso, agressivo, procura excessiva de cuidados de saúde e de ganhos secundários, atitudes exigentes e manipuladoras, fatalismo, desconfiança dos cuidados de saúde, doença como fonte de gratificação/atenção.	(1; 5; 10; 13; 33; 50)	Formação em comunicação e gestão de conflitos.
Empatia e escuta sem juízos de valor.					(10)
Linguagem clara e assertiva e estabelecer limites.					(10)
Marcação de consultas regulares, com duração adequada.					(1)

(continua)


TABELA 1. Tabela-resumo sobre barreiras à RMD e respetivas propostas de melhoria (continuação)

Categorias	Subgrupos	Barreiras	Ref.	Soluções propostas	Ref.	
Barreiras relacionadas com o doente	Doente idoso	Deterioração da cognição, visão e audição.	(18; 33-34)	Presença de terceira pessoa: acompanhante/cuidador.	(33)	
		Pouca assertividade/ /Demonstra pouco interesse/ /Não faz perguntas.	(7-8; 33)	–		
	Carga emocional	Estado emocional do doente.	(8; 35)	–		
		Associa doença com sentimentos de vergonha.	(16; 33)	–		
		Medo de ser julgado.	(47)	Criar uma atmosfera de confiança sem julgamentos.	(47)	
	Outras dificuldades de lidar com o processo de doença e com o sistema de saúde	Baixo nível de literacia em saúde.		(10; 13; 18; 24; 27; 29; 33-34; 53; 54)	Programas de formação em comunicação.	(40)
			Pesquisa de informação <i>online</i> .	(10; 46; 55)	–	
		Expectativa e preconceitos do doente em relação ao médico.	(13; 20-21; 51; 57)	–		
		Expectativas invulgares (ex: ter consulta na hora ou levar familiares para também serem atendidos).	(13)	–		
		Ignorar recomendações do médico – exames, medicação e seguimento.	(13; 29; 33; 50; 60)	–		
		Doença adquirida pelo comportamento de alto risco do doente (e.g., abuso de drogas, tabagismo).	(5; 50)	–		

(continua)

explicativas para estes resultados foram encontradas o desconhecimento médico quanto à importância dessa aptidão, a falta de formação para a prática empática ou as cargas de trabalho excessivas que levam a exaustão

profissional.³⁰ O mesmo estudo mostrou ainda que a maioria dos inquiridos se sentem compreendidos pelo médico e que este compreende a sua perspetiva e experiência de doença. Porém, esta compreensão


TABELA 1. Tabela-resumo sobre barreiras à RMD e respetivas propostas de melhoria (continuação)

Categorias	Subgrupos	Barreiras	Ref.	Soluções propostas	Ref.	
Comuns a ambos		Divergência de perspetivas, valores e crenças.	(5; 7-8; 20; 29; 33-35)	Livre escolha do médico pelo doente.	(1)	
				Explorar as crenças e valores do doente. Procurar compreender a perspetiva do doente sobre a sua doença.	(7)	
				Esforço acrescido por parte do médico para se pôr no lugar do doente e tentar compreendê-lo (empatia).	(34)	
			Padrões comunicacionais díspares.	(33)	Usar linguagem simples e focar um tema de cada vez.	(33)
			Expectativas e agendas diferentes.	(9; 13; 19; 50)	–	
			Temas emocionalmente carregados.	(8; 19; 33)	–	
		Assimetria acentuada sobre conhecimentos em saúde e na própria distribuição de poder na RMD.	(9; 16; 18; 21; 29; 33; 49)	Usar linguagem simples, frases curtas e focar um tema de cada vez.	(33)	
Externas	Relacionadas com a organização do sistema de saúde	Cuidados fragmentados por vários médicos.	(5; 14-15; 20; 62)	–		
		Restrições de tempo.	(5-6; 8; 11; 13-15; 17-18; 21; 24-25; 33-34; 40; 42; 62)	–		
		Elevada carga de trabalho do médico.	(34)	–		
		Reduções de custos e pressão para a produtividade.	(25; 42; 50)	–		

(continua)


TABELA 1. Tabela-resumo sobre barreiras à RMD e respetivas propostas de melhoria (continuação)

Categorias	Subgrupos	Barreiras	Ref.	Soluções propostas	Ref.					
Externas	Relacionadas com a organização do sistema de saúde	Registos eletrónicos/Uso crescente de tecnologia.	(5; 14; 18; 20; 35; 42; 63-66)	Acautelar a não diminuição do contacto com o doente.	(57)					
				Posicionar o computador corretamente, rever os registos antes do doente entrar, organizar o tempo de registo de forma a não afetar a interação com o doente e usar a tecnologia como recurso para ensino dos doentes.	(65)					
				Partilhar o ecrã, aumentar o contacto visual com o doente.	(63)					
				Ecrã visível para ambos.	(67)					
					Contacto visual adequado.	(33)				
	Ruídos externos	Terceira pessoa antagonizante.	(8; 11; 33)	-						
							Como os médicos são retratados nos meios de comunicação e entretenimento – noticiários, séries, etc.	(62)	-	
							Distrações e interrupções frequentes (e.g., telefone, outros profissionais do serviço de saúde).	(5; 10; 14; 22; 33; 57)	Evitar distrações durante o contacto.	(33)
	Relacionadas com o local de prestação de cuidados	Infraestruturas – sala de espera ruidosa, sem lugares para sentar, consultório desarrumado/sujo, sem o material necessário ou sem condições de privacidade e longos tempos de espera.	(13; 35; 62)	-						
							Cultura no local de trabalho (<i>workplace culture</i>).	(15)	-	
Pessoal não médico com atitude desrespeitosa ou rude, que não cumpra o seu trabalho.							(13)	-		

Legenda: MCP = Medicina centrada na pessoa; MCDs = Métodos complementares de diagnóstico; HC = História clínica; EO = Exame objetivo; RMD = Relação médico-doente.



limita-se ao assunto da doença, uma vez que dimensões como “Perguntar o que está a acontecer na minha vida” e “Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações” tiveram as pontuações de satisfação mais baixas.⁶ Estes resultados são reforçados por outros estudos na mesma área.³¹⁻³²

Estes dados demonstram que frequentemente não haverá uma exploração de todo o envolvimento psicossocial da pessoa doente.⁶

Outra falha comunicacional encontrada na literatura é o uso de terminologia médica, o jargão, na interação com o doente.^{7,8,11,18,33-36} O uso desta linguagem associada a baixa formação académica e literacia da população e a possível falta de confiança em fazer perguntas e esclarecer dúvidas, por parte do doente, são receita para resultados menos bons no acesso à informação e sua compreensão. O que muitas vezes para o clínico é claro pode não o ser para o doente, pelo que é importante que haja uma adaptação do discurso médico. Se não houver compreensão não se pode falar em MCP nem em decisão terapêutica partilhada, pois se o doente não compreende fica incapaz de tomar as melhores decisões.

Boa comunicação entre o doente e os profissionais de saúde e a decisão partilhada são dois pilares fundamentais para assegurar uma boa adesão à terapêutica e seguimento de recomendações em saúde.

O doente, ao sentir que pode confiar no profissional de saúde que o acompanha e que tem em conta as suas preocupações e necessidades, considera que todas as medidas aconselhadas são o melhor contributo para a sua saúde.³⁷ Quando o médico faz uso das suas competências comunicacionais os doentes compreendem melhor o seu problema, o plano escolhido e a terapêutica, levando a um alívio do sofrimento psicológico decorrente da sua doença.³⁸ Quando o doente se sente insatisfeito com o grau de competências interpessoais dos profissionais de saúde pode haver a tendência para recorrer a profissionais de terapias alternativas que possuam essas competências, colocando-se em risco por não obter os melhores cuidados de saúde baseados na evidência.⁷

Uma proposta de solução é a formação pré e pós-graduada em competências de comunicação centradas no doente e empatia.^{6,25,28,32,39-40} É desejável que esta formação vá para além do ensino de habilidades padroniza-

das, pois é crucial incentivar a resposta dos médicos à experiência única do doente em causa.¹⁷

Da mesma forma, no que toca à empatia é preciso ser cauteloso com a formação – uma formação rígida pode levar a uma empatia universal, ou seja, uma resposta empática padrão que é aplicada a todos os doentes, quando pelo contrário a empatia é, por definição, individualizada e deve partir de um ponto de conexão com aquele doente específico.²¹ O objetivo será sensibilizar os formandos para a prática de uma medicina personalizada e humanizada, centrada na pessoa.

Potencial erro a evitar é a imposição deste tipo de formação aos médicos para melhoria da sua prática, pois, como pessoa, o médico pode errar, devendo o erro servir de aprendizagem, ao mesmo tempo que para o médico deve haver atitude empática.²⁶ Deve notar-se que ao longo do curso de medicina e também do internato médico se dá uma erosão da empatia, relacionada com o *curriculum* académico, a sua sobrecarga, as condições do local de estudo/trabalho, como a falta de tutores modelo e o desgaste emocional.^{15,41-42} Assim sendo, a formação médica pode beneficiar do alargamento do currículo, de forma a incluir *soft skills*, como autoconehecimento, autocompaixão e *mindfulness*.^{10,40,43-44}

O modelo de MCP não é rígido, não segue guiões de entrevista pré-determinados; por conseguinte, é necessário treinar os profissionais para estarem preparados, sendo flexíveis, reconhecendo os seus mecanismos inconscientes de transferência e contratransferência e ajustando-se ao doente.³² *Mindfulness* e estratégias de autocompaixão são intervenções eficazes na melhor comunicação médico-doente, nos níveis de empatia do médico e da qualidade dos cuidados de saúde, diminuindo o sofrimento emocional e prevenindo o *burnout*.^{9,43}

É importante que os médicos em posição de tutor sejam um bom modelo de conduta para que estudantes e internos aprendam, apreendam e consolidem os conceitos de boa comunicação e empatia, aplicando-os na prática clínica.^{39,42}

Um estudo realizado em 2018 não encontrou diferenças significativas no estilo comunicacional entre médicos que receberam formação em comunicação centrada na pessoa e os que não participaram nesse tipo de intervenção.³² As intervenções formativas podem não ter impacto se forem demasiado teóricas ou



dogmáticas, se tiverem uma duração inadequada e a ausência de treino em ambiente controlado, pois na prática clínica a imprevisibilidade é grande, sendo cada doente um caso.³²

A formação em competências de comunicação nos estudantes de medicina pode promover respostas rígidas e estereotipadas. Um estudo de 2013 juntou aulas de improviso ao currículo de um número selecionado de estudantes num ambiente relaxado, para resolução de *puzzles* diagnósticos, podendo aqueles experimentar e treinar competências de comunicação. Os estudantes revelaram que estas aulas, fora da pressão de contacto com doentes, aumentaram a liberdade e criatividade dentro do currículo, com oportunidade de serem mais flexíveis em estilos comunicacionais.⁴⁵ Relataram também um aumento de confiança com o papel de médico, pela adaptação rápida ao cenário que era construído, superaram o medo de serem julgados e reconheceram a importância de aceitar os outros sem julgamentos, aumentando a *mindfulness* na interação com o doente.⁴⁵

A atitude do médico também tem impacto na RMD.^{5,10,13-14,21,29,33} Um médico arrogante, indiferente, zangado, defensivo, dogmático ou rígido dificilmente originará maior satisfação do doente, podendo até criar obstáculos difíceis de contornar no futuro. Estas atitudes podem ser fruto de uma abordagem mais paternalista, de exaustão ou só da sua personalidade.^{5,10,13-14,21,29,33} Aquando da persistência de um modelo paternalista na RMD, o médico pode ter uma tendência para julgar e criticar o doente, traduzindo-se em opiniões e atitudes punitivas quando os doentes não estão motivados ou não cumprem as suas recomendações.^{20,29,40,46-47} Doentes com medo de serem julgados omitem ou manipulam informação sobre os seus hábitos e a gestão da sua doença, levando a uma erosão da RMD.^{29,47}

A profissão médica é de responsabilidade e lida com temas emocionalmente difíceis, como a doença, a incapacidade e a morte. Estes fatores, quando associados a longos horários e à sobrecarga de trabalho, colocam os médicos em especial risco de desgaste emocional e *burnout*.^{5-6,9-10,14,20,29,40,48}

O *burnout* tem sido associado a piores competências de comunicação, pelo facto de o médico não conseguir lidar com as suas emoções, tendendo a menos interagir com o doente.^{29,40} O desconforto na lide das emoções

do doente e do médico, especialmente em situações limite, passa a ser uma realidade.^{8-9,11,19,44,49} Temas como a morte continuam a gerar *stress* ou sofrimento tanto para os doentes como para os médicos, agravando-se quando a RMD é de longa duração.¹⁹ O desconforto com os maus prognósticos pode ainda levar o médico a ocultar informação ou a manipular a que partilha com o doente por medo da sua reação.^{8,11,13,21,50} No entanto, a maioria dos doentes tem interesse e gostaria de ter toda a informação sobre a sua doença e tratamento.⁵¹ Numa tentativa de suplantar esta dificuldade dual, a criação de estruturas de apoio psicológico para os médicos e a formação em autoconhecimento, *mindfulness* e gestão emocional podem ser importantes.^{9-10,28,40-41}

O desenvolvimento de técnicas de apoio ao diagnóstico, sensíveis, específicas e acessíveis, determina o seu uso intensivo para a maior positividade profissional, passando a história clínica e o exame objetivo a serem menos pormenorizados e exaustivos, o que pode ser interpretado pelo doente como uma falta de interesse (“Nem olhou para mim, nem me fez perguntas...”).^{5,14,25}

Quanto às barreiras relacionadas com o doente, a literatura revista salienta predominantemente a sua satisfação e as suas preferências. Pouco foi publicado quanto à sua responsabilidade na RMD, sendo dada mais atenção aos obstáculos relacionados com o médico e com as instituições. A barreira mais vezes referida na literatura é o baixo nível de literacia em saúde, seguindo-se-lhe o “doente difícil”.

A Organização Mundial da Saúde define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e usarem a informação de forma a promoverem e manterem boa saúde”.⁵² A baixa literacia cria uma barreira entre o médico e o doente, dificulta a comunicação efetiva, limita a compreensão das informações fornecidas pelo médico e reduz o uso eficiente da informação obtida.^{10,13,18,24,29,33-34,53-54}

O baixo nível de literacia afeta também a autoconfiança dos doentes. Este facto reveste-se de especial importância porque a autoconfiança é um precursor para iniciar a mudança comportamental, conceito chave no autocuidado e autogestão da saúde. Tal pode originar menor motivação para participação em programas de promoção da saúde e prevenção da doença.³³



Sentimentos de desamparo e ansiedade podem ocorrer pela não compreensão do estado, havendo inibição de pedidos de esclarecimento com medo de julgamento médico e recurso a fontes de informação alternativas, como amigos, familiares ou a internet.³³

A capacitação para o empoderamento é componente chave para a MCP na RMD.^{1-4,10}

A pesquisa de informação *online* pelos doentes é percebida como uma barreira pelos médicos, que consideram que a maior parte da informação disponível *online* é imprecisa, sem qualidade, desadequada e insuficiente, assim a desconsiderando.^{10,46,55} A pesquisa pode gerar sentimentos ansiosos nos doentes, mas simultaneamente pode ser uma preparação para melhor percepção da doença e participação na discussão sobre o plano terapêutico.^{46,55} Uma forma de contornar esta barreira reside no médico fazer a pedagogia da educação do doente, fornecendo plataformas fidedignas para consulta e recolha de informação sobre saúde.⁵⁵

Entende-se por doente difícil aquele que, pelas suas características, dificulta o estabelecimento de uma relação eficaz com o médico, aquele cujo nome na agenda desencadeia uma reação de algum desespero no clínico, que procura frequente e excessivamente os cuidados de saúde, com atitudes exigentes, manipuladoras ou agressivas, desconfiando dos cuidados de saúde, procurando ganhos secundários ou usando a doença como fonte de gratificação ou atenção.^{1,5,10,13,33,50} O doente difícil pode também ser o que tem expectativas desajustadas para uma consulta, como ser atendido sem marcação ou mais cedo que a hora prevista ou levar familiares à consulta para que estes também sejam atendidos.¹³ Estas situações difíceis, pelo *stress* e sofrimento emocional que causam no médico, podem levar a *burnout* e impactar negativamente na qualidade do serviço prestado. Do lado do doente, se esta barreira não for ultrapassada pode haver uma diminuição da confiança no médico, levando a uma diminuição da adesão terapêutica ou até mesmo a litigância com o médico.

Como formas resolutivas deste problema sugere-se reformular o termo “doente difícil” para “encontros difíceis”, pondo o enfoque na situação e não no doente.^{10,29} Este conceito diferente pode levar a uma maior flexibilidade de pensamento e evitar uma rotulação do doente, desencadeadora de uma postura defensiva por

parte do médico.^{10,29} Outras possíveis soluções são a formação em gestão de conflitos, a escuta ativa e empática, o evitar interrupções ou juízos de valor e, embora contraintuitivo, a marcação de consultas de iniciativa médica para a percepção do problema desencadeante deste comportamento.^{1,10,56}

A sociedade atual está cada vez mais envelhecida, frágil, menos literata e deteriorada nas funções cognitivas e comunicacionais.^{7-8,29,33,35} Tal pode originar atitudes passivas dos doentes que impactam negativamente na RMD, impedindo uma abordagem mais centrada na pessoa e na tomada de decisão partilhada.⁷⁻⁸ A deterioração da cognição, visão e audição são também uma barreira à comunicação e compreensão.^{29,33} Os doentes mais idosos são frequentemente complexos, pela multimorbilidade e polifarmacoterapia.⁶ A presença de uma terceira pessoa, como um familiar ou cuidador, pode ser benéfica nestes casos, desde que este elemento facilite a comunicação e possa reter a informação, de forma a ajudar o doente no cumprimento do plano terapêutico no domicílio.³³ A terceira pessoa pode surtir o efeito contrário e desestabilizar a consulta, especialmente se adotar uma postura de não conformidade ou hostil.¹¹

Ser doente é estar numa posição de enorme fragilidade, com estado emocional alterado, tendo sentimentos de vergonha em relação à sua doença e medo de ser julgado. Este conjunto de características pode impedir o doente de ser honesto na comunicação, criando uma barreira.^{8,16,33,35,47}

As expectativas, preconceitos e ideias pré-concebidas do doente quanto ao médico podem ter impacto na RMD.^{13,20-21,51,57} Como características associadas ao modelo ideal de médico estão descritas o sexo feminino, a idade entre os 30 e os 50 anos e o ser da mesma raça/etnia que o doente, tendo a conduta do médico um peso maior na percepção e satisfação do doente.^{51,57} O uso da bata branca parece não ter impacto na satisfação do doente nem na confiança que coloca no médico; também parece não influenciar a percepção do doente sobre empatia ou conhecimentos do médico.⁵⁸ O facto de o médico usar máscara não teve impacto na satisfação dos doentes, mas teve um impacto negativo na percepção quanto à sua empatia.⁵⁹

Ao lidar com doentes que sofrem por comportamentos de alto risco, como abuso de drogas, hábitos tabágicos e alcoólicos ou estilos de vida pouco saudáveis,



o médico pode ter tendência a desinvestir na RMD, especialmente se o doente os mantiver mesmo após diagnóstico e explicação das suas consequências e aconselhamento.^{5,50}

Quando o doente ignora as recomendações do médico, como a realização de exames complementares, a medicação ou o cumprimento de consultas de seguimento, pode haver um sentimento de frustração no médico, com redução da satisfação e disponibilidade emocional para a RMD.^{13,29,33,60}

Relativamente às barreiras relacionadas em simultâneo com médico e doente, e que nascem da complexidade da relação interpessoal, destacam-se a divergência de perspetivas, valores, culturas, crenças e assimetria da RMD.^{5,7-8,10,20,29,33-35}

As diferenças culturais entre médico e doente podem provocar mal-entendidos, uma vez que as palavras e atos podem ser interpretadas segundo perspetivas e contextos diferentes.^{5,7-8,10,20,29,33-35} Estas diferenças associadas também a idades e vivências distintas podem dificultar a comunicação e ser um obstáculo à compreensão mútua e empatia.⁹

A capacidade de se colocar no lugar do doente pode ficar comprometida quando é difícil ter a perceção do contexto social e das perspetivas do doente, especialmente em cuidados de saúde primários, em que são atendidas pessoas com as mais variadas experiências de doença. Este obstáculo pode até tornar-se intransponível, não se encontrando tática de melhoria para a relação entre um médico e uma pessoa que se incompatibilizam.³⁴ Nestes casos pode ser benéfico uma transferência do doente para outro médico, à sua escolha.¹

Na RMD existe uma grande diferença de poder entre as duas partes envolvidas; por um lado, o conhecimento e a posição médicas e, por outro, o desconhecimento e a fragilidade do doente.^{9,16,18,21,29,33,49} Médicos e doentes têm amiúde expectativas e agendas diferentes para a consulta.^{9,13,19,38,50} Contudo, devido à assimetria da RMD, os doentes podem não ter oportunidade para revelar a sua agenda ou ocultá-la propositadamente, o que pode abrir a porta a conflitos e a uma degradação da RMD.⁹

Para contornar esta assimetria, uma abordagem centrada na pessoa, focando-se na colaboração e decisão partilhada, pode ser a solução.²⁻⁴ Esta abordagem en-

volve ações de encorajamento de fazer perguntas, de expressão de preocupações, medos e receios e de participação nas decisões terapêuticas, capacitando os doentes. É importante proteger a dignidade da pessoa e a sua autonomia, agindo como um conselheiro e não paternalisticamente.⁶¹

Assim, propõe-se treino de competências, como a identificação e compreensão das perceções dos próprios médicos acerca de características dos doentes e o seu impacto na comunicação com os mesmos, otimização de estratégias para a comunicação eficaz e a implementação de medidas de minimização dos níveis de *burnout*.⁴⁰

Mesmo quando, tanto o médico como o doente, desenvolvem todos os esforços para o desenvolvimento de uma boa RMD podem surgir barreiras externas, organizacionais ou ambientais que podem dificultar uma boa RMD. A maioria das barreiras externas referidas na literatura são referentes aos tempos de consulta e à obrigação de fazer bons registos.^{5-6,8,11,13-15,17-18,21,24-25,33-34,37-38,40,42,62}

A duração da consulta pode impactar na RMD se não for a adequada para permitir ao doente exprimir todas as suas preocupações.^{5-6,8,11,13-15,17-18,21,24-25,33-34,40,42,62} Os tempos de consulta mais longos estão associados a um aumento da satisfação do doente e da adesão à terapêutica e, por consequência, a melhores resultados em saúde.^{17,37-38} Quando os médicos têm mais tempo para ouvir os doentes são mais capazes de compreender as suas preocupações, crenças e valores, têm melhor comunicação, aumentam a confiança do doente e promovem a sua satisfação. Uma consulta mais longa pode igualmente oferecer mais oportunidades para informar e esclarecer o doente sobre o seu diagnóstico, planos de tratamento ou até mesmo educar para a prevenção da doença e promoção da saúde.⁴⁰ Se a consulta for curta demais, o doente pode sentir-se apressado e ignorado, levando a mal-entendidos e danos na comunicação. Não se encontra na literatura uma duração ideal do tempo de consulta. Esta deve ser longa o suficiente para o utente ficar satisfeito e ver as suas expectativas correspondidas e curta o suficiente para minimizar impacto económico e não prejudicar a agenda do médico, com prejuízo para outros doentes.^{32,62}

Uma consulta assente nos princípios da MCP será fator de redução da procura, criando assim mais hipóteses de um maior número de pessoas poderem ter



acesso a médico com maior satisfação para ambos os intervenientes.²⁻⁵

O computador no consultório também tem sido um tema estudado, tendo os registos eletrónicos impactos positivos e negativos na RMD.^{5,14,18,20,35,42,63-66} Bons registos eletrónicos permitem que o médico tenha acesso à informação de forma fácil e rápida, sem erros, duplicação de exames e tratamentos.⁶⁴ Em contrapartida, os registos podem constituir uma distração para o médico, que passa grande parte do tempo a interagir com o computador e a fazê-los, sendo tal percecionado pelo doente como de desinteresse ou falta de atenção para consigo.⁶⁶ O registo pode ainda mudar o foco do doente para o computador, reduzindo o contacto visual e prejudicando a comunicação não-verbal entre os dois, especialmente quando o clínico não faz uma gestão de tempo que permita conservar a interação com o doente.⁶³⁻⁶⁴ O ecrã do computador, se bem utilizado, pode ser uma ferramenta vantajosa como facilitador de conversação e educação desde que judiciosamente usado.^{57,63-64}

Algumas estratégias para minimizar o impacto negativo do ecrã de computador passam por posicioná-lo corretamente, num ângulo de 90° de forma que o doente também o possa ver, rever os registos antes de o doente entrar e aumentar o contacto visual com o doente, especialmente enquanto este fala.^{63-64,65,67} Destacam-se ainda outros fatores, como a utilização de programas mais amigos do utilizador e flexíveis, adaptados às necessidades do médico e não apenas às do gestor.⁶⁴

Outra barreira organizacional tem a ver com a fragmentação de cuidados.^{5,14-15,20,62} Para se criar uma RMD positiva e duradoura deve haver um cuidado longitudinal.⁵¹ Se tal não acontecer, por o doente estar constantemente a ser consultado por médicos diferentes, a RMD será mais difícil. Esta rotação de médicos pode ser observada nos cuidados primários como forma de responder à necessidade do doente de aceder a outro tipo de cuidados, consultando vários outros especialistas e/ou à falta de médicos de medicina geral e familiar que acompanhem o doente ao longo do tempo. Também no ambiente hospitalar o trabalho por turnos pode impedir um seguimento mais próximo do doente.⁶¹

Infraestruturas inadequadas, como uma sala de espera ruidosa, sem lugares para sentar, consultório desarrumado ou sem material necessário para a consul-

ta, ou a atitude do pessoal não médico que contacta com o doente, podem afetar o humor deste mesmo antes do início da consulta.^{10,13,35,62} Estes fatores podem, aquando da chegada ao consultório do médico, ter motivado irritação, frustração ou desconforto, dificultando o encontro e uma boa RMD. As distrações e interrupções durante a consulta não parecem ter impacto significativo na satisfação do doente nem na qualidade dos cuidados prestados, mas parecem aumentar o *stress* e a insatisfação do médico, podendo ser fator de risco para *burnout*.²²

A maneira como os médicos são retratados nos meios de comunicação, bem como a pressão e escrutínio social aos quais estão sujeitos, refletindo-se no número crescente de ações judiciais também desgastam a RMD, enquanto que retratos positivos de profissionais de saúde, nomeadamente em séries televisivas ou outros trabalhos de ficção, podem aproximar o doente do médico por lhe proporcionarem um vislumbre semelhante.^{1,62}

Fatores como a elevada carga de trabalho, pressões externas para redução de custos, cultura de mero cumprimento de indicadores em saúde e organizacional e social no local de trabalho, diferente entre diversos locais e contextos de prestação de cuidados de saúde, podem também ter impacto na RMD.^{6,13,15,25,34,42,50}

Se algumas barreiras a uma boa RMD não são modificáveis por médico ou doente, por dependerem de terceiros ou da organização, muitas outras podem ser alvo de atuação para mitigação. Contudo, a evidência científica disponível sobre estes temas é limitada, tendo a maior parte dos estudos originais sido realizada em contextos muito específicos de prestação de cuidados e com subpopulações particulares.

São necessários mais estudos de base populacional e preferencialmente com avaliação de resultados a longo prazo sobre estes temas, o que permitirá respaldar, junto dos médicos, dos doentes e de outros atores, algumas soluções, como mudanças na prática clínica diária que afetem positivamente a RMD, com o objetivo de melhorar os resultados e cuidados de saúde na sua globalidade.

CONCLUSÃO

A RMD exige um elevado grau de confiança recíproca para o seu bom funcionamento.



A comunicação efetiva é essencial para o seu desenvolvimento impactante positivo nos resultados de saúde, na satisfação do doente e na adesão ao tratamento.

Como barreiras à RMD referem-se fatores relacionados com o médico, o doente, ambos em simultâneo e com o ambiente de trabalho.

Compreender essas barreiras e procurar implementar táticas para superá-las pode melhorar a qualidade de vida de doentes e médicos bem como os resultados e consequências em saúde. A MCD como pessoa, com abordagem individualizada e holística, a formação em competências de comunicação, a promoção da literacia em saúde da população e a garantia de recursos logísticos, tecnológicos e humanos na área da saúde são importantes.

Os problemas na comunicação interferem na capacitação, na tomada de decisão, na participação nos cuidados de saúde e na adesão à terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Silva AJ. A relação médico doente: uma revisão de literatura [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/33409>
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed. London: CRC Press; 2017. ISBN 9781138447271
- Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15(5):480-92.
- Moslehpour M, Shalehah A, Rahman FF, Lin KH. The effect of physician communication on inpatient satisfaction. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(3):463.
- Gomes MJ. A comunicação e relação médico-doente como benefício para o doente e para a decisão médica [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/32099>
- Correia AL. A empatia e a capacitação do consulente em medicina geral e familiar [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/33268>
- Alves AI. Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar [dissertation]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2011. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/9585>
- Vida AC. Comunicação e importância da verdade em cuidados paliativos [dissertation]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/30517>
- Silva PR. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico [Communication in medical practice: its role in therapy]. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24(4):505-12. Portuguese
- Salgado R. O que facilita e o que dificulta uma consulta [What helps and what hinders a consultation]. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24(4):513-8. Portuguese
- Slort W, Schweitzer BP, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. *Palliat Med*. 2011;25(6):613-29.
- Levinson W, Hudak P, Tricco AC. A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):3-17.
- Keshavarzi MH, Safaie S, Faghihi SA, Zare S. Barriers of physician-patient relationships in professionalism: a qualitative study. *J Adv Med Educ Prof*. 2022;10(3):199-206.
- Schattner A. The clinical encounter revisited. *Am J Med*. 2014;127(4):268-74.
- Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed*. 2012;19(5):252-7.
- Seetharamu N, Iqbal U, Weiner JS. Determinants of trust in the patient-oncologist relationship. *Palliat Support Care*. 2007;5(4):405-9.
- Oliveira JF. Patient advocacy na medicina centrada no doente [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2017. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/82380>
- Jesus EB. Competências comunicacionais na relação médico-doente: estudo em serviço de urgência [dissertation]. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho; 2017. Available from: <https://hdl.handle.net/1822/46598>
- Monteiro MR. Dificuldades de comunicação médico-doente na doença oncológica avançada [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2018. Available from: https://sigarra.up.pt/fcup/en/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=278602
- Hartley BR, Elowitz E. Barriers to the enhancement of effective communication in neurosurgery. *World Neurosurg*. 2020;133:466-73.
- Gabay G. Patient self-worth and communication barriers to trust of Israeli patients in acute-care physicians at public general hospitals. *Qual Health Res*. 2019;29(13):1954-66.
- Santos CN, Pedrosa BF, Martins M, Gouveia F, Franco F, Vardasca MJ, et al. Interruptions during general practice consultations: negative impact on physicians, and patients' indifference. *Fam Pract*. 2022;cmac129. Online ahead of print.
- Santos MG, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios [Communication in health care and patient safety: problems and challenges]. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(vol. temático 10):47-57. Portuguese
- Ting X, Yong B, Yin L, Mi T. Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: a survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient Educ Couns*. 2016;99(3):364-9.
- Domingues AC, Santiago LM, Rodrigues AR, Pires B, Velho D, Ferreira PL. Cross-cultural adaptation and validation of the Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) for the Portuguese population. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:1145-52.
- Pollak KI, Back AL, Tulsy JA. Disseminating effective clinician communication techniques: engaging clinicians to want to learn how to engage patients. *Patient Educ Couns*. 2017;100(10):1951-4.
- Allenbaugh J, Corbelli J, Rack L, Rubio D, Spagnoletti C. A brief communication curriculum improves resident and nurse communication



- skills and patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2019;34(7):1167-73.
28. 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;31(7):755-61.
29. Popa-Velea O, Purcărea VL. Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *J Med Life.* 2014;7(Spec Iss 4):39-45.
30. Almeida IM, Fonseca IS, Mota DM, Beirão IB, Moreira SM. Comunicação na prática clínica, a perspetiva dos doentes com cancro: tradução do Questionário PACE (Patient Assessment of Cancer Communication Experiences) para Português [Communication in clinical practice, the perspective of patients with cancer: translation of the PACE (Patient Assessment of Cancer Communication Experiences) Questionnaire to European Portuguese]. *Acta Med Port.* 2022;35(11):807-15. Portuguese
31. Platonova EA, Shewchuk RM. Patient assessment of primary care physician communication: segmentation approach. *Int J Health Care Qual Assur.* 2015;28(4):332-42.
32. Santiago LM, Simões JA, Vale M, Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Auto percepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e familiar: criação de um instrumento de medição [Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: development of a measurement scale]. *Acta Med Port.* 2020;33(6):407-14. Portuguese
33. Pereira AC, Rocha FA. Relação médico-doente: uma aliança nos cuidados de saúde [Patient-doctor relationships: an alliance in health care]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013;29(5):316-21. Portuguese
34. Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. Educação para a saúde e prevenção na consulta de medicina geral e familiar (II) [Health education and prevention in the family medicine consultation (II)]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2009;25(2):242-52. Portuguese
35. Quill TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med.* 1989;111(1):51-7.
36. Agostinho C, Cabanelas M, Franco D, Jesus J, Martins H. Satisfação do doente: importância da comunicação médico-doente [Patient satisfaction: the importance of doctor-patient communication]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2010;26(2):150-7. Portuguese
37. Lopes AF. Avaliação da adesão à terapêutica em doentes com hipertensão em Vila Franca de Xira [dissertation]. Faro: Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade do Algarve; 2013. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.1/6772>
38. Mota JM. O reforço do comportamento na relação médico-doente [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/30484>
39. Nogueira AR. Treino de competências de comunicação no curso de medicina: avaliação das necessidades [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; 2017. Available from: https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=232702
40. Coelho MA. Comunicação médico-doente: contributos para a validação da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde e fatores associados às competências de comunicação dos oncologistas Portugueses [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/94530>
41. Wang CX, Pavlova A, Fernando AT 3rd, Consedine NS. Beyond empathy decline: do the barriers to compassion change across medical training? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2022;27(2):521-36.
42. Silva HS. Empatia no curso de medicina e internato médico [dissertation]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2017. Available from: <https://hdl.handle.net/10451/31372>
43. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: a narrative review. *J Clin Med.* 2017;6(3):33.
44. Leal-Seabra F, Costa MJ. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório [Breaking bad news by first year residents: an exploratory study]. *FEM.* 2015;18(6):387-95. Portuguese
45. Shochet R, King J, Levine R, Clever S, Wright S. 'Thinking on my feet': an improvisation course to enhance students' confidence and responsiveness in the medical interview. *Educ Prim Care.* 2013;24(2):119-24.
46. Sandi AA. A importância dos sistemas de informação em saúde: estudo de caso na USF CelaSaúde [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2015. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/29117>
47. Ritholz MD, Beverly EA, Brooks KM, Abrahamson MJ, Weinger K. Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illn.* 2014;10(4):303-13.
48. De Vries AM, de Roten Y, Meystre C, Passchier J, Despland JN, Stiefel F. Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: a systematic review. *Psychooncology.* 2014;23(4):375-81.
49. Gómez G, Aillach E. Ways to improve the patient-physician relationship. *Curr Opin Psychiatry.* 2013;26(5):453-7.
50. Clark W, Lipkin M, Graman H, Shorey J. Improving physicians' relationships with patients. *J Gen Intern Med.* 1999;14 Suppl 1:S45-50.
51. Pereira AV, Jorge GP, Guerra NC, Branco PR. O médico de família ideal: perspectiva do utente [The ideal family doctor: the patient's perspective]. *Rev Port Clin Geral.* 2008;24(5):555-64. Portuguese
52. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [homepage]. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
53. Allenbaugh J, Spagnoletti CL, Rack L, Rubio D, Corbelli J. Health literacy and clear bedside communication: a curricular intervention for internal medicine physicians and medicine nurses. *MedEdPORTAL.* 2019;15:10795.
54. Dameworth JL, Weinberg JA, Goslar PW, Stout DJ, Israr S, Jacobs JV, et al. Health literacy and quality of physician-trauma patient communication: opportunity for improvement. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018;85(1):193-7.
55. Larsen CB, Gilstad H. Qualitative research studies addressing patient-practitioner communication about online health information. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(21):14004.
56. Lorenzetti RC, Jacques CH, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician.* 2013;87(6):419-25.
57. Silva NM. Ruídos e interferências na comunicação médico-doente: uma

revisão bibliográfica [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; 2010. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/158703>

58. Carreira LM, Dinis S, Correia A, Pereira A, Belo R, Madanelo I, et al. Does the white coat influence satisfaction, trust and empathy in the doctor-patient relationship in the general and family medicine consultation? Interventional study. *BMJ Open*. 2021;11(12):e031887.
59. Wong CK, Yip BH, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MC, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14:200.
60. Winnick S, Lucas DO, Hartman AL, Toll D. How do you improve compliance? *Pediatrics*. 2005;115(6):e718-24.
61. Kalliainen LK, Lichtman DM. Current issues in the physician-patient relationship. *J Hand Surg Am*. 2010;35(12):2126-9.
62. Wu QL, Street RL Jr. The communicative ecology of Chinese patients' experiences with health care. *J Health Commun*. 2020;25(6):463-73.
63. Sampaio NE. O impacto do computador na relação médico doente em cuidados de saúde primários [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; 2020. Available from: https://sigarra.up.pt/icbas/pt/teses.tese?P_ALUNO_ID=103129&p_processo=20045
64. Vieira AI. O elefante na sala: a influência do computador na relação médico-doente em contexto de consulta [dissertation]. Lisboa: ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa; 2020. Available from: <http://hdl.handle.net/10071/20975>
65. Del Fabbro E. Improving the perception of physician compassion, communication skills, and professionalism in the outpatient clinic. *Cancer*. 2021;127(21):3924-5.

66. Gupta A, Harris S, Naina HV. The impact of physician posture during oncology patient encounters. *J Cancer Educ*. 2015;30(2):395-7.

67. Vale MJ. Influências ambientais na relação médico doente [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/81857>

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, CG e LMS; metodologia, CG e LMS; *software*, CG; validação, CG e LMS; análise formal, CG e LMS; investigação, CG e LMS; recursos, CG; curadoria de dados, CG e LMS; redação do *draft* original, CG e LMS; redação, revisão e validação do texto final, CG e LMS; visualização, CG e LMS; supervisão, LMS; administração do projeto, CG e LMS.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido qualquer donativo ou participação financeira para a realização do presente estudo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Miguel Santiago

E-mail: luizmiguel.santiago@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Recebido em 18-08-2023

Aceite para publicação em 21-03-2024

ABSTRACT

DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: MAIN BARRIERS AND HOW TO OVERCOME THEM

There are several barriers to a sound doctor-patient relationship (DPR) development. This study aimed to review and summarize the literature on DPR barriers and to discuss possible ways to improve it, overcoming problems. A narrative literature review was performed, reading title and abstract, of a total of 917 articles, 156 selected for complete reading out of which 67 were included in this review. The barriers to good DPR can be divided into four main categories: doctor-related, patient-related, doctor and patient-related, and external factors related. It is possible to intervene in several of these obstacles through medical student and doctor formation in communication and empathy, public health literacy amelioration, and organizational and procedural health facilities improvement. More quantitative and qualitative investigation is deemed necessary to reinforce the evidence and empirical knowledge about DPR.

Keywords: Communication; Doctor-patient communication; Empathy; Doctor-patient relationship.