

## ENTENDENDO O PACIENTE

### INTRODUÇÃO

O presente texto tomou como base o capítulo do mesmo nome do livro “A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente”<sup>1</sup>, tendo sido incorporadas outras referências bibliográficas.

Há elementos relacionados à consulta médica que afetam tanto o seu conteúdo quanto seus resultados. Em termos do paciente, esses elementos incluem as dimensões física, psicológica e social e a interação entre elas<sup>1</sup>.

Procura-se entender neste texto o paciente, levando-se em conta os elementos contextuais para cada consulta. Ou seja, considera o que é trazido à consulta médica e os seus resultados a partir da perspectiva do paciente.

### OS ELEMENTOS DA CONSULTA

#### 1. Questões físicas

Todos nós estamos sujeitos a uma série de experiências corporais diversas no correr dos dias. Por exemplo, podemos sentir dor de cabeça num dia, mas não no outro. A algumas coisas não damos atenção, mas, em relação a outras, nós nos preocupamos, e então buscamos ajuda. As experiências físicas desencadeiam comportamentos diversos em diferentes pessoas<sup>1</sup>. Para alguém, por exemplo, que tem cefaleias frequentes, este sintoma será encarado de forma diferente do que em outro indivíduo que raramente o apresenta.

O que leva uma pessoa a uma consulta vai além de “sintomas”. Isto depende do entendimento das suas experiências pessoais assim como dos efeitos desencadeados pelos sintomas quanto por sua interpretação<sup>1</sup>. Assim, alguém poderá procurar ajuda médica porque sua cefaleia se tornou mais frequente e mais intensa, prejudicando suas atividades diárias, ou porque acredita que isso representa indício de alguma moléstia grave. Esses fatores implicados na busca por ajuda são importantes no diagnóstico e no manejo da doença.

A doença representa a experiência de um mal-estar, de algo que não vai bem, não necessariamente um problema biológico, de modo que há um caráter pessoal e particular nessa experiência<sup>2</sup>. Desse modo, não é incomum que pessoas procurem o médico com queixas que não se encaixam em categorias clínicas definidas.

É necessário que os médicos distingam dois conceitos de alteração da saúde: doença e experiência da doença. Sem isso, não haverá um atendimento efetivo à pessoa. Diagnostica-se a doença utilizando o modelo médico tradicional, mas, para entender a experiência da doença, precisa-se de uma abordagem diferente. Para o diagnóstico da doença, empregam-se observações objetivas. Assim, tenta-se explicar os problemas dos pacientes em termos de anormalidades de estrutura e/ou função dos órgãos e sistemas do corpo, incluindo tantos distúrbios físicos quanto mentais. A experiência da doença representa a experiência pessoal e subjetiva da pessoa doente, ou seja, sentimentos, pensamentos e comportamentos alterados de quem se sente doente. Embora uma determinada doença traga elementos comuns presentes nos indivíduos que a apresentam, a experiência da doença de cada pessoa é única<sup>3</sup>.

#### 2. Questões psicológicas

Há doenças em que predominam os sintomas psíquicos, como a ansiedade e a depressão, mas que têm componentes físicos. Em outras, os fatores psicológicos se mostram capazes de causar mal estar físico diretamente, tal como acontece na cefaleia tensional e na síndrome do intestino irritável. Certas condições, como a asma, podem se exacerbar por fatores psicológicos. Por vezes, a reação psicológica a uma doença física constitui o componente mais importante na enfermidade do paciente<sup>1</sup>.

Calcula-se que 25 a 50% dos atendimentos em serviços de saúde destinados a cuidados primários e secundários se devam a pacientes com queixas somáticas sem uma base orgânica identificável, fenômeno este conhecido como “somatização”. Fatores psicológicos e psicossociais desempenham um papel importante na sua etiologia – em pacientes com transtornos de somatização, o sofrimento emocional ou situações de vida difíceis são traduzidos como sintomas físicos<sup>4,5</sup>

Para Mello Filho<sup>6</sup>, toda doença humana é psicossomática, pois incide em um ser dotado de corpo e psique, inseparáveis anatômica e funcionalmente. No entanto, a formação médica tradicional está embasada na ruptura corpo-mente estabelecida a partir de Descartes. A prática médica busca a identificação e o tratamento dos distúrbios orgânicos *ou* dos transtornos mentais, de modo que a maioria dos médicos se encontra despreparada para atender pacientes que somatizam<sup>5</sup>

Há fatores psicológicos significativos em todas as experiências de doença e em todas as consultas, incluindo fatores cognitivos, como ideias e crenças, fatores emocionais, como sentimentos e preocupações, e fatores comportamentais. Todos eles se apresentam nos relatos dos pacientes de suas experiências ou em suas narrativas<sup>1</sup>. Além disso, diante da doença, as pessoas tendem a acionar determinados mecanismos de defesa.

### **2.1. Idéias e crenças**

Quando chega ao médico, o paciente traz uma série de crenças sobre saúde, as quais exercem influência sobre a consulta. Elas interferem nas razões para ele buscar ajuda, na credibilidade do diagnóstico, na probabilidade de lembrar ou seguir o conselho dado, etc. Há crenças específicas sobre a capacidade de influenciar sua saúde, e pacientes que acreditam no seu poder sobre isso provavelmente terão atitudes e condutas mais favoráveis em termos do cuidado de si mesmos. Caso contrário, tenderão a não cuidar de se mesmos, uma vez que creem que existem fatores fora de seu controle que interferem em sua saúde<sup>1</sup>.

### **2.2. Sentimentos e preocupações**

Na maioria das vezes, o paciente busca uma consulta médica motivado por algum tipo de preocupação. A própria consulta também gera sentimentos no paciente, a partir das informações que recebe do médico. No entanto, tais preocupações raramente são adequadamente exploradas durante as consultas médicas<sup>1</sup>.

### **2.3. Autorregulação: a integração da abordagem**

Ao lidar com um problema de saúde, o paciente apresenta dois tipos paralelos de resposta. Uma delas é cognitiva – ideias e crenças que constituem a “representação do problema”. A outra é de cunho emocional – sentimentos e preocupações suscitadas pelo problema, a “experiência emocional”. Ambas as respostas levam à organização de um plano de ação. Em termos cognitivos, são acionados mecanismos de enfrentamento da situação. Também há, do ponto de vista emocional, um plano de ação que visa lidar com a intensidade e o efeito dos sentimentos despertados. Além disso, ambos os planos também implicam em algum tipo de “avaliação” da sua adequação<sup>1</sup>.

Esse modelo, chamado de Modelo Autorregulatório (MAR), estrutura-se em torno de cinco temas ou questões na mente do paciente<sup>1</sup>:

1. Identificação: o que é isso?
2. Cronologia: quanto tempo vai durar?
3. Causa: qual foi a causa?
4. Consequências: como me afetará/já me afetou?
5. Cura/controle: pode ser curado ou controlado?

Quando as respostas cognitiva e emocional do paciente ao problema são compatíveis, seu comportamento se mostrará mais consistente e previsível. Quando incompatíveis ou em conflito, haverá respostas mais imprevisíveis<sup>1</sup>.

Esses conceitos são úteis no entendimento das reações dos pacientes. Assim, por exemplo, uma “representação do problema” equivocada, alimentada por ideias e crenças infundadas, pode se acompanhar de uma resposta emocional intensa, prejudicando o plano de ação para enfrentar o problema.

#### **2.4. Expectativas dos pacientes**

Os pacientes têm expectativas acerca de sua condição, sobre a consulta e sobre como deveriam ser tratados. Elas se originam de suas representações do problema e de suas experiências com o cuidado médico. A percepção de tais expectativas também influencia fortemente os médicos<sup>1</sup>.

Portanto, os pacientes trazem à consulta um entendimento de seus problemas, sentimentos a esse respeito e expectativas sobre sua condição e a forma como precisa ser tratado. Tudo isso influencia no seu comportamento, de modo que ignorar tais aspectos provavelmente resultará numa consulta ineficaz<sup>1</sup>.

Brown et al<sup>3</sup> propõem quatro dimensões para avaliar a experiência da doença. Elas serão ilustradas abaixo com alguns exemplos de perguntas direcionadas a uma queixa de dores de cabeça.

a) Sentimentos (especialmente os medos a respeito de seus problemas). “O que lhe preocupa mais a respeito dessas dores?” “Você teme que a causa delas seja um problema sério?”

b) Ideias acerca do que está errado. “O que você acha que está causando as dores?” “Você acredita que há alguma relação entre elas e outros eventos na sua vida atual?”

c) Efeito da doença sobre seu funcionamento. “Como essas dores de cabeça estão afetando a sua vida diária?” “Elas lhe impedem de fazer alguma coisa?”

d) Expectativas em relação ao médico. “O que você acha que lhe ajudaria a lidar com as dores de cabeça?” “Como posso lhe ajudar?”

#### **2.5. Narrativas**

Osler assinala que devemos ouvir o paciente porque ele está tentando nos dizer qual é o seu diagnóstico. Isto nos chama a atenção para a riqueza da experiência do paciente contida em sua própria história<sup>1</sup>.

Tem-se dado nos últimos anos crescente atenção à chamada competência narrativa – conjunto de habilidades requerido para reconhecer, absorver, interpretar e se mobilizar com as histórias e situações de outras pessoas. Quando o paciente encontra o médico, ele conta a sua história, uma complexa narrativa da doença relatada em palavras e sinais não-verbais, não só trazendo informações objetivas sobre seus males, mas também medos e expectativas. Ao ouvir o paciente, o médico acompanha a narrativa, imagina a sua situação (aspectos biológicos, culturais, familiares e existenciais), e utiliza recursos interiores – memórias, associações, criatividade, habilidades interpretativas, etc – para conferir um sentido para o que ouve. Somente então pode o médico defrontar-se com as questões narrativas do paciente – “O que está errado comigo?”, “Por que isto aconteceu comigo?” e “O que vai acontecer comigo?”<sup>7</sup>

Ao ser capaz de ouvir a história da doença do paciente, o médico favorece o processo de estabelecer uma aliança terapêutica, fazer um diagnóstico diferencial, interpretar corretamente achados físicos e dados laboratoriais, sentir e transmitir empatia frente à experiência do paciente, e, como resultado de tudo isso, envolver o paciente para conseguir um cuidado efetivo. Todas essas habilidades são definidas como habilidades narrativas, e a ausência delas implica em não permitir que o paciente conte toda a história, não faça as perguntas mais temidas e não se sinta ouvido, além do prejuízo que traz para a qualidade do cuidado fornecido<sup>7</sup>.

## **2.6. Mecanismos de defesa**

Os mecanismos de defesa são funções que se estabelecem e se desenvolvem em cada indivíduo como forma de lidar e resolver tanto os conflitos intrapsíquicos quanto aqueles que surgem entre ele e o meio ambiente. Eles fazem parte do amadurecimento psicológico, sendo úteis e necessários para o equilíbrio da personalidade, mas também desempenham um papel importante na psicopatologia<sup>8</sup>.

Situações onde a saúde se encontra ameaçada são vivenciadas de diferentes formas pelas pessoas, de acordo com suas próprias experiências anteriores, de doenças na família ou no grupo de relações. Diante de tais situações, os indivíduos lançam mão, principalmente, dos mecanismos de defesa de regressão, negação e racionalização<sup>9</sup>.

Em certas circunstâncias, o paciente se coloca numa posição de fragilidade e de dependência, ou seja, utiliza o mecanismo de defesa da regressão. Isso acontece particularmente quando se trata de uma doença grave, e o doente cria fantasias sobre ela, condizentes ou não com a realidade. Ele se comporta tal como uma criança, e a presença do médico é aguardada com a mesma expectativa com que esperava a mãe que lhe trazia conforto<sup>9</sup>.

Estando regredido, o paciente necessita de mais cuidado emocional, porque só assim terá condições de adotar o tratamento adequado. Se não for compreendido pelo médico, não fará uma aliança com este no processo de cura. Desse modo, é importante que o profissional dê apoio às sensações de desamparo e insegurança geradas pela regressão<sup>9</sup>.

A negação pode ser desencadeada em situações onde ocorre algo que é particularmente doloroso e difícil de aceitar. O paciente, ou uma pessoa da família, recusa-se a levar em conta os dados da realidade, mesmo que lhe sejam fornecidos dados que mostram a gravidade do caso<sup>9</sup>.

No processo de racionalização, o doente não admite os sentimentos desagradáveis despertados pela situação, o que dificulta a sua elaboração. Surgem assim sintomas psicossomáticos, tais como insônia, diarreia, cefaléia, etc. A racionalização constitui um mecanismo de defesa menos prejudicial que a negação, porque permite que o paciente obedeça às prescrições médicas<sup>9</sup>.

## **3, Questões sociais**

Fatores sócio-econômicos, avaliados basicamente pelo nível de renda e escolaridade, destacam-se como um dos principais determinantes do estado de saúde, ou seja, as chances de morrer e adoecer se mostram menores entre os grupos sócio-econômicos privilegiados. Indivíduos que residem em locais onde há desigualdade de renda, como é o caso de países como o Brasil, também têm maiores chances de adoecer e morrer. Um dos fatores implicados nessa situação se refere a características sociais intrínsecas a essas sociedades, tais como maior nível de criminalidade, menor coesão social e maior nível de stress, que afetam negativamente as pessoas que nela vivem<sup>10</sup>.

Compartilha-se com a sociedade o reconhecimento da ocorrência de uma doença, assim como o papel do enfermo, a legitimação e das suas formas de tratamento. Portanto, é importante reconhecer que as interações sociais têm um papel fundamental na compreensão dos cuidados de saúde<sup>11</sup>.

Para Helman<sup>12</sup>, “a doença é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar” (p. 104). Para compreender a doença, portanto, é necessário não apenas olhar o sujeito, mas

também ampliar esta visão para o campo de interações entre os indivíduos, grupos e instituições e a cultura subjacente<sup>11</sup>.

Como a definição de doença não só inclui a experiência pessoal do doente como também o significado conferido por ele a seu mal-estar, os mesmos sintomas ou enfermidades podem ser interpretados de forma completamente diversa em culturas ou contextos diferentes. Portanto, há uma íntima conexão entre doença e cultura<sup>11</sup>.

Estar ciente dessa conexão nos ajuda a entender porque, apesar de todos os avanços da medicina, pessoas ainda continuam a procurar terapias antigas ou populares. Ao passo que a intervenção médica oficial fornece apenas uma explicação dos mecanismos químico-biológicos da doença e dos meios eficazes de controlá-los, tais terapias podem propiciar uma explicação sobre a enfermidade que é mais inteligível para o indivíduo, congruente com sua visão de mundo. Ao contrário do que se pensa comumente, essas formas tradicionais de tratamento não persistem apenas por falta de recursos médicos modernos<sup>11</sup>.

Quando alguém adoece, e pensa no que fará em relação a isso, não atua de forma isolada, e sim como parte de uma micro/macro estrutura. A família representa a micro-estrutura de maior peso em relação ao processo saúde/doença/atenção<sup>13</sup>. Ela constitui um fator indispensável de suporte e colaboração ao tratamento, sendo insubstituível no seu papel de propiciar segurança e afeto ao paciente. O médico deverá valorizar a participação dos familiares, tornando-os seus aliados e colaboradores no processo terapêutico<sup>14</sup>.

Outro ponto importante em relação à família do paciente é procurar entender qual o papel exercido pela doença naquele contexto familiar. Por vezes, a enfermidade desempenha um papel importante na dinâmica da família, contribuindo para a homeostase do sistema familiar, e o seu tratamento pode provocar “resistências”<sup>14</sup>. Cite-se, como exemplo, a situação de um garoto de oito anos portador de asma severa. Sua mãe teme que o marido abandone a família, mas acredita que consegue mantê-lo presente graças às crises da criança. Embora ela queira ver o filho bem, inconscientemente dificulta o seu tratamento, esquecendo-se das consultas marcadas, do horário dos medicamentos, etc.

A compreensão acerca da dinâmica familiar é útil não só para entender o papel da doença no seio da família. Também se mostra importante para saber com quem o médico poderá contar como apoio no tratamento, caso isso se mostre necessário, e para compreender se o paciente está mais particularmente suscetível a apresentar problemas físicos ou emocionais. Certas crises familiares, tal como perda de um membro ou separação, costumam ter influência sobre o bem estar das pessoas da família. Outra situação possível é o que se chama de “bode expiatório” – os familiares projetam no indivíduo todas as mazelas psíquicas, negando assim a parte não sadia existente neles. Embora essa condição seja bastante reconhecida em relação a portadores de distúrbios mentais, Mello Filho<sup>15</sup>) acredita que seja igualmente frequente nas doenças somáticas.

## **RESULTADOS DA CONSULTA**

A consulta médica pode implicar em uma série de resultados. Eles podem ser imediatos, como a satisfação do paciente, intermediários, como a obediência ou a adesão ao plano de tratamento, ou de longo prazo, como mudanças na saúde do paciente. Além disso, outro possível resultado consiste na melhora do entendimento do paciente quanto à sua saúde e sua capacidade de cuidar dela<sup>1</sup>.

### **1. Resultados imediatos**

Definem-se como efeitos de uma consulta passíveis de ser discutidos e pesquisados ao final desta. Serão aqui discutidos os resultados imediatos relacionados com uma série de fatores<sup>1</sup>:

a) Satisfação – a análise de 41 estudos (Hall et al, 1988) sobre o tema mostrou haver correlações significativamente positivas entre a satisfação do paciente e três aspectos do comportamento do médico. Um deles é prestar informações, particularmente sobre o problema, sua importância e seu tratamento. Outro acontece quando existe a percepção da construção de uma parceria medico-paciente, como, por exemplo, ao se encorajar o paciente a falar e questioná-lo acerca de suas ideias e opiniões. Por fim, a chamada “fala positiva”, com expressão de concordância, fornecimento de apoio, confirmando e mostrando entendimento e preocupação. Outra revisão de estudos (Winfield et al, 1997) mostrou também a associação positiva entre a satisfação do paciente e a simpatia do médico, sua cortesia e expressões de sentimentos afetuosa e positivos durante as consultas, enquanto que sentimentos negativos se associaram à insatisfação.

b) Preocupações – há evidências (Little et al, 2001) de que a satisfação dos pacientes se relaciona fortemente à forma positiva com que o médico lida com as suas preocupações. Além disso, mostrou-se que os pacientes mais satisfeitos melhoraram rapidamente. No entanto, muitas preocupações não são enfocadas na consulta médica.

c) Lembrança e entendimento – pesquisas sobre a lembrança dos pacientes sobre o conselho médico mostram diferentes resultados, ora assinalando um alto índice de esquecimento, ora o registro da grande maioria das informações importantes recebidas. Em termos do entendimento do paciente, questão menos controversa, parece seguro procurar confirmar com os pacientes o entendimento acerca das informações a eles prestadas.

d) Empoderamento – uma forma de se avaliar os resultados imediatos da consulta está em se analisar o empoderamento dos pacientes ao sair dela. Segundo Carvalho<sup>16</sup>, do ponto de vista psicológico, o empoderamento (“empowerment”) significa um sentimento de maior controle sobre a própria vida experimentado através do pertencimento a distintos grupos.

## **2. Resultados intermediários**

Considera-se que a adesão do paciente ao tratamento constitui o principal resultado intermediário. Sabe-se que a adesão aos conselhos médicos se mostra relativamente baixa, independentemente da doença e de sua gravidade. No caso de conselhos sobre estilo de vida, a adesão é particularmente baixa. Também se observou que mesmo as intervenções mais efetivas não promovem melhoras substanciais da adesão<sup>1</sup>.

Revisão de produção bibliográfica latino-americana no período de 1995 a 2005 mostrou uma longa série de fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento em portadores de doenças crônicas. Eles foram categorizados como relacionados ao tratamento, à doença, aos serviços de saúde, ao profissional de saúde, ao paciente, a dados demográficos, ao uso de drogas e a problemas sociais. A maioria dos estudos enfocam dados referentes ao paciente e aos dados demográficos, mas os autores ressaltam que é necessário atribuir corresponsabilidade a profissionais e serviços de saúde na questão da não adesão<sup>17</sup>.

Acredita-se que o estilo de consulta que funciona mais efetivamente na adesão do paciente é aquele em que se envolve o indivíduo em todos os aspectos, inclusive no estabelecimento do diagnóstico e nas decisões sobre o manejo do problema. Isto significa que estilos autoritários de consulta não costumam funcionar. Os pacientes devem ser encorajados a fazer perguntas e compartilhar decisões. Lasses (1991) apresentou cinco critérios importantes para se conseguir a adesão dos pacientes: 1) explorar as expectativas e ideias do paciente; 2) explicar todas as recomendações; 3) explicar as razões para todos

os conselhos dados; 4) confirmar a compreensão do paciente e 5) explorar quaisquer obstáculos à adesão<sup>1</sup>.

Defende-se que a autonomia deve ser resgatada como uma condição de saúde e da cidadania. Em termos da relação médico-paciente, isto não significa propor a inversão na relação de hegemonia tradicional, mas reconhecer que ambos devem ter espaço e voz no processo, respeitando-se as diferenças existentes entre eles. Os pacientes precisam ser estimulados a se tornar mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo seu processo de saúde/doença. Porém, isto não implica em concordar com a ideia de que ele é o “culpado” por sua situação, ou procurar liberar o governo das suas responsabilidades com a área da saúde<sup>18</sup>.

Além do envolvimento, outro fator significativo é a adaptação individual, ou seja, a adaptação das recomendações dadas na consulta às circunstâncias específicas do paciente. Explicações e conselhos gerais tendem a ser desconsideradas ou terem a sua importância minimizada pelos pacientes. Reagem de forma diferente, porém, caso acreditem que aquelas recomendações se dirigem para eles pessoalmente, evidenciando que o médico levou em conta o conhecimento que tem sobre eles<sup>1</sup>.

### 3. Resultados a longo prazo

Atualmente há um considerável número de evidências de que os métodos centrados na pessoa contribuem para melhorar a saúde dos pacientes<sup>1</sup>. A chamada medicina centrada no paciente foi proposta por Stewart e colaboradores em 1995 como uma transformação do método clínico. Os seus principais princípios se referem a: 1) cuidado da pessoa, identificando-se suas ideias e emoções acerca do adoecer e a resposta a eles, 2) identificação dos objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, compartilhando-se decisões e responsabilidades<sup>19</sup>.

Um dos resultados a longo prazo do cuidado em saúde tem se tornado uma crescente preocupação para os médicos há algumas décadas – reclamações dos pacientes ou questões litigiosas. Sabe-se que nem todos os eventos adversos resultam em processos, e nem todos os processos derivam de eventos adversos. Uma revisão de processos por erro médico (Beckman et al, 1994) mostrou que a causa do processo (“por que você está processando?”) se relacionou em 71% dos depoimentos com relacionamentos problemáticos. Outros temas que surgiram: indisponibilidade (32%), desvalorização das visões dos pacientes ou familiares (29%), fornecimento inadequado de informações (26%) e não entendimento da perspectiva do paciente ou de seus familiares (13%)<sup>1</sup>.

*Texto elaborado por Dolores Araújo para fins específicos do componente curricular “Laboratório de Habilidades em Comunicação” (EBMSP) – 2012.*

### Referências

1. Pendleton D e cols. A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011.
2. Alves, P. C. B. & Rabelo, M. C. M. 1999 Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B. & Souza, I. M. A. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 171-86.
3. Brown JB, Weston WW, Stewart M. O primeiro componente: explorando a doença e a experiência da doença. In: Stewart M et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
4. Bombana JÁ. Sintomas somáticos inexplicáveis clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 55(4): 308-312, 2006.
5. Lazzaro CDS, Ávila LA. Somatização na prática médica. Arq Ciênc Saúde 2004 abr-jun;11(2): 2-5
6. Mello Filho J. Concepção psicossomática: visão atual. 10ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

7. Charon, R. Narrative and Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 2001; 286 (15): 1897-1902.
8. Dewald P. Psicoterapia: uma Abordagem Dinâmica. 5ª. ed. Porto Alegre, 1989.
9. Rocco RP. Relação estudante de Medicina-paciente. In: Mello Filho J, Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
10. Noronha KVMS, Andrade MV. O efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil. Pesquisa e Planejamento Econômico, 37(3), 521-556, 2007.
11. Leite SV, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Hist. cienc. saúde-Manguinhos; 13(1): 113-128.
12. Helman, C. G. 1994 Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes médicas.
13. Menéndez, E. L. 1992 Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. Cuadernos Médico Sociales, v. 59, p. 3-18.
14. Soar Filho. A interação médico-cliente. Rev Ass Med Brasil 1998; 44(1): 35-42
15. Mello Filho J. Doença e família. In: Mello Filho J, Burd M (org). Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
16. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública vol.20 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2004
17. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2):2299-2306, 2008.
18. Soares JCRS, Camargo Jr KRC. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 11(21):65-78, 2007.
19. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (1) : 90 – 97 ; 2008