

RENATO MENDES DOS SANTOS
TURMA DO IV PERÍODO DE MEDICINA

Organizadores



R E L A Ç ã O

MÉDICO PACIENTE

Manual para humanização da prática
médica e prevenção de conflitos

2ª EDIÇÃO

RENATO MENDES DOS SANTOS
TURMA DO IV PERÍODO DE MEDICINA
Organizadores

R E L A Ç Ã O
MÉDICO
 PALENTE

Manual para humanização da prática
médica e prevenção de conflitos

2ª EDIÇÃO



FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial José Albano de Macêdo

S237r

Santos, Renato Mendes dos.

Relação médico-paciente: [recurso eletrônico] manual para humanização da prática médica e prevenção de conflitos (2ª edição) / Renato Mendes dos Santos, 2. ed. – Teresina-PI: EDUFPI, 2025.
89 p. ; il. color.

ISBN 978-65-5904-434-4

Organizadores: Renato Mendes dos Santos e Turma do IV Período de Medicina.

Manual de Medicina: apresenta uma linguagem interativa e ilustrativa sobre a relação médico-paciente.

1. Medicina – saúde pública. 2. Manual – atendimento. 3. Saúde – cuidados com pacientes. I. Santo, Renato Mendes dos. II. Turma do IV Período de Medicina. III. Título.

CDD 610.696

Elaborada por Maria Letícia Cristina Alcântara Gomes
Bibliotecária CRB nº 03/1835



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

REITORA

Nadir do Nascimento Nogueira

VICE-REITOR

Edmilson Miranda de Moura

PRÓ-REITORA DE ENSINO E GRADUAÇÃO

Gardênia de Sousa Pinheiro

DIRETOR DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PICOS

Juscelino Francisco do Nascimento

COORDENADORA DO CURSO DE MEDICINA

Patrícia Maria Santos Batista

ORGANIZAÇÃO

Renato Mendes dos Santos

Turma do IV período do curso de Medicina / CSHNB

COMISSÃO TÉCNICA

Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

Gioconda Leal Cronemberger

José Ribamar Lopes Batista Júnior

Nadjla Andreyra Alves Goncalves Macedo Cipriano

DIGITAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

Raimundo Araújo Dias

DESIGNER GRÁFICO

Lucas Windsor Soares Bastos

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO E SUPERVISÃO DO MANUAL

RENATO MENDES DOS SANTOS

Psicólogo. Doutor em Biotecnologia e Saúde. Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí do CSHNB / Picos – PI. Professor das disciplinas de Bases dos Processos Psicossociais. (UFPI). Membro do Núcleo de Pesquisas em Ciências Médicas – NPCMED – Linha de Pesquisa Saúde Pública (Saúde Mental e Neurologia). Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP

ALISSON SALATIEK FERREIRA DE FREITAS

Acadêmico de medicina – UFPI; Enfermeiro; Mestre em Ensino na Saúde – UECE; Doutorando em Saúde Coletiva – UECE; Especialista em Saúde Pública (UCDB); Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde (FIOCRUZ); Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal (UNIFAMETRO); Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde Reprodutiva (UNICHRISTUS). Linha de pesquisa em Saúde Coletiva (Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde da Mulher; Formação em Saúde).

GIOCONDA LEAL CRONEMBERGER

Médica. Especialista em Psiquiatria pela ABP e em Dependência química pela UNIFESP. Residência em Psiquiatria e Psiquiatria Infantil (SUS Bahia /Hospital Juliano Moreira). Professora de Habilidades Médicas (ênfase em Psiquiatria) da Universidade Federal do Piauí do CSHNB / Picos – PI. Membro do Núcleo de Pesquisas em Ciências Médicas – NPCMED – Linha de Pesquisa Saúde Pública (Saúde Mental e Neurologia).

JOSÉ RIBAMAR LOPES BATISTA JÚNIOR

Doutor e Mestre em Linguística pela Universidade de Brasília. Professor do ensino básico, técnico e tecnológico da Universidade Federal do Piauí (UFPI), fundador e coordenador do Laboratório Experimental de Ensino e Pesquisa em Leitura e Produção Textual (LPT/CNPq) do Colégio Técnico de Floriano (CTF/UFPI).

NADJLA ANDREYA ALVES GONÇALVES MACÊDO CIPRIANO

Médica. Residência em Clínica Médica e Gastroenterologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Hepatologia pela Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH). Mestre em Saúde Coletiva (UNIFOR/ IERSA). Professora de Habilidades Médicas e Bases da Prática Médica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí / CSHNB Picos-PI. Orientadora da Liga Acadêmica de Gastroenterologia e Hepatologia (LAGASTROH/CSHNB). Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva (Clínica Médica; Gastroenterologia; Hepatologia).

**ALUNOS DA TURMA IV PERÍODO DO
CURSO DE MEDICINA – ANO 2025**

Adriel Moura Bezerra
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas
Antônio Apolinário de Sousa
Bruna Amanda de Brito Almeida
Diogo Evêncio Barreto Campello Luz
Edimilson Bull Fernandes Lima
Eduardo Leal do Vale
Felipe Ferreira dos Santos
Gabriel Viana Diniz Saboia
Hellen Vitória Araujo Fontenele
João Lucas Sampaio de Lima Moraes
Lara Darcilia Pinheiro Bezerra
Leticia Oliveira Queiroz
Marcos Vinicius Silva Santos
Maria Aparecida de Carvalho Trindade
Miguel Franco Binatto Magalhães
Paola Carolino de Lacerda
Victor Matthews Macedo Cruz
Vinícius Maciel Bernardo dos Santos
Vitor Guedes Pereira
Vitória Maria Pedrosa da Silva

APRESENTAÇÃO

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana". Inspirados nas palavras do psiquiatra e psicoterapeuta suíço Carl Gustav Jung, fundador da Psicologia Analítica, apresentamos com alegria a segunda edição deste manual. Com ele, buscamos reforçar a importância da humanização, da empatia e da verdadeira conexão nas relações interpessoais, lembrando que o conhecimento técnico, por mais valioso que seja, só encontra seu pleno sentido quando aliado a uma postura sensível e respeitosa diante do outro.

A disciplina Bases dos Processos Psicossociais do componente curricular, do curso de Medicina do *Campus* "Senador Helvídio Nunes de Barros" em Picos – Piauí, mantém-se firme em sua missão de promover reflexões sobre a relação médico-paciente de forma harmoniosa, incentivando mudanças de atitudes que dificultam a adesão ao tratamento e comprometem a promoção da saúde.

Nesta edição, acrescentamos também um olhar atual sobre o papel da inteligência artificial na prática médica contemporânea, ampliando ainda mais as possibilidades de diálogo. O manual *Relação Médico-Paciente: Manual para humanização da Prática Médica e Prevenção de Conflitos* é fruto do trabalho dos discentes do 4º período do curso de Medicina do CSHNB – Picos – Piauí, no ano de 2025. Em sua nova versão, revisada e enriquecida, apresenta uma linguagem interativa e ilustrativa, voltada a estudantes da área da saúde, profissionais e a todos que se interessam pelo cultivo de relações humanas mais respeitosas e construtivas.

Seguimos acreditando que a promoção da saúde e da qualidade de vida nasce, muitas vezes, de pequenas mudanças de comportamento, do respeito mútuo e, sobretudo, do acolhimento sensível àqueles que mais necessitam. Que esta leitura possa inspirar reflexões, diálogos e práticas mais humanas.

Desejamos a você uma excelente leitura!

Renato Mendes dos Santos

Professor de BPPS – Medicina / CSHNB

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE (INTRODUÇÃO)9

Edimilson Bull Fernandes Lima
João Lucas Sampaio de Lima Moraes

CAPÍTULO 2: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL16

Eduardo Leal do Vale
Miguel Franco Binatto Magalhães
Victor Matthews Macedo Cruz

CAPÍTULO 3: ESPECIFICADOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO CONTEXTO CIRÚRGICO25

Adriel Moura Bezerra
Gabriel Viana Diniz Saboia
Leticia Oliveira Queiroz

CAPÍTULO 4: A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ONCOLOGIA37

Maria Aparecida de Carvalho Trindade
Vinícius Maciel Bernardo dos Santos

CAPÍTULO 5: A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA47

Diogo Evêncio Barreto Campello Luz
Vitória Maria Pedrosa da Silva

CAPÍTULO 6: A RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA CONSIGO E COM OS OUTROS.....54

Felipe Ferreira dos Santos
Marcos Vinícius Silva Santos

CAPÍTULO 7: A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PEDIATRIA63

Hellen Vitória Araujo Fontenele

Lara Darcília Pinheiro Bezerra

Vitor Guedes Pereira

CAPÍTULO 8: A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PSIQUIATRIA ...80

Antônio Apolinário de Sousa

Bruna Amanda de Brito Almeida

Paola Carolino de Lacerda

CAPÍTULO 1



A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

INTRODUÇÃO

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE (INTRODUÇÃO)



Desde a primeira edição deste manual, elaborada por discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí (CSHNB), o cenário da saúde pública e da formação médica no Brasil passou por importantes transformações. A pandemia de Covid-19, a intensificação das discussões sobre saúde mental, os desafios na comunicação médico-paciente em meio à hiper conectividade, e a crescente valorização da humanização no cuidado têm marcado a prática médica contemporânea. Diante desse contexto, este livro 2.0 surge com o propósito de atualizar os conceitos,

aprofundar reflexões e incorporar práticas e evidências recentes no fortalecimento da relação médico-paciente como pilar essencial da atenção à saúde.

Na primeira edição, a introdução trouxe uma importante reflexão sobre a trajetória da medicina no Brasil — desde os tempos coloniais até os modelos mais atuais — e destacou, com clareza, a necessidade de romper com a visão biomédica tradicional, centrada exclusivamente na doença e no saber médico verticalizado. Esse olhar crítico continua muito pertinente nos dias de hoje. No entanto, o cenário atual pede mais do que apenas a denúncia desse modelo: é preciso avançar na construção de novas propostas formativas e institucionais que realmente coloquem a pessoa no centro do cuidado. É nesse contexto que ganha força o **Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)**, cada vez mais valorizado e já recomendado nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina no Brasil e em outros países que contam com sistemas universais de saúde (SILVA et al., 2021).

Vale dizer que, junto com as mudanças e inovações em relação a essas abordagens de ensinar e cuidar em saúde, a **Política Nacional de Humanização (PNH)** trata-se de uma importante plataforma para continuar contribuindo. Algumas das ações e práticas defendidas pela PNH incluem o ambiente de acolhimento, o fortalecimento do vínculo e a corresponsabilidade, com potencial para humanizar o cuidado e estreitar as relações humanas no sistema de saúde. Além disso, mais recentemente, com a apresentação do **Plano Integrado para Segurança do Paciente 2021-2025** desenvolvido pela ANVISA, a comunicação ganha ainda maior destaque quando aponta a segurança do cuidado com base na escuta ativa e na comunicação aberta e clara, paralela à relação médico e paciente. Não obstante, a comunicação tem se tornado cada vez mais um campo de estudo, prática e avaliação na medicina. Um exemplo é um artigo publicado recentemente na

revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação sobre como os estudantes de medicina veem os desafios e capacidades de estabelecer a relação médico-paciente. Os dados coletados trazem um problema: apesar de reconhecerem a importância da escuta e atitude empática, muitos estudantes de medicina ainda não se sentem preparados para lidar com situações que envolvem a empatia e comunicar más notícias (GONÇALVES et al., 2022). Viola assim uma lacuna significativa para as instituições de ensino de medicina.

Por outro lado, experiências inovadoras têm apontado caminhos promissores. A utilização de **simulações com pacientes padronizados e estratégias baseadas em artes, como a palhaçaria terapêutica**, têm se mostrado eficazes no desenvolvimento da empatia, da escuta qualificada e do acolhimento (ROSA et al., 2023; MATTOS et al., 2024). Essas ferramentas, além de desconstruírem o ambiente de julgamento e tensão, promovem a sensibilidade dos estudantes para as dimensões subjetivas do cuidado.

É de extrema importância destacar também como a humanização pode fazer toda a diferença na jornada do paciente, especialmente quando pensamos na redução de danos emocionais causados pelo próprio atendimento – a chamada iatrogenia emocional – e na adesão aos tratamentos propostos. Pesquisas mais recentes mostram que uma comunicação clara, respeitosa e genuína – longe de ser automática ou fria – não só melhora a vivência do paciente durante o cuidado, como também diminui a percepção de efeitos colaterais nos tratamentos (DEVLIN & LINLEY, 2017). Além disso, essa forma de se comunicar fortalece a confiança entre paciente e profissional, algo fundamental para o bom andamento do acompanhamento clínico. Isso se torna ainda mais crucial em contextos delicados, como os atendimentos em oncologia, psiquiatria e cuidados paliativos, onde o vínculo e a escuta fazem parte do próprio cuidado.

Nesse sentido, reafirmar a necessidade de um atendimento que considere o ser humano em sua complexidade – física, emocional, social e espiritual – não é um discurso abstrato, mas uma urgência prática. O atendimento centrado na doença não é mais suficiente. Como afirmado no **documento da Rede Humaniza SUS**, é preciso investir na construção de relações solidárias e corresponsáveis entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Trata-se de reconhecer que cada paciente traz consigo uma biografia, um universo de significados e um contexto social que molda sua relação com o adoecimento e com o cuidado.



Além disso, os efeitos da pandemia da Covid-19 ainda ressoam na prática médica e na percepção dos pacientes. Uma pesquisa publicada na *Saúde em Debate* (2022) revelou que a dimensão emocional da assistência à saúde foi um dos aspectos mais valorizados pelos usuários durante o enfrentamento da pandemia. A presença, o acolhimento e o cuidado afetivo dos profissionais de saúde foram determinantes para que os pacientes sentissem segurança e dignidade no momento do sofrimento. Esse dado reforça o que este manual sempre sustentou: a prática médica não se sustenta apenas no saber técnico, mas principalmente no encontro humano.

Por tudo isso, esta nova edição do manual propõe-se a atualizar o olhar sobre a relação médico-paciente à luz de evidências recentes, políticas públicas em vigor e práticas pedagógicas inovadoras. A proposta é que cada capítulo sirva não apenas como um instrumento de formação técnica, mas como um convite à reflexão ética e sensível sobre o ofício de cuidar. A medicina do século XXI exige, mais do que nunca, profissionais tecnicamente competentes e humanamente presentes. Essa é a essência do cuidado, essa é a razão deste manual existir.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude-mental/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/politica-nacional-de-humanizacao-humanizasus>.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: MEC/CNE, 2014. Atualizações disponíveis em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16274-parecer-cne-cns-03-2014&Itemid=30192.

CALVETTI, Paulo et al. **Ensinando o método clínico centrado na pessoa na graduação em Medicina: um relato de experiência**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 47, n. 2, p. 1–9, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/NqbQppQbdkRfrn8cqY8QStL/>.

LOPES, Bruna A. M. et al. **Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e barreiras na relação médico-paciente**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 26, e220348, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GQpXscGh7fYppx53JQwyLr/>.

FERREIRA, Maria C. et al. **Os efeitos da comunicação não verbal na relação médico-paciente: revisão integrativa**. *Revista Brasileira de*

Educação Médica, Brasília, v. 45, n. 4, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018*. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

ATRIBUIÇÕES DAS IMAGENS

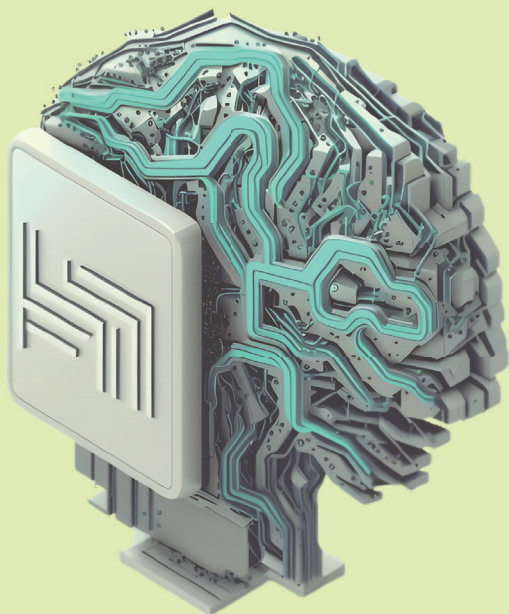
A primeira imagem é de atribuição da pixabay:

<https://pixabay.com/pt/photos/m%C3%A9dico-paciente-ginecologista-9628974/>

A segunda imagem é de atribuição da freepik:

https://br.freepik.com/vetores-gratis/desenhos-animados-de-medicos-e-enfermeiras-com-equipamentos_13340065.htm#fromview=search&page=1&position=1&uuid=a15c4b5c-1652-439c-99c3-27eeb78d03f2&query=conjunto+de+ocupa%C3%A7%C3%A3o+m%C3%A9dica

CAPÍTULO 2



A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

E A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE E A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

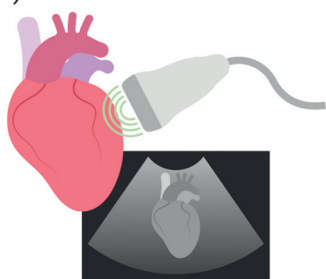
Em uma fração ínfima de tempo, diante dos bilhões de anos da história da Terra, nós, humanos, dominamos o mundo, apesar da existência de incontáveis outras espécies. A extensa evolução no campo da tecnologia, desde os mais primitivos, como o fogo, até os mais complexos, como as redes de computadores, moldaram a humanidade para a forma o que ela é hodiernamente. Tudo isso graças à nossa capacidade imaginativa – impulsionada por uma série de extensões evolutivas, como a oposição do polegar, que nos permitiu fabricar ferramentas, ou como a fala, que permitiu a interconexão pessoal profunda, ou até mesmo a escrita, que possibilitou o registro de informações e conhecimentos para a posteridade.

Em fevereiro de 1946, a humanidade deu mais um passo em sua longa marcha para transcender os limites biológicos que a moldaram por milênios. A apresentação do *Electronic Numerical Integrator Analyzer and Computer* (ENIAC), o primeiro computador eletrônico, apesar de robusto e com capacidade operacional menor do que qualquer calculadora de mão vendida atualmente, foi uma premonição do que estava por vir: as máquinas começaram a processar cálculos e informações com uma velocidade e precisão que ultrapassavam qualquer capacidade humana inata.

Ao mesmo tempo, houve um grande avanço nas tecnologias médicas voltadas ao diagnóstico pela imagem: o ecocardiograma, em conjunto com o eletrocardiograma, complementa o exame físico com o estetoscópio, o ultrassom, que moderniza a palpação e a percussão do abdome, a ressonância, que colabora com os exames de radiologia contrastada, que permite verificar as áreas envolvidas em várias atividades cerebrais, vieram auxiliar o exame clínico dos

pacientes e a relação médico-paciente. Hoje, faz-se diagnóstico tanto pelo raciocínio e julgamento clínico, como pelos exames. Mas, para que realizar uma boa anamnese, avaliar a expansão torácica, auscultar, sentir o frêmito toracovocal ou fazer uma percussão para diagnosticar uma pneumonite, se um raio X simples de tórax pode fazer o diagnóstico? Justamente para manter a humanização do atendimento, priorizando sempre as necessidades individuais de cada paciente, as quais não são identificadas simplesmente pelos exames, mas somente com uma atenção especializada e o contato “olho no olho”.

a)



b)



c)



d)



- a) ecocardiograma;
- c) ressonância magnética;
- b) ultrassom;
- d) contato médico-paciente.

Fonte: Canva.

Indo além dos avanços tecnológicos citados, estamos assistindo neste século ao boom da Inteligência Artificial (IA), que vem revolucionando as atividades humanas e, inclusive, afetando profundamente a relação entre médico e paciente. Torna-se, portanto, essencial considerar não apenas os benefícios, mas também as limitações e os riscos de sua aplicação na prática médica.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

A inteligência artificial (IA) tem promovido transformações profundas na prática médica, especialmente ao permitir diagnósticos mais rápidos e decisões clínicas mais precisas por meio da análise de grandes volumes de dados. Entretanto, esse avanço técnico precisa ser acompanhado da preservação da essência da relação médico-paciente, marcada pela escuta, empatia e julgamento clínico pessoal e individualizado para cada paciente (LOBO, 2018).



É perceptível que a inteligência artificial tem um potencial extremamente positivo na resolução de problemas. Na prática médica, percebe-se essa utilização no desdobramento de casos clínicos, que Eriksen et al. (2023) demonstrou que uma das plataformas de IA mais utilizadas nos dias atuais, a GPT-4, foi capaz de solucionar corretamente 21.8 (57%) de 38 casos clínicos complexos, enquanto uma população de leitores de revistas médicas foi capaz de responder, em média, 12 a 13 questões. Isso mostra que, de fato, no quesito conteúdo e bagagem médica teórica, a IA é vista como produtiva.

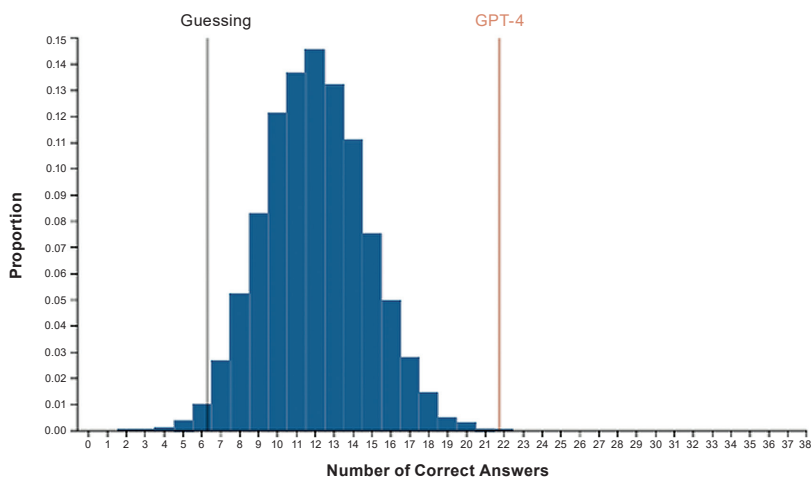


Figura 1: Número de respostas corretas do GPT-4 em comparação com adivinhação (Guessing) e uma população de leitores de revistas médicas. Fonte: Eriksen et al. 2023

Entretanto, a IA deve ser entendida como ferramenta de apoio ao profissional, e não como sua substituta. Essa visão é reforçada por Sauerbrei et al. (2023), que destacam que, embora a tecnologia aumente a eficiência nos cuidados, ela também pode ameaçar elementos fundamentais da relação com o paciente, como empatia, confiança e tomada de decisão.

Além disso, existe o risco de que o uso indiscriminado da IA reforce um modelo biomédico hegemônico, priorizando dados objetivos em detrimento da escuta ativa e da compreensão subjetiva do paciente. Tal processo pode ainda agravar desigualdades no acesso à saúde e comprometer a equidade do cuidado, exigindo uma reflexão ética profunda sobre o papel dessas tecnologias no sistema de saúde (MENÉNDEZ, 2020).

Lermen (2019) também alerta que a automação, embora traga ganhos em agilidade e precisão, pode comprometer a humanização do atendimento, substituindo o contato humano por decisões algorítmicas. Essa substituição levanta preocupações éticas e evidencia a necessidade de manter o médico como

figura essencial e o paciente como figura central no processo terapêutico.

Em consonância com essa perspectiva, Johnston (2018) argumenta que, mesmo diante da automação de tarefas, habilidades como empatia, comunicação e decisão compartilhada continuam sendo indispensáveis. Dessa forma, a formação médica deve priorizar competências humanas para que a tecnologia complemente, e não anule, o cuidado centrado no paciente.

A questão da transparência também surge como um ponto crucial. Segundo Amann et al. (2020), a explicabilidade das decisões tomadas por sistemas de IA é essencial para manter a confiança e a autonomia dos pacientes. Entretanto, esses sistemas exigem acesso a grandes volumes de informações sensíveis, como históricos médicos, dados genéticos e outras informações pessoais. A falta de clareza pode comprometer princípios éticos, como a justiça e a beneficência, afetando diretamente a relação médico-paciente.



Fonte: Canva.

Na prática clínica, áreas imaginológicas como a radiologia mamária têm demonstrado o potencial da IA para aumentar a precisão

diagnóstica, já que a IA é extremamente eficiente detectando padrões e correlacionando com os respectivos diagnósticos. No entanto, Aminololama-Shakeri e López (2019) destacam que é fundamental manter o olhar médico sobre os procedimentos, já que a IA, muitas vezes, não consegue absorver a experiência prática e sensibilidade dos profissionais de forma efetiva.

Do ponto de vista dos pacientes, a aceitação da IA ainda enfrenta desafios significativos. Estudos demonstram que, apesar de interações personalizadas com IA aumentarem o interesse da população pelo uso, os pacientes ainda percebem menor empatia e conexão emocional em comparação aos médicos humanos. Complementando esse cenário, Young *et al.* (2021) identificaram que, embora o público reconheça os benefícios da IA em termos de precisão e eficiência, a maioria prefere que seu uso ocorra sob supervisão médica. As principais preocupações giram em torno da perda da empatia e da comunicação humana, elementos que sustentam a confiança na prática clínica. Isso reforça a importância da relação interpessoal como componente insubstituível do cuidado. (YUN; LEE; KIM, 2021).

Diante disso, é evidente que a inteligência artificial deve ser incorporada de forma crítica e estratégica na medicina, equilibrando inovação tecnológica com valores humanos essenciais à prática clínica. Os desafios não residem apenas na criação de algoritmos eficientes, mas na construção de sistemas que respeitem e fortaleçam a dimensão emocional do cuidado, garantindo que a tecnologia atue como aliada da empatia, da escuta e da confiança entre médico e paciente, e não como sua substituta (SAUERBREI *et al.*, 2023; JOHNSTON, 2018).

Portanto, à medida que a inteligência artificial avança, com aperfeiçoamento constante, deve-se garantir que ela seja usada com cautela, de forma a enriquecer a relação médico-paciente, promovendo decisões compartilhadas e fortalecendo a autonomia do paciente, já que, apesar de precisa e rica no campo científico, as

IA's nunca terão o toque, o calor, a emoção e o cuidado inerentes à boa prática médica.

REFERÊNCIAS

1. MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelo médico hegemônico: tendências possíveis e tendências mais ou menos imaginárias. *Salud Colectiva*, v. 16, e2615, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2615/>. Acesso em: 23 maio 2025.
2. LERMEN, A. Saúde digital: interseções entre a pesquisa científica e sua midiatização. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1-15, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1572/2275>. Acesso em: 23 maio 2025.
3. LOBO, Luiz Carlos. Inteligência artificial, o futuro da medicina e a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3, p. 3-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PyRJRw4vzDhZKzZW47wddQy/>. Acesso em: 23 maio 2025.
4. SAUERBREI, Aurelia; KERASIDOU, Angeliki; LUCIVERO, Federica; HALLOWELL, Nina. The impact of artificial intelligence on the person-centred, doctor-patient relationship: some problems and solutions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 23, n. 73, 2023. Disponível em: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-023-02162-y>. Acesso em: 23 maio 2025.
5. AMINOLOLAMA-SHAKERI, Shadi; LÓPEZ, Javier E. The doctor-patient relationship with artificial intelligence. *American Journal of Roentgenology*, v. 212, n. 2, p. 308–310, 2019. Disponível em: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.18.20509>. Acesso em: 23 maio 2025.
6. AMANN, Julia; BLASIMME, Alessandro; VAYENA, Effy; FREY, Dietmar; MADAI, Vince I. Explainability for artificial intelligence in healthcare: a multidisciplinary perspective. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 20, n. 310, 2020. Disponível em: <https://link>.

springer.com/article/10.1186/s12911-020-01332-6. Acesso em: 23 maio 2025.

7. JOHNSTON, S. Claiborne. Anticipating and training the physician of the future: The importance of caring in an age of artificial intelligence. *Academic Medicine*, v. 93, n. 8, p. 1105–1106, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2018/08000/anticipating_and_training_the_physician_of_the.14.aspx. Acesso em: 23 maio 2025.

8. YOUNG, Albert T.; AMARA, Dominic; BHATTACHARYA, Abhishek; WEI, Maria L. Patient and general public attitudes towards clinical artificial intelligence: a mixed methods systematic review. *The Lancet Digital Health*, v. 3, n. 9, p. e599–e611, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(21\)00132-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(21)00132-1/fulltext). Acesso em: 23 maio 2025.

9. YUN, Jin Ho; LEE, Eun-Ju; KIM, Dong Hyun. Behavioral and neural evidence on consumer responses to human doctors and medical artificial intelligence. *Psychology & Marketing*, v. 38, n. 4, p. 610–625, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mar.21445>. Acesso em: 23 maio 2025.

10. ERIKSEN, Alexander V.; MØLLER, Søren; RYG, Jesper. Use of GPT-4 to Diagnose Complex Clinical Cases. *NEJM AI*, v. 1, n. 1, p. 39–42, 09 nov. 2023. DOI: 10.1056/Alp2300031

CAPÍTULO 3



ESPECIFICIDADES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

NO CONTEXTO CIRÚRGICO

ESPECIFICIDADES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO CONTEXTO CIRÚRGICO

A relação médico-paciente, no que tange ao âmbito cirúrgico, detém inúmeras especificidades, como a vulnerabilidade, a urgência e o risco associados ao paciente nos procedimentos, a assimetria de conhecimento e de poder na relação cirúrgica e a autoridade e a expectativa de resolução imediata nos casos.



Sobre autoridade, Foucault (1979) menciona que as relações de poder estão relacionadas ao discurso, consistindo em uma perspectiva subjacente da comunicação entre os indivíduos. Acerca disso, representa uma conexão existente entre o poder e o saber intrínseco ao próprio discurso, situação na qual deter um conhecimento, ou seja, um saber, alavanca o indivíduo ao estado de poder em determinado meio que o reconhece assim.

Ainda quanto a essa temática, Foucault (1979) afirma que a repercussão proveniente desse cenário é o fato de que alegações decorrentes de indivíduos que possuem essa autoridade, assim como determinada sociedade os define, exibem-se como verdades absolutas e inquestionáveis.

Com base nesses raciocínios, pode-se depreender que o saber científico conferiu autoridade ao discurso médico e que, por conseguinte, o poder médico está arraigado nas estruturas da sociedade, fatos os quais se impõem no diálogo da relação mantida entre o médico – sobretudo, o cirurgião – e o paciente.

Dessa forma, segundo Vasconcelos (2012), ocorre, de certo modo, uma sobreposição de atividade do médico na conexão, localizando-se o paciente, perante tal poder de ação e de discurso, em estado inferiorizado, isto é, em estado de hipossuficiência, uma vez que, em tais casos, situa-se como receptor das informações que não domina e como ente frágil em cenário assimétrico.

Faz-se razoável levar em consideração que parte da vulnerabilidade do paciente não se origina exclusivamente do seu estado de saúde, mas sim da estrutura hierárquica e desigual presente na relação com os profissionais. Com poucas chances reais de diálogo e de participação, o paciente, perante um saber técnico que não domina, torna-se exposto a um discurso do qual não consegue se apropriar de modo pleno. Isso impossibilita que ele seja, de fato, um participante ativo nas decisões acerca de seu tratamento. Então, sua atuação se limita, em muitos casos, ao papel passivo de ouvinte, sendo paciente na perspectiva literal. Se não for possível entender, conhecer e agir, sua presença se limita à de um mero observador do próprio processo de cuidado, respondendo apenas quando é questionado (Vasconcelos, 2012).

No que diz respeito à assimetria de conhecimento e de poder na relação cirúrgica, torna-se importante mencionar que a relação médico-paciente, sobretudo na perspectiva cirúrgica, leva em consideração o preceito da solidariedade, o qual demanda que haja uma cooperação recíproca no vínculo obrigacional (Viana; Oliveira, 2021).



Ou seja, não somente o médico detém seus deveres e suas responsabilidades, utilizando seu poder e sua autoridade provenientes de seu conhecimento científico a fim de assegurar o resultado mais adequado no procedimento, mas também o paciente possui seu encargo no tocante à necessidade de informar acerca de suas condições físicas, de sua sintomatologia e de suas possíveis doenças preexistentes, uma vez que somente assim é concretizado o procedimento dentro de suas condições físicas adequadas (Viana; Oliveira, 2021).

Além disso, no que diz respeito à urgência e ao risco associados ao paciente nos procedimentos cirúrgicos, é cabível asseverar que profissionais, sobretudo no caso de formação inadequada, podem, muitas vezes, prejudicar a saúde, o bem-estar físico e o estado psíquico do paciente, ou seja, que existe um risco inerente ao procedimento cirúrgico, variando com base no estado de saúde do paciente e no tipo de cirurgia. Levando essas chances negativas e eventuais expectativas irreais de resolução imediata de casos em consideração, é dever do cirurgião, de modo pragmático e transparente, explicitar as probabilidades e seus resultados, tendo em vista os detalhes e os riscos relacionados à cirurgia (Kataoka et al, 2023).

Após a exposição das complexidades que abrangem a relação médico-paciente no contexto cirúrgico, é adequado inferir que essa interação está marcada por uma profunda assimetria de poder, dado que o cirurgião está em uma posição de autoridade praticamente inquestionável e que a participação do paciente nas decisões é bastante limitada. No entanto, essa relação não deve se fundamentar tão somente na hierarquia e no domínio técnico, mas também no que tange aos preceitos da solidariedade e da cooperação mútua, possibilitando um papel ativo do paciente na construção do cuidado. Outrossim, a urgência e os riscos alusivos aos procedimentos cirúrgicos impõem ao profissional o encargo ético de informar

com transparência e empatia, reduzindo expectativas irreais e concebendo uma comunicação mais justa, clara e respeitosa.

COMUNICAÇÃO, CONSENTIMENTO E VÍNCULO

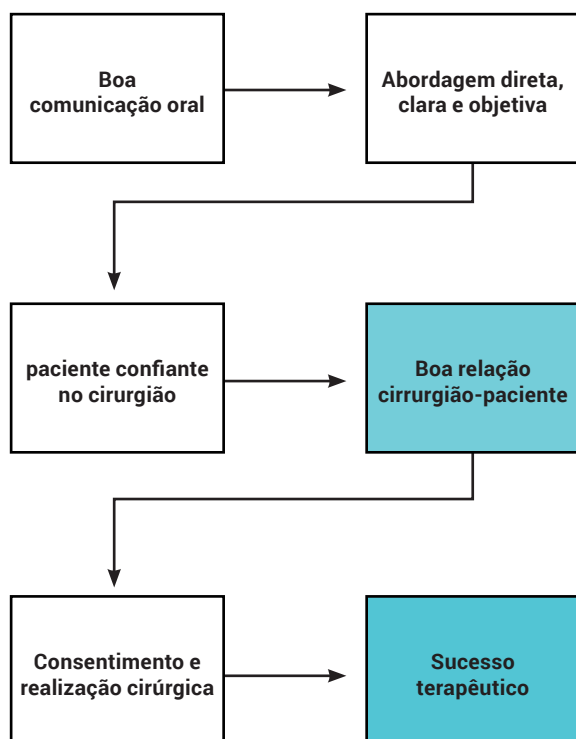
Sabemos que passar por um processo cirúrgico é uma agressão orgânica e psíquica ao paciente e não devemos simplificar a um ato técnico, entendendo as dores e os anseios do paciente. A inter-relação adequada médico-paciente depende não só da estrutura psíquica do médico e do paciente, como também da postura que o médico deve adotar em um processo de colaboração mútua, sabendo escutar, explicar e esclarecer aos seus pacientes o que abrange o processo saúde-doença-cirurgia. (Ceneviva, et al, 2008)

De maneira geral, mesmo que toda a responsabilidade da saúde de um paciente seja depositada no médico, e em casos cirúrgicos, ao cirurgião, ele não deve ser visto como o senhor da vida e da morte. Esse teor de responsabilização gera mais malefícios que benefícios ao cirurgião já que, nessa situação, o cirurgião pode ser influenciado negativamente por esse clima, sentindo ansiedade, tensão, insegurança, e medo. (Ceneviva, et al, 2008)

Ainda assim, a influência do cirurgião sobre o paciente é determinante para a confiabilidade no processo cirúrgico e depende da qualidade de atenção gerida por esse médico, fruto da personalidade, traços de caráter, e das relações médico paciente que estabelece. O cirurgião deve então assumir uma posição firme e neutra, na medida adequada às necessidades do paciente, mas sem perder a humanidade e o cuidado com esses pacientes.

Aí reside o binômio coração e arte cirúrgica e a base indispensável para propiciar qualidade em saúde. Na maioria das vezes a insatisfação do paciente, e muitas de suas reclamações, são em função da relação médico-paciente deficiente. (Andreollo, N.A.; et al, 2011)

Sendo assim, a relação médico-paciente em cirurgia é complexa e crucial para o sucesso do tratamento pré, durante e pós cirúrgico. Uma comunicação aberta e clara, com confiança e respeito mútuo são fundamentais para garantir que o paciente entenda o procedimento, seus riscos e benefícios, e que possa participar ativamente das decisões sobre seu tratamento é essencial.



Dessa maneira, a maioria das queixas sobre cirurgiões estão relacionados às questões de comunicação, não de competência. Os pacientes procuram cirurgiões que podem diagnosticar e tratar habilmente suas enfermidades, além de se comunicar com eles efetivamente. Cirurgiões com melhor comunicação e habilidades inter-pessoais são capazes de detectar problemas mais cedo e proporcionar melhor apoio aos seus pacientes, levando à maior

satisfação, redução de custos de atendimento e melhor adesão ao tratamento. A decisão em conjunto entre cirurgiões e pacientes permite atingir os objetivos acordados, resultados favoráveis e o significado final é a obtenção de qualidade de vida.(Andreollo, N.A.; et al, 2011)

É importante comunicar-se mediante linguagem de compreensão clara, sem nunca fugir da verdade, respeitando-se o ritmo e a dosagem ditados pelo paciente, sem ferir a sua auto-estima e, principalmente, nunca desesperaná-lo totalmente. O cirurgião, então, deve fazer uma abordagem direta, simples e objetiva quanto aos riscos, dor, desconforto, exames, enfim, informações mais próximas da realidade; evitando meias verdades, embora elas sejam permitidas quando representam um respeito à integridade psíquica e à dosagem ditada pelo próprio paciente.

Tipo	Comunicação de qualidade	Comunicação deficiente
Relação com o paciente	Acolhedora, empática	Fria, técnica
Adesão ao tratamento	Aumentada	Reduzida
Confiança do paciente	Alta	Baixa
Sucesso terapêutico	Alto	Baixo

Os termos de consentimento informado são uma exigência atual, independentemente do grau de afinidade na relação médico-paciente. Desse modo, é recebida formalmente a autorização do paciente para realizar as cirurgias

De qualquer modo, o processo cirúrgico só pode continuar quando o paciente e/ou seu responsável tiver consciência e assinar o termo de consentimento que deve ser apresentado pelo médico ou enfermeiro responsável. Ter esse registro e garantia é essencial

para que os profissionais e os pacientes se sintam assegurados judicialmente.

PARTICULARIDADES ÉTICAS E HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA CIRÚRGICA

Ao analisar a atual situação da relação médico-paciente no contexto cirúrgico, apesar de seus aspectos técnicos e científicos bem consolidados, não é difícil chegar a uma concepção, em concordância com os pensamentos de Moura-Ferreira et al.,(2024) de que as particularidades éticas e a humanização ainda são pontos que devem ser melhor evidenciados, dado os desafios que muitos profissionais encontram para aplicar esses princípios de forma mais concreta no centro cirúrgico, tendo em vista o amplo espectro de aspectos que estão envolvidos nesse processo, como a autonomia do paciente, conflitos éticos, ansiedade/medo, a possível frustração com os resultados do processo ou com a dor e recuperação no pós-operatório.

Dessa forma, como é colocado pela “Política Nacional de Humanização (PNH)”, a humanização deve ter seu lugar de destaque e o médico deve se utilizar dos mecanismos disponíveis para realizar as mudanças necessárias no cuidado para garantir que esse processo cirúrgico seja mais leve para o paciente (Brasil, 2013). A esse respeito, tem-se que a modificação somente da forma de interação com o paciente é um começo que leva a uma relação médico-paciente mais positiva e menos rodeada de angústias e medos, conforme Brezolin et al.,(2020): “um gesto carinhoso, como segurar uma das mãos, ao oferecimento de um sorriso ou um piscar de olhos”, já são ações que possibilitam o início de um cuidado mais humanizado e centrado no paciente.

Além disso, como um fortalecimento dessas boas práticas que ampliam a relação médico-paciente, é necessária a atenção do médico para assegurar a autonomia do paciente, respeitando-o como

integrante ativo desse processo, por meio de formas que configurem esse cuidado com decisões compartilhadas.



Em relação a isso, o consentimento informado, mais do que um dever legal do profissional médico, também é um dever ético, o qual garante o direito do paciente de tomar as decisões sobre o seu próprio corpo e tratamento. Desse modo, ressalta-se a importância do profissional ofertar e registrar as informações de maneira clara, em uma linguagem acessível tanto para o paciente quanto para seu representante legal, determinando uma relação terapêutica pautada na confiança e transparência, tendo em vista que deixar o paciente ciente da operação, dos seus riscos e benefícios e do passo a passo que irá ocorrer, além de torná-lo conhecedor do procedimento, assim diminuindo o impacto emocional envolta da cirurgia, contribui para uma maior segurança de todo o ato cirúrgico, tanto pelo fator de avaliação do processo que o paciente consciente do procedimento pode exercer, quanto pelo fator do médico, o qual não está isento do aspecto emocional envolvido e terá o termo como uma forma de se respaldar e melhorar sua relação com o paciente, se sentindo mais seguro para a realização do ato cirúrgico, assegurando um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa (De oliveira et al.,2021).

Juntamente com a parte emocional, o ato de informar e conscientizar o paciente por meio desse consentimento informado, contribui diretamente para uma prática utilizada na cirurgia, que procura assegurar ao paciente a maior segurança possível em questões técnicas e profissionais, isentando-o de eventuais erros médicos que podem ser evitados (De Oliveira et al.,2021). Esse instrumento seria o checklist da cirurgia segura, o qual compreende momentos divididos em "Entrada", "Pausa Cirúrgica" e "Saída", de modo que o paciente tenha a necessária atenção e cuidado em todas

as fases da cirurgia, seja antes do início com a devida identificação desse paciente e certificação dos preparativos da cirurgia ou até o pós-operatório e recuperação com a devida análise das suas potenciais necessidades após o procedimento, como medicações, ou outra intervenção por conta de intercorrências, sendo uma prática que promove uma maior segurança ao paciente, constituindo um trabalho mais ético e humanizado por meio desse olhar mais técnico que visa evitar iatrogenias por esse evento cirúrgico (Pinheiro,2024; Organização Mundial da Saúde,2009).

Portanto, é perceptível a relevância de abranger, diante do processo cirúrgico, os mais variados detalhes que envolvem a humanização e a ética na relação médico-paciente, promovendo mudanças em cada uma das etapas, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, utilizando-se de um olhar holístico e voltado para a necessidade de quem está sendo cuidado. Em vista disso, uma abordagem que pode ser mais amplamente utilizada no contexto cirúrgico para essa promoção de mudanças é o protocolo hexagonal humanizado, uma ferramenta que irá auxiliar a equipe a conseguir desenvolver melhor esse foco no paciente, valendo-se de uma atuação multiprofissional, com ênfase nos diversos pontos que rodeiam a cirurgia e afetam a pessoa em procedimento cirúrgico, com apoio emocional mais evidenciado por um psicólogo, estado nutricional e dieta regulada por um nutricionista, além de uma equipe de médico formada por diversas especialidades, as quais atuam de forma coordenada para garantir um pré e pós cirúrgico sem grandes intercorrências, garantindo segurança e conforto (Giannini Neto et al.,2024).

Logo, compreende-se que a relação médico-paciente na cirurgia deve ser pautada sobre essa ótica de modificações, sejam elas no simples ato de falar com o paciente, usando uma abordagem de maior aproximação e preocupação, como atos complexos que possam envolver a própria composição da equipe, a qual deve ser focada em garantir acesso humanizado e ético antes, durante e após a cirurgia.

REFERÊNCIAS

KATAOKA, A. et al.. O Transtorno Dismórfico Corporal e a influência da mídia na procura por cirurgia plástica: a importância da avaliação adequada. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 38, n. 1, p. e0645, 2023. Acesso em 28 de maio de 2025

VIANA, P. S. C.; VASCONCELOS, F. O. O TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO NA CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA: UMA FERRAMENTA ESSENCIAL NA PROTEÇÃO DE DIREITOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.

Revista de Direito, Globalização e Responsabilidade nas Relações de Consumo, Florianópolis, Brasil, v. 7, n. 1, p. 93–110, 2021. DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0030/2021.v7i1.7886. Acesso em 28 de maio de 2025

VASCONCELOS, C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Rev. bioét.**, v. 20, n. 3, 2012. Acesso em 28 de maio de 2025

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. Acesso em 28 de maio de 2025

BREZOLIN, C. A. et al. A importância da humanização do cuidado em centro cirúrgico. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 289–295, 2020. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/2442>. Acesso em: 23 maio 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: Política Nacional de Humanização - PNH.. Acesso em: 23 maio 2025.

DE MOURA-FERREIRA, Maria Cristina et al. Humanização e segurança do paciente no centro cirúrgico: saúde pública e interdisciplinaridade. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 1, p. 2401-2410, 2024. Acesso em 28 de maio de 2025

DE OLIVEIRA, Giovanna Da Silva Aranha; DE AMORIM, Larissa Souza; MAIA, Adria Leitão. Termo de consentimento informado x checklist de cirurgia segura: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e450101523630-e450101523630, 2021. Acesso em 28 de maio de 2025

GIANNINI NETO, R. et al.. A eficácia do protocolo hexagonal humanizado na cirurgia plástica: Revisão de estudos e impactos na satisfação do paciente. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 39, n. 4, p. s00441801342, 2024. Acesso em 28 de maio de 2025

PINHEIRO, Rachel Barros et al. Cirurgia segura salvam vidas: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 5, p. e73464-e73464, 2024. Acesso em 28 de maio de 2025

Andreollo, N. A., Cecconello, I., Kruehl, C. D. P., & Malafaia, O. (2011). 25 anos de ABCD relação cirurgião-paciente no passado e no presente. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva [Brazilian archives of digestive surgery]*, 24(4), 259–261. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202011000400002>. Acesso em 06 de junho de 2025

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). **Organização Mundial da Saúde**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Acesso em 06 de junho de 2025

Imagens:

- 1: Retirada do Canva
- 2: Criação dos autores no canva
- 3: Criação dos autores no canva
- 4: Criação dos autores no canva

Fonte:

<https://www.perspectivas.med.br/2023/03/analise-da-capacidade-de-compreensao-pelo-paciente-do-termo-de-consentimento-cirurgico-informado/>

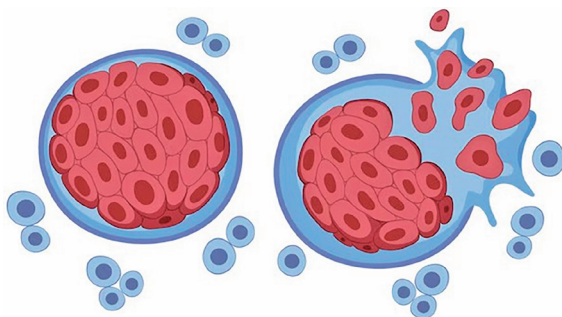
CAPÍTULO 4



A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ONCOLOGIA

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ONCOLOGIA

CÂNCER



Segundo a OMS (2025) o câncer representa um termo genérico que abrange diversas doenças que podem acometer diferentes partes do corpo. Diante dessa perspectiva, podemos entender a complexidade dessa enfermidade, a qual não consegue ser delimitada apenas em alguns sintomas, já que cada tipo de tumor tem sua especificidade, além de dependerem de qual área a enfermidade está afetando.

De acordo com o INCA (2025), o câncer é uma doença prevalente que acomete tanto homens quanto mulheres, só em 2023 foram computados 704.080 casos no Brasil dessa enfermidade. Esse dado demonstra o quanto o câncer está presente em nossa sociedade, necessitando de um olhar mais cuidadoso quanto às suas especificidades.

O câncer historicamente possui um estigma de doença incurável ou debilitadora, porém com o passar das décadas e com o aprimoramento da tecnologia, a perspectiva da sobrevida dos pacientes tem melhorado, à medida que a detecção precoce ocorre e que o controle dos fatores de risco são aprimorados (Junpeng Cui, 2024).

Juntamente com o reconhecimento da doença surgem problemas psicossociais, os quais se apresentam de uma forma muito exacerbada, devido à carga emocional e psicológica do diagnóstico (Cleaide Assunção, 2023). Diante disso, a dimensão psicossocial deve ser abordada de uma forma ampla, a fim de minimizar a dor do paciente, a partir do cuidado da família, dos amigos e também dos profissionais da saúde.

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ONCOLOGIA



Conforme mencionado por Porto (2019) existem 4 modelos de relação médico paciente:

Paternalista, tecnicista, colegial e contratualista; dentre os quais possuem muitas diferenças entre si. A meu ver o mais adequado para a oncologia é o tipo contratualista, devido sua mesclagem das habilidades e conhecimento do médico com participação ativa do paciente. De nada adianta somente tratar

a enfermidade do paciente sem escutá-lo, pois a doença vai além da patologia, abrangendo o psicológico e social do indivíduo. Além de ser evidente que quando a mente está em sofrimento o corpo também sofre (Josiele Soares, 2019), então ignorar os aspectos psicológicos e a opinião do paciente pode produzir um pior prognóstico do caso clínico.

Durante uma das minhas experiências em ambiente hospitalar, me deparei com uma situação que me marcou profundamente e me deixou extremamente reflexivo quanto à relação médico-paciente e à ética médica no contexto oncológico.

Em uma das avaliações clínicas abordei uma paciente que apresentava icterícia — evidenciando pele e mucosas amareladas —, além de um outro sinal clínico chamado Courvoisier-Terrier. Esse sinal é representado por uma vesícula biliar palpável e indolor, o que geralmente indica obstrução biliar associada a neoplasias da cabeça

do pâncreas. A paciente, apesar da condição clínica, aparentava estar bem.

Quando fui discutir o caso com a médica responsável, fui avisado de que a paciente não sabia de sua doença e que eu não deveria avisá-la. Essa situação me causou muita angústia, pois ao mesmo tempo que entendia a decisão médica ou até mesmo dos parentes – que provavelmente buscava preservar o bem-estar da enferma – também sentia a vontade de comunicá-la sobre sua moléstia, pois acredito que em casos assim a informação é fundamental para que o paciente possa lidar com essa situação de uma forma mais digna.

Essa experiência me fez refletir sobre a importância de uma abordagem centrada no paciente, a qual transcende a dimensão da patologia. O sofrimento, a angústia e o medo são aspectos naturais na oncologia e que não devem ser ignorados. Ainda que o prognóstico não seja favorável, o cuidado paliativo torna-se uma potencial ferramenta para garantir o conforto, algo que faz toda a diferença nos últimos momentos de vida.

ABORDAGEM AO PACIENTE NA ONCOLOGIA

O cuidado de um paciente oncológico exige muito mais do que conhecimento técnico, é necessário sensibilidade, escuta ativa e empatia frente ao processo de adoecimento. Essa forma de cuidar precisa ter o paciente como centro, não apenas a doença que o acomete. Como destaca Souza (2024), é essencial enxergar quem está por trás do diagnóstico: uma pessoa, com histórias, medos e esperanças. Muitas vezes, esse paciente já chega fragilizado, enfrentando dores que vão muito além do corpo. Por isso,



é fundamental que ele seja recebido com respeito, escuta atenta e sensibilidade. O atendimento deve olhar para o ser humano como um todo, considerando não só os aspectos biológicos, mas também suas vivências sociais, emocionais, espirituais e psicológicas. É fundamental lembrar que antes do câncer existe uma pessoa – única e complexa.

A escuta ativa é uma parte fundamental do atendimento. Escutar não é apenas obter informações, mas acolher todos os sentimentos e necessidades subjetivas. Essa prática fortalece o vínculo entre profissional-paciente e permite tornar o doente como participante de seu próprio processo de cuidado. Além disso, contribui para uma melhor adesão ao tratamento, pois a maneira como eles são ouvidos impacta diretamente na forma como respondem ao tratamento e como cuidam de sua saúde (Beranger; Bender; Renner, 2024).



Cada profissional da saúde – seja médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social – enxerga o paciente de um jeito diferente. Cada um deles tem um olhar único sobre a situação, e quando esses olhares se unem, o cuidado fica mais completo. Assim, as decisões não são tomadas de forma isolada, mas construídas em conjunto, pensando no que realmente faz sentido para cada paciente. Isso ajuda a montar um plano de cuidado mais humano, que respeita a individualidade e dá voz ao paciente, de forma que ele deixe de ter uma postura passiva sobre

o seu tratamento e passe a ter uma maior autonomia (Souza et al., 2024, p. 5).

Ademais, a individualização do cuidado não pode ser deixada de lado. Nenhum paciente é igual ao outro, mesmo que ambos tenham o mesmo diagnóstico. Com isso, o tratamento deve levar em conta a realidade de cada pessoa, considerando sua cultura, valores, suporte familiar, momento de vida. Dessa forma, a abordagem ao paciente na oncologia torna-se mais eficaz e verdadeiramente centrada no ser humano.

DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS E EMOCIONAIS DO CÂNCER

Receber um diagnóstico de câncer vai muito além de lidar com uma doença — é algo que mexe profundamente com o emocional, tanto do paciente quanto das pessoas ao redor. Desde o primeiro momento, esse impacto costuma vir como um choque, despertando medo, negação e uma mistura de sentimentos difíceis de organizar (Assunção, 2023). Se esse paciente não for acolhido com sensibilidade, se não houver um cuidado que olhe para além dos exames e sintomas, esse peso emocional pode se tornar ainda mais intenso. É por isso que é tão necessário ir além daquela visão antiga que foca só na parte biológica da doença — cuidar de verdade é enxergar a pessoa inteira, com tudo o que ela sente e vive.



Diversos estudos apontam que o paciente com câncer enfrenta problemas emocionais principalmente relacionados à ameaça à vida e à perda de sua autonomia, com um medo constante de se tornarem dependentes por causa da doença. Ainda mais, existe o estigma que ronda a palavra “câncer”, fazendo com que algumas pessoas se sintam vistas apenas como doentes, não como quem elas realmente são (Rossato, Ullán De La Fuente & Scorsolini-Comin, 2021). Importante mencionar que essa carga não se instala só no paciente. Quem cuida — pais, filhos, parceiros, amigos — também carrega angústias, podendo desenvolver ansiedade, depressão e até sintomas de estresse pós-traumático (Rossato et al., 2021). Por isso, quando se fala em tratamento, toda essa rede de afeto também merece escuta, acolhimento e cuidado.

Segundo Assunção (2023), a psico-oncologia é fundamental para acolher essas demandas, reconhecendo o câncer como uma condição multifatorial que atinge o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial. Essa estratégia é fundamental para que os pacientes compreendam suas emoções, desenvolvam maneiras de enfrentar as adversidades e continuem aderindo ao tratamento proposto.

O câncer é vivido de uma forma individualizada. Cada ser interpreta o processo de adoecimento de uma forma única conforme suas experiências prévias e sua subjetividade. Os pacientes enfrentam três fases emocionais diferentes. Primeiro vem a negação, em que a pessoa simplesmente recusa o diagnóstico e tenta fingir que nada mudou. Depois chega a fase mais pesada, a disforia, quando o medo e a tristeza se misturam com sentimentos de depressão e de ansiedade. Por fim, aos poucos, acontece a aceitação, em que a pessoa começa a procurar ajuda e apoio de quem está por perto (Assunção, 2023). Integrar, portanto, os cuidados físicos e psicológicos é fundamental para oferecer um tratamento verdadeiramente ético e centrado no ser humano.

CUIDADO ALÉM DA DOENÇA

A visualização do paciente além do câncer é de extrema relevância, a doença é apenas um fator e não deve ser abordada como um condicionante que é sempre incapacitante, essa prática fortalece o paciente e o faz ter mais esperanças. Por isso, profissionais da saúde devem sempre buscar realizar uma assistência com empatia, atenção e suporte emocional, a fim de que o paciente se sinta mais acolhido e possa suprir suas necessidades, as quais geralmente podem ser atendidas apenas com a atenção e o diálogo (Tarcísio Júnior, 2024).



Nesse contexto, a espiritualidade surge como um pilar de sustentação emocional e existencial. Muitos pacientes encontram no transcendente um sentido que os ajuda a ressignificar o sofrimento e a manter a esperança. A fé, nesses casos, torna-se combustível para a continuidade do tratamento, permitindo que o enfrentamento do câncer seja vivido com mais força e serenidade (Dib et al., 2022).

Certa vez vivi uma experiência ao acompanhar minha tia no hospital. Na mesma sala do quarto estava uma mulher com câncer terminal. Determinada hora percebi uma movimentação a mais, os familiares vieram visitar a enferma com autorização do médico, provavelmente porque ela já estava bastante debilitada. Houve muito choro dos filhos e abraços, como se estivessem de fato se despedindo da doente. Um momento bastante marcante e triste, mas que me levou a refletir sobre como a doença impacta toda uma cadeia de pessoas, e como é fundamental a presença da família durante esses processo, não só acompanhando os procedimentos médicos, mas também dando o apoio e o suporte emocional necessário frente a um momento tão difícil.

Portanto, para que o tratamento do câncer realmente funcione, não basta cuidar só do corpo. É preciso olhar para a pessoa como um todo – acolher suas dores físicas, mas também o que vai no emocional, no psicológico e até na fé. Quando todos esses aspectos caminham juntos, o paciente se sente mais amparado, mais fortalecido, e consegue enfrentar esse momento tão difícil com um pouco mais de conforto e dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Câncer. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>.

Estatísticas de câncer. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/>>.

CUI, J.; DING, R.; LIU, H.; et al. *Trends in the incidence and survival of cancer in individuals aged 55 years and older in the United States, 1975–2019*. BMC Public Health, [S.l.], v. 24, n. 72, p. 1-10, 2024.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

SOARES, Josiele Benedita; DUARTE, Marina Batista de Vasconcelos. *Psicossomática: Visão integrativa entre mente, corpo e emoção*. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, v. 4, n. 8, p. 5-13, ago. 2019. ISSN

2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/mente-corpo-e-emocao>. Acesso em: 07 jun. 2025.

PORTELA E. de C.; CALDAS I. A.; RIBEIRO L. A.; PINHEIRO S. R. M.; SILVA V. D. M.; BELTRÃO R. P. L.; DA SILVA A. C. B. A importância da relação médico-paciente para o tratamento oncológico: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6041, 6 mar. 2021.

SOUZA, V. O. ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM CÂNCER. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 7, 2024.

BERANGER, Kethllen Stephanie; BENDER, Mariluz Sott; RENNER, Jane Dagmar Pollo. HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO ONCOLÓGICO: O PAPEL DA ESCUTA ATIVA E DINÂMICAS INTERACIONAIS NA ATENÇÃO AO PACIENTE.

ATAIDE LIMA ASSUNÇÃO, Cleaide. ATUAÇÃO E IMPORTÂNCIA DA PSICO-ONCOLOGIA. *Psicologia e Saúde em debate*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 292–304, 2023.

ROSSATO, Lucas; DE LA FUENTE, Ana María Ullán; SCORSOLINI-COMIN, Fabio.

Repercussões psicossociais do câncer na infância e na adolescência. Mudanças: Psicologia da Saúde, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 55–62, 2024.

NEVES JÚNIOR, T. T. DAS. et al. Teoria de Betty Neuman no cuidado de enfermagem holístico ao paciente oncológico: ensaio reflexivo. Escola Anna Nery, v. 28, p. e20240014, 2024.

DIB, Rachel Verdan et al. Pacientes com câncer e suas representações sociais sobre a doença: impactos e enfrentamentos do diagnóstico. 2022.

REFERÊNCIAS DAS IMAGENS

https://www.freepik.es/vector-gratis/desarrollo-celulas-tumorales-cancer_39024234.htm

<https://br.stockfresh.com/image/6803080/girls-doctor-cancer-patient>

<https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2020/05/08/usp-faz-estudo-para-avalia-r-eficacia-de-profilaxia-contr-covid-19/>

https://www.linkedin.com/posts/emily-ruth-brennan-1082b9305_this-morning-i-was-provided-with-the-opportunity-activity-7310248680492589056-x6VL

https://br.freepik.com/vetores-premium/consulta-ao-paciente-consulta-e-exame-medico-medico-de-visita-de-personagem-de-desenho-animado-ou-psicologo-cena-de-saude-medica-interior-de-escritorio-especializado-ilustracao-plana-de-vetor-de-profissao_21328810.htm

CAPÍTULO 5



A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

A relação médico-paciente na Ginecologia e Obstetrícia é única, pois transpõe aspectos inerentemente íntimos, emocionais e vulneráveis da mulher. Cabe ao médico exercer sutileza, empatia, comunicação e ética na construção de um vínculo que seja proveitoso para ambos, evitando erros, traumas ou constrangimentos.



Para alcançar tal conquista, o profissional deve estar dotado de fundamentos morais e éticos desenvolvidos ao longo de sua formação e trajetória profissional, os quais moldam suas atitudes, condutas e formas de agir perante a paciente. É essencial que o médico compreenda o caráter emocional envolvido na consulta gineco-obstétrica, que frequentemente tangencia dimensões profundas da intimidade individual, como o desejo ou a dificuldade de gerar um filho, as crenças religiosas, a orientação sexual e outras particularidades que demandam escuta sensível e respeito absoluto.

A HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO

Desde a década de 1990, escolas médicas americanas e europeias vêm reconhecendo a habilidade de comunicação como um elemento essencial para a manutenção da relação médico-paciente. Foi a partir dessa ideia que houve a inclusão da comunicação como uma das habilidades a serem desenvolvidas durante a formação médica nesses países (Rocha; Romão; Sá, 2019). Com efeito, atualmente, a relevância da comunicação é amplamente reconhecida como fator inerente à relação médico-paciente, o que levou à inserção da habilidade de comunicação nas Matrizes de Competência (MEC, 2018) de todas as especialidades médicas no Brasil.

No contexto da Ginecologia e Obstetrícia, a relação médico-paciente implica sensibilidade, especialmente mediante situações de vulnerabilidade, como a realização de exames íntimos, diagnóstico de doenças e acompanhamento de perdas gestacionais, e momentos de tomada de decisões. Assim, uma comunicação efetiva, seja ela verbal ou não verbal, é essencial para sustentar um vínculo de confiança entre o médico e a paciente, além de favorecer a adesão ao cuidado.



Na prática, o ginecologista e obstetra enfrentará situações em que uma boa comunicação será decisiva para o êxito da consulta, como na comunicação de más notícias, no planejamento familiar, na escolha do método contraceptivo e no desenvolvimento de um plano de parto. São em situações como essas que faz-se necessário o estabelecimento de uma linguagem clara e objetiva que permita à paciente compreender as orientações e aderir ao plano terapêutico. (Rocha; Romão; Sá, 2019)

Dessa forma, para se comunicar de forma efetiva, o profissional deve desenvolver um conjunto de habilidades de comunicação verbal e não verbal que lhe permitam:

- Obter informações relevantes durante a Anamnese clínica;
- Transferir informações claras à paciente, de modo que haja adesão ao protocolo terapêutico;
- Se comunicar de maneira efetiva com a equipe multiprofissional de saúde, com pacientes e seus familiares;
- Construir um vínculo de confiança com a paciente;
- O manejo correto de conflitos.



COMO O MÉDICO DEVE AGIR PERANTE SUA PACIENTE?

- Prestar atendimento humanizado, associado a um bom relacionamento pessoal e pela dedicação de tempo e atenção necessários.
- Saber ouvir a mulher e sua família, esclarecendo dúvidas e compreendendo suas expectativas, além do registro adequado de todas as informações no prontuário.
- Explicar de forma detalhada, simples e objetiva, o diagnóstico e o tratamento para que a mulher entenda claramente o que se passa com ela, os benefícios das intervenções e também as possíveis complicações e prognósticos.
- Após o devido esclarecimento, deixar que a mulher escolha o tratamento, sempre que existir mais de uma alternativa.
- Ao prescrever medicamentos, dar a opção do genérico, sempre que possível.
- Ter consciência dos limites da medicina e falar a verdade para a mulher, diante da inexistência ou pouca eficácia de algum tratamento.
- Estar disponível nas situações de urgência, sabendo que essa disponibilidade requer administração flexível das atividades.



- Indicar para a mulher outro(a) médico(a) sempre que o exigir conhecimentos que não sejam de sua especialidade ou capacidade, ou quando ocorrerem problemas que comprometam a relação.

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

- A prática médica, especialmente na ginecologia e obstetrícia, não se restringe à aplicação de conhecimentos científicos e diretrizes. É necessário que haja um componente para orientar a conduta profissional e fornecer princípios éticos para sustentar decisões clínicas: a bioética, que é baseada nos princípios:
- **BENEFICÊNCIA:** refere-se a fazer o bem, ou seja, o médico tem a obrigação de produzir benfeitorias, tentando equilibrar a relação risco benefício. Na ginecologia, isto é posto em prática, por exemplo, ao oferecer analgesia durante procedimentos dolorosos – como na inserção de um DIU.
- **NÃO MALEFICÊNCIA:** É o princípio de não causar danos ao paciente, como procedimentos cirúrgicos e exames invasivos desnecessários – como uma episiotomia de rotina.
- **JUSTIÇA:** Refere-se à equidade, ao acesso igualitário e a não discriminação, como o direito de consulta ginecológica de homens e mulheres trans e justiça reprodutiva.
- **AUTONOMIA:** assegura à paciente o direito de escolha em tudo que se refere ao processo saúde-doença, como na livre escolha do método contraceptivo ou na recusa a uma cesariana eletiva.



ASPECTOS EMOCIONAIS NA CONSULTA GINECOLÓGICA:

A consulta médica, sobretudo a ginecológica, frequentemente desperta emoções intensas, como ansiedade, vergonha ou medo, especialmente quando envolve situações de exposição do corpo, relato de experiências sexuais e o diagnóstico de doenças íntimas. Nesse sentido, compreender os aspectos emocionais que regem a relação médico-paciente na prática da ginecologia é essencial.

As experiências prévias da paciente com o sistema de saúde, especialmente em atendimentos ginecológicos, moldam suas expectativas e influenciam diretamente a construção do vínculo com o profissional. Tais concepções podem funcionar como barreiras ou facilitadores da relação a depender do histórico pessoal e emocional da mulher. (Andrade et al., 2010)

Embora o primeiro contato médico-paciente costume ocorrer de forma cordial, a desatenção progressiva do médico aos aspectos subjetivos e emocionais durante a consulta pode gerar distanciamento. Quando o discurso se torna unilateral, corre-se o risco de romper o diálogo empático e comprometer a construção



de uma relação terapêutica sólida no campo gineco-obstétrico.
(Andrade et al., 2010)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Educação. *Matriz de Competências – Ginecologia e Obstetrícia*. Brasília: MEC, 2018.

ROCHA, Sheyla Ribeiro; ROMÃO, Gustavo Salata; SÁ, Marcos Felipe Silva de. **Comunicação clínica na prática do ginecologista e obstetra**. Femina, p. 809-815, 2019.

PORTO, Celmo. **Semiologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

ANDRADE, H. S. et al. Questões da clínica ginecológica que motivam a procura de educação médica complementar: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 255-263, 2010.

CAPÍTULO 6



A RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE DE MEDICINA CONSIGO E COM OS OUTROS

A RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA CONSIGO E COM OS OUTROS

Se você é médico, estudante ou apenas um bom observador, já deve ter notado que o ambiente médico é complexo, exigente, competitivo e, por vezes, até hostil. Nesse cenário caótico, desde cedo o estudante de medicina é inserido em um espaço onde seu conhecimento é constantemente testado e comparado. A insegurança, então, ganha força. Muitos tentam esconder suas dúvidas, temendo parecer fracos. Outros se cobram em silêncio, como se errar fosse um sinal de incapacidade.



Para agravar a situação, a medicina torna-se uma profissão cada vez mais disputada, impulsionada pela abertura crescente e desordenada de novas escolas médicas no país - um movimento que nem sempre é acompanhado por um controle efetivo da qualidade do ensino. Segundo dados do Painel do Conselho Federal de Medicina, referentes a janeiro de 2024, o Brasil contava com mais de 598 mil médicos em atividade, o que corresponde a 2,81 médicos por mil habitantes. Esse número segue aumentando progressivamente, tornando o cenário médico cada vez mais competitivo e exigente.

FORMAÇÃO MÉDICA E HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, e sua declaração trouxeram uma nova concepção de saúde, rompendo com o modelo biomédico e adotando uma visão holística do ser humano, compreendendo saúde como bem-estar físico, mental e social. No Brasil, esses princípios influenciaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, impulsionando a Reforma Sanitária e a criação de

um sistema que integrasse as dimensões biológica, psicológica e social da saúde. Com a Constituição de 1988, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando esse novo entendimento e garantindo sua aplicação no contexto nacional (Porto, 2014).



Essas mudanças foram de grande importância, pois buscaram romper com o antigo modelo biomédico, uma abordagem de saúde centrada predominantemente nos aspectos biológicos e físicos da doença, que negligenciava a complexidade integral do paciente. Como destaca

Rizon, Theodorovitz e De Pesce (2022), ao tirar o foco do médico e da doença, tenta-se uma aproximação da pessoa para poder proporcionar o melhor cuidado possível e, com isso, melhores resultados na terapêutica. Em outras palavras, deixamos de olhar apenas para a doença e passamos a enxergar quem a carrega. Esse salto de entendimento fortalece não só a saúde pública, mas também a qualidade da relação entre médicos e pacientes.

É nesse novo cenário que a formação médica precisou se reinventar. Tornou-se evidente que formar médicos vai muito além de transmitir conteúdos técnicos e científicos. A trajetória do estudante de medicina é, antes de tudo, um processo extenso e complexo em que o estudante constrói sua própria identidade profissional, baseada nas reflexões dos conhecimentos teóricos, nas práticas clínicas em contato com pacientes, nas relações com os demais estudantes e na relação com os professores. Nesse contexto, o entendimento que a formação médica não se limita puramente a saberes técnicos, mas também envolve compromissos éticos e valores pessoais, torna evidente que a maneira como essa formação é conduzida é fator decisivo para a construção de uma medicina mais humana, ética e centrada na pessoa (Andrade, Sitja, Dos Anjos, 2024).

Falar em humanização, portanto, é muito mais do que repetir um

jargão bonito: é reconhecer que a saúde está enraizada em contextos históricos, sociais e culturais. A humanização é, antes de tudo, um processo dinâmico, que varia de acordo com os aspectos sociais, culturais e históricos. É fundamental que seja apreendida e avaliada no contexto acadêmico. Como destaca Carstens (2020), a humanização deve ser analisada de acordo com suas complexidades, através de alterações que variam desde as metodologias de ensino até questões estruturais e de financiamento.



Contudo, mesmo com tantos avanços teóricos e legais, ainda enfrentamos um desafio persistente: formar médicos que saibam se comunicar, escutar com atenção e agir com empatia. Habilidades como essas, muitas vezes consideradas “suplementares”, ainda são tratadas como secundárias no currículo de muitas escolas médicas. Entretanto, para que os profissionais estejam preparados para oferecer um cuidado integral e humanizado, é fundamental que essas competências sejam valorizadas desde a graduação (Freitas, 2022).

Conclui-se, portanto, que formar médicos que saibam ver além da doença, que entendam que cada paciente é também um universo de emoções, medos e contextos, continua sendo um dos maiores desafios e também um dos maiores potenciais da educação médica.

VISÃO DOS PACIENTES A RESPEITO DO ESTUDANTE DE MEDICINA



A contato entre o estudante de medicina e o paciente vai além de uma exigência curricular: é um momento entre quem aprende a cuidar e quem precisa ser cuidado. No entanto, a forma como esse encontro é conduzido define, para o paciente, se essa presença será bem-vinda ou invasiva. Nesse contexto, a visão dos pacientes sobre a presença de estudantes de medicina nos atendimentos está fortemente relacionada à maneira como essa inserção do estudante na prática clínica é feita. Sabe-se também que há uma maior aceitação e conforto quando os pacientes são previamente questionados sobre seu consentimento relativo à presença dos estudantes no consultório (Oliveira, 2021).

Ainda assim, um dos principais desafios relatados no cotidiano das práticas clínicas é a insegurança do estudante diante de situações emocionalmente delicadas. Nesse sentido, a dificuldade que os estudantes possuem de lidar com situações negativas ou incômodas e aspectos psicossociais acabam por afastar o estudante do contato acadêmico-paciente, o que reforça um entrave na formação médica, que reitera a importância do contato estudante-paciente precoce e a abordagem da complexidade desse contato (Coelho, 2022)

Apesar disso, a percepção dos usuários sobre a participação de acadêmicos no atendimento é positiva, devido a aspectos relacionados à postura empática dos estudantes, eficiência comunicativa, respeito e privacidade. No entanto, de acordo com Oliveira (2021), embora muitos usuários revelem satisfação, muitos aspectos podem ser aprimorados, sobretudo, no que tange ao reforço

da orientação ética do atendimento e à clareza das informações fornecidas sobre o processo ensino-aprendizagem.

Assim, torna-se fundamental a criação de um ambiente acolhedor, no qual o processo de aprendizagem possa fluir sem comprometimento com o conforto e a dignidade do paciente, promovendo, assim, uma relação estudante-paciente pautada na cultura de respeito, acolhimento e empatia. Para facilitar esse encontro inicial e fortalecer essa conexão, algumas atitudes simples podem fazer toda a diferença no primeiro contato entre estudante e paciente:

- Apresente-se com clareza e empatia.
- Use linguagem simples, sem jargões médicos.
- Escute com atenção e sem interrupções.
- Observe expressões e gestos do paciente.
- Agradeça pela oportunidade de aprender com ele.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA FORMAÇÃO MÉDICA

Na trajetória do estudante de medicina, as relações que se constroem no dia a dia (com pacientes, colegas e professores) são tão importantes quanto as aulas e os livros. Por isso, o comportamento do estudante diante do outro, seja um paciente ou um par acadêmico,



deve ser cuidadosamente com responsabilidade, pois impacta diretamente na qualidade do cuidado prestado. Segundo Ibrahim e Silva (2024), o desenvolvimento de habilidades sociais constitui um aspecto fundamental para a formação integral dos estudantes de medicina. Assim, a prática médica contemporânea demanda não

apenas excelência técnica, mas também a capacidade de interagir de forma ética, empática e respeitosa com pacientes e colegas de equipe.

A relação entre médico e paciente deve ser pautada por uma escuta qualificada e pela construção de uma confiança mútua entre quem busca ajuda e quem a oferece. Uma comunicação eficaz, baseada na cordialidade, no respeito e na ética, constitui a base para um ambiente acolhedor e seguro, capaz de atender às demandas do indivíduo em suas dimensões físicas, sociais e emocionais (Rizon, Theodorovitz, De Pesce, 2022). Nesse contexto, a convivência e a colaboração com outros profissionais de saúde requerem competências interpessoais bem desenvolvidas, favorecendo um ambiente de trabalho mais saudável e eficiente. Assim, investir no aprimoramento dessas habilidades é essencial para promover uma atuação médica mais humanizada, ética e eficaz.



Vale ressaltar que a próxima geração de médicos enfrentará um grande volume de informações, rápidas inovações tecnológicas e pacientes mais exigentes, o que aumenta a preocupação com os custos e a qualidade dos cuidados de saúde. Nesse cenário, tarefas como memorização e análise perderão espaço para habilidades humanísticas, como comunicação, empatia, trabalho em equipe, liderança e criatividade. Por isso, essas competências devem ser mais valorizadas na formação médica para preparar profissionais mais eficazes para o futuro (Pedreira, 2022).

Afinal, memorizar protocolos, interpretar exames e listar medicamentos: isso qualquer máquina faz. Mas captar o silêncio carregado de medo, ler a dor que não se expressa em palavras e sentir empatia, compartilhando o sofrimento do paciente, é uma arte que só um médico domina. Uma arte que não se ensina apenas em

aulas teóricas, mas se aprende no contato humano, no olhar atento e na escuta sincera. É essa arte que faz do médico mais do que um técnico: faz dele um cuidador de vidas.

Como podemos transformar essa realidade na prática?

Uma estratégia poderosa é incentivar o contato precoce dos estudantes com os pacientes, desde os primeiros períodos do curso. Essa experiência não apenas aproxima o futuro médico da realidade do cuidado, mas também nutre o desenvolvimento das habilidades sociais que serão essenciais na prática clínica. Além disso, é fundamental que os currículos incluam disciplinas ou módulos dedicados à comunicação médico-paciente, à escuta qualificada e à resolução de conflitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luciene Lessa; SITJA, Liége Maria Queiroz; DOS ANJOS, Marineuza Matos. Formação profissional de médicos humanistas: desafios e possibilidades na pedagogia, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Painel de dados do CFM: janeiro de 2024. Brasília: CFM, 2024. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 7 jun. 2025.

RIZON, Marcelo; THEODOROVITZ, Valéria Catharina; DE PESCE, Marly Kruger. A estruturação da relação médico-paciente no meio acadêmico e a importância de uma comunicação mais efetiva. Revista Artigos. Com, v. 34, p. e10324-e10324, 2022.

IBRAHIM, Thiago; SILVA, Maria. A IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. Revista Tópicos, v. 2, n. 8, 2024. ISSN: 2965-6672

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos (Co-editor). Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PEDREIRA, Paulo Geovanny. Formação em tomada de decisão compartilhada de estudantes de medicina na graduação: uma análise na Universidade Federal do Tocantins. 2022.

CARSTENS, Lucille Annie. O ensino da humanização do cuidado nas práticas para internos de medicina na estratégia saúde da família: uma abordagem socioclínica institucional, 2020.

FREITAS, Flávia Garcia et al. Relação médico-paciente: a importância de um atendimento humanizado: Medical-patient relationship: the importance of humanized care. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 6, p. 25301-25310, 2022.

COELHO, Rafaella Dias et al. Relação estudante-paciente como objeto educacional: sentimentos dos estudantes nesse contato/ Student-patient relationship as an educational object: student feelings in this contact. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 3, p. 8380-98, 2022.

OLIVEIRA, M. DE . et al.. Avaliação dos pacientes em relação à presença do estudante de medicina durante os atendimentos ambulatoriais. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 45, n. 3, p. e154, 2021.

CAPÍTULO 7



A RELAÇÃO DO MÉDICO-PACIENTE NA PEDIATRIA

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PEDIATRIA

A relação médico-paciente na pediatria é de vasta importância, pois é por meio dela que se estabelecem vínculos capazes de estruturar um atendimento de qualidade, no qual os resultados se evidenciam com notoriedade. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), “a construção de vínculo entre a família e o pediatra deve ser iniciada ainda na gestação e é determinante para a saúde da criança” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022, p. 367). Essa nota intensifica que esse vínculo precisa ser estabelecido desde as consultas de pré-natal até todo o período de puericultura e cuidado contínuo à criança. Essa relação, baseada no encorajamento, profissionalismo, respeito e valorização, são determinantes para garantir a saúde da criança e da família, não somente nos aspectos físicos, mas também nos psicológicos e sociais.

É importante considerar que a relação entre o médico, a criança e a família apresenta peculiaridades próprias da pediatria. O profissional deve estar preparado para se adaptar ao momento do desenvolvimento da criança, desde os primeiros meses de vida até a adolescência. Como mencionado na obra da SBP, “O importante é que o profissional, pediatra com a titulação em área de atuação em adolescência ou não, esteja capacitado para acolhê-lo como figura principal do atendimento, reconhecendo todas as características próprias do período, sejam elas físicas, sociais, éticas ou emocionais. (SBP, 2022, p. 2245). Essa afirmação proporciona uma reflexão que coloca em ênfase a importância do profissional se adaptar a cada realidade infanto-juvenil, com o intuito de facilitar a prestação de



Figura 1 – Representação da construção de vínculo terapêutico.

Fonte: Elaboração própria com canva.

serviços e maximizar os prognósticos, além de corroborar com a construção de um vínculo terapêutico sólido e eficaz.

Dada à complexidade do atendimento pediátrico, é essencial reconhecer que a relação entre médico, paciente e seus responsáveis configura-se como contratual, envolvendo direitos e deveres mútuos. O Código de Ética Médica (CFM) reforça essa natureza ao estabelecer, em seu Princípio Fundamental XIX, que o médico “se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência” (CFM, Resolução nº 2.217/2018).

Nesse cenário, a comunicação assume papel central e deve ser clara, objetiva e efetiva, contribuindo para a prevenção de conflitos na prática assistencial. Assim, torna-se imprescindível fornecer à família informações detalhadas e acessíveis sobre a condição clínica da criança. Como destaca a Sociedade Brasileira de Pediatria, “Detalhes sobre a doença, seu prognóstico e opções terapêuticas devem ser explicados claramente à família para que esta lide com a situação de crise de forma razoavelmente racional.” (SBP, 2022, p. 264). Dessa forma, as comunicações tripartites entre médico, pacientes e familiares devem ser continuamente reavaliadas a cada consulta, com o objetivo de fortalecer o vínculo, o cuidado e a tomada de decisão compartilhada.

1. PECULIARIDADES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PEDIATRIA

1.1 PRESENÇA DA FAMÍLIA: TRIÁDE DA COMUNICAÇÃO

A relação médico-paciente na pediatria, na maioria das vezes, envolve a mediação dos pais ou do responsável na assistência à saúde. Essa característica reforça a tríade da comunicação, na qual o médico deve balancear as necessidades da criança com as expectativas, questionamentos e preocupações dos adultos

que a acompanham. Os responsáveis desempenham um papel fundamental no processo de cuidado, pois são as principais fontes de informação utilizadas na anamnese e no exame físico. Além disso, são essenciais para favorecer a adesão ao tratamento e o cumprimento das orientações.

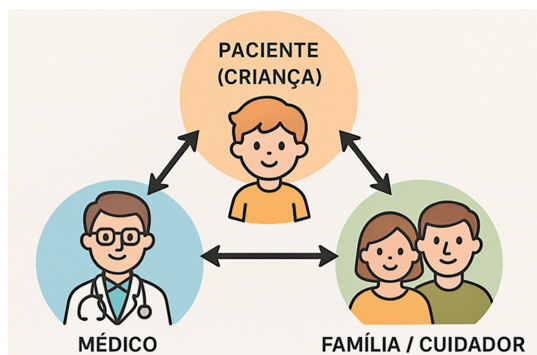


Figura 2 – Representação da tríade da relação médico paciente.
Fonte: Elaboração própria com canva.

De acordo com Souza ET al, “A falta de adesão ao tratamento é um problema de saúde complexo e multidimensional que exige atenção individualizada (SANTOS ET al, 2021, p. 3). Diante do exposto, percebe-se a importância da interação entre o médico e a criança, bem como com as pessoas encarregadas e responsáveis por ela, enfatizando, assim, a necessidade de uma escuta ativa e de uma comunicação clara e acessível. Nessa relação, a participação ativa da criança, quando possível, e a escuta atenta das informações fornecidas pelos responsáveis são imprescindíveis, pois é por meio dessas informações que será possível concluir os casos clínicos.

2.2. DIMENSÕES EMOCIONAIS

O pediatra deve ter a capacidade de transpor as barreiras emocionais tanto da criança quanto de seus familiares. É sabido que ficar doente representa grande dificuldade e desconforto no âmbito familiar, especialmente no aspecto emocional, seja por medo

ou ansiedade. De acordo com Santos, “As crianças hospitalizadas, principalmente as mais jovens, não compreendem o que está acontecendo consigo, nem tampouco conseguem nomear em palavras seus sentimentos diante dessa nova situação” (SANTOS, 2021, p. 93).

Como exposto, é conhecido que o ambiente hospitalar pode ser amedrontador para as crianças. Cabe ao profissional de saúde compreender essa dimensão emocional e adaptar-se a essa realidade, promovendo uma assistência à saúde pautada na equidade, sobretudo. Isso implica modular sua atuação para tranquilizar a criança, rompendo as barreiras e dificuldades emocionais presentes naquele momento, tanto no nível pediátrico, ou seja, da própria criança quanto no relacionamento com os responsáveis, sejam eles pais ou outro adulto acompanhante.

2.3. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E COMUNICAÇÃO



Figura 3 – Representação de atendimento médico.

Fonte: Elaboração própria com canva.

Como mencionado no início, à comunicação eficaz entre o profissional de saúde e o paciente pediátrico depende diretamente da linguagem que será pré-estabelecida conforme o desenvolvimento cognitivo. É fundamental compreender e levar em consideração esse desenvolvimento, pois, por meio dessa compreensão, desenvolve-se e reafirma-se a capacidade de compreensão, de expressão e de tomada de decisão por parte da criança, visto que essas características evoluem conforme a idade e as experiências que ela acumula ao longo da vida.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), “O termo desenvolvimento tem sido o mais utilizado para abranger os vários aspectos interligados que caracterizam a evolução

dinâmica do ser humano a partir de sua concepção. O estudo do desenvolvimento compreende alguns domínios de função interligados, quais sejam: sensorial, motor (geralmente subdividido em habilidades motoras grosseiras e habilidades motoras finas), da linguagem, social, adaptativo, emocional e cognitivo. Esses domínios influenciam-se entre si e têm como eixo integrador a subjetividade e a função de dimensão psíquica, que se particulariza e possibilita a singularidade de cada um dos seres humanos” (SBP, 2022, p. 390).

Como destacado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, o desenvolvimento vai além do aspecto fisiológico, abrangendo também as dimensões linguística, social, adaptativa, emocional e cognitiva. Portanto, cabe ao profissional de saúde adaptar-se ao nível de desenvolvimento da criança, ajustando a linguagem e a forma de conduzir o paciente durante os exames e o atendimento.

3. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

3.1. AUTONOMIA E CONSENTIMENTO NA PEDIATRIA

Por se tratar de um paciente de menor idade, a autonomia em pediatria é um tema pertinente e complexo. Desse modo, cabe ao médico ou profissional de saúde em questão manter o equilíbrio entre os direitos legais do paciente pediátrico, bem como **os** de seus responsáveis. Conforme mencionado na **5ª ed.** do Tratado de Pediatria, “na prática pediátrica, existem conflitos e dilemas a respeito do exercício da autonomia do paciente, pois **l**he podem faltar os componentes essenciais de competência para decidir” (SBP, 2022, p. 265). Portanto, cabe ao profissional manter o equilíbrio **mencionado**, visando ampliar a eficácia **da conduta** e reduzir os conflitos.

Segundo Moura et al., “a autonomia do paciente pediátrico requer a colaboração entre profissionais de saúde, pais e crianças, respeitando os desejos da criança e equilibrando-os com os direitos dos pais” (Moura et al., 2024, p. 2). Essa abordagem é consoante com a base legal da prática médica, pois tem como objetivo promover

o bem-estar e a maior qualidade de vida do paciente pediátrico. Portanto, como representado acima, o atendimento médico deve ser baseado em um processo de escuta ativa, em que a colaboração da criança se faz pertinente no processo de tomada de decisões, mesmo que de maneira parcial.

De acordo com a SBP, “A capacidade de compreender a consequência de seus atos é um processo que normalmente se inicia a partir dos 6 anos de idade e que vai amadurecendo até o início da idade adulta” (SBP, 2022, p. 267). Isso demonstra que o cuidado, no que diz respeito ao atendimento pediátrico, faz-se necessário, pois, por vezes, esses indivíduos ainda não terão capacidade cognitiva relevante para tomar decisões sozinhos. Com isso, ainda segundo os autores, no atendimento pediátrico podem ser levados em consideração quatro pontos paralelos na avaliação da competência de tomada de decisões desse paciente pediátrico, que são: a capacidade de raciocínio, o grau de compreensão, a natureza da decisão e a voluntariedade em poder consentir livremente, sem influências.

PONTOS PARA AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA TOMADA DE DECISÕES	
1º	Capacidade de raciocínio, funcionamento cognitivo e emocional.
2º	Grau de compreensão e entendimento da situação.
3º	Voluntariedade em poder consentir livremente sem influência.
4º	Natureza da decisão, considerando-se a magnitude da decisão quando comparada com o grau de desenvolvimento emocional.

Figura 4 – Representação dos critérios de avaliação de competência.

Fonte: Elaboração própria com base em SBP (2022, p. 267).

Diante do exposto, percebe-se que as condutas devem ser discutidas de modo cooperativo entre médico, paciente e responsáveis, e, uma vez definidas, essas condutas precisam ser documentadas. Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria,

“Consentimento informado é o registro em prontuário de uma decisão voluntária, por parte do paciente ou de seus responsáveis legais, tomada após um processo informativo e esclarecedor, para autorizar um tratamento ou procedimento médico específico” (SBP, 2022, p. 273). Logo, após um diálogo informativo e esclarecedor, deve-se registrar no prontuário as decisões que foram tomadas, visando garantir e resguardar a base legal do paciente e do profissional de saúde.

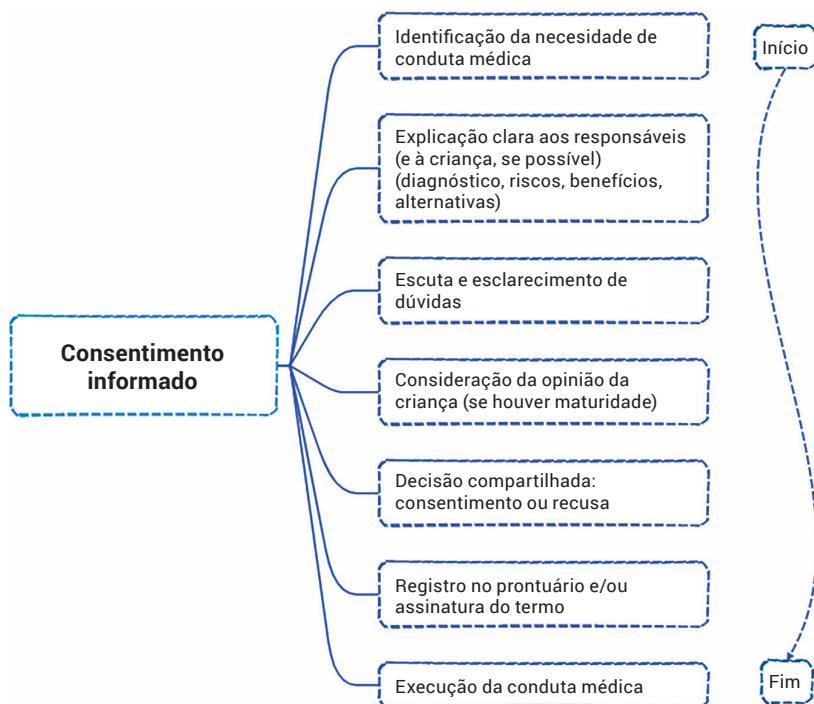


Figura 5 – Representação do fluxograma do consentimento informado.

Fonte: Elaboração própria com base em SBP (2022, p. 273).

3.2. SIGILO E CONFIDECIALIDADE

Conforme a SBP, “A criança e o adolescente têm direito ao sigilo se forem capazes de entender o seu problema e tiverem a capacidade de resolvê-lo sem ajuda” (SBP, 2022, p. 246). Logo, garantir o sigilo,

bem como a confidencialidade, é uma responsabilidade médica que precisa ser garantida até mesmo com os pacientes pediátricos, quando houver possibilidade. Isso é uma obrigação ética e legal e, também, uma demonstração de respeito pela autonomia da criança e do adolescente. Portanto, é válido que o médico analise todas as informações do paciente com cautela e discernimento, afim de garantir os direitos da beneficência, justiça e autônima ao paciente.

Como já mencionado, a relação entre médico e paciente na pediatria é complexa, e o Código de Ética Médica reconhece essa complexidade. De acordo com o artigo 74 da Resolução nº 2.217/2018 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é vedado ao médico “Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente” (CFM, 2018, art. 74). Logo, fica claro que crianças e adolescentes têm direito à confidencialidade em determinadas circunstâncias, mesmo sendo menores de idade, especialmente quando mostram ter capacidade de entendimento.

3.3. BIOÉTICA NA PRÁTICA

Na pediatria os princípios bioéticos garantem os direitos das crianças e adolescentes de forma integral, protegendo a integridade física, cognitiva e emocional desses pacientes. Diante disso, com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conforme o artigo 15 do Estatuto, “a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (Brasil, 1990, art. 15). O artigo acima defende que as crianças são sujeitos plenos de direitos, ou seja, podem e devem ter seus direitos garantidos e resguardados, garantindo, assim, mais segurança e dignidade, incluindo a atenção em saúde.

4. COMUNICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

4.1. CARACTERÍSTICAS DE COMUNICAÇÃO PRODUTIVA

De acordo com Melo et al., “as falhas nos processos de comunicação compõem o fator humano associado ao maior número de danos nos serviços de saúde” (Melo et al., 2022, p. 2)”. Logo, fica evidente que dominar as técnicas para uma boa interação entre médico, paciente e responsáveis é muito importante, pois, dessa forma, são reduzidas as possibilidades de danos ao paciente.



Figura 6 – Representação das características da comunicação efetiva.

Fonte: Elaboração própria com base em SBP 2022 e CAMPOS; RIOS 2018

Segundo a SBP, “existe a necessidade de argumentos para concordância por meio de convencimento racional e educado, considerando-se os aspectos culturais, legais, morais e religiosos do paciente e de sua família” (SBP, 2022, p. 127). Desse modo, com o intuito de firmar uma conduta racional, pode-se basear-se em argumentos que vão além da técnica médica, podendo ser levados em consideração desde fatores culturais até religiosos, a fim de manter uma concordância. Além disso, conforme Campos e Rios (2018), “uma comunicação efetiva é aquela em que todos os

participantes interagem de modo a trocar informações e em que, ao final, todas as partes tenham o mesmo entendimento sobre o problema, e acordem sobre as medidas a tomar”, (CAMPOS; RIOS, 2018, p. 108). Portanto, é essencial desenvolver uma comunicação clara, na qual todos participem desde o entendimento do problema até a solução, sem que haja espaço para possíveis dúvidas.

Ainda de acordo com Campos e Rios (2018), “observam-se também facetas de comunicação, como expressões corporais, tom de voz e primeiras frases”(CAMPOS; RIOS, 2018, p. 112). Conforme mencionado, pode-se manipular a linguagem verbal e não verbal, visando garantir maior aderência do paciente ao processo de diálogo. Ademais, segundo Campos e Rios, “o profissional deve fazer a escuta inicial da pessoa atendida, utilizando perguntas abertas para poder entender as demandas trazidas” (CAMPOS; RIOS, 2018, p. 112). Verifica-se também que a escuta ativa, em consonância com as demais técnicas de comunicação, possibilita que o paciente pediátrico e seus responsáveis possam ser integrados ao diálogo de maneira clara, precisa e totalmente coerente.

4.2. HUMANIZAÇÃO E AMBIÊNCIA

De acordo com Ribeiro, Gomes e Thofehrn, “Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, diretamente envolvida com a assistência à saúde” (Ribeiro, Gomes e Thofehrn, 2014, p. 531). Isso demonstra que múltiplos são os fatores que corroboram com um ambiente clínico adequado. Portanto, é pertinente utilizar da modulação **dos** mais amplos aspectos, proporcionando um ambiente acolhedor, humanizado e determinante para as condutas adequadas, principalmente no que diz respeito ao atendimento pediátrico.



Figura 7 – Representação das ambiência hospitalar.

Fonte: Elaboração própria com base em Ribeiro et al, 2014, p. 531

De acordo com Rocha, “Num ambiente em saúde hospitalar, em que o espaço tem uma dimensão assustadoramente grande para uma criança, as cores são muitas vezes inexpressivas aos sentidos, e as figuras humanas muitas vezes indistintas por detrás das batas” (Rocha, 2022, p. 90). Percebe-se que o ambiente hospitalar é um espaço negativo ao público infantil, principalmente por conta de fatores como os mencionados: as cores, a postura médica e dos demais profissionais. Portanto, é prudente tornar o ambiente clínico pediátrico mais leve, e isso pode ser alcançado por meio de algumas medidas destacadas na figura 8.



Por fim, de acordo com Ribeiro, Gomes e Thofehr, é importante criar “estratégias para construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para melhorar a assistência à criança hospitalizada na unidade pediátrica” (Ribeiro, Gomes e Thofehr, 2014, p. 8). Diante disso, fica evidente que construir ambientes acolhedores, humanizados, bonitos, alegres e outros é fundamental

para um acolhimento do público pediátrico mais eficiente e dinamizado.

6. O PAPEL DO MÉDICO PEDIATRA

O pediatra tem um papel central na atenção à saúde da criança, sendo responsável por construir, desde o nascimento, um vínculo de cuidado baseado na confiança com a criança e sua família (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022). Esse vínculo deve considerar o grau de desenvolvimento da criança, promovendo gradualmente sua participação nas decisões sobre sua própria saúde, em conformidade com princípios éticos e com os direitos garantidos por lei (BRASIL, 1990; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018; MOURA et al., 2024).

A capacidade de se comunicar com clareza é indispensável na prática pediátrica. Quando a linguagem é adequada à idade e à realidade da criança e seus cuidadores, ela contribui para a adesão ao tratamento e para a criação de um ambiente de cuidado seguro e colaborativo (MELO et al., 2022; VIEIRA et al., 2021). Situações delicadas, como a entrega de diagnósticos graves ou notícias difíceis, exigem preparo emocional do profissional, além do uso de protocolos que assegurem acolhimento e minimizem o sofrimento emocional para que o processo se torne menos danoso a todas as partes (ROSADO et al., 2024; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, 2022; ALVES, 2023).

A estrutura física e o ambiente de atendimento também influenciam na experiência da criança. Espaços acolhedores e adaptados à infância tornam o processo de cuidado menos traumático e mais humanizado (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014). O uso do brincar como instrumento terapêutico ajuda a criança a elaborar emoções e lidar com situações difíceis durante a internação, minimizando o estresse causado pela doença e todo o cenário hospitalar (SANTOS; ROCHA, 2021).

O pediatra também atua de forma preventiva, identificando precocemente fatores que possam prejudicar o desenvolvimento, como o estresse tóxico ou dificuldades de aprendizagem. Nesses casos, cabe a ele orientar os cuidadores e encaminhar a criança para acompanhamento especializado quando necessário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017; FERNANDES, 2025). Dessa forma, o exercício da pediatria requer, além da competência técnica, uma postura sensível, ética e integrada com outros profissionais (BRITO; SILVA; SIQUEIRA-BATISTA, 2021).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do pediatra envolve características que vão além da formação médica tradicional, exigindo empatia, respeito ao processo de desenvolvimento infantil e uma comunicação cuidadosa. A autonomia da criança deve ser estimulada conforme sua capacidade de compreensão, sempre em conjunto com o apoio e participação ativa da família, em consonância com os princípios legais e éticos (BRASIL, 1990; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

A comunicação centrada na criança e em sua realidade favorece o vínculo terapêutico e promove maior adesão às condutas propostas, além de reduzir inseguranças e resistências no processo de tratamento (MELO et al., 2022; VIEIRA et al., 2021). Em contextos emocionalmente difíceis, como em diagnósticos graves, a sensibilidade do profissional e a adoção de estratégias específicas ajudam a garantir acolhimento e conforto aos envolvidos (ROSADO et al., 2024; DINIZ, 2021; ALVES, 2023).

O ambiente físico também deve ser considerado parte da abordagem terapêutica. Ambiências que respeitam as necessidades da criança e favorecem o brincar reduzem impactos negativos da hospitalização (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014; SANTOS; ROCHA, 2021). O trabalho em equipe e o olhar ampliado sobre a infância favorecem um cuidado integral e mais efetivo.

Assim, o pediatra deve assumir um papel ativo na promoção do bem-estar infantil, atuando de forma ética, colaborativa e centrada na criança e sua rede de apoio (BRITO; SILVA; SIQUEIRA-BATISTA, 2021; WAKSMAN, 2022). Sua responsabilidade vai além do diagnóstico e tratamento, envolvendo também a escuta, o acolhimento e a proteção integral da infância.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Catarina. Comunicação de más notícias: um cuidado de enfermagem especializado. 2023. Relatório de Estágio (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2023.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 maio 2025.

BRITO, Mirna Peçanha; SILVA, Eugênio; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Cuidado à criança na atenção primária à saúde: conflitos (bio) éticos. *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 3, p. 504-518, jul./set. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021293487>. Acesso em: 26 maio 2025.

CAMPOS, Carlos Frederico Confort; RIOS, Izabel Cristina. Qual guia de comunicação na consulta médica é o mais adequado para o ensino de habilidades comunicacionais na atenção primária à saúde brasileira? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3, p. 108-118, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170138>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018: aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 211, p. 179-183, 1 nov. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 24 maio 2025.

Diniz, S. M. L. T. (2021). Comunicação de más notícias como Cuidado

Fundamental à pessoa em situação crítica e família - Intervenção especializada de enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fernandes, V. P. I. (2025). Pediatrician's role on patients with learning disabilities: a pilot study. *Revista Paulista de Pediatria*, 43, e2024106. [https://doi.org/10.1590/1984-0462/2025/43/2024106:contentRefere\[nce\[oaicite:3\]{index=3}](https://doi.org/10.1590/1984-0462/2025/43/2024106:contentRefere[nce[oaicite:3]{index=3}).

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Procedimento Operacional Padrão POP.UMULTI.027 – Comunicação de más notícias a pais e/ou responsáveis de pacientes internados na UTI Pediátrica. Dourados: HU-UFGD; 2022. 5 p.

Melo FRM, Silva BVS, Melo EBB, Dantas JKS, Araújo SCM, Araújo NM, et al. Assessment of communication to improve health care quality in pediatrics: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2022;21:e20226587. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226587>
Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehrn MB. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):530-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020>

ROCHA, Eliana. *O hospital e as crianças: quando a literacia em saúde entra nas histórias*. 1. ed. Lisboa: ISPA, 2022. ISBN 978-989-8384-65-2.

Rosado VLS, Melo FA, Silva MJL, Silva CJA. Comunicação de más notícias por enfermeiros na pediatria: Protocolo de revisão de escopo. *Research, Society and Development*. 2024;13(4):e11013445624. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i4.45624>

SANTOS, R.F.M.D; DA ROCHA, F.N. Psico-pediatria: a Importância do Brincar na Elaboração do Sofrimento da Criança Hospitalizada. *Revista Mosaico*, v.11, n.1, p. 93-98, 2021

SANTOS, R.F.M.D; DA ROCHA, F.N. Psico pediatria: a Importância do Brincar na Elaboração do Sofrimento da Criança Hospitalizada. *Revista Mosaico*, v.11, n.1, p. 93-98, 2021.

SANTOS, T. de O. et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *Revista Multidisciplinar de Psicologia*, v. 15, n. 55, p. 159–168, maio 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento Científico de Imunizações. (2023). Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação e Imunização (ESAVI): o papel do pediatra na orientação das famílias. Documento Científico Nº 77, 29 de Junho de 2023.

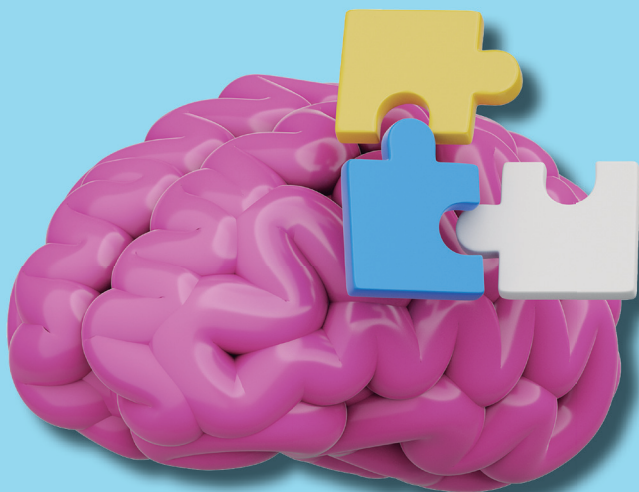
Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. (2017). O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância. Manual de Orientação, Nº 3, Junho 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de pediatria. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2022. 2 v

VIEIRA, Cássia D. M. et al. A comunicação médico-paciente no contexto pediátrico: desafios e estratégias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.l.], v. 45, n. 1, p. e006, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/1676-0166.20210006>.

Waksman, R. D. (2022). O pediatra e o futuro: novos desafios? *Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo*, Ano XXXVIII, Nº 223, Maio/Junho 2022.

CAPÍTULO 8



A RELAÇÃO DO MÉDICO-PACIENTE NA PSIQUIATRIA

IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PSQUIATRIA

O ramo da psiquiatria na área da medicina surgiu como uma necessidade de compreender e explicar, de forma científica, os processos envolvidos nos transtornos mentais, emocionais e comportamentais. Com o avanço das ciências médicas e psicológicas, tornou-se evidente que, além do

diagnóstico e do tratamento farmacológico, a qualidade da relação entre o médico e o paciente exerce um papel central na efetividade terapêutica. Na psiquiatria, onde os vínculos, a escuta ativa e a empatia são fundamentais, essa relação é ainda mais relevante, uma vez que o sofrimento psíquico frequentemente compromete a comunicação, a confiança e a adesão ao tratamento. Assim, estabelecer uma aliança terapêutica sólida contribui significativamente para a melhora clínica, a prevenção de recaídas e a humanização do cuidado (Berrios; German, 2019).

Para compreender melhor a importância da relação médico-paciente da psiquiatria, é necessário voltar à história deste ramo científico e buscar o que motivou o seu surgimento



As raízes da Reforma e os novos tratamentos (século XIX).

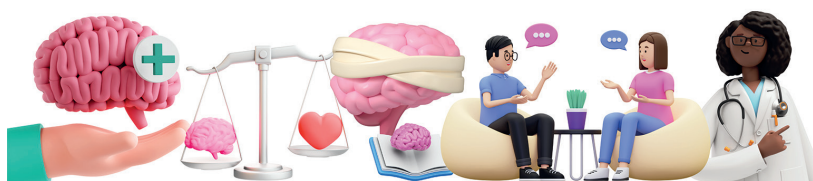
Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/a-historia-da-saude-mental-do-antigo-ao-contemporaneo/>.



Terapia psiquiátrica.

Disponível em: Canva.

e qual o seu intuito perante a sociedade contemporânea. O termo neurastenia foi utilizado pela primeira vez em 1869 pelo neurologista George Miller Beard, que a descreveu como um estado de exaustão física e psicológica, fraqueza e nervosismo acompanhado de sensibilidade aumentada. Essa condição clínica foi observada em detrimento do exacerbado movimento rotineiro dos trabalhadores do novo mundo capitalista, visto que grandes centros urbanos necessitam de grandes mãos de obra. Sendo assim, essa patologia ficou conhecida pela área da psiquiatria como “doença de Beard”, que surgiu como resultado do ritmo acelerado da vida moderna e pela pressão da sociedade, possibilitando que a psiquiatria entrasse nesse cenário como a “salvadora” dos conflitos mentais dos indivíduos do mundo contemporâneo (Berrios; German, 2019; Soar; Ercy, 2003).

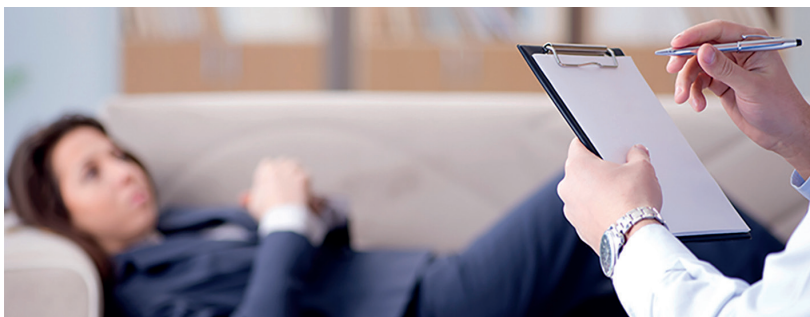


Quando bem estabelecida, a relação entre médico e paciente favorece uma comunicação mais eficaz, encorajando o indivíduo a expressar com mais clareza seus sintomas, angústias e dúvidas. Esse vínculo fortalece o engajamento do paciente no tratamento, promovendo maior adesão às condutas terapêuticas e maior satisfação com o cuidado recebido. Como consequência, observa-se uma redução no sofrimento psíquico, uma melhora significativa na qualidade de vida e até mesmo efeitos positivos sobre a função imunológica do organismo. Portanto, uma relação médico-paciente sólida e empática na psiquiatria não apenas potencializa os resultados clínicos, mas também representa um pilar fundamental no cuidado integral à saúde mental, promovendo bem-estar físico e emocional de maneira unificada (Soar; Ercy, 2003).

ABORDAGEM AO PACIENTE NA PSIQUIATRIA

A abordagem ao paciente na psiquiatria, especialmente sob a perspectiva psicossocial, requer uma compreensão ampliada e integrada do sujeito em sua totalidade, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os contextos sociais, culturais e históricos que permeiam sua existência. Nesse sentido, a relação médico-paciente ultrapassa o modelo biomédico tradicional, que foca exclusivamente na supressão dos sintomas e na intervenção farmacológica, para se configurar como um processo dialógico e contínuo, onde o sujeito é visto em sua singularidade e coletividade (Alves; Francisco, 2009; Frossi; Tesser, 2015).

Na prática clínica na psiquiatria psicossocial, enfatiza-se a importância da interlocução, ou seja, do diálogo aberto e respeitoso entre o profissional e o paciente, que deve ser pautado na escuta ativa e na avaliação constante das intervenções realizadas. Essa dinâmica possibilita que o cuidado seja centrado no sujeito sócio-histórico, considerando suas experiências de vida, suas redes sociais e as múltiplas faces do sofrimento psíquico, que não podem ser dissociadas dos contextos em que o indivíduo está inserido (Alves; Francisco, 2009).

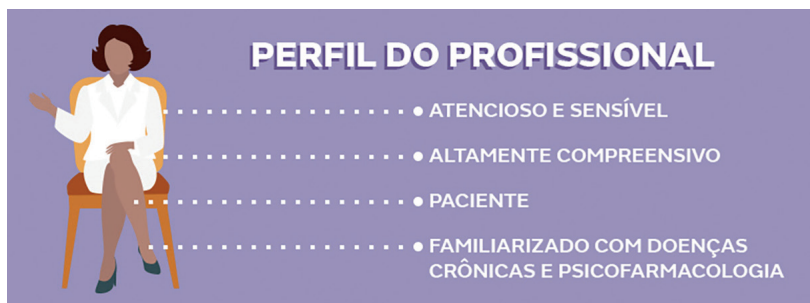


Momento de atendimento psiquiátrico. Disponível em: Canva.

Além disso, a abordagem psicossocial na saúde mental propõe a superação das dicotomias tradicionais, como sujeito/objeto,

saúde/doença e individual/social. Isso implica reconhecer que o sofrimento mental é resultado de uma complexa interação entre fatores biopsicossociais, e que o tratamento deve ser interdisciplinar, envolvendo não apenas o médico psiquiatra, mas também psicólogos, assistentes sociais, familiares e a comunidade. Tal perspectiva busca a desinstitucionalização do paciente, entendida não apenas como a redução do uso de hospitais psiquiátricos, mas como a criação de espaços sociais que promovam a reintegração e a valorização do sujeito em sua vida cotidiana (Alves; Francisco, 2009; Tesser; Sousa, 2012).

No âmbito da relação médico-paciente, essa abordagem exige que o profissional esteja atento às dimensões subjetivas do paciente, compreendendo suas representações, emoções e relações intersubjetivas, que são fundamentais para a construção da subjetividade e para o enfrentamento dos conflitos internos e externos. Assim, o médico atua não só como um técnico, mas como um agente que participa da construção conjunta do cuidado, respeitando a singularidade do paciente e promovendo sua autonomia (Alves; Francisco, 2009; Vieira; Nóbrega, 2004).



Perfil do profissional.

Disponível em: <https://www.soulmedicina.com.br/carreira-medicina/16/residencia-de-psiquiatria--carreira-medica-soul-medicina/>.

Ademais, a atenção psicossocial na psiquiatria reforça a necessidade de um compromisso ético e político dos profissionais, que devem atuar para combater o estigma, a exclusão social e a medicalização excessiva, promovendo práticas inclusivas

e humanizadas. Essa postura implica também o estímulo à participação da família e da sociedade no processo terapêutico, reconhecendo que o cuidado integral ao paciente com transtornos mentais é uma responsabilidade coletiva (Alves; Francisco, 2009; Tesser; Sousa, 2012).

Segundo Karl Jaspers, é necessário que exista um equilíbrio entre a compreensão, cujo alicerce se dá na empatia e escuta, e a explicação que culmina em ativamente investigar e é voltada para diagnóstico. Essa perspectiva confere ao médico psiquiatra uma grande responsabilidade, sustentada pela confiança construída ao longo do acompanhamento do paciente. Por isso, uma abordagem com tamanha complexidade exige um modelo de atuação especializado, que se manifesta desde uma anamnese diferenciada até posturas éticas que ultrapassam o exercício técnico da medicina, a exemplo do não contato voluntário fora do ambiente clínico/hospitalar, algo que demanda do médico atividade fora da sua persona profissional.

CAMPO DE ATUAÇÃO

- HABILITADO PARA PRESCREVER MEDICAMENTOS VOLTADOS PARA O TRATAMENTO DAS DOENÇAS E TRANSTORNOS DA MENTE
- TEM COMO OBJETIVO DE PROMOVER A SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES
- PODE ATUAR EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL, HOSPITAIS, CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS
- OPORTUNIDADES NO SETOR PRIVADO E PÚBLICO



Campo de atuação.

Disponível em: <https://www.soulmedicina.com.br/carreira-medicina/16/residencia-de-psiQUIATRIA--carreira-medica-soul-medicina/>.

Desse modo, o cuidado em saúde mental não pode ser reduzido a protocolos ou intervenções padronizadas, mas deve levar em conta a singularidade de cada sujeito, seus vínculos, história de vida e

contexto social. A atuação psiquiátrica, portanto, requer não apenas conhecimento técnico-científico, mas também sensibilidade, escuta qualificada e constante reflexão ética, reafirmando a centralidade da relação terapêutica e a corresponsabilidade na construção do cuidado.

HISTÓRIA E DIREITOS DO PACIENTE NA PSIQUIATRIA

A história da psiquiatria e dos direitos do paciente psiquiátrico revela um percurso marcado por profundas transformações sociais, políticas e culturais. Inicialmente, os indivíduos com transtornos mentais eram rotulados de forma pejorativa, como loucos, insanos ou alienados, sendo frequentemente isolados e excluídos da sociedade. Essa exclusão refletia um modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, que historicamente desrespeitou os direitos humanos e a dignidade dos pacientes, isolando-os de seus vínculos sociais e familiares (Oda; Dalgallarrondo, 2004; Chamma; Forcella, 2001).

No entanto, a partir da segunda metade do século XX, emergiu um movimento de reforma psiquiátrica que buscou romper com esse paradigma asilar e segregacionista. No Brasil, esse movimento ganhou força nas décadas de 1980 e 1990, culminando na promulgação da Lei nº 10.216, em 2001, que estabeleceu um novo marco legal para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Essa legislação enfatiza o direito ao tratamento respeitoso e humanizado, preferencialmente em serviços substitutivos que



Hospital Psiquiátrico do Juqueri e Manicômio Judiciário.
Disponível em: <https://memorialdaresistencia.org.br/lugares/hospital-psiquiatrico-do-juqueri-e-manicomio-judiciario/>.

promovam a integralidade do cuidado e a reinserção social do paciente, configurando a internação psiquiátrica como último recurso terapêutico, condicionado à justificativa médica adequada (Tenório, 2002; Correia; Lima; Alves, 2007).

Além disso, a reforma psiquiátrica brasileira consolidou a aliança entre saúde mental e direitos humanos, reforçando a importância do protagonismo do paciente e o respeito à sua cidadania. A exemplo da Cartilha dos Direitos do Paciente, proposta pela Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, que incentiva a humanização do atendimento e reconhece o paciente como um sujeito ativo no processo terapêutico, com direito à igualdade, liberdade e exercício pleno da cidadania. Essa mudança exige também uma transformação no ensino e na prática dos profissionais que assumem um papel fundamental na mobilização contra preconceitos e na promoção de um atendimento ético pautado na dignidade humana (Chamma; Forcella, 2001; Silva, 2013).



Emergência psiquiátrica - Depressão refratária.

Disponível em: <https://hospitalsantamonica.com.br/depressao-refrataria-como-um-hospital-e-a-solucao-quando-o-tratamento-nao-funciona/>.

Desse modo, a trajetória da psiquiatria no Brasil reflete não apenas uma mudança no modelo assistencial, mas também uma

evolução no entendimento da saúde mental como uma questão de direitos humanos. No qual a superação do modelo asilar e a valorização de práticas mais inclusivas e humanizadas representam avanços significativos, embora ainda existam desafios a serem enfrentados, como a garantia de acesso a serviços adequados e o combate ao preconceito e estigma em relação à saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E. DOS S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2009.

BERRIOS, German E.; MARKOVÁ, Ivana S. **A epistemologia da psiquiatria**. 2019.

CHAMMA, R. DE C.; FORCELLA, H. T. R. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2001.

CORREA, Cristia Rosineiri Gonçalves Lopes. A Compreensão na Psicopatologia de Karl Jaspers e na Psicanálise. **Mental**, Barbacena, 2011.

CORREIA, L. C.; LIMA, I. M. S. O.; ALVES, V. S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2010.

FROSI, Raquel Valiente; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade

de estudar a história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 2004.

SILVA, M. B. E. Um caso entre a saúde mental e os direitos humanos: as versões e a vítima. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2013.

SOAR FILHO, Ercy José. Psiquiatria e pensamento complexo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 2003.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2002.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, 2012.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. DA. **A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social**. Estudos de Psicologia (Natal), 2004.

Em tempos de avanços tecnológicos acelerados, "Relação Médico-Paciente: Manual para a Humanização da Prática Médica e Prevenção de Conflitos" retorna em sua 2ª edição com um olhar atualizado sobre os desafios e oportunidades da medicina contemporânea.

Sem abrir mão da escuta, do vínculo e do cuidado, a obra incorpora agora o papel da inteligência artificial na prática clínica, oferecendo reflexões sobre como a tecnologia pode, e deve ser uma aliada na construção de relações mais empáticas, seguras e eficientes. Com linguagem acessível e exemplos práticos, este manual é leitura essencial para profissionais e estudantes que buscam aliar inovação e humanidade no exercício da medicina.

Turma do IV Período de Medicina



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ

