

**Fonte:**

[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/152](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/152)

## ARTIGOS

## A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos

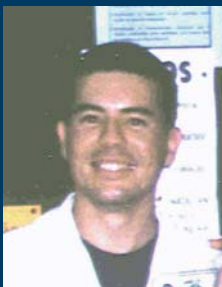
Pierre Góis do Nascimento Júnior  
Teresinha Maria de Macêdo Guimarães

Na medicina atual, um ponto amplamente discutido e evidenciado é o resgate da relação médico-paciente, como um meio essencial e complementar aos recursos tecnológicos. Para se entender melhor essa relação, é importante recorrer à história da medicina, a qual evidencia em seus primórdios a relação médico-paciente como um alicerce que, junto com o exame físico, permitia a extração das informações que norteavam o diagnóstico e a terapêutica da época. Em seguida (século XIX), destaca-se o médico cientificista, que refletia a medicina como uma ciência exata e biológica, desprezando o seu caráter humanista, e ultimamente tem-se evidenciado que apesar do desenvolvimento tecnológico dar à medicina parâmetros valiosos, isso não garante a satisfação do paciente. Outro ponto fundamental para o desenvolvimento desta relação é discernir os fatores que participam deste relacionamento, principalmente os psicodinâmicos, os quais descrevem as inúmeras atitudes e reações possíveis de ocorrer entre o médico e o paciente.

*Unitermos: relação médico-paciente, psicologia médica, história da medicina, relações humanas*

### INTRODUÇÃO

Comunicação, de acordo com o discriminado por Aurélio Buarque de Holanda (1), é “a capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas”. É evidente que essa regra se aplica para qualquer tipo de comunicação e o seu sucesso está diretamente ligado às reações e expectativas dos comunicantes. Apesar desse assunto estar sendo amplamente divulgado e discutido em todos os setores e áreas de trabalho, inúmeras são as rejeições encontradas em todas as áreas, inclusive na área da saúde. Este fato é bem evidenciado quando se discute a relação médico-paciente dentro da prática



**Pierre G. do Nascimento Júnior**  
Médico residente em Clínica Médica  
do SMHN - HRAN



**Teresinha Maria de M. Guimarães**  
Professora doutora da disciplina  
Fisiologia na UFRN

médica. Estudos referentes a essa relação vêm sendo bastante difundidos, no entanto ainda são poucos os profissionais relacionados com a área da saúde dotados de conhecimentos suficientes que os tornem capacitados para usufruir todas as benevolências ou, simplesmente, evitar conseqüências danosas para seus pacientes provenientes dessa relação.

O conhecimento da importância e do papel da relação médico-paciente na prática médica, assim como de todos os fenômenos que se processam na sua dinâmica, são os pré-requisitos primordiais para promover uma melhor compreensão do assunto. Entretanto, para se entender esta interação é importante conhecer e compreender a própria história dessa relação na evolução da medicina, assim como discernir todos os fatores que participam deste relacionamento, principalmente os fenômenos psicodinâmicos, os quais descrevem as inúmeras atitudes e reações possíveis de ocorrer entre as partes diretamente envolvidas. Portanto, o objetivo da presente revisão é discriminar uma seqüência de fatos e elementos que possam proporcionar melhor compreensão e exercício da relação médico-paciente.

### *A importância da relação médico-paciente na evolução da medicina*

---

Em sua origem, a medicina ocidental era uma ciência essencialmente humanística, cujas raízes se assentavam no solo da filosofia, da natureza, e o seu sistema teórico partia de uma

visão holística que entendia o homem como um ser dotado de corpo e espírito. Nesse sentido, para os médicos dessa época, as doenças não eram consideradas isoladamente como um problema especial, mas sim como uma conseqüência da interação entre o homem, vítima da enfermidade, e a natureza que o rodeava, as leis universais que o regiam e sua qualidade individual. Tomando como base esse conjunto de fatos, o médico acharia a verdadeira causa da doença, assim como sua cura. Estas informações demonstram que, na época, o médico deveria ser mais do que um grande pesquisador ou estudioso, necessitava ser fundamentalmente um humanista, um homem sábio que na elaboração do seu diagnóstico levava em consideração não somente dados biológicos, mas também dados ambientais, socioculturais, familiares, psicológicos e até mesmo espirituais, uma vez que para a civilização daquele momento os deuses eram sujeitos ativos na história e na vida das pessoas (2).

Os dados acima citados foram os parâmetros que fundamentaram o modelo do médico hipocrático, isto é, um médico que dispunha de dois alicerces básicos para o exercício da medicina: o exame físico e, em especial, a relação médico-paciente. Relação essa que favorecia a extração de todas as informações que iriam nortear a formulação do seu diagnóstico e da sua terapêutica. Dessa forma, torna-se claro que esse médico era um homem que alia-va conhecimentos científicos e humanísticos na prática médica. Era profundo conhecedor da alma humana e, para tanto, invariavelmente, estava muito próximo do seu paciente,

## ARTIGOS

desenvolvendo com ele uma relação extremamente benéfica e essencial para a boa condução do caso. Além de tudo, era um homem respeitado, pois se percebia claramente que o ato de “curar”, exercido por ele, não era apenas uma operação meramente técnica, mas fundamentalmente uma operação humanocientífica, bem elaborada, complexa e dispendiosa. Esse modelo foi adotado pelos médicos do Ocidente e perpetuou-se historicamente com a evolução da medicina, apesar das mudanças e rupturas ocorridas no decorrer da história.

A partir da segunda metade do século XIX, importantes descobertas causaram uma verdadeira revolução na prática médica. O desenvolvimento de conhecimentos nos campos da patologia, das análises laboratoriais e de medicamentos mais eficazes possibilitou à ciência médica um controle maior das doenças e uma maior probabilidade de cura (3). Além disso, outros avanços aconteceram em outras áreas e esse extraordinário progresso, associado ao crescente desenvolvimento tecnológico, gerou mudanças na forma de atuação dos médicos e na sua formação acadêmica. Conseqüentemente, essa conquista de espaço levou a medicina a ser vista como uma ciência exata e biológica, perdendo pouco a pouco o seu caráter humanístico. O médico que até então dispunha tão-somente de sua proximidade com o seu paciente, aliado a seu exame físico para conduzir o diagnóstico e a terapêutica correta, passou a possuir uma gama de recursos tecnológicos e condutas. Estes parâmetros, por sua vez, não dependiam diretamente de uma boa

relação médico-paciente e ainda poderiam promover certo afastamento do profissional da pessoa que por ele estava sendo atendida. Dessa forma, a necessidade antes primordial de desenvolver uma estreita relação com o paciente para tecer um diagnóstico correto e uma terapêutica adequada foi sendo gradativamente substituída pela solicitação e execução de exames mais acurados e utilização de medicamentos mais eficazes. Estava então criado o conceito do médico cientificista, ou seja, aquele profissional que não mais utilizava os princípios hipocráticos para a condução do caso, mas sim baseava-se apenas em evidências clínicas e tecnológicas que propiciassem um fechamento do diagnóstico. Esse modelo seria, então, uma nova forma de atuação na medicina, uma diferente visão instituída e também com novas prerrogativas, que se identificava através da supervalorização da parte científico-tecnológica no diagnóstico, em detrimento de todos os valores humanísticos antes tão relevantes. Tal fato comprometeu diretamente o grau de relacionamento que os profissionais desenvolviam com seus pacientes, uma vez que nesse momento não mais se apregoava uma visão holística mas sim o crescimento da segmentação. Os pacientes, antes vistos como indivíduos únicos com patologias próprias, passaram a ser vistos como máquinas que apresentavam defeitos. E como tal, através de um exame acurado, identificava-se a peça defeituosa e posteriormente seria realizado o conserto adequado (4). Essa degradação do relacionamento médico-paciente, além de ter sido influenciada por esse modelo cientificista, foi também estimulada pelo interesse materia-

lista cada vez maior dos médicos e também pelas pressões exercidas nos profissionais por empresas de saúde, cujo objetivo principal é maximizar seus lucros através da prática da medicina, desnorteando o vínculo de confiança entre o paciente e o médico (5).

Apesar das vantagens promovidas por todos os recursos tecnológicos e o arsenal terapêutico utilizados na medicina científica, pesquisas, observações e levantamentos estatísticos começaram a colocar em dúvida as vantagens a ela atribuídas. Em 1979, Panasco (6) criticava as práticas médicas relacionando-as com os conceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes ao bem-estar físico, mental e social, chamando a atenção para o fato de que os médicos se preocupavam muito com o primeiro aspecto, pouco com o segundo e nada com o terceiro – quando na realidade as relações sociais e psicossociais comprovadamente podem ser o fiel da balança entre a falta de vontade de viver e o desejo de sobreviver. Uma pesquisa realizada pela Associação Americana de Escolas Médicas expressou claramente que a população queixava-se de que os médicos estavam sem compaixão e mais interessados pelos testes e métodos, do que pelos seres humanos (7). Também o National Center for Health Statistics dos Estados Unidos apontou que as causas comportamentais identificadas nos pacientes eram responsáveis por mais da metade dos gastos com o atendimento à saúde, causas essas jamais detectadas com os avançados recursos tecnológicos, nem tampouco controladas com a terapêutica de última linha (8).

Um outro ponto que contribuiu para o repensar do médico científico foi o fato de os próprios médicos começarem a perceber que a assistência médica era a única prestadora de serviços em que o usuário - o paciente - é participe e muitas vezes o principal responsável pelo êxito do tratamento (9). Além disso, em 1998, Gauderer (10) propagou que os médicos atuavam de forma semelhante a um professor, ou seja, do mesmo modo que este último cria uma parceria com seus alunos ao transmitir seus conhecimentos, o médico também o faz com seu paciente quando atuam conjuntamente com o mesmo objetivo, empenhados em desenvolver e efetivar um plano terapêutico. No entanto, assim como o professor não costuma permitir ao aluno uma voz mais ativa no seu currículo escolar, o médico também não escuta suficientemente os anseios de seus pacientes. Assim, tanto os professores como os médicos queixam-se frequentemente da falta de motivação ou da desobediência do aluno ou paciente.

A partir daí, passou-se a pensar no que estaria a faltar ou no que se teria perdido dentro da prática médica que pudesse explicar todas essas insatisfações. Foi assim que a relação médico-paciente, até então um tanto quanto desvalorizada e desprezada, passou a ser resgatada, recebendo gradativamente uma valorização crescente como sendo um meio essencial e complementar aos recursos tecnológicos. Dessa forma, iniciou-se um processo de re-humanização da medicina, postulando-se que os dois modelos (científico e hipocrático) não eram suficientes por si só, mas sim com-

## ARTIGOS

plementares, tendo em vista que o método tecnológico deveria complementar os dados fornecidos pela anamnese e pelo exame físico do paciente. Concordante a toda essa realidade, características do médico hipocrático passaram a ser consideradas como sendo princípios fundamentais e peculiares à prática médica, pois de acordo com Fraga (7), “a audição que recolhe as queixas, a mão que toca, o gesto que afaça, o olhar que mantém a esperança, o sorriso que consola, a palavra que tranqüiliza, a mente que elabora” são elementos que não podem ser criados por nenhum recurso tecnológico até o presente momento, uma vez que são propriedades exclusivas dos seres humanos. E é diante dessa realidade de complementaridade que a medicina atual tenta avançar na satisfação tanto do seu paciente como dos profissionais da área de saúde.

### *Aspectos psicodinâmicos da relação médico-paciente*

Uma relação médico-paciente satisfatória só se torna possível quando se está disponível para efetuarla. Por outro lado, a disponibilidade por si só não é suficiente para desenvolvê-la de forma adequada, uma vez que nela é fundamental que se leve em consideração os processos mentais e emocionais subjacentes ao comportamento do homem e de sua motivação, em especial quando se manifestam em resposta inconsciente às influências ambientais, às estruturas psicológicas, às alterações consequentes de determinadas patologias, sentimentos despertados e/ou condições de tratamentos.

Nesse sentido, é importante que o médico conheça com detalhes os referidos processos, para que assim possa selecionar o caminho a ser tomado de acordo com cada situação e proporcionar uma melhor forma de se relacionar com o seu paciente.

Diante dessa necessidade, existe uma gama de fenômenos que mediante a situação e os elementos envolvidos fazem parte do contexto da relação médico-paciente. Estes fenômenos poderão ter diferentes graus de intensidade ou profundidade, em função de vários fatores que participam desse relacionamento, dentre os quais destacam-se: a maior ou menor importância da referida relação e as suas interfaces; a primeira ligada diretamente ao tipo de atendimento que o paciente recebe, ou seja, o valor que lhe é atribuído; a segunda, relacionada à patologia de base analisada. Dessa forma, doenças de início precoce, de diminuta gravidade e que causam mínimo impacto emocional no paciente, geralmente produzem uma relação médico-paciente de curta duração, frequentemente superficial, não apresentando influência demasiada no comportamento do profissional. Já as doenças de início recente, porém de gravidade relevante, exacerbam os mecanismos afetivos, dando como consequência direta uma influência importante sobre o trabalho do médico. Por outro lado, os fenômenos psicológicos assumem especial importância nas doenças de longa duração que necessitam de cuidados médicos crônicos, pois ao lado dos recursos terapêuticos (dieta, medicamentos, fisioterapia, cirurgia e outros) a ação psicológica do médico passa a ter um

papel fundamental. Fenômenos semelhantes também são observados nas doenças de cura incerta ou improvável, onde o aspecto psicológico passa a ter, na grande maioria das vezes, igual ou superior significado que os medicamentos ou outras formas terapêuticas. Em especial, nas situações com pacientes terminais, o componente emocional assume enorme valor, pois tanto para o paciente, que se apresenta com a morte iminente, como também para o médico, que vive a impossibilidade de adiá-la, essa realidade passa a ser um potente estímulo para mudanças de comportamento, podendo assumir matizes que vão desde a revolta até mesmo às frustrações. Nessas situações, a maturidade emocional e não mais somente o preparo técnico torna-se o fator preponderante para a melhor condução do caso, pois vários fenômenos inconscientes do médico e do paciente podem despertar e vir à tona, marcando de forma favorável ou negativa a conduta.

Os conhecimentos adquiridos através das observações da estrutura psicológica do doente e do médico, das modificações que as patologias ocasionam na situação vital de quem delas padecem, os sentimentos despertados pela duração da doença e as condições do tratamento (hospitalização, regime ambulatorial, consultório particular) permitiram identificar diferentes possibilidades da relação médico-paciente, as quais estão objetivadas através de modelos (11) que ressaltam três ângulos diferentes do mesmo fenômeno: o grau de atividade-passividade (formulado por Hollender), a distância psicológica (formulada por Von

Gehsattel) e o grau de contato pessoal (formulado por Tatossian).

O modelo que enfoca o grau de atividade-passividade distingue três tipos básicos de relação médico-paciente:

- Atividade-passividade – interação na qual o paciente abandona-se por completo e aceita passivamente os cuidados médicos, sem mostrar necessidade ou vontade de compreendê-los. É a situação característica da medicina de urgência, onde quanto mais ativo e seguro se mostrar o médico, mais tranqüilo e confiante ficará o paciente;
- Direção-cooperação – nesse tipo, o médico assume seu papel de maneira até certo ponto autoritária, mas o paciente compreende e aceita tal atitude, procurando colaborar;
- Participação mútua e recíproca – relação em que o médico permanece no seu papel de definir os caminhos e os procedimentos, mas o paciente compreende e atua conjuntamente. Nesse caso, as decisões são tomadas após troca de idéias e análise de alternativas. O paciente assume a responsabilidade, havendo então uma interpenetração de papéis, ou seja, uma aliança entre ele e o médico.

Nenhum dos tipos de relações acima discriminadas é melhor que a outra. Elas simplesmente correspondem a situações dadas e caracterizam pacientes que se encontram em contextos psicológicos distintos (11).

## ARTIGOS

O modelo que enfoca a distância psicológica também distingue três fases na relação que se estabelece entre o profissional e o paciente:

- A do apelo humano – onde o profissional responde inicialmente à demanda do enfermo, satisfazendo suas necessidades. Não o frustra e, ao aproximar-se, ainda não o considera como objeto de estudo;
- A do afastamento ou de objetivação – correspondendo a do exame chamado científico. Nesta fase, o profissional já não considera o enfermo como uma pessoa, mas sim como um objeto de estudo. As relações afetivas passam para segundo plano;
- A de personalização da relação – inicia-se após o estabelecimento do diagnóstico e do plano terapêutico. O profissional pode aproximar-se de seu paciente e considerá-lo não só como um caso, mas como pessoa que sofre com determinada enfermidade, havendo assim a integração dos elementos das fases anteriormente citadas, isto é, dos aspectos científicos e humanos.

O que difere este segundo modelo do anterior é que a relação pode progredir de uma fase para outra. Em alguns casos, observa-se a parada do profissional na fase de afastamento ou objetivação, o que constitui particularidade que muitos pacientes identificam em determinados profissionais, como frieza afetiva no trato que lhes é dispensado. Além disso, essa parada pode refletir uma espécie de proteção profissional, ou seja, um mecanismo de defesa contra

as emoções e sentimentos identificados como afastamento emocional, capaz de limitar de maneira relevante a dinâmica da relação médico-paciente, dificultando o próprio exercício da profissão.

Um terceiro modelo enfoca o grau de contato pessoal e aborda dois níveis de relação:

- Relação interpessoal – na qual observa-se entre o profissional e o seu paciente uma interação direta que se realiza nos níveis intelectuais, afetivos, conscientes e inconscientes, além de utilizar um mundo imaginário;
- Relação de prestação de serviços – nesse nível, considera-se a tarefa assistencial como um serviço de reparação, ou seja, o cliente se dirige a um especialista para reparar um objeto. A relação do especialista com o seu cliente é pautada pelo ritual social da tomada de contato, com explicações sobre o defeito do objeto e sobre a reparação necessária.

No campo da saúde, é freqüente a utilização desses dois níveis referenciais, uma vez que o especialista, por um lado, isola o objeto (o corpo, a parte do corpo, o sintoma) e trata de repará-lo; por outro, interage com uma pessoa, que está indissolúvelmente ligada ao objeto (11).

Dentro de todos esses modelos de relação médico-paciente citados, inserem-se os principais fenômenos psicodinâmicos, os quais são



na verdade elementos ao mesmo tempo racionais e irracionais, realísticos e irrealísticos, maduros e infantis, conscientes e inconscientes, provenientes de uma dinâmica interação entre o paciente e o médico. Nessa relação os mecanismos mais identificados são: transferência, contra-transferência e resistência. E os conceitos de cada um deles provêm da ciência psicanalítica e nela encontram sua maior aplicação. No entanto, a prática médica cotidiana constitui-se de vasto domínio terapêutico independente de técnicas psicoterápicas especiais e indissociáveis do trabalho de qualquer médico (12).

O mecanismo de transferência é o processo no qual são trazidos para o relacionamento médico-paciente sentimentos e conflitos originários de relacionamentos anteriores. Ao entrar em contato com o médico, o paciente revive nas profundezas de seu mundo emocional, em nível inconsciente, sentimentos nascidos e vivenciados nestas relações primárias, como se fossem situações novas. Fala-se de transferência positiva quando o paciente vivencia o relacionamento de maneira agradável, confirmando a expectativa que tinha de encontrar no médico uma pessoa disponível, atenciosa e com capacidade para lhe ajudar. Do ponto de vista psicodinâmico, o paciente estaria transferindo para o médico o afeto já sentido por outra pessoa, quase sempre pai ou mãe (12). Na maioria desses pacientes as atitudes transferenciais são positivas. Geralmente, têm a tendência de atribuírem a esse profissional de saúde propriedades poderosas e onipotentes, sentindo-se, por outro lado, na grande maioria

das vezes, pequenos, desamparados e à mercê dos referidos profissionais (13). A transferência também pode ser negativa. Neste caso, a atitude do paciente pode revelar sentimentos tais como desconfiança, inveja, desprezo, irritação ou até mesmo ira ou raiva exposta. Alguns comportamentos do médico durante o exame clínico podem ser a causa dessa transferência negativa, por exemplo: má apresentação, pressa, indiferença, uso de palavras difíceis, etc. Muitas vezes o paciente pode apresentar essa transferência negativa sob a forma de reserva geral, escassez de informações ou pouca disposição de cooperar durante o exame e o tratamento, dificultando, assim, toda a resolução do caso (14, 15, 16).

Os fenômenos de transferência não ocorrem somente do paciente para o médico, o inverso também é observado, ou seja, do médico para o paciente. Quando isso ocorre, é denominado contra-transferência e corresponde à passagem de aspectos afetivos do profissional para o paciente, entrando em jogo mecanismos inconscientes nascidos em sentimentos já vividos pelo médico em relações anteriores – com os pais, filhos, cônjuge ou outras pessoas. Nenhum profissional consegue entrevistar um paciente e evitar, pelo menos parcialmente, relacionar os fatos por ele relatados com episódios de sua própria vida ou família. Os médicos são seres humanos e não conseguem isolar suas emoções de seu trabalho, numa espécie de robotização espiritual. É fundamental que saibam reconhecer seus próprios sentimentos, fraquezas e problemas emocionais então despertados, mantendo-os sob controle (12). A

## ARTIGOS

contra-transferência pode ser positiva ou negativa e depende de inúmeros fatores, advindos tanto do paciente – tais como idade, sexo, situação social, apresentação e comportamento – como do próprio profissional, onde se destaca cansaço, irritação, situação social, insatisfação no trabalho e até mesmo conjugal (17). A contra-transferência positiva é útil e importante, principalmente para o tratamento dos pacientes com doenças crônicas e incuráveis. Quando negativa, geralmente é relatada pelo médico como sendo aquele paciente “chato”, “irritante”, “enjoado”. Nesse caso, cabe exclusivamente ao médico elaborar seus conflitos emocionais, não deixando que interfiram negativamente na relação com o seu paciente (12).

O mecanismo da resistência é designado como sendo qualquer fator ou mecanismo psicológico inconsciente que compromete ou atrapalha a relação médico-paciente. Os fenômenos de resistência podem surgir no momento inicial da primeira consulta e se reforçarem ao longo da convivência entre os envolvidos. Exemplos simples de resistência são os esquecimentos de horários pelo paciente, o adiamento ou recusa em fazer exames solicitados, o uso irregular ou abandono de tratamento, o não-seguimento de regimes alimentares. Outras vezes, a resistência consiste em ocultar ou deturpar sintomas ou fatos relacionados à doença, como acontece com os pacientes que negam o uso de bebidas alcoólicas, mesmo quando apresentam claras evidências de intoxicação etílica. Esses mecanismos podem ser interpretados como contestação à autoridade do médico, cabendo a

ele compreender estes fenômenos psíquicos para manter-se, sempre, na condução do relacionamento com o paciente.

Do ponto de vista psicanalítico, admite-se que em toda relação humana há ambivalência, existindo na mente dos pacientes impulsos que trabalham a favor e impulsos que se colocam contra esta relação. Estes aspectos contraditórios devem ser conhecidos, compreendidos e detectados pelo médico nos momentos em que se transformarem em dificuldade para o paciente. Sendo aconselhável, inclusive, que o médico analise-os juntamente com o paciente com o objetivo de elaborá-los e superá-los, proporcionando uma evolução consciente e inconsciente para todos os envolvidos.

### *Comentário final*

De forma geral, os dados indicam que é através dos seus conhecimentos que o médico pode aperfeiçoar sua capacidade de relacionar-se com o seu paciente, produzindo, assim, uma interação proveitosa e lucrativa para o exercício de uma medicina integral que beneficiará ambas as partes. Por outro lado, os fatos relatados e outros encontrados na literatura (18, 19) sugerem que para se desenvolver uma relação médico-paciente de forma satisfatória não se faz necessário exigir do profissional grande esforço, muito pelo contrário, o básico da relação não depende de recursos tecnológicos, de drogas de última linha ou de conhecimentos científicos elaborados, eles podem ser corrigidos independentemente de recursos financeiros.

ros ou técnicas apuradas e está intimamente ligado a um contexto propiciador de diálogo e cooperação entre as partes envolvidas. Enfim, considerando ser o médico o componente mais conscientizado na relação médico-paciente, espera-se que parta dele o desejo de manifestar, idealizar e desenvolver essa relação na sua forma mais ampla, considerada tão necessária na atualidade (7, 19, 20, 21).

### *Agradecimentos*

---

Os autores agradecem a professora Maria de Fátima Arruda de Miranda e a srta. Tatiana Larissa Soares da Silva pelas sugestões, revisão e transcrição do resumo para o inglês e espanhol, respectivamente.

---

### **RESUMEN**

La relación médico-paciente y sus aspectos psicodinámicos

En la medicina actual, un punto extensamente discutido y evidenciado es el rescate de la relación médico-paciente, como medio esencial que complementa los recursos tecnológicos. Para comprender mejor esa relación es importante recorrer a historia de la medicina. Esta se hace evidente en los comienzos de la relación médico-paciente como un pilar que junto al examen físico permitía obtener la información que dirigía el diagnóstico y el tratamiento de esa época. Luego, se destaca el médico científico que entendía la medicina como una ciencia biológica y exacta, despreciando su carácter humanístico y, ultimamente se ha llegado a la conclusión que apesar del desarrollo tecnológico de la medicina, eso no le garantiza la satisfacción del paciente. Otro punto de esa relación es discernir los factores que participan de este relacionamiento, principalmente los psicodinámicos, los cuales describen las diversas actitudes y reacciones posibles que pueden ocurrir entre el médico y el paciente.

*Unitérminos: relación médico-paciente, psicología médica, historia de la medicina, relaciones humanas*

## ARTIGOS

**ABSTRACT****The doctor-patient relationship and its psychodynamic aspects**

At nowadays medicine, regaining doctor-patient relationship as an essential and complementary tool to technological instruments is emphasized. In order to better understanding this relationship, it is important to recall the history of medicine, once in primordial medical activities, doctor-patient relationship was essential, and its association to physical examination was the basis for diagnosis and therapeutics to be applied. Around the XIX century, the concept of scientificist doctor became emphasized, one that conceived medicine as an exact and biological science, with no emphasis on its humanistic approach. Recently, it has become clear that although technological development has provided medicine with valuable diagnosis parameters, that does not guarantee the patients' satisfaction. Another fundamental aspect concerning the development of this relationship is recognizing the factors that are part of it, especially the psychodynamic ones, which express the various attitudes and reactions that might take place between the doctor and the patient.

*Uniterms: doctor-patient relationship, medical psychology, history of medicine, human relations*

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ferreira ABH. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. *Apraxia*; p. 443.
2. Gallian DMC. *A (re)humanização da medicina. Psiquiatria na prática médica 2000*; 33(02). Disponível em < <http://www.epm.br/polbr/ppm/especial02.htm>.
3. Oliveira AB. *A evolução da medicina até o início do século XX*. São Paulo: Pioneira/Secretaria de Estado e Cultura, 1981.
4. Sá E. *A iatrogenia na relação médico-paciente, 2000*; 11(02). Disponível em < <http://www.msb.br/pro.cien/cia/vol1num2/elida/elida.htm>.
5. Crawshaw R, Rogers DE, Pellegrino ED, Bulger RJ, Lundberg GD, Bristow LR, Cassel CK, Barndess JA. *Patient-physician covenant*. *JAMA* 1995; 273(19):1553.
6. Panasco WL. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*, Rio de Janeiro: Forense, 1979.
7. Fraga CF. *Relação médico-paciente*. *Jornal do Clínico* 2000; 7(48):2-3.
8. Bennett JCPF. *Tratado de medicina interna*. 20ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
9. Coutinho LM. *Responsabilidade ética penal e civil do médico*. Brasília: Brasília Jurídica, 1997.

10. Gauderer EC. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.
11. Martins MCFN. *Relação profissional-paciente: subsídios para profissionais de saúde*. *Psychiatry online Brazil*, 1997; 2(3). Disponível em <<http://www.polbr.med.br/arquivo/azira.htm>>.
12. Porto CC. *Semiologia médica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
13. Martins C. *Perspectivas da relação médico-paciente*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
14. Ballint M. *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 1988.
15. Tahka V. *O relacionamento médico-paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
16. Mello JF. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
17. Jeammet P. *Manual de psicologia médica*. São Paulo: Durban, 1989.
18. Soar EJF. *A interação médico-cliente*. *Rev Assoc Méd Brasil*, 1998; 44(1):35-42.
19. Nascimento Júnior PG, Guimarães TMM. *Reações e expectativas do paciente frente ao médico*. *Rev Bras Clín Terapêut*, 2002; 28(1): 27-35.
20. Caprara A, Lins A, Franco S. *A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica*. *Cad Saúde Púb (Rio de Janeiro)* 1999; 15(3):647-54.
21. Nascimento Júnior PG. *Reações e expectativas do paciente frente à pessoa do médico [monografia]*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Curso de Medicina, 2001.

---

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Teresinha Maria de Macêdo Guimarães  
Departamento de Fisiologia – Centro de  
Biotecnologias – Campus Universitário - UFRN  
Caixa Postal nº 1511  
CEP 59.078-970  
Natal/RN – Brasil*