

ATENDIMENTO BIOPSISSOCIAL E EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Data de submissão: 07/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Maíra Malafaia de Mattos

MUST UNIVERSITY – Flórida – USA
Campos dos Goytacazes - RJ
<http://lattes.cnpq.br/5430379499995404>

Angela Maria Moed Lopes

MUST UNIVERSITY – Flórida – USA
Uberaba – MG
<http://lattes.cnpq.br/5569457948256649>

Mariane Bernadete Comprí Nardy

MUST UNIVERSITY – Flórida – USA
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/8541285788275439>

Fernanda Cristina Guassu Almeida

MUST UNIVERSITY – Flórida – USA
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/4175875510802755>

Thâmara Machado e Silva

MUST UNIVERSITY – Flórida – USA
Goiânia - GO
<http://lattes.cnpq.br/5884172366712671>

RESUMO: A relação médico-paciente é uma grande variável na constante adesão, eficiência e eficácia nos tratamentos de saúde. Debuta-se que diante da evolução científica e tecnológica, habilidades interpessoais dos profissionais de saúde

foram desgastadas e se estabeleceu o modelo biomédico, mecanicista de atendimento médico, onde o médico era apenas o mecânico do corpo humano do paciente. Atualmente faz-se necessária a mudança nas políticas públicas de saúde com a implantação do modelo biopsicossocial e o desenvolvimento da empatia e humanização. O objetivo deste trabalho foi avaliar as condições médico-paciente através do modelo biopsicossocial, sua contribuição para a melhoria do atendimento e da relação médico-paciente, bem como encorajar a humanização e empatia do profissional de saúde. Foram acessados artigos nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), *National Library of Medicine* (PUBMED), Google Acadêmico e LILACS sendo estes publicados entre os anos de 2012 a 2022. É imperioso que se haja uma reforma nos atendimentos médicos afim de que a terapêutica proposta seja aderida e se estabeleça uma relação de confiança com o profissional de saúde, pois somente com uma visão global do ser humano e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, re-humanizando a medicina, o profissional de saúde conseguirá estabelecer um vínculo no atendimento, a

adesão e satisfação do paciente na busca por uma melhor qualidade de vida e cura. Afinal, o objetivo é ser médico de pessoas e não de doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Biopsicossocial. Empatia. Humanização.

BIOPSYCHOSOCIAL CARE AND EMPATHY IN THE DOCTOR PATIENT RELATIONSHIP

ABSTRACT: The doctor-patient relationship is a major variable in constant adherence, efficiency and effectiveness in health treatments. It debuts that in the face of scientific and technological evolution, interpersonal skills of health professionals were worn out and the biomedical model was established, mechanistic of medical care, where the doctor was just the mechanic of the patient's human body. Currently, it is necessary to change public health policies with the implementation of the biopsychosocial model and the development of empathy and humanization. The objective is to evaluate the doctor-patient conditions through the biopsychosocial model, its contribution to the improvement of care and the doctor-patient relationship, as well as to encourage the humanization and empathy of the health professional. Multidisciplinary care through the observation of somatization in the patient's signs and symptoms is indeclinable in medical practice. Articles were accessed in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine (PUBMED), Google Scholar and LILACS databases, which were published in the last 10 years of scientific research (2012 to 2022). It is imperative that there is a reform in medical care so that the proposed therapy is adhered to and a relationship of trust is established with the health professional, because only with a global view of the human being and the development of interpersonal skills, re-humanizing medicine, the health professional will be able to establish a bond in care, adherence and patient satisfaction in the search for a better quality of life and cure. After all, the goal is to be a doctor for people and not for diseases.

KEYWORDS: Biopsychosocial. Empathy. Humanization.

INTRODUÇÃO

Fatores históricos, ambientais, tecnológicos e sociais, permitem às ciências médicas de erguer um intenso arsenal eletrônico e técnico para avaliação, terapêutica e prognóstico nas inúmeras patologias. Fato notório é o aumento da eficácia e eficiência nos tratamentos das doenças, se tornando *sine qua non* para o aumento exponencial da idade média de vida na população humana. Contudo, pesquisadores vêm destacando que a prática da medicina moderna se baseia na implantação do modelo de atendimento biomédico, que contribui para a prática focada na doença, se desconectando do indivíduo, paciente, estabelecido neste processo. Além do modelo biomédico de atendimento, os obstáculos na prática do atendimento de saúde, como a cobrança na celeridade dos atendimentos, altas demandas e baixa remuneração salarial, são elementos que se demonstram influenciar no distanciamento da relação médico-paciente.

Diversas pesquisas e estudos vem demonstrando a importância positiva da

relação entre o médico e paciente como imperioso elemento para a melhora da qualidade do atendimento, a promoção satisfatória em saúde, a adesão a terapêutica proposta, diminuição dos sintomas e satisfação do paciente (CLARAMITA, 2014).

Para que uma relação profissional de saúde e paciente seja eficiente e eficaz no tratamento, se apresenta necessário que o profissional de saúde ofereça uma série de comportamentos interpessoais que possibilitem a promoção de abertura de um vínculo de confiança. Neste sentido, habilidades sociais do médico são importantes ferramentas que o possibilita a determinar áreas críticas na relação médico-paciente e contribuem para uma construção de um modelo voltado às expectativas do paciente e interação recíproca (BATT-RAWDEN, 2013).

A medicina ao longo dos anos tem recebido grandes contribuições nas áreas de conhecimento, como genética, bioquímica, farmacologia, imunologia, entre outras. Estas inter-relações tem propiciado o crescimento do pensamento biomédico de atendimento. O modelo biomédico tem como pressuposto o panorama de que o corpo é a 'sede das doenças' e as doenças 'entidades patológicas', contribuindo assim para o desinteresse nas experiências subjetivas, cognitivas e motivacionais do paciente. O corpo é concebido como uma máquina biológica-orgânica, minimizando assim, todos os aspectos comportamentais, psicológicos e sociais envolvidos no desencadeamento da doença. Em conclusão, a multifatorialidade da saúde passa a ser percebida como a ausência de doenças e o sujeito não-saudável passou a ser assimilado como um organismo não funcionando adequadamente (CHERRY, 2013).

Por conseguinte, a anamnese e subjetividade do sujeito se tornam minimizadas e a ênfase se desloca para o exercício profissional e tecnológico do profissional de saúde, como suas solicitações de exames, testes laboratoriais e a intensa medicalização que se intensificou com o grande crescimento e incentivo farmacêutico das propagandas e bônus. No desenrolar desse momento, há um caminhar em direção a valorização do desenvolvimento das tecnologias como meio fundamental e eficiente de promoção de saúde. Entretanto, mesmo com a valoração intensa dos novos instrumentos, que proporcionam uma facilidade e agilidade na ação médica, também se intensificou a redução do contato médico-paciente, criando um contexto de favorecimento de uma visão fragmentada do paciente (HAWTHORNE, 2014).

Em uma tentativa de resgate da relação médico-paciente, se estabelece o atendimento biopsicossocial, com a proposta de uma abordagem multidisciplinar e multifatorial que compreende as dimensões sociais, biológica e psicológica do indivíduo. Sua proposta é uma assistência integral do paciente, não apenas sua patologia.

As condições da relação médico-paciente se tornaram fugazes, ao se observar o médico de família do século passado. As relações se demonstram cada vez mais frias e técnicas, não sendo transposto o cuidado, a escuta, a avaliação clínica e psicológica do paciente (MAIROT, 2019).

Destarte as inúmeras formas de incentivo a se continuar o modelo biomédico, o modelo biopsicossocial se apresenta como uma forma de atender a demanda apresentada pelos pacientes e suas expectativas, bem como sua apresentação psicossomática dos sinais e sintomas descritos na consulta. O encorajamento ao resgate das habilidades interpessoais e da escuta apurada torna-se fator determinante para um bom atendimento médico na atualidade, devendo este, cercear seu atendimento com a maior possibilidade de empatia e simpatia para com o seu paciente.

MODELO DE ATENDIMENTO BIOPSISSOCIAL

Segundo Andrade (2017), o ser humano é um ser biopsicossocial pois o “seu potencial é determinado por suas características biológicas, mas por sua vez sua ação é influenciada por aspectos psicológicos e pelo ambiente social”.

Em uma tentativa de minimizar a fragmentação do paciente e o descontentamento com o atendimento na área da saúde, a OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1948 conceitua “Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença.”, tentando assim, reforçar a ideia de que o paciente não é apenas a doença, mas sim um organismo vivo e completo, que deveria ser observado como um todo. A partir daí a condição de interação e de escuta do profissional de saúde para com seu paciente se torna o enfoque da construção da relação, suas habilidades de construção do arcabouço teórico somente, não se resta satisfatório, sendo necessário o desenvolvimento da comunicação e habilidades sociais (STRAUB, 2014).

O modelo de atendimento biopsicossocial nasce de uma necessidade de se cuidar e ser cuidado. A carência de, ao se tratar, ser respeitado, acolhido, escutado, com qualidade, resolutividade, sendo visto como um todo e não somente por sua doença e adoecimento, mas entendendo seu território, crenças, seus aspectos econômicos, sociais e intelectuais. A doença passa a não mais exercer o centro do atendimento, no modelo biopsicossocial o paciente se torna o centro, além disso, ele é estimulado a desempenhar um papel ativo no curso das consultas, compartilhando suas percepções, dificuldades e opiniões acerca da implementação da terapêutica proposta (COVAS, 2013).

Medicina, psicologia e sociologia corroboram que no modelo biopsicossocial é considerada a conexão entre corpo, mente e contexto social para o tratamento dos sinais e sintomas físicos desenvolvidos e relatados pelo paciente (AHRWEILER, 2014).

Quadros psicossomáticos têm-se apresentado cada vez mais e a compreensão do bem-estar psicológico e físico proporcionam a ciência da saúde interdisciplinar difundir processos orgânicos do corpo, seus sinais e sintomas para a modificação do atendimento visando uma melhor adesão do paciente e um oferecimento de uma melhor qualidade de vida pelo profissional de saúde (PALMEIRA, 2018).

O paciente visto com um ser humano completo e não fragmentado, como um

'paciente do braço quebrado', faz com que o profissional de saúde o avalie como um todo, entendendo que o fator desencadeador de uma patologia não necessariamente seja o sintoma descrito pelo paciente. Analisar o contexto do corpo humano anatômico e do ser humano a partir de suas crenças seu território, sua condição intelectual e financeira torna o cerne de um modelo de atendimento completo, focado no paciente e não no diagnóstico de uma patologia (MORETO, 2012).

Segundo, Bernardes (2020), dentro deste modelo ainda, temos a discussão e planejamento terapêutico proposto pelo médico, uma vez que deve ser proposta tal terapêutica levando em consideração todos os dados e percepções do médico acerca do paciente e este, também, diante de uma consulta ativa, expressa suas necessidades e possibilidades para assim chegarem a uma proposta que contemple a busca pela qualidade de vida e ou cura e adesão do paciente a terapêutica.

Palavras chaves permeiam este modelo, e são elas, a empatia do médico pelo sofrimento e condição do paciente e humanização deste profissional de saúde para que desempenhe um atendimento mais focado no paciente como um todo, desempenhando uma escuta ativa, com total entrega e desejo de disponibilizar a este uma melhor qualidade de vida e amenização do sofrimento.

Este modelo ainda tão desejado é difundido cada vez mais, porém a rotina e o aprendizado de médicos anteriores a esta disseminação, bem como a intensa criação de novas especialidades e subespecialidades médicas, se constituem barreiras para o êxito deste modelo (MARIANO, 2019).

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO

O termo humanização se destaca como polissêmico, abarcando inúmeras variáveis. Como definição mais ampla, tem-se a humanização como o ato de tornar algo mais humano. Entretanto, suas formas de compreensão não se desvinculam de suas práticas, já que só há o entendimento se estabelecido um elo entre profissionais e usuários, fundado em atitudes orientadas pela percepção e valorização dos sujeitos, contemplações de uma conduta ética e humana (MOREIRA, 2015).

Segundo, Ferreira (2018), aos profissionais de saúde, a humanização seria a integração entre os profissionais desempenhando um bom trabalho em equipe, não permitindo o paciente sem assistência, tendo o ser humano como o centro da atenção. Já para os usuários, o termo seria entendido como um acolhimento por todos os prestadores de serviços de saúde, ter acesso a bons recursos, além do profissional ter expertise e competência para ouvir as demandas e ter suas necessidades compreendidas, bem como ser esclarecida de forma verdadeira, com palavras de fácil entendimento e suas dúvidas sanadas, não deixando de levar em consideração o meio e os recursos disponíveis por estes para a adesão a terapêutica proposta.

A humanização na saúde está atrelada ao chamado 'tecnologias leves', que segundo Torres (2018), este termo compreende a conexão afetiva entre o profissional de saúde e o usuário, enaltecendo a habilidade na comunicação com o paciente de forma verbal e até não-verbal. Esta visão de vínculo permite a construção de uma relação fundamentada em respeito em prol da integralidade do cuidado.

Desta forma, a humanização consiste em uma visualização do paciente de forma integral, destacando o corpo, a mente e a alma, sem focar apenas nas enfermidades, como no modelo antigo. A humanização considera o emocional do paciente, a aptidão de lidar com as oposições, sejam elas religiosas, étnicas ou financeiras. Ainda, consiste no ato da sensibilidade, percepção das carências alheias, a fim de entendê-lo melhor, observando o processo saúde-doença com uma visão ampliada (Da SILVA, 2021). A escuta adequada, uma abordagem ampla dos problemas e exame físico completo são os comportamentos mais admirados nos atendimentos médicos (WOLLMANN, 2017).

Existe um método que colabora para a elevação de espaços de saúde mais humanizados, é a implementação de práticas integrativas e complementares à saúde, conhecidas como medicina alternativa ou complementar. As práticas integrativas e complementares à saúde estimulam a saúde, tanto física quanto mental, como por exemplo yoga, meditação, biodança, musicoterapia, terapia comunitária familiar e fitoterapia. Essas atividades proporcionam redução do cansaço físico e mental, diminuição do estresse e alívio da sensação dolorosa. A implementação dessas atividades práticas associadas à humanização, deixam o atendimento médico mais prestativo. É notório a existência de barreiras que interferem na melhoria da relação médico-paciente, como baixa qualidade na assistência por parte dos profissionais e a falta de investimentos financeiros nos setores públicos. Deste modo, fica evidente a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem os pacientes como um todo, considerando não apenas os aspectos biológicos da doença (WOLLMANN, 2017).

EMPATIA NO ATENDIMENTO MÉDICO

Muito se debate acerca de empatia no processo de humanização do atendimento médico, mas há um risco real de se subestimar tal significado. Têm-se como empatia, uma confluência das dimensões cognitivas, emocionais e motivacionais do ser humano. Estas, se traduzem na capacidade intrínseca de observação, percepção e entendimento do estado emocional de outrem, amalgamando com a motivação de cuidado e do bem-estar alheio (KRZYNARIC, 2015).

A empatia consiste na habilidade intelectual que constitui um dos domínios da inteligência emocional. A empatia apresenta três elementos: a preocupação empática, a tomada de perspectiva, e o compartilhamento emocional. Em relação a preocupação empática e a tomada de perspectiva são elementos cognitivos que favorecem para a

capacidade de raciocinar a respeito dos estados psicológicos de outros indivíduos e o tipo de resposta empática a ser deliberada. O compartilhamento emocional consiste no elemento afetivo, o observador partilha os estados emocionais dos outros, pelo espelhamento de atitudes e sentimentos observados (CANÇADO, 2021).

Na relação médico-paciente a empatia é fundamental para o desenvolvimento e conservação dessa relação, tornando-se evidente a influência positiva nos desfechos relacionadas a saúde. Existe uma associação entre a empatia médica com a satisfação do paciente com o atendimento médico e o cuidado que recebeu. A empatia na relação médico-paciente está relacionada a um menor risco de processos judiciais por mau atendimento médico e com uma maior aderência do paciente ao tratamento proposto (SCHWELLER, 2014).

Segundo Barelli (2021), na sociedade atual, a empatia vem ganhando ou reassumindo sua importância pois a prática clínica comprova que a empatia está diretamente relacionada com a resposta positiva em todos os procedimentos médicos, tanto no diagnóstico como na adesão e resposta terapêutica. Essa habilidade visa um pensamento em amplo espectro do profissional de saúde pois facilita o entendimento das dificuldades, suas resoluções e complementa sua habilidade técnica para possibilitar ao paciente uma melhor compreensão e qualidade de assistência.

Durante décadas de ensino médico nas universidades foi apregoado o estabelecimento de um distanciamento do paciente, com a finalidade de o tornar imparcial no diagnóstico e escolha da terapêutica. Destarte a evolução, novas necessidades foram estabelecidas, entre elas, a habilidade de comunicação e o sentimento de se colocar no lugar do outro. Em uma tentativa heroica das universidades médicas para a modificação dos novos médicos inseridos na sociedade, após o entendimento de que a empatia complementar o conhecimento científico e estreitaria a relação médico-paciente, iniciou-se uma intensa disseminação de resgate ou implantação da empatia. A aplicação dessa habilidade na prática profissional corrobora para um atendimento mais atencioso e colabora com a capacidade de trabalhar interdisciplinarmente as demandas dos pacientes (BOUFLEUR, 2017).

PRÁTICA CLÍNICA

Vem-se buscando cada vez mais desenvolver a humanização e a empatia na graduação de medicina. A despeito de todo o arcabouço teórico a que os alunos são expostos, há a inserção de matérias voltadas a humanização e empatia, que na prática ainda se restam conturbadas e com poucos interesses, sendo consideradas por muitos como desnecessárias. Porém tal fato pode-se explicar pela forma como as matérias são expostas em sala: superficialmente. Devido a este ensino ainda tão mecanizado, o recém aprovado no vestibular de medicina é mergulhado em um curso cada vez mais ríspido, o

provocando a perder a essência pelo que o levou a ser médico (BENEDETTO, 2018).

De maneira imperiosa, as faculdades lutam contra o próprio sistema e buscam introduzir em seus Programas Político Pedagógico (PPP) conteúdos propensos a exercer esta necessidade de humanização do futuro profissional médico (SILVA, 2015). Contudo, somente a inclusão de ementas conceituais acerca de humanização não é o bastante para que formandos em medicina sejam de fato humanizados. A humanização está intrinsecamente pertencente a empatia e a empatia com as emoções do indivíduo. Tendo este panorama como escopo, para que o acadêmico de medicina seja de fato humanizado, além do contato com a teoria bem fundada sobre humanização, este deve ter uma boa saúde emocional. Somente desta forma o acadêmico estará apto a entender de forma profunda o sofrimento do paciente, executando assim uma resposta empática amparada de autoconhecimento, fator essencial para o desenvolvimento da empatia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a idade média entendia-se que a doença se tratava de algo global do ser humano, como um resultado da interação com o meio físico e social do vivente. Em meio ao século XVIII houve o estabelecimento de um pensamento em que o corpo humano seria como uma máquina, culminando no modelo biomédico de atendimento. Apesar de intensas críticas ao modelo biomédico, foi a partir dele que avanços importantes na área da ciência médica foram alcançados.

Diante de novas necessidades e expectativas, na contramão do modelo biomédico, nasce o modelo biopsicossocial, em uma tentativa de resgate da articulação saúde-homem-comunidade, com o marcante traço de individualização dos atendimentos através do desenvolvimento de habilidades interpessoais de relacionamento do profissional de saúde.

Ao analisarmos a evolução da sociedade e da medicina, é notado uma propensão a intensas especializações e ‘subespecializações’ em razão do conhecimento acumulado e desenvolvimento da tecnologia, mas o resgate das primícias onde o médico era um confidente, amigo e colaborador da qualidade de vida dos pacientes é imperioso ao momento vivido.

Destarte a nova luta traçada para se atender as novas necessidades da população, é necessário que haja um fomento ao estímulo de habilidades e competências de comunicação em prol da relação médico-paciente. Há que se destacar por derradeiro que novas e intensas discussões acerca do melhor desenvolvimento e resgate destas habilidades se fazem necessárias para que seja possível o acréscimo de teorias e práticas das habilidades interpessoais nas escolas médicas e que assim consiga-se florescer médicos mais humanos e empáticos com seus pacientes. Afinal, o objetivo é ser médico de pessoas e não de doenças.

REFERÊNCIAS

- Ahrweiler, F.; Neumann, M.; Goldblatt, H.; Hahn, E. G. & Scheffer, C. **Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians.** BMC medical education, 14(1), 1-12. 2014.
- Andrade, V. S. **Da medicalização ao silenciar dos afetos.** 2017.
- Barelli, C.; Graeff, D. B. & Dal Magro, M. L. **Empatia: calçando o sapato dos outros. Histórico e resultados das políticas.** 2021.
- Batt-Rawden, S. A.; Chisolm, M. S.; Anton, B. & Flickinger, T. E. **Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review.** Academic Medicine, 88(8), 1171-1177. 2013.
- Benedetto, M. A. C. D. & Gallian, D. M. C. **Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2018.
- Bernardes, V. R. M.; Sarmiento, R. P.; Lisboa, K. O.; Sarmiento, I. P. & Manso, G. G. **A prática da humanização na formação médica realidades, paradoxos e perspectivas.** 2020.
- Bouffleur, G. **Acolhimento e humanização.** 2017.
- Cançado, P. V. R.; Moura, E. P.; & Peixoto, J. M. **O efeito do Mapa da Empatia em Saúde no comportamento empático médico percebido pelo paciente.** Saude e Pesqui, 14(2), e9081. 2012.
- Cherry, M. G.; Fletcher, I. & O'Sullivan, H. **The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication.** Patient Education and Counseling, 93(2), 177-187. 2013.
- Claramita, M. & Susilo, A. P. **Improving communication skills in the Southeast Asian health care context.** Perspectives on medical education, 3(6), 474-479. 2014.
- Covas, D. T. & Moreira, A. C. **Comunicação Médico-Paciente.** Semiologia Geral e Especializada. Guanabara-Koogan. 2013.
- da Silva, Á. M. B.; de Carvalho Pereira, M.; Xavier, I. L. A.; Lisboa, A. F. M.; Cardoso, Y. S.; Alcântara, T. R.; & de Oliveira Bezerra, K. F. **A aplicabilidade da humanização no atendimento aos usuários do sistema único de saúde.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(2), e4912-e4912. 2021.
- Hawthorne, G.; Sansoni, J.; Hayes, L.; Marosszky, N. & Sansoni, E. **Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates.** Journal of clinical epidemiology, 67(5), 527-537. 2014.
- Krznicar, R. **O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo.** Editora Schwarcz-Companhia das Letras. 2015.
- Ferreira, A. R. A., de Amorim Marques, L. G. R., Rebouças, L. O. V., Alves, N. C., Silva, R. B., & Ribeiro, F. A. C. **HUMANIZAÇÃO NO ENSINO MÉDICO.** Anais da Mostra de Saúde. 2017.

Ferreira, L. R., & Artmann, E. **Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 23, 1437-1450. 2018.

Mairot, L. T. D. S.; Costa, B. B. G. D.; Heringer, T. P. M.; Borges, R. C. & Moura, E. P. **As artes na educação médica: revisão sistemática da literatura.** Revista Brasileira de Educação Médica, 43, 54-64. 2019.

Mariano, F.; Junior, J. S.; Silva, J. C. F.; De Oliveira, M. & Azevedo, U. A. B. M. **Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente.** Rev Med Minas Gerais, 29(Supl 8), S19-S24. 2019.

Moreira, M. A. D. M.; Lustosa, A. M.; Dutra, F.; Barros, E. D. O.; Batista, J. B. V. & Duarte, M. C. S. **Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 20, 3231-3242. 2015.

Moreto, G. & Blasco, P. G. **A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional.** Rev Bras Med, 69(1), 12-7. 2012.

Palmeira, A. B. P. & Gewehr, R. B. **O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade.** Ciência & Saúde Coletiva, 23, 2469-2478. 2018

Schweller, M. **O ensino de empatia no curso de graduação em medicina.** 2014

Straub, R. O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial.** Artmed Editora. 2014

Torres, G. M. C.; Figueiredo, I. D. T.; Cândido, J. A. B.; Morais, A. P. P. & Almeida, M. I. D. **O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família.** Escola Anna Nery, 22. 2018.

Wollmann, L. **Avaliação da relação médico-paciente: tradução e validação do Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil.** 2017.