

## **AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO MÉDICO FRENTE AOS SEUS “STAKEHOLDERS”**

*Eduardo R.S.F. Carvalho*

Mestrando em Desenvolvimento Humano, UnitaU/SP

*Maria Angela Boccara de Paula*

Professor Assistente Doutor do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano, UnitaU/SP

### **INTRODUÇÃO**

A figura do médico perante a sociedade, sempre esteve em posição de destaque em diversas épocas no Brasil. Porém, nos últimos anos, diversos fatores contribuíram para uma nova concepção referente a saúde no país. Pode-se citar, o maior acesso às informações pela população, o grande número de profissionais formados adentrando ao mercado de trabalho, a forte mediação dos convênios junto à saúde e ainda a implementação dos programas públicos em função do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRIANI, 2000).

Ações que visavam estabelecer diferenciais competitivos passaram a incorporar as práticas clínicas, como por exemplo, um modelo mais adequado de atendimento e fidelização de pacientes, a estruturação física de consultórios, o aumento do número de atendimentos particulares, e ainda, a importância da manutenção adequada de processos e serviços para atrair e reter bons funcionários e fornecedores, para junto do ambiente clínico profissional.

Desta forma, todos que se relacionavam com os serviços de saúde no Brasil, foram impactados por estas mudanças que estão cada vez mais sedimentadas atualmente.

Em junho de 2012, o governo federal divulgou a iniciativa de ampliar o número de vagas nos cursos de medicina nas universidades públicas e privadas. Além do quantitativo de vagas, os cursos deverão passar por melhorias no aspecto qualitativo (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Educação (MEC), a ampliação das ofertas em cursos de medicina pretende mudar a relação de médicos por mil habitantes no país. Os dados apontam que a taxa do Brasil é de 1,8 médico por mil habitantes, deixando o país atrás de países como Uruguai (3,7/1000); Estados Unidos (2,4/1000); Reino Unido (2,7/1000); França (3,5/1000) e Cuba (6,4/1000) (BRASIL, 2012).

Estas transformações contínuas, em plena vigência inspira novos paradigmas para a classe médica, não apenas no campo técnico, mas também no campo das relações humanas.

A cada dia a importância das relações interpessoais do médico, no ambiente clínico privado, diante dos seus grupos de interesse profissional ou “*stakeholders*” ganha dimensões maiores. Esses grupos, se mostram a cada dia, em crescente relevância para o seu bom desempenho profissional (STUART, 2004).

O médico como gestor de suas relações interpessoais, atento às necessidades e desejos de seus públicos de interesse deve entender que, a figura central da sua prática é o paciente, mas precisa estar consciente, de que existem outros públicos que habitam o seu cotidiano profissional.

As inter-relações permeiam as conexões humanas, as culturas, os valores, os hábitos, os costumes e as linguagens. É pela inter-relação que as vivências pessoais podem ser conhecidas (MARTINS, 2001).

Existem mais “saberes” que apenas os biológicos no contexto de um consultório médico. Portanto, integrar os “saberes” está diretamente ligado à exploração de potencialidades de cada ciência e profissão, e será tanto mais enriquecedor quanto maior for a diversidade e criatividade do profissional, especialmente quando privilegia as relações interpessoais (ETGES, 1999).

O modelo mecanicista, cartesiano, que hoje ainda está presente na prática da medicina direciona o olhar do profissional para o aspecto patológico e negligencia a importância do aspecto “humanístico” (PEREIRA; ALMEIDA, 2005).

Na busca de melhor compreender o dinamismo destas relações interpessoais da classe médica e seus grupos de interesses, no ambiente clínico, pergunta-se: como o médico

percebe as relações interpessoais na sua prática profissional? Qual a relevância das inter-relações profissionais, com os seus grupos de interesse, para a classe médica? Quais os modelos de inter-relação, com os “*stakeholders*” utilizados por médicos ?

Desvelar a pluralidade destes cenários, sobre as relações interpessoais e inspirar, novos modelos de relacionamentos, com novas possibilidades de atratividade para a classe médica atuante nos consultórios particulares, é a pretensão deste estudo.

Os “*stakeholders*” compõe todos aqueles grupos de interesse que se relacionam profissionalmente com os médicos, citam-se os outros médicos, as secretárias, os fornecedores externos e os pacientes, porém para este estudo será abordado apenas a relação médico-paciente visando aprofundamento do tema.

### **Objetivo**

Investigar em publicações científicas a importância dos relacionamentos do médico frente ao grupo de interesse - pacientes.

### **Método**

No que tange à metodologia trata-se de pesquisa bibliográfica e documental, e se apresenta quanto à forma de abordagem da temática, como qualitativa, do ponto de vista de seus objetivos, como exploratória com relação aos procedimentos técnicos.

Foram realizadas buscas nas bases de dados Scielo Brasil e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando-se os seguintes descritores: médico, medicina, relações interpessoais e grupos de interesse, associando-se sempre o descritor médico e medicina aos outros dois.

O período escolhido compreende aos artigos publicados entre os anos de 2001 a 2011, na língua portuguesa. Após os resultados encontrados, foram selecionados 6 (seis) artigos em que a ênfase encontrava-se na centralidade das relações interpessoais do médico com os seus pacientes, sendo estes apenas um dos grupos de interesse profissional do médico. Estes 6 (seis) artigos serão confrontados entre si para permitir argumentações e reflexões sobre o tema.

## **Resultados e Discussões**

Foram encontrados 83(oitenta e três artigos), sendo 48(quarenta e oito) na base BVS e 35(trinta e cinco) artigos na Scielo Brasil. No que se refere aos descritores obedeceram às seguintes composições de busca:

A composição “médicos e relações interpessoais” totalizou 22 (vinte e dois) artigos na BVS e 12(doze) na base Scielo Brasil.

Na composição “médicos e grupos de interesses” resultou em 4(quatro) na base BVS e 1(um) artigo na Scielo Brasil.

Quanto ao descritor “medicina e relações interpessoais” alcançou-se um número de 15(quinze) artigos na base BVS e 17(dezesete) na base Scielo Brasil.

Por fim, com o tema “medicina e relações interpessoais” encontrou-se em 7(sete) artigos na BVS e 5(cinco) na Scielo Brasil.

O tema de maior presença encontrado nas publicações estava ligado “às relações interpessoais” com 66( sessenta e seis) artigos, 80% dos resultados obtidos, enquanto o tema referente “aos grupos de interesse” aparece em 17( dezesete) artigos, 20% dos resultados.

“As relações interpessoais na medicina” foi a associação com mais estudos publicados nos últimos dez anos por diversos pesquisadores no Brasil quando comparado com a temática dos “grupos de interesses e a medicina”, tema ainda pouco explorado na literatura científica do país.

No quadro síntese abaixo, seguem 6(seis) artigos que elucidam as combinações feitas nas buscas das bases Scielo e BVS, que apresentaram temas, reflexões e pesquisas inerentes ao objetivo deste estudo, e que em suas abordagens permitem aprofundamento das relações interpessoais do médico com os seus pacientes.

O artigo número um do quadro síntese, com o tema, "A humanização da medicina contemporânea" discute a perda do lado inatingível da figura do médico. Propõe-se a reflexão de valores que integram a imagem construída do médico, como por exemplo, aquelas relacionadas

ao ambiente de trabalho. Decorar as salas de espera em tons pastéis, a seleção da música ambiente suave, o “plastificar” de sorrisos pelas recepcionistas e no próprio médico, mesmo que não haja tempo suficiente para ouvir o que os pacientes têm a dizer, ou que não haja tempo para gravar seus nomes. Assim, fica em aberto a questão: Se não se conhece os seres humanos que ali estão, como esperar que conheçam-se os seus males?

O modelo interpessoal praticado atualmente projeta na relação médico-paciente desgastes freqüentes. O acesso às informações técnicas pela sociedade e a prática do “senso crítico” por um novo ser humano, que conhece seus direitos na condição de paciente e os deveres do médico, na condição de servidor, vem exigindo habilidades do profissional de medicina, chamada “personalização ou customização” do atendimento.

A personalização do atendimento é um modo de se relacionar com o paciente de maneira mais próxima. O médico munido de todas as informações inerentes àquele indivíduo deverá ser capaz, de atender e até superar suas expectativas por meio diálogo e da orientação individualizada. O sentimento residual para o paciente deverá ser o de acolhimento, confiança e credibilidade.

O autor busca trazer para análise, as carências no campo da inter-pessoalidade, inseridos no contexto atual da medicina. O lado estético supera o lado ético que envolve a medicina. Com seu aspecto mítico, o médico afasta o “ser humano paciente” do “ser humano médico”, e cria uma relação impessoal para tratar de doenças, que por sua vez requerem profundidade e intimidade.

O autor propõe, ao final, uma reconstrução da relação entre o médico e paciente, no sentido de reaproximar os sujeitos nesse contato interpessoal.

As relações interpessoais entre o médico e paciente com a contextualização do autor demonstra mais do que uma desconstrução do modelo atual sinaliza um desejo de construção de uma nova concepção de relacionamento humano, especialmente na prática médica.

A desconstrução mítica da figura médica e o “desejo” da construção de um novo conceito, para as relações humanas na saúde no país, perpassam pelas inter-relações. A mudança está no modo de interagir. O aspecto técnico tem sido prioritário na relação médico-paciente, porém tem sido descaracterizado já há algum tempo.

O paciente sinaliza que o médico não é mais, o único depositário do saber. A visão paternalista de outros tempos cede espaço para a ética e o respeito no contato interpessoal, além

do desenvolvimento de competências relacionais que constituem perfis humanizados de assistência(GALLIAN, 2001).

O processo de proximidade na relação médico-paciente exige envolvimento. Para se entender os males e se alcançar a cura é necessário entender o contexto em que as relações ocorrem, e assim considerar as interações entre seres humanos na sua totalidade.( CAPRARA;FRANCO 1999).

Deve-se evitar leituras fragmentadas para reduzir a possibilidade de erros, julgamentos e interpretações equivocadas ( BRONFRENBERNER,1998).

No artigo dois , com o tema “Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina” analisou-se a percepção dos acadêmicos de medicina das 1ª e 2ª séries acerca das relações éticas envolvidas nas ações em saúde junto à comunidade. As relações interpessoais na formação ética do estudante de medicina demonstraram a construção das relações interpessoais com o paciente. Estabeleceram, para tanto, relações éticas pautadas em respeito às concepções dos pacientes, assim como à autonomia, desde o início do curso.

Os estudantes têm construído esta postura compartilhada durante suas ações de saúde com a comunidade. Este formato humanizado permite que ambas as partes sejam competentes e façam escolhas conscientes e mais adequadas em conjunto.

O modelo de relação humanizada entre médicos e pacientes nas relações interpessoais compartilham decisões em parceria com plenos direitos.

O autor defende a idéia de uma relação interpessoal condicionada já na formação acadêmica dos estudantes de medicina .Favorecer o contato dos estudantes de medicina, com a comunidade desde a sua iniciação na profissão pode contribuir para enfraquecer a “figura superior” do médico perante seus pacientes.O processo de mudança no profissional médico já em atuação é diferente do estudante que está construindo seus valores.Mudam-se as aspirações e as concepções.

O autor conclui sua análise enfatizando a ética profissional, deste novo médico, sendo esta mesma ética, fonte de referência para suas escolhas e condutas de atuação cotidiana.

As inter-relações médico-paciente necessitam de veracidade.Mais do que um modo de atuação , é um modo de crença. A formação, como o próprio nome ensina deve “ dar forma”.Para isso é necessário que ainda não se tenham pré- conceitos estabelecidos naqueles que estão em formação.

Em sua origem, a medicina ocidental era uma ciência essencialmente humanística. Suas raízes entendiam o homem como ser dotado de corpo e espírito. Mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico considera não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares e psicológicos, condições estas que mostram-se extremamente importantes para que as relações médico-pacientes sejam efetivas (GALLIAN, 2001).

No artigo três explora-se o possível potencial da “ A função terapêutica da arte de contar histórias”, atividade milenar através da qual a humanidade atendeu à necessidade primordial de se comunicar, de perpetuar vivências, idéias e fantasias, dando vazão ao imaginário individual e coletivo. Espontânea e lúdica, a narratividade tem assistido, nos dias de hoje, ao reconhecimento, por parte da ciência, de suas virtualidades curativas no enfrentamento dos mais diversos males físicos e mentais. Seja para entreter, co-educar, facilitar o encontro com o imaginário ou ajustar valores da cultura de um povo, as histórias sempre fizeram parte do cotidiano humano.

Neste artigo, o autor aborda diversas aplicações da arte de contar histórias, e cita um enfoque de grande valor em sua análise, que é o momento do “diagnóstico clínico”, onde o paciente, no cenário da consulta médica, tem a possibilidade de trazer para narrativa, o enredo de causas e conseqüências de seus males internos e também “extrair” do médico, conhecimentos técnicos de acordo com suas necessidades. A arte de contar histórias elucida uma forma de narrativa onde o objetivo é a precisão do diagnóstico, que por sua vez terá um impacto direto no sucesso do tratamento.

Numa narrativa, o ato de falar e ouvir, se complementam e possibilitam a contextualização ampliada para auxiliar nas decisões que deverão ser tomadas de comum acordo entre médico e paciente. O autor encerra sua abordagem fomentando a discussão sobre os aspectos da narrativa adequada, como estes sendo fundamentais para o exercício da prática clínica.

A assertividade para alcançar a cura perpassa pelo ato de munir o médico com informações sobre dores, causas, conseqüências, cenários, personagens e períodos. Essas informações podem ser trazidas pelo paciente, por meio de histórias dentro da relação interpessoal.

As relações interpessoais médico-paciente exercem papel decisivo no momento do diagnóstico, e para atingirem profundidade devem alcançar dois componentes centrais: intimidade e confiança. “Abertura gera confiança” e portanto o processo de proximidade somente acontecerá quando todos os fragmentos compuserem um “cenário” completo entre o médico e o paciente.

A arte de contar histórias fortalece e torna informal a relação humana. A medicina está repleta de nomenclaturas técnicas, sejam de procedimentos, exames ou doenças. A criação de uma narrativa simplificada, na prática clínica, traz o paciente para a co-responsabilidade da resolução de seus males.

A desconstrução mítica da figura médica perpassa pela aproximação do paciente com o médico e a ampliação do tempo de contato interpessoal, mediado por narrativas de linguagens simplificadas trará também, a customização ou personalização do atendimento.

O maior ganho que se pode alcançar com a proximidade de relacionamentos é ter o paciente e o médico associados, em sinergia na busca da cura clínica.

O artigo de número quatro aborda o tema " A relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas", em que o texto expõe as relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional da medicina, e reforça “a qualidade do encontro” que determina sua eficiência na atenção á pessoa idosa.

Assim, na formação e na identificação do bom profissional, a relação médico-paciente idoso é fundamental na promoção da qualidade do atendimento. Os médicos devem privilegiar sentimentos e valores dos pacientes idosos e de seus familiares, estimulando a tomada das decisões necessárias em conjunto, resgatando sua humanização.

O autor , nesta proposta almeja o nascimento de uma nova imagem profissional do médico responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente idoso em sua integridade física, psíquica e social, e não somente do ponto de vista biológico. O autor, traz a expressão “qualidade do encontro” entre o médico e o seu paciente. E para se alcançar o aspecto qualitativo deste encontro, frente ao quantitativo nas inter-relações, deve-se considerar o fator “ tempo” sob novas dimensões. A abordagem avança para a investigação de causas e efeitos dos males que estão sendo pontuados, através de perguntas abertas e fechadas atuando no compartilhamento de decisões, entre médicos e pacientes.



Por fim, o autor propõe uma revisão das bases clínicas cotidianas atuais em que a impessoalidade ganha dimensões relevantes e sugere um olhar “artesanal” e calmo, para as relações humanas, em um mundo tecnológico veloz que se observa atualmente .

O desafio da “qualidade do encontro” também recebe influências do modelo econômico que está em vigor na saúde do país. Com o entrada dos planos de saúde, o médico optou por atender mais pacientes no menor tempo possível, ganhando ares de “funcionário operacional da saúde” compondo uma linha de produção com seus “pacientes-clientes”( CAPRARA;FRANCO 1999).

Médicos que conseguem manter atendimentos privados exclusivamente ou majoritariamente em seus consultórios, geralmente oferecem atendimentos, em que muitas vezes, se alcança a “qualidade do encontro” mais facilmente junto aos seus pacientes.

Mas para se chegar nesse encontro com qualidade é necessário resgatar aspectos citados neste estudo, como a perda do lado inatingível da figura do médico trazendo proximidade para o contato com veracidade na sua execução. Esses aspectos devem ser abordados e discutidos desde a formação do médico nos bancos acadêmicos, e ainda, com a utilização de uma narrativa assertiva e exploratória no diagnóstico, momento esse singular e planejado em que o médico e o paciente estarão frente á frente, assumindo responsabilidades partilhadas na condução do tratamento a ser implementado.

No artigo de número cinco, com o título: “O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico”, um texto reflexivo sobre o *Programa da Humanização da Saúde* proposto pelo MS como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, no que tange aos vários sentidos, assume o termo “humanizar” e a diversidade de pessoas envolvidas neste processo, com diferentes desdobramentos no processo de trabalho e nas relações profissional /usuário dos serviços de saúde.

O autor compara dois termos da língua inglesa para diferenciar os aspectos relacionais afetivo, dos aspectos técnicos; “*to care*” e “*to cure*”, respectivamente. Enquanto o “*to cure*” se restringe aos aspectos formais e técnicos do tratamento, “*to care*” implica tradicionalmente em certos valores e sentimentos como cuidado, engajamento, interesse, respeito e atenção. O autor ainda cita que cabe aos médicos a parte diagnóstica e a prescrição de tratamentos, e o aspecto técnico é um critério de valorização da profissão. As questões sociais são delegadas aos outros profissionais da saúde, como enfermeiros e assistentes.

Concluindo a explanação, o autor do estudo, cita que o médico dissocia e objetiva, o enfermeiro solidariza e singulariza. Mas uma mesma condição é necessária para a obtenção da cura ou do bem-estar do atendido: que os profissionais estejam centrados na situação específica daquele ser humano doente. Ou seja, as relações interpessoais e de ordem técnica caminharão lado á lado.

De fato, no cotidiano das práticas de saúde, os aspectos relacionais e técnicos não são facilmente distinguíveis. O aspecto curativo se fixa acima de tudo, com o prestígio do saber científico, enquanto o cuidado está mais relacionado à simplicidade do saber empírico (BRIANI,2000).

O médico detêm o saber científico e não se “apodera” do saber humanizado.O “*To cure*” supõe, dessa forma, tanto uma ciência quanto uma prática. Já “*to care*” é uma ação que se desenvolve no cotidiano, ou seja, supõe intuição e proximidade.

A conquista junto ao paciente passa pela proximidade e intimidade, que não é “*práxis*” do médico. Ser o cuidador não é cotidiano para ele. O médico tem a prática solucionadora, pois foi condicionado para a isso, porém, para que o atendimento médico seja “completo” espera-se que ele contemple o “*to care*” e “*to cure*”, ganhando relevância a reativação do papel “cuidador” do médico, para que junto do seu lado “curador” possa ocorrer maior amplitude de sua atuação , com as duas vertentes simultaneamente.

O artigo de número seis, com o título, "O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório", faz referências á relação médico-paciente a partir de três elementos analíticos: o consultório, como lugar da prática médica; a racionalidade científica de matriz biológica que conforma a quase totalidade das bases teóricas deste saber fazer; e as questões estruturais e conjunturais que organizam a prática profissional do médico.

O autor cita o consultório médico como lugar de realização da prática clínica, em que faz.a apreensão dos sinais e sintomas observáveis aos sentidos e é composta de dois momentos: linguagem propedêutica , a anamnese e a ferramenta diagnóstica , a semiotécnica.

A anamenese é um modelo de interrogatório dirigido à obtenção de informações ordenadas sobre o paciente.A semiotécnica se refere à perfeita e adequada utilização dos sentidos, como o tato, a visão e a audição, em procedimentos como palpação, percussão e ausculta, que

buscam acrescentar, aos elementos coletados na etapa anterior da consulta, outras informações que corroboram ou redirecionam o raciocínio classificatório iniciado pela anamnese.

Em sua análise, o autor conclui a relevância do momento da consulta como um valor imensurável para a “qualidade” do encontro, em que ocorrem essas seqüências de subjetividades, tanto proveniente do médico quanto de seus pacientes, e neste momento inicia-se o trabalho do “saber fazer médico”, que se ancora na necessidade do diálogo, ainda que induzido pela anamnese, mas, sob forma de refúgio, num espaço particular, indispensável na construção da relação de poder compartilhado, com o objetivo de alcançar a solução dos males físicos e emocionais das pessoas sob sua assistência.

A prática clínica nos consultórios particulares é repleta de técnicas, aferições e investigações. Mesmo que hajam procedimentos padronizados, a cada novo contato interpessoal há novas possibilidades a serem alcançadas, pois serão novos encontros com novas possibilidades, afinal as inconstâncias são inerentes das relações humanas.

Com a presença de uma doença, a imprevisibilidade humana é ampliada, pois existe um “problema” e se deseja a cura, em que métodos empíricos devem entrar em cena para “equalizar” aquilo que está no campo do desconhecido (BRIANI, 2000).

Sabe-se que existe a exigência por exames e medicamentos eficazes e que a sociedade impõe “prazos” e “protocolos” pré estabelecidos, atenta ao quantitativo e com desejo de resoluções imediatas (CAPRARA; FRANCO 1999).

Contextualizando este último e inserindo nos anteriores têm-se a ampliação da relevância do consultório médico como cenário das relações interpessoais de qualidade. As técnicas empregadas nos diagnósticos propõem reafirmar o papel curador do médico, mas também, quando há a iniciativa de tocar fisicamente no paciente, ouvi-lo e senti-lo como ser humano, há inspiração para o desenvolvimento “cuidador” do médico, muitas vezes negligenciado, e assim a qualidade do encontro é certamente fortalecida.

Uma nova imagem é inspirada, desconstruindo a figura mítica, idealizada e cheia de “poderes” do médico, favorecendo a busca da profundidade nas relações interpessoais, que assim também trarão maior autenticidade.

Para que esse modelo se efetive de fato, a arte de se comunicar, sob uma narrativa detalhada para o momento do diagnóstico contribuirá para a tomada de decisão compartilhada

entre médico e paciente , reduzindo a possibilidade de erros e alcançando sucesso na terapia escolhida pelos envolvidos no contato interpessoal.

### QUADRO SÍNTESE: SEIS ARTIGOS, SELECIONADOS DOS DESCRITORES

NUMER.	DESCRITORES	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	RESULTADOS	ANO PUB.	ABORD. METOD.
1	Médicos e relações interpessoais	"A humanização da medicina contemporânea".Monique Pierosan Cardoso e colaboradores	Evidenciar o modelo de atendimento da medicina atual e resgatar novos formatos mais humanizados.	A tecnologia, retirou das pessoas a essência.Centralizar o médico nas pessoas e não nas doenças.	2007	Pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa
2		"Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina"Ricardo Corrêa Ferreira e colaboradores	Analisar a prática da ética no aprendizado dos estudantes junto a comunidade	A rígida deontologia exauriu-se. A modernidade desconstruiu o médico semideus e o quer humano.	2009	Pesquisa bibliográfica e documental de abordagem qualitativa.
3		"A função terapêutica da arte de contar histórias."Ana Carolina Lemos ; Nyêdja Cariny Gomes Silva.	O Potencial terapêutico da arte de contar histórias, atividade milenar na qual a humanidade se comunica e perpetua vivências.	A tecnologia versus o atendimento.Solicitam-se mais exames e medicamentos.A cura através da comunicação.	2004	Pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa.
4		"Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas." Lucy Gomes e colaboradores	Esta proposta aspira ao nascimento de uma nova imagem do profissional de saúde, quando este considerado Idoso	Os médicos devem privilegiar sentimentos e crenças dos pacientes idosos, compartilhando decisões.	2010	Pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa.

5	Medicina e relações interpessoais	"O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico." Jaqueline Ferreira	O estudo propõe uma abordagem do racional e do pessoal, nas relações médico-paciente.	Conclui-se que haja uma inter-relação com o sucesso do tratamento, conforme o grau de interação com uma base técnica.	2005	Pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa.
6		"O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório" Giovanni Gurgel Aciole.	O estudo considera a relação central da prática médica a superação de fronteiras com novas práticas profissionais.	Alargamento de suas bases teóricas, que acabem por constituir um outro valor e significado para o encontro entre o médico e seu paciente.	2004	Pesquisa bibliográfica e documental de abordagem qualitativa.

### Considerações finais

As relações interpessoais entre o médico e o paciente sempre inspiraram discussões e abordagens diversificadas. Neste estudo, após o levantamento de 83 (oitenta e três) publicações científicas, com centralidade neste objeto, e ainda na seqüência, com um aprofundamento em 6 (seis) estudos selecionados, com enfoque nas relações médico-paciente, pôde-se perceber similaridades e particularidades de alto valor para as abordagens médicas em suas práticas diárias.

Baseado nestas análises, considera-se que os pacientes estão mais informados, com maior senso crítico e com grande senso de urgência em todas as suas conexões. Ao mesmo tempo, nunca almejavam tanto a qualidade, como nesta época tecnológica e digital.

O artesanal é o modelo desejado. O momento da consulta dever ter qualidade e atenção, mas o tecnológico ainda é mais utilizado. O médico se depara com as múltiplas exigências da sociedade contemporânea e vem se preparando para responder adequadamente às novas alternativas de otimização do tempo, somado a simplificação do seu papel social, buscando contextualizar as relações para poder compreendê-las.

Toda formação anátomo-fisiopatológica do médico, está sendo posta á prova pelas subjetividade das relações humanas, que é o motivo central de sua existência como servidor social.

Logo, as relações interpessoais contribuem para a divisão entre sucesso e fracasso, nas condutas e escolhas .E é nesta relação direta, médico-paciente que está “ escondida” a pergunta e a resposta almejada pela medicina contemporânea.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. **A abordagem estrutural das relações sociais**.In:MOREIRA,A.S.P.;

ACIOLE,Giovanni Gurgel. **O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório**; Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação,2004

AMORIM, D.N.S.,GATTÁS, M.L.B.**Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde**.Revista de medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v.40, n.1, p 82-84, 2007.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modo de ser( do) humano e as práticas de saúde**.Saúde e sociedade, São Paulo, v.13, n.3, p 16-29, set –dez 2004.

BOURDIEU, P. **O poder do simbólico**.Rio de janeiro: Bertrand/Difel, 1989.

BRASIL, Diário Oficial da União.Ministério da Saúde.**Considerações o que é humanizar**, 2012.Disponível em:<<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto>.Acesso dia 16/06/2012.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde.**Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**, 2012. Disponível em:<<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto>.Acesso dia 16/06/2012.

\_\_\_\_\_Ministério da Educação. **MEC autoriza mais 1.615 vagas em medicina nas universidades federais 2012**.Disponível em: <<http://mec.gov.br/escolas> medicinas.Acesso em 17/06/2012.

BRIANI, M.C. **O ensino médico no Brasil está mudando?** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v .24, nº 3, out./dez. 2000

BRONFRENBRENNER, U.;MORRIS, P.A. **The ecology of developmental processes.**In:DAMON,W.;LERNER,R.M(Orgs.).**Handbook of child psychology: Theoretical modelsof human development.**New york:John Wiley, 1998.p.993-1028.

CAPRARA,A.;FRANCO,A.L.S. **A relação paciente-médico:para uma humanização da prática médica.**Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro v.15, n.3, p.647-654,1999.

CARAPINHEIRO, G.**Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.**Porto: Afrontamento, 1993.

CARDOSO,Monique P.Cardoso;ZAMIN, Naiana T Zamin;ZANOVELO,Nicole S. ;SENGER, Paula Cenira;SIMÕES, João Carlos.**A humanização da medicina contemporânea.** A Revista do Médico Residente (ISSN 1679-6209) é uma publicação trimestral do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, 2010

COUTINHO, M.C., KRAWULSKI, E e SOARES, D. H. P. **Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis.** In **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 1: 29-37, 2007.

ETEGS,N.J.**Ciência, interdisciplinaridade e educação.**In:JANTSCH,A.P.;BIANCHETTI,L. (Orgs)Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito.3.ed.Petrópolis Vozes,1999.

FERREIRA,Jaqueline; **O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico.**Caderno de Saúde e Sociedade, 2005

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte.**A (Re) humanização da medicina.**Escola Paulista de Medicina, São Paulo/SP, 2001

LEMOS, Ana Carolina,SILVA, Cariny Gomes.**A função terapêutica da arte de contar histórias.** INTERSEMIOSE,Revista Digital, 2012 .

LEOPARDI,M.T.**Metodologia da pesquisa na saúde.**Santa Maria: Palloti, 2001.

LUZ, Madel Therezinha. **Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde.** 2011.

MARTINS,MC.F.N.**Humanização das relações assistências:**a formação do profissional de saúde.São Paulo: Casa do psicólogo,2001.

MELLO, I.M.**Humanização da assistência hospitalar no Brasil:**conhecimento básicos para estudantes e profissionais.2008.Disponível em:[http://WWW.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro\\_dra\\_inaia](http://WWW.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro_dra_inaia).Acesso em 20/06/2012.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. **Medical education according to a resistance pedagogy, Interface -Comunic., Saúde, Educ.,** v.9, n.16, p.69-79, set.2004/fev.2005

PETRAGLIA, I.C. **Interdisciplinaridade: O cultivo do professor.**São Paulo:Pioneira, 1993.

RODRIGUES;NETO.*Paradigmas Educacionais e a Formação Médica.*REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA.Rio de Janeiro, v .28, nº 3, set./dez. 2004

SIFUENTES, T.R.;DESSEN, M.A.;OLIVEIRA,M.C.S.L.**Desenvolvimento humano:Desafios para a compreensão da trajetória probabilísticas.***Psicologia, teoria e pesquisa*, Brasília, v.23, n.4, p.379-386, out-dez 2007.

STUART L. HART ;SANJAY, SHARMA. **Engaging Fringe Stakeholders for Competitive Imagination.***The Academy of Management Executive (1993-2005)* Vol. 18, No. 1 (Feb., 2004), pp. 7-18.Article Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/4166031>

VAN GEERT, P.Dynamic System approaches and modeling of developmental processes.In:VALSINER, J.CONNOLY, K( Orgs.).**Handbook of developmental psychology.**London Sage Publication, 2003.

VAZQUEZ, Maria Luisa et AL.**Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):579-591, mar-abr, 2003



VIANNA, Lucy Gomes; VIANNA, Cecília; BEZERRA, Armando José China. **Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina.** Revista Brasileira de educação médica, 2010.

---

**Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas.** Revista Brasileira de educação médica, 2010.