

**A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: REPENSANDO O ACOLHIMENTO  
DE PACIENTES COM QUEIXA DE DOR: REVISÃO DE LITERATURA  
INTEGRATIVA**

*DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: RETHINKING THE CARE IN PATIENTS IN PAIN  
– INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW*

*Recebido em: 16/05/2022*

*Aceito em: 08/08/2022*

**DOI:** 10.47296/salusvita.v41i02.305

*JORDANA RABELO BERGONSO<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> Docente do curso de Medicina na Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA) e médica anesthesiologista do Hospital Regional de Assis (HRA), Assis, São Paulo.*

Autor correspondente:

JORDANA RABELO BERGONSO

E-mail: *jordanarabelo@gmail.com*

## **A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: REPENSANDO O ACOLHIMENTO DE PACIENTES COM QUEIXA DE DOR: REVISÃO DE LITERATURA INTEGRATIVA**

*DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: RETHINKING THE CARE IN PATIENTS IN PAIN – INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW*

### **RESUMO**

**Justificativa e Objetivos:** A relação médico-paciente influencia todo o cuidado para com o paciente, especialmente aqueles com queixas álgicas, nem sempre fácil de serem mensuradas. Tal interação pode servir de base para o sucesso terapêutico ou ser uma importante causa para o fracasso das medidas terapêuticas. O objetivo desta revisão de literatura é buscar referências bibliográficas que salientam a importância da construção da relação médico-paciente no atendimento de pacientes com queixas de dor no intuito de aperfeiçoar a condução desses casos, assim como a satisfação do paciente e de seus familiares/cuidadores com o tratamento sugerido. **Conteúdo:** O cuidado para com o paciente não depende apenas de tratamento medicamentoso/intervencionista, mas de uma gama de fatores inerentes ao indivíduo e ao que esse elege como significantes para a qualidade de vida. **Conclusão:** Essa relação, que é dependente de construção bilateral de respeito, empatia e confiança, defini a produtividade das consultas subsequentes. A humanização nas práticas da saúde deve ser tema amplamente discutido na formação médica acadêmica por se mostrar imprescindível no entendimento do processo de saúde-doença.

**Palavras-chave:** manejo da dor, relações médico-paciente, assistência centrada no paciente.

**Abstract:** *Background and Objectives: The doctor-patient communication is a key point in caring for patients with chronic pain. It could be the base of success or the cause of failure of the therapeutic management. This literature review intends to search for scientific reviews that underline the importance of building an appropriate patient-physician relationship to improve the handling of those situations and the satisfaction of both patients and their families with the treatment. Scientific Content: Bringing humane practice in health has been a referring topic in the studies of healthcare providers and it is shown to be effective in the healing process of patients in pain. The challenges related to chronic pain management depend on either the right treatment, other patient-related factors, and on the patient's viewpoint about quality of life. Results: The patient-provider relationship needs both sides to be respectful, empathetic, and trusting. It is essential for optimal quality in the results of health care.*

**Keywords:** *pain management, physician-patient relations, patient-centered care.*

*Justificación y Objetivos: La comunicación médico-paciente es un punto clave en el cuidado de los pacientes con dolor crónico. Puede ser la base del éxito o la causa del fracaso del manejo terapéutico. Esta revisión bibliográfica pretende buscar revisiones científicas que subrayen la importancia de construir una adecuada relación médico-paciente para mejorar el manejo de esas situaciones y la satisfacción tanto del propio paciente como de su familia con el tratamiento. Contenido científico: Llevar la práctica humana en salud ha sido tema referente en los estudios de los proveedores de salud y se muestra eficaz en el proceso de curación de los pacientes con dolor. Los desafíos relacionados con el manejo del dolor crónico dependen del tratamiento adecuado, también de otros factores relacionados con el paciente y su punto de vista sobre la calidad de vida. Resultados: La relación proveedor-paciente necesita que ambas partes sean respetuosas, empáticas y confiadas. Es fundamental para una calidad óptima en los resultados de la atención sanitaria.*

*Palabras clave: manejo del dolor; relaciones médico-paciente, atención dirigida al paciente.*

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a relação médico-paciente tem se mostrado imprescindível para o acolhimento do paciente com sua dor e sofrimento (SCHIMITH; LIMA, 2004). É também peça fundamental para o bom prognóstico do tratamento (TEIXEIRA, M., 2009). Conta-se que a medicina nasceu com o homem: “Quando o primeiro ser humano se queixou de dor, a mão de alguém se estendeu para trazer alívio” (NEVES, 2006)

No processo histórico do desenvolvimento cultural da humanidade, o homem criou técnicas para lidar com queixas físicas e psicossociais. Desde o período paleolítico, a partir de estudos arqueológicos, é possível observar registros de medicina arcaica que demonstram tratamentos de doenças (GUSMÃO, 2004). Hipócrates, considerado o pai da medicina, na Grécia do século V antes de cristo, já enfatizava: “curar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre.” (NEVES, 2006)

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante, através dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, o acolhimento do paciente pelo serviço de saúde (MATUMOTO, 1998). O vínculo paciente-profissional ocorre pelo encontro dos dois participantes durante a realização do encontro: o usuário e o trabalhador (MERHY, 1997), mas para o fortalecimento da relação é necessário o fortalecimento da autonomia de ambos (CAMPOS, 1997).

Para a promoção da resiliência do paciente que procurou o serviço de saúde com queixa algica, três ações profissionais são significativas: a orientação do paciente com relação à dor crônica e ao tratamento, promovendo assim a saúde física, o suporte psicológico do paciente oferecido pelo trabalhador da área da saúde e o empoderamento do paciente. Esse último colabora ativamente para a promoção do tratamento adequado (NAFRADI, et al., 2018).

A relação médico-paciente é necessária na humanização das práticas da saúde (GOMES et al., 2012). A humanização é essencial em todas as relações, principalmente naquelas de intenso sofrimento emocional ocorridas nos pacientes que se queixam de dor. O melhor entendimento das causas de sofrimento para assim criar métodos que proporcionem o alívio da dor, com foco no indivíduo, tem se mostrado como o caminho para a medicina do século XXI (CAPRARA; FRANCO, 1999). Mesmo com o advento do aparato técnico-científico da modernização da medicina observado no último século, a humanização, como foco do atendimento na saúde, e o desenvolvimento de técnicas de comunicação são imprescindíveis para a prática médica (FERNANDEZ et al., 2012).

No atendimento dos pacientes com síndromes algicas, percebemos, muitas vezes, que a dor é decorrente de processos além dos fisiopatológicos nociceptivos (LOPES, 2003). Conforme a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como “uma

experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (DESANTANA, 2021). Tal definição é aceita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por profissionais da área de saúde, assim como por pesquisadores da área de dor.

Sabe-se da importância da equipe multidisciplinar no trato para com esses pacientes. É responsabilidade do profissional auxiliar o paciente na busca de meios de se superar as consequências negativas de uma patologia (MINERVA, 2004). A dor é decorrente de múltiplos processos que culminam com a ocorrência desse sintoma, além do comprometimento fisiopatológico do sistema somatossensitivo. Portanto, um olhar único de um profissional não é suficiente para o acolhimento holístico do paciente.

Com o estabelecimento de uma relação adequada entre médico e paciente, torna-se possível a melhor compreensão desse sintoma, tão frequente quanto complexo, assim como das implicações na qualidade de vida referidas pelo paciente (LIMA et al., 2013). Os profissionais que atendem pacientes com essa queixa relatam dificuldade no manuseio desses atendimentos (LIMA; TRAD, 2007). Essa compreensão é essencial para aprimorar a qualidade da relação profissional-paciente e para melhor entender certos comportamentos da equipe de assistência, os quais se repetem no atendimento.

O objetivo desta revisão de literatura é buscar referências bibliográficas que salientam a importância da construção da relação médico-paciente no atendimento de pacientes com queixas de dor no intuito de aperfeiçoar a condução desses casos, assim como a satisfação do paciente e de seus familiares/cuidadores com o tratamento sugerido. Como objetivo secundário, busca-se apontar as dificuldades percebidas pelo médico, na prática de casos de queixas algícas e propor alternativas relatadas na literatura a tais inseguranças.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um levantamento bibliográfico integrativo que objetiva aprofundar o conhecimento dos fenômenos biopsicossociais na importância da relação médico-paciente no atendimento quando as queixas são referentes à dor (MINAYO, 2006). A relação médico-paciente tem se mostrado de suma importância no cuidado ao paciente, sendo inclusive tema da formação profissional (NEVES, 2006; GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2014).

A seleção dos artigos científicos foi realizada por busca ativa, baseada em relevância para o assunto conforme o tema dos textos. Os descritores pesquisados foram: relação médico-paciente, dor, cuidado, vínculo, subjetivação e humanidades. Visando manter as informações atualizadas, foram selecionados artigos publicados nas últimas 3 décadas. As bases de dado SciELO, Lilacs, ScienceDirect e Pubmed serviram de fonte para o acesso aos textos. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra pela pesquisadora de modo a identificar as informações pertinentes à produção deste artigo científico.

Foram revisados artigos publicados nas línguas portuguesa, italiana e inglesa. Os artigos analisados foram selecionados a partir da relevância, observando-se o título das publicações. Os dados foram apresentados na forma de texto dissertativo de modo a ser mais confortável ao leitor.

As produções científicas selecionadas incluem meta-análises de estudos clínicos randomizados, estudos qualitativos e descritivos, relatos de caso e evidências baseadas na opinião de especialistas. Entre tais produções estão artigos publicados em publicações da área da saúde (jornais, revistas, capítulos de livro, dissertação de mestrado) (inter)nacionais, além de resoluções de conselho publicados em imprensa nacional (Diário Oficial da União e Conselho Federal de Medicina).

A seleção dos 51 artigos foi realizada a partir de amostragem randômica. O corpo dos artigos selecionados está relacionado com o tema discutido neste texto, sem limite de número de palavras ou diagnósticos secundários, e a análise desses textos foi baseada em nível de significância para o objetivo proposto neste artigo. A busca das referências bibliográficas foi realizada entre os meses de agosto de 2021 e março de 2022.

Nenhuma intervenção foi feita. Limitações e vies poderão ter ocorrido uma vez que a formação acadêmica da autora é na área de dor, fato que pode tendenciar a discussão e a interpretação dos resultados, superestimando a importância da condução das queixas algicas.

Foram excluídas as produções científicas que não estavam disponíveis na íntegra para leitura, assim como as produções publicadas anteriormente à década de 90, mais especificamente 1993. A leitura exaustiva do título e de resumo de cada artigo foi realizada no intuito de excluir aqueles que não se enquadravam na questão norteadora desta revisão e também por estarem fora das orientações das normas regulamentadoras vigentes no nosso país.

Nas últimas décadas, tem-se observado o aumento da frequência na produção de artigos com a relação médico-paciente como tema principal devido à relevância do assunto na otimização do tratamento dos enfermos (CAPRARA; FRANCO, 2006). O mesmo ocorreu com o tema da dor. Essa é uma das razões mais frequentemente implicadas como causa de sofrimento. Com a mudança do padrão de incidência de causas de morbimortalidade ocorrida nos últimos anos, reportada pela Organização Mundial de Saúde, de acidentes e doenças infectocontagiosas para doenças crônico-degenerativas, a ocorrência desse sintoma tem aumentado muito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Vê-se, portanto, a importância do conhecimento adequado dos fatores que implicam um bom atendimento desses pacientes a fim de otimizar o tratamento e a qualidade de vida dessa parcela da população que procura os serviços de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as produções científicas estudadas, foi unânime a constatação da importância da relação médico-paciente no manejo dos pacientes com queixas dolorosas. Esse vínculo mostra-se fundamental não somente para a realização do diagnóstico como também na eficácia terapêutica, além do prognóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nas bases de dados SciELO, Lilacs, ScienceDirect e Pubmed, foram encontrados, ao todo, 85 mil produções científicas, dado que reforça tal importância. Esse tópico tem sido discutido ao longo da história da medicina, no Brasil, principalmente após a implementação do (SUS) em 1988. Observa-se, na literatura e na legislação do nosso país, publicações sobre o tema com frequência. Para este estudo, foram considerados 51 referências, as quais possuíam conteúdo mais relacionado ao objetivo proposto para discussão.

A dimensão da relação médico-paciente, apesar de ser uma relação tão antiga quanto a humanidade, continua chamando atenção. Uma escuta atenta pode nos fazer reconhecer no outro, resultando em acolhimento empático da minha/sua dor e sofrimento, condição essa essencial para a formação de confiança e de novos vínculos (SCHIMITH; LIMA, 2004). E havendo confiança entre os sujeitos da relação, sem medo de rotulações, ocorre uma mudança da subjetivação do afeto de confiança para acolhimento (TEIXEIRA, R., 2005).

Quando o vínculo médico-paciente se forma de maneira impessoal, há implicações negativas que podem resultar na interpretação incorreta da informação transmitida no que diz respeito à doença, ao tratamento e até mesmo dificuldade no acesso do paciente ao serviço de saúde (CAPRARA; FRANCO, 1999; AYRES, 2005). Nesse cenário, todos os envolvidos saem perdendo, principalmente o paciente com queixa algica que não obteve alívio da sua causa de sofrimento e pode, inclusive, ter seu sintoma piorado em intensidade e em qualidade, assim como desenvolver outras queixas a partir desse atendimento adverso (SCHRAIBER, 1993; HIRSH et al., 2005).

A insatisfação por parte do paciente pode acarretar disfunções em outras esferas de sua vida, como na relação com o cuidador, familiares, comunidade e com outros profissionais. O impacto dessa também alcança novas decisões na economia pessoal e pública, com o investimento de recursos financeiros disponíveis em outras opções de tratamento que nem sempre são benéficas para o indivíduo ou a melhor indicação para o tratamento daquela patologia causadora do sintoma de dor (FERNANDES, 1993; SOAR FILHO; 1998).

Em 1967, Cecily Saunders introduziu o conceito de dor total, o qual incluía o sofrimento físico, mental, social e espiritual como possíveis causas de dor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). As referências bibliográficas publicadas nos últimos anos salientam a importância desse olhar holístico biopsicossocial no acolhimento dos pacientes (CAPRARA; FRANCO, 2006; ANDERSON et al., 2019). A necessidade da medicina centrada na pessoa



e nas suas singularidades vem sendo cada vez mais discutida nas últimas décadas, baseada, entre outras coisas, na observação do melhor prognóstico quando o indivíduo doente é fonte maior da preocupação médica quando comparada com a fisiopatologia das doenças como única causa do fenômeno do adoecer (BASTOS; ANDRADE; ANDRADE, 2017; SHANNON, 2011).

Conforme o artigo número 34 do código de ética médica, é vedado ao médico deixar de informar ao paciente seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. Quando a informação desses for fonte maior de dano do que de benefício para a saúde do paciente, ela deve ser feita ao seu representante legal (BRASIL, 2009). Nem sempre o paciente encontra-se aberto para essas discussões, principalmente nos instantes que sucedem diagnósticos graves, os quais trazem a tona inseguranças e conceitos pré-concebidos relativos a certas doenças, como as crônico-degenerativas e as que não abrangem certeza de cura. Cabe ao médico avaliar as repercussões do modo de dizer os fatos no equilíbrio físico e psicológico de cada paciente em cada encontro (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Há momentos em que a sensibilidade ao transmitir uma má notícia dificulta a construção de vínculos necessários na construção da relação médico-paciente, prejudicando a adesão ao tratamento e impactando negativamente na satisfação do paciente (SILVA et al., 2011; KENNY, 2004). Claro que, devido à subjetivação de cada indivíduo humano, sua história pessoal, cultura em que está inserido, afetos construídos ao longo da vida, idade, entre muitos outros fatores, cada pessoa reagirá da sua maneira, mas conhecer outros aspectos da vida do paciente facilita em demasia a construção de qualquer relação (BASTOS; ANDRADE; ANDRADE, 2017).

Diante de más notícias, o sujeito lança mão de mecanismos de adaptação, como negação, produção de fantasias e ganho secundário, naturais do processo de adoecer (SOAR FILHO; 1998). É importante manter a calma e comunicar-se de forma clara, honesta e empática, além de se atentar para sinais não verbais que possam não estar em consonância com a intenção da mensagem (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004). Percebemos assim a importância do treinamento em comunicação de más notícias.

Atentar-se à autonomia do doente, lembrando que ele é quem vivenciará os frutos do tratamento adequado, assim como os efeitos colaterais desse, além de ser a pessoa mais indicada para definir seu próprio bem-estar. A aceitação pelo médico da singularidade do seu paciente constrói uma interação saudável e satisfatória para ambas as partes (GOMES et al., 2012).

Alguns provedores de cuidado salientam a falta de treinamento especializado na condução de dor crônica como causa de frustração pessoal (GREEN et al., 2001; BAIR, 2007). Muitos dos profissionais da área da saúde internalizam a culpa quando há fracasso no tratamento dos pacientes que sofrem dessa patologia. Alguns funcionários da saúde descrevem

temor e frustração ao reconhecerem pacientes com diagnóstico de dor crônica na agenda de seu atendimento (MATTHIAS et al., 2010). Outros referiram que a pressão advinda da prescrição de opioides e a carência de credibilidade na abordagem de pacientes com dor crônica comprometem seu sentimento de empatia, tão necessário no tato com esses pacientes (BANJA, 2006; BANJA, 2008). A empatia auxilia na construção do respeito e de confiança bilateralmente nesse relacionamento, além de ser efetiva para o estabelecimento de uma aliança a qual permite decisões conjuntas prósperas para ambas as partes (EGGLY; TZELEPIS, 2001; TAIT, 2008), como identificar os objetivos do tratamento e decidirem juntos como alcançar esses objetivos.

Matthias et al. (MATTHIAS et al., 2010) descreve no seu artigo algumas sugestões que auxiliam profissionais que atuam com pacientes com dor crônica a transpor dificuldades relatadas no manejo dessa relação. Entre essas está o desenvolvimento da habilidade de antecipar o conflito antes mesmo deste acontecer por perguntas como: “Quais são os fatores que mais me causam preocupação no cuidado com pacientes com dor crônica?” ou “Eu fui honesto com minhas crenças e meu conhecimento técnico adquirido na conduta com esses pacientes?” (DIESFELD, 2008). Essa análise autocrítica, sapiência e comportamento devem ser ensinados durante a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde, a fim de prover suporte emocional e técnico no enfrentamento das relações com pacientes com dor crônica.

Outra recomendação proposta é o desenvolvimento de ferramentas multidisciplinares que ajudem o técnico (médico ou outro profissional da saúde que atue no cuidado com pacientes com dor) a diagnosticar sinais de abuso de substâncias ilícitas ou de comportamentos anômalos relacionados ao uso de opioides (MATTHIAS et al., 2010; WIEDMER et al., 2007). Outros instrumentos importantes a serem padronizados nesse tipo de atendimento são acesso a exames laboratoriais que comprovem o abuso de substâncias, contagem de comprimidos, termo de consentimento e consultas de retorno frequentes para o acompanhamento desses pacientes.

Reitera-se a importância do acompanhamento por equipe multidisciplinar desses pacientes (GORDON; DAHL; STEVENSON, 2000; SULLIVAN; LEIGH; GASTER, 2006; TURK; OKIFUJI, 1997). É comum a ocorrência de comorbidades com a dor, como depressão e transtornos de ansiedade, além de outras que afetam a qualidade de vida. O envolvimento de profissionais não médicos como psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e fisioterapeutas é de grande valia pensando no cuidado holístico do paciente, os quais somam estratégias de enfrentamento na busca de saúde. Fica claro que o cuidado ampliado com enfoque no paciente enquanto ser, o qual transcende a visão focada no tratamento da doença, é o método mais efetivo para alcançar a satisfação do paciente (FRANKEL; STEIN; KRUPAT, 2003; STEIN; FRANKEL; KRUPAT, 2005; RODRIGUEZ et al., 2008; RUNKLE et al., 2008).

As mensagens não verbais na relação médico-paciente são tão importantes quanto o discurso. Olhar nos olhos do paciente, sentar-se na mesma altura que ele se encontra, criar um ambiente acolhedor, checar se o paciente e seus entes queridos estão entendendo a mensagem que se está tentando passar, permitir que ele interrompa a fala do examinador para esclarecimento de dúvidas, repetir as palavras do paciente como instrumento de validação e evitar interrupções externas no momento do atendimento são atitudes significativas na construção da relação (BANJA, 2006).

A organização que comporta os atendimentos ambulatoriais ou hospitalares desempenha papel igualmente significativo na promoção da saúde e da qualidade de vida. Além do alcance profissional, encontram-se nas instituições onde ocorrem tais atendimentos, o modo de administração e de compreensão dessas em âmbito particular ou público, cultural, social, municipal, estadual, nacional e mesmo mundial por gerências diversas. Políticas públicas, ideologias culturais e institucionais exercem papel considerável no manejo dos pacientes (MATTHIAS et al., 2010).

A legitimação da dor pela equipe de saúde, mesmo quando não fisicamente visível, e a conduta respeitável decorrente do vínculo entre o provedor do cuidado e o paciente com dor crônica é essencial no acolhimento e na promoção de saúde. Com uma relação médico-paciente adequada, há muito outros frutos a serem colhidos além do correto diagnóstico (KENNY, 2004, BUTOW; SHARPE, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com esta revisão bibliográfica, conclui-se que o sucesso do tratamento de queixas dolorosas não depende somente do alívio dos sintomas, mas também de múltiplos outros fatores dependentes diretamente da relação médico-paciente como os aspectos interpessoais dela, subjetivação intrapessoal, fatores socioculturais, engajamento de outros profissionais da saúde, entre muitos outros. Salienta-se a relevância dos temas relação médico-paciente e dor serem amplamente discutidos com afincamento e atenção devida não somente na formação acadêmica profissional generalista, mas também nas especialidades com as especificações que cada uma delas carece. Em um cenário ideal, também contaríamos com apoio institucional, social e político tão relevante para a otimização da saúde individualizada e da comunidade. O diálogo aberto e construtivo entre os participantes no que toca a saúde é imprescindível para a melhoria da atenção, do acolhimento e do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Aida Hougaard et al. Doctor–patient communication about existential, spiritual and religious needs in chronic pain: A systematic review. **Archive for the Psychology of Religion**, 41 (3), p. 277-299, 2019.
- ANDRADE, Edson de Oliveira; ANDRADE, Elizabeth Nogueira. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, 8 (1), p. 46-52, 2010.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, 10 (3), p. 549-560, 2005.
- BANJA, John D. Empathy in the physician’s pain practice: Benefits, barriers, and recommendations. **Pain Medicine**, 7 (3), p. 265–275, mai. 2006.
- BANJA, John D. Toward a more empathic relationship in pain medicine. **Pain Medicine**, 9 (8), p. 1125–1129, jun. 2008.
- BAIR, Matthew J. Overcoming fears, frustrations, and competing demands: An effective integration of pain medicine and primary care to treat complex pain patients. **Pain Medicine**, 8 (7), p. 544–545, 2007.
- BASTOS, Luiz Otávio de Araújo; ANDRADE, Elizabeth Nogueira; ANDRADE, Edson de Oliveira. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. **Revista Bioética**, 25 (3), p. 563-576, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253213>. Acesso em: 28 mar. 2022.
- BRASIL. **Resolução CFM nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1:90-2, 24 de setembro de 2009. Disponível em: [https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/resol\\_medica\\_cfm\\_1931\\_09\\_2009.pdf](https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/resol_medica_cfm_1931_09_2009.pdf) Acessado em: 22 dez. 2022.
- BUTOW, Phyllis; SHARPE, Louise. The impact of communication on adherence in pain management. **Pain**, 154 Suppl 1, p. S101-S107, 2013. DOI: 10.1016/j.pain.2013.07.048. Acesso em: 21 mar. 2022.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio Luiz Carlos de Oliveira, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 29-87, 1997.
- CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública**, 15 (3), p. 647-654, 1999.
- CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. Relação Médico-paciente e Humanização dos Cuidados em Saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S. F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 85-108, 2006. <https://doi.org/10.7476/9788575413296.0005>. Acesso em: 29 mar. 2022.
- DESANTANA, Josimari Melo et al. Revised definition of pain after four decades. **Brazilian Journal of Pain**, 3 (3), p. 197-198, jun. 2020. Disponível em: [https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Definição-revisada-de-dor\\_3.pdf](https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Definição-revisada-de-dor_3.pdf). Acesso em: 21 jan. 2022.

DIESFELD, Kate. Interpersonal issues between pain physician and patient: Strategies to reduce conflict. **Pain Medicine**, 9 (8), p. 1118–1124, 2008.

EGGLY, Susan; TZELEPIS, Angela. Relational control in difficult physician-patient encounters: Negotiating treatment for pain. **Journal of Health Community**, 6 (4), p. 323–333, 2001.

FALLOWFIELD, Lesley; JENKINS, Valerie. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **Lancet**, 363(9405), p. 312-319, 2004.

FERNANDES, João Claudio Lara. A quem interessa a relação médico-paciente? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, 1993.

FERNANDEZ, Jorge Muriel et al. Use of Information and Communication Technologies in Clinical Practice Related to the Treatment of Pain. Influence on the Professional Activity and the Doctor-Patient Relationship. **Journal of Medical Systems**, 41(5), p.77, 2017. DOI: 10.1007/s10916-017-0724-5. Acesso em: 12 abr. 2022.

FRANKEL, Richard; STEIN, Terry; KRUPAT, Edward. The Four Habits Approach to Effective Clinical Communication. In: **Physician Education and Development**, Kaiser Permanente Northern California Region, 62, p. 38-45, 2003.

GOMES, Annatalia et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 22 (3), p. 1101-1119, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>. Acesso em: 22 mar. 2022.

GORDON, Debra B.; DAHL, June L.; STEVENSON, Karen Kunz. Building An Institutional Commitment to Pain Management. **The Wisconsin Resource Manual**. 2th ed. Madison, Wisconsin: The Resource Center of the American Alliance of Cancer Pain Initiatives; 2000.

GREEN, Carmen R. et al. Analysis of the physician variable in pain management. **Pain Medicine**, 2 (4), p. 317–327, 2001.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 28 (02), p. 99-105, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-014>. Acesso em: 27 mar. 2022.

GUSMÃO, Sebastião. História da Medicina: evolução e importância. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, 15 (1), p. 5-10, 2004. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rcct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewirlsKWvOb2AhVdJrkGHSLJCKYQFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fjbnce.emnuvens.com.br%2Fjbnce%2Farticle%2Fdownload%2F467%2F401&usg=AOvVaw1CVFc8F-mO4o0gPlCFChOtm>. Acesso em: 28 fev. 2022.

HIRSH, Adam T. et al. Patient Satisfaction with Treatment for Chronic Pain. **The Clinical Journal of Pain**, 21(4), p. 302-310, 2005. DOI: 10.1097/01.ajp.0000113057.92184.90. Acesso em: 12 mar. 2022.

KENNY, Dianna T. Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm. **Patient Education and Counseling**, 52(3): p. 297-305, 2004. DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00105-8. Acesso em: 12 mar. 2022.

LIMA, Antonio Douglas et al. Avaliação Da Dor Em Pacientes Oncológicos Internados Em Um Hospital Escola Do Nordeste Do Brasil. **Revista Dor**, 14 (4), p. 267–71, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000400007>. Acesso em: 03 Abr. 2022.

LIMA, Monica Angelim Gomes; TRAD, Leny A. Bonfim. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11), p. 2672-2680, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n11/2672-2680/>. Acesso em: 03 ago. 2022.

LOPES, José Manual Castro. **Fisiopatologia da Dor**. 7. ed. Portugal: Comgrafic, S.A., 2003. E-book. Disponível em: [https://www.aped-dor.org/images/biblioteca\\_dor/pdf/Fisiopatologia\\_da\\_Dor.pdf](https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Fisiopatologia_da_Dor.pdf). Acesso em: 3 ago. 2021.

MATTHIAS, Marianne S. et al. The patient-provider relationship in chronic pain care: providers' perspectives. **Pain Medicine**, 11(11), p. 1688-1697, 2010. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.00980. Acesso em: 23 dez. 2021.

MATUMOTO, Silvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998 (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: Cecilio Luiz Carlos de Oliveira, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 117-60, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINERVA, Daniela. Il paziente inglese: colloquio con Oliver Sacks. **L'Espresso**, p. 46-50, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle da Dor**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2001.

NAFRADI, Lilla et al. The doctor–patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives. **Chronic Illness**, 14(4): p. 256-270, 2018. DOI: 10.1177/1742395317739961. Acesso em: 25 jan. 2021.

NEVES, Nedy Cerqueira. **Ética para futuros médicos: é possível ensinar?** Conselho Federal de Medicina, Brasília: Estação Gráfica Ltda, 2006. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/tica%20para%20os%20futuros%20mdicos.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RODRIGUEZ, Hector P. et al. Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. **BMC Medical Education**, 8 (3), p. 3-9, 2008.

RUNKLE, Cecilia et al. Clinician confidence about conversations at the end of life is strengthened using the four habits approach. **Journal of Psychosocial Oncology**, 26 (3), p.81–95, 2008.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, 20 (6), p. 1487-1494, 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SHANNON, Mary T. Giving pain a voice: narrative medicine and the doctor-patient relationship. **Journal of General Intern Medicine**, 26 (10), p. 1217-1218, 2011. DOI: 10.1007/s11606-011-1702-0. Acesso em: 16 dez. 2021.

SILVA, Carlos Maximiliano Gaspar Carvalho Heil. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza, CE. **Ciências Saúde Coletiva**, 16 (1 Suppl): p. 1457-1465, 2011.

SOAR FILHO, Ercy José. A interação médico-cliente. **Revista Associação Médica Brasileira**, 44 (1), p. 35-42, 1998.

STEIN, Terry; FRANKEL, Richard M.; KRUPAT, Edward. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study. **Patient Education and Counseling**, 58 (1), p. 4–12, 2005.

SULLIVAN, Mark D.; LEIGH, Janis; GASTER, Barak. Brief report: Training internists in shared decision making about chronic opioid treatment for noncancer pain. **Journal of General Internal Medicine**, 21 (4), p. 360–362, 2006.

TAIT, Raymond C. Empathy: Necessary for effective pain management? **Current Pain Headache Report**, 12 (2), p. 108–112, 2008.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 55 (1), p. 13-18, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000100008>. Acesso em: 27 mar. 2022.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, 10 (3), p. 585-589, 2005.

TURK, Dennis C.; OKIFUJI, Akiko. Interdisciplinary approach to pain management: philosophy, operations, and efficacy. In: ASHBURN, Michael A.; RICE, Linda J. editors. **The Management of Pain**. Baltimore, MD: Churchill Livingstone, p. 235–247, 1997.

WIEDEMER, Nancy L. et al. The opioid renewal clinic: A primary care, managed approach to opioid therapy in chronic pain patients at risk for substance abuse. **Pain Medicine**, 8 (7), p. 573–584, 2007.