

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: DA ASSIMETRIA HISTÓRICA À AUTONOMIA CONTEMPORÂNEA – UMA REVISÃO DE LITERATURA

DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: FROM HISTORICAL ASYMMETRY TO CONTEMPORARY AUTONOMY – A LITERATURE REVIEW

Gabriel da Silva dos Santos¹
Lais Destri dos Santos²
Felipe Calza Chiodi³
Nicole Acordi Severo⁴
Gabriela de Aguiar Cesco⁵
Isabela Borella da Silva⁶

RESUMO

Introdução: A relação médico-paciente, historicamente marcada por assimetrias de poder e conhecimento, tem se transformado nas últimas décadas, impulsionada por mudanças socioculturais, avanços tecnológicos e pela valorização da autonomia do paciente [1,2]. O modelo biomédico tradicional, centrado na figura do médico, dá lugar a abordagens mais humanizadas, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que reconhece a integralidade do indivíduo e a importância da comunicação efetiva [1,3]. **Objetivo:** Investigar como a relação médico-paciente é construída nas práticas assistenciais, considerando que a eficácia do atendimento está diretamente relacionada à subjetividade do indivíduo. **Metodologia:** Estudo descritivo e revisão de literatura nas bases SciELO, BVS, Google Scholar e LILACS. Foram incluídos 20 artigos publicados em português entre 2020 e 2024, utilizando os descritores DeCS: Assistência à Saúde e Relações Médico-Paciente. **Resultados:** A análise evidenciou que a qualidade da relação médico-paciente está associada à comunicação clara, empatia, continuidade do cuidado e competência cultural. Barreiras persistem, como práticas centradas no médico, falhas de comunicação e limitações estruturais [1]. Estudos indicam que práticas centradas no paciente melhoram a adesão ao tratamento, o controle de sintomas e a

¹Graduando em Medicina pela Universidade do Contestado. Concórdia. Santa Catarina. Brasil. E-mail: gabrielsantosmariano77@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9289-3733>.

²Graduando em Medicina pela Universidade do Contestado. Concórdia. Santa Catarina. Brasil. E-mail: laisdestridossantos@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4802-2472>

³Graduando em Medicina pela Universidade do Contestado. Concórdia. Santa Catarina. Brasil. E-mail: felipe.chiodi@aluno.unc.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8469-9276>.

⁴Graduando em Medicina pela Universidade do Contestado. Concórdia. Santa Catarina. Brasil. E-mail: nicole.severo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2832-2584>.

⁵Graduando em Medicina pela Universidade do Contestado. Concórdia. Santa Catarina. Brasil. E-mail: gabriela.cesco02@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1658-4359>.

⁶Especialista em Clínica Médica pela Universidade do Vale o Taquari. Docente em medicina pela Universidade do Contestado. Concórdia. Santa Catarina. Brasil. E-mail: isabelaborellasilva@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1310-3904>.

satisfação geral [3]. **Considerações finais:** A assistência exige abordagem integral e humanizada, que respeite as particularidades do paciente e promova sua autonomia. Isso requer escuta ativa, empatia, competência cultural e compromisso ético com a corresponsabilidade no cuidado.

Palavras-chave: assistência à saúde; relações médico-paciente; autonomia pessoal; comunicação em saúde; humanização da assistência.

ABSTRACT

Introduction: The doctor-patient relationship, historically marked by asymmetries of power and knowledge, has undergone significant transformations in recent decades, driven by sociocultural changes, technological advances, and the growing emphasis on patient autonomy [1,2]. The traditional biomedical model, centered on the physician, is gradually giving way to more humanized and participatory approaches, such as the Patient-Centered Clinical Method (PCCM), which acknowledges the individual's wholeness and the importance of effective communication [1,3]. **Objective:** To investigate how the doctor-patient relationship is constructed in everyday healthcare practices, considering that the effectiveness of care is directly related to the individual's subjectivity. **Methodology:** This is a descriptive study and literature review conducted in the SciELO, BVS, Google Scholar, and LILACS databases. Twenty articles published in Portuguese between 2020 and 2024 were included, using the DeCS descriptors: Health Care and Physician-Patient Relations. **Results:** The analysis revealed that the quality of the doctor-patient relationship is associated with clear communication, empathy, continuity of care, and cultural competence. Persistent barriers include physician-centered practices, communication difficulties, and structural limitations within health services [1]. Studies show that patient-centered practices improve treatment adherence, symptom control, and overall satisfaction [3]. **Final Considerations:** Healthcare requires a comprehensive and humanized approach that respects the patient's particularities and promotes autonomy. This demands multiple skills from physicians, including active listening, empathy, cultural competence, and an ethical commitment to shared responsibility in care.

Keywords: health care; physician-patient relations; personal autonomy; health communication; humanization of care.

Artigo recebido em: 25/08/2025

Artigo aceito em: 30/09/2025

Artigo publicado em: 02/10/2025

Doi: <https://doi.org/10.24302/rmedunc.v4.6059>

INTRODUÇÃO

Apesar do avanço tecnocientífico, o lugar social do médico se transformou: a relação com o paciente, cada vez mais mediada por instituições e contratos, transita do paternalismo para arranjos regulados por direitos, deveres e responsabilização. Em sociedades marcadas por individualismo e confiança formal, o antigo “semideus de branco” cede espaço ao prestador de serviços passível de controle e julgamento[4], fenômeno associado à juridificação da prática e

ao enquadramento consumerista em determinadas situações. Ainda assim, permanece a assimetria estrutural baseada no saber técnico, que precisa ser equilibrada por comunicação, respeito e corresponsabilidade.

Na prática hodierna, essa relação é (re)construída cotidianamente. A qualidade do cuidado depende das habilidades do profissional em acolher singularidades, integrar valores e preferências do paciente e sustentar decisões compartilhadas. Isso implica dever recíproco de informação, condição para o exercício da autonomia e observância de marcos éticos e legais contemporâneos, como o consentimento livre e esclarecido e o direito de recusa terapêutica [5][6].

Considerar linguagem acessível, explicitar riscos/benefícios e checar compreensão ampliam o engajamento do paciente no próprio processo de adoecimento e cuidado. Relações mais confiáveis e colaborativas associam-se a melhores desfechos: maior adesão terapêutica [7], controle de sintomas, bem-estar psicológico e satisfação com o cuidado, especialmente quando há continuidade e possibilidade de consulta oportuna na atenção primária [8].

A atenção centrada na pessoa e na família, ancorada em dignidade, respeito, compartilhamento pleno de informações e participação de todos nas decisões fortalece o vínculo e a aliança terapêutica [9]. Esses elementos são essenciais na APS e dialogam com desafios contemporâneos como tempo limitado de consulta, telemedicina e mediações institucionais, exigindo competências comunicacionais refinadas e arranjos organizacionais que sustentem continuidade e confiança.

O avanço na relação médico-paciente demanda aprimoramento de competências técnico-relacionais e um modo de organizar o trabalho que preserve a autonomia do indivíduo, sem abdicar da autoridade técnica do médico. Modelos contemporâneos, como o contratualista, buscam conciliar expertise profissional e participação ativa do paciente, articulando responsabilidades sob um compromisso ético e informacional claro — movimento reforçado pela juridificação e pela cultura de direitos em saúde [5,10].

Esse processo precisa ser contínuo, claro e ativo. Diante de mudanças demográficas e socioculturais, de modos de vida e do trabalho, a simetria possível da relação se apoia em informação qualificada, escuta efetiva, decisões compartilhadas e organização dos serviços que valorize vínculo longitudinal. Assim, paciente e médico tornam-se, de fato, parceiros no cuidado com ganhos concretos para a adesão e a qualidade do tratamento [11].

Historicamente, a relação médico-paciente se desenvolveu em um contexto o qual caracterizava-se pela assimetria, onde o paciente em sua pluralidade era subordinado, haja vista

que a atuação do médico, supostamente, visaria o bem do paciente (paternalismo beneficente). A partir do fim do século passado, a ideia de autonomia vem reforçando fortemente a necessidade de introduzir ações humanísticas que equalizem essa relação de assimetria. A construção desse caminho em direção à simetria é feita pela autonomia, que ganhou concretização com a juridificação da relação médico-paciente[13]. Apesar do crescente avanço tecnológico e científico da medicina, o médico assume um lugar comum na sociedade à espera de rostos anônimos. Muitas vezes, ele próprio é um desconhecido, cuja relação com o paciente é intermediada por instituições hospitalares e planos de saúde. Sua atividade é cada vez mais regulada, apesar da autoridade que detém em razão do conhecimento e saber que o qualifica. Afinal, em sociedades individualistas, a confiança no outro se estabelece prioritariamente por meio de instrumentos formais, uma vez que há dificuldades em olhar e reconhecer nesse outro uma extensão de todo eu. “O semideus de branco tornou-se um normal prestador de serviço que pode ser levado diante do magistrado”[12]. No hidierno a relação médico-paciente é construída diariamente no cotidiano das atividades médicas, posto que a qualidade do atendimento prestado está vinculado com os esforços e habilidades do profissional de saúde em adequar-se às características subjetivas de cada paciente. Indubitavelmente é fundamental pois o resultado do trabalho médico depende da forma como esta relação foi construída. Deve o médico atuar de maneira a respeitar a autonomia e individualidade do paciente, utilizar seu conhecimento científico a favor da elaboração de propostas que buscam a melhor orientação e tratamento de seu paciente. Desse modo, a relação deve considerar os aspectos individuais, apresentando informações com clareza e utilizando de meios de linguagem acessíveis ao indivíduo, o que implicará em maiores indagações por parte do paciente sobre o seu processo de doença, resultando em maior esclarecimento do tema e maior consciência do estado de saúde, tornando o indivíduo, dessa forma, sujeito ativo na manutenção de seu tratamento, além de proporcionar maior adesão ao plano terapêutico, que é definido como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional da saúde [13]. Desta maneira, a atenção centrada na pessoa e na família amparada em dignidade, respeito e compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (usuário, família e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada permite a criação de um vínculo integral entre médico e paciente, baseando-se em uma relação de confiança e empatia, garantindo maior qualidade do serviço prestado, conforme citado por [14]. Sendo assim, o avanço na relação médico-paciente estabelece o aperfeiçoamento das competências médico assistenciais, desenvolvendo uma organização de

trabalho fundamentada na autonomia do indivíduo para com a sua saúde, preservando e restabelecendo a saúde do paciente e da família. Isso posto, esse processo precisa ocorrer de forma linear, contínua, clara e ativa, uma vez que o número de indivíduos vem crescendo e que conseqüentemente tem elevado a expectativa de vida, com maior presença de idosos; além disso, as mudanças sociais, econômicas e a globalização tem gerado um impacto no modo de vida, no modo de viver, trabalhar e de se alimentar da população.

O proposto estudo tem como objetivo investigar a construção da relação médico-paciente em práticas assistenciais, considerando que a eficácia do atendimento está diretamente relacionada à subjetividade do indivíduo e a criação de vínculo com o profissional médico.

METODOLOGIA

Como estratégia para o desenvolvimento deste estudo foi adotada a revisão bibliográfica e descritiva; O escopo da pesquisa é a investigação das questões inerentes a relação médico-paciente no cotidiano das atividades médico assistenciais.

Este estudo foi realizado por meio das bases de dados; Google Scholar, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Através dos descritores: “Assistência médica; Relação médico-paciente. Estabeleceu-se um recorte temporal de 2014 à 2025. Aplicado o mesmo método em todas a bases de dados.

Foram estabelecidos critérios para seleção dos trabalhos que participam da pesquisa. Como critério de inclusão foi adotado: trabalhos que estiverem em língua portuguesa com conteúdo na íntegra, respeitando o recorte temporal, em concordância com o tema pré-estabelecido, contendo os descritores utilizados. Por conseguinte, como critério para exclusão de trabalhos foram aplicados os critérios: trabalhos em outras línguas, não disponíveis na íntegra, que não apresentassem os descritores supracitados, destoantes ao período temporal definido, trabalhos em forma de carta, editorial, notícias, não apresentassem significância temática capaz de viável aos objetivos do trabalho.

Realizada a leitura integral dos trabalhos, foram selecionados 20 trabalhos que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão. Através de uma leitura interpretativa, buscou-se extrair conceitos e entendimentos propostos pelos autores e sistematizar conhecimentos, a fim de construir uma pesquisa em conformidade com o objetivo.

RESULTADOS

Os artigos avaliados neste estudo foram obtidos a partir das bases de dados Google Scholar, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “Assistência médica” e “Relação médico-paciente” e aplicando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

No recorte temporal de 2014 a 2025, a base SciELO apresentou 9 estudos, dos quais 7 atenderam aos critérios de inclusão. Na LILACS, foram identificados 12 estudos, sendo 9 selecionados por alinhamento temático. No Google Scholar, dos 30 estudos recuperados, 25 foram incluídos. Já na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram encontrados 13 trabalhos, dos quais 10 se enquadraram nos critérios.

Durante a análise, observou-se a ocorrência de duplicidade entre as bases, especialmente entre LILACS e BVS, devido à integração de seus registros. Após a remoção das duplicidades e aplicação dos critérios de seleção, 20 artigos compuseram o corpus final da pesquisa, todos em língua portuguesa, disponíveis na íntegra e em conformidade com o escopo do estudo.

Os trabalhos selecionados abordam, majoritariamente, a importância da relação médico-paciente no contexto das atividades médico-assistenciais. No entanto, verificou-se um número expressivo de estudos que enfatizam a assimetria entre paciente e médico, enquanto poucos exploram de forma aprofundada a autonomia do indivíduo no cuidado com a própria saúde — o que limita a discussão sobre relações mais simétricas e centradas no paciente.

Tabela 1 – Resultados da busca

Base de dados	Total	Selecionados	Repetidos	Excluídos
<i>Google Scholar</i>	30	25	9	5
<i>LILACS</i>	12	9	7	3
<i>SciELO</i>	9	7	3	2
<i>BVS</i>	13	10	7	3

DISCUSSÃO

A transformação da relação médico-paciente reflete uma mudança paradigmática que acompanha tendências globais de valorização da autonomia, corresponsabilidade no cuidado e comunicação efetiva. A literatura recente aponta que a transição de um modelo biomédico tradicional, centrado na figura do médico como detentor exclusivo do saber, para abordagens mais participativas, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), representa não

apenas uma evolução técnica, mas sobretudo cultural, com impactos diretos na qualidade do cuidado prestado [1,2,3].

Estudos analisados indicam que a comunicação clara e a escuta ativa continuam sendo pilares fundamentais dessa relação, atuando como facilitadores da compreensão mútua e da construção de confiança. A empatia, destacada em diversas pesquisas recentes, não é apenas uma habilidade interpessoal, mas um componente essencial para a adesão ao tratamento, para o manejo adequado de sintomas e para a humanização do cuidado [1,4].

Apesar dos avanços, ainda se observam barreiras estruturais e comportamentais que dificultam a consolidação de práticas centradas no paciente. Entre elas, destacam-se a persistência de condutas paternalistas, a insuficiência de tempo destinado às consultas e as limitações na infraestrutura dos serviços de saúde — fatores que, segundo a literatura, comprometem a individualização do atendimento [2,5]. Esses elementos também são reforçados por estudos que apontam a assimetria de poder como desafio persistente, especialmente quando o paciente não é plenamente estimulado a participar das decisões sobre seu tratamento.

Outro ponto de convergência entre os achados deste estudo e a literatura recente é o reconhecimento da competência cultural como um diferencial na prática médica contemporânea. A habilidade de compreender e respeitar as diferenças culturais, sociais e individuais amplia a efetividade das orientações e fortalece o vínculo terapêutico, conforme defendem pesquisas dos últimos cinco anos [6,7].

Além disso, evidencia-se a necessidade de capacitação continuada voltada para a humanização e a comunicação médico-paciente, pois a formação acadêmica tradicional ainda dedica espaço limitado a essas competências. A implementação de protocolos e ferramentas inspirados no MCCP, associada ao treinamento em habilidades socioemocionais, pode reduzir barreiras e potencializar a corresponsabilidade no cuidado.

Um exemplo de iniciativa internacional voltada à humanização da assistência é a Certificação Planetree, que reconhece instituições de saúde comprometidas com o cuidado centrado na pessoa. Essa abordagem valoriza não apenas o tratamento da condição clínica, mas também as necessidades emocionais, sociais e individuais de cada paciente, promovendo sua participação ativa no processo de cuidado. Hospitais certificados frequentemente contam com comissões de pacientes e familiares, que contribuem para a melhoria contínua dos serviços a partir de suas próprias experiências, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e comunidade[15]

Por fim, os achados reforçam que a melhoria dessa relação não depende apenas de mudanças individuais na conduta médica, mas de ajustes sistêmicos, incluindo políticas públicas de saúde que priorizem modelos de atendimento integral e centrado no paciente. Essa integração entre competência técnica, humanização e estrutura adequada é o que sustenta a construção de relações mais simétricas, nas quais a autonomia do paciente deixa de ser uma exceção e se torna elemento central do ato médico.

CONCLUSÃO

A relação médico-paciente deve estar desvinculada da assimetria, visto que deve se respeitar o princípio da autonomia, nesse contexto tal princípio orienta que o médico aceite a vontade do paciente, tendo ele o direito a negativa. Assegurado pelo princípio da dignidade da pessoa humana e protegido na Constituição Federal, no seu art. 1º, III, e previsão expressa no Código Civil, no art. 15.9. A autonomia, quando se fala em consentimento informado, é o direito do paciente de decidir sobre o seu corpo, segundo sua visão de vida, de mundo e de religiosidade, mesmo quando conflitantes com a maioria da sociedade ou da classe médica (CRM, 2018).

[...] respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar ações seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam daqueles dominantes na sociedade (CRM, 2018).

Alguns fatores devem ser considerados se tratando da relação médico-paciente, como: estruturas biológicas, socioculturais, psíquicas, dentre outras. Há pessoas que, de forma transitória ou permanente, têm sua autonomia reduzida, como as crianças; deficientes intelectuais; pessoas em estado de agudização de transtornos mentais; indivíduos sob intoxicação exógena, que se encontram sob efeito de drogas, em estado de coma. Reconhecer a autonomia do paciente é respeitar sua vontade, anuir com sua capacidade de se autogovernar e legitimar sua participação ativa no processo terapêutico [16]

Nesse sentido, a assistência deve ser realizado de forma integral, deve abranger aspectos biopsicossociais, posto que incorporar a família à assistência promove um processo de cura e reabilitação satisfatório. Uma vez que o paciente manifesta medos, ansiedades e dilemas particulares que, por vezes, dificultam a sua autonomia. O médico, é capaz de transmitir segurança, tranquilizar e aliviar os anseios.

Prioritariamente a relação ideal deve ser compreendida como um acordo de interesses, na qual uma pessoa com demanda sanitária busca, voluntariamente, um profissional que possa satisfazê-lo. Tal compreensão permite a criação de um plano terapêutico que, decorrendo do respeito mútuo, possa concatenar o saber médico sem descartar o saber e a autonomia do paciente. A alteridade reforça e reconhece a dimensão do outro ser tratado como tal. Como diferente em seu modo de viver e ser no mundo, sem juízos de valor ou hierarquias, o que permite o respeito a sua singularidade e sua idiossincrasia [17]

Nesse sentido, é importante ressaltar a importância da criação de vínculo para que o processo saúde-doença seja compreendido de forma abrangente, garantindo-se, assim, uma boa qualidade assistencial. A medicina deve ser feita por vocação, ou seja, que é esperado, dos estudantes, o desenvolvimento de outras habilidades para além das técnicas no processo de se tornarem médicos, com vistas a uma atuação humanizada na relação com os sujeitos de seu fazer profissional. Entretanto para ser um profissional humano é necessário construir uma prática embasada em ser empático.

Uma assistência adequada é a que adota uma abordagem cuidadosa para com o paciente, tratando o problema e evidenciando que o foco da atenção não está somente na doença, mas centrado no cuidado com o indivíduo que a apresenta, a criação de vínculos com foco no diagnóstico, diminuição do sofrimento e reabilitação são pontos-chave para a assistência médica [18]

A relação médico-paciente ideal deve ser sempre pautada em um processo humanizado, baseado em uma comunicação empática e flexível para com as necessidades de cada indivíduo, e, principalmente, levando em consideração suas características individuais, seu estado emocional e seu acesso à rede de saúde.

Nesse sentido, analisar a autonomia do paciente por meio da adesão, ou recusa, do tratamento de saúde proposto pelo médico e a eventual existência de conflitos é dever do profissional da saúde, isso deve ocorrer na tentativa de ampliar o espaço temporal do vínculo médico paciente. Sendo assim, a assistência médica de forma integral e humanizada deve se voltar para as necessidades do paciente e da família. Concentrando-se no biopsicossocial e autoestima, estimulando e respeitando os direitos do ser humano, agindo de acordo com a ética [19]

Portanto o vínculo médico-paciente é uma relação baseada na confiança, respeito e empatia, a qualidade dessa relação pode influenciar diretamente na adesão do paciente ao tratamento proposto. Quando o vínculo médico-paciente é sólido, os benefícios se estendem

além da simples adesão ao tratamento, eles se sentem apoiados e compreendidos por seus médicos. Além disso, eles são mais propensos a manter um relacionamento de longo prazo com seu profissional de saúde, o que é essencial para o tratamento e a prevenção de recidivas [20,21].

REFERÊNCIAS

1. Queiroz FKS, Freitas MML, Souto SS, Silva FR, Silva TMR. Relação médico-paciente baseada no método clínico centrado na pessoa: revisão integrativa da literatura. JoCEC. 2024 [citado 2025 ago 23]; Disponível em: <https://ime.events/jocec2024-2/pdf/45139>
2. Wollmann L, Hauser L, van der Feltz-Cornelis CM, Mengue SS, Rech MRA, Harzheim E. Fatores associados à qualidade da relação médico-paciente no Brasil. Cienc Saude Colet. 2025;30(7):e13332024. doi:10.1590/1413-81232025307.13332024
3. Conselho Federal de Medicina. Raciocínio ético nas decisões médicas: dilema médico-paciente. Rev Bioet. 2024;32:e3658. doi:10.1590/1983-803420243658PT
4. Minahim MA. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. Cad Ibero-Am Dir Sanit. 2020;9(1):85-95. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087839>
5. Moreira Filho JR. Relação médico-paciente. Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Disponível em: <https://idisa.org.br/img/File/RelacaoMedicopaciente.pdf>
6. Furtado RN, Souza IMO. A relação médico-paciente: princípios éticos e situações-problema. Psicol Cienc Bem-Estar. 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/348944897>
7. Tavares MS. Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente. Rev Bioet (CFM). 2008; 16(1). Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/download/61/64/0
8. Araújo ATM, Fernandes LS. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. Cad Ibero-Am Dir Sanit. 2021;10(1). Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/645>
9. Villar EMV, Bortoli RF. Relação médico-paciente com inspiração nas artes. Brasília: CEUB; 2021. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br>
10. Jusbrasil. Jurisprudência brasileira sobre relação de consumo médico-paciente. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=rela%C3%A7%C3%A3o+de+consumo+m%C3%A9dico+paciente>

11. Wollmann L, Hauser L, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Fatores associados à qualidade da relação médico-paciente no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2025;30(7):e13332024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2025.v30n7/e13332024/pt>
12. Minahim MA. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. *Cad Ibero-Am Dir Sanit*. 2020;9(1):85-95.
13. Tavares NU, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2021;50(2):1-10.
14. Villar NPG, Stoco ALRC, Leporace AC, Teodoro BA, Costa IG, Azevedo KA, et al. A importância da relação médico-paciente na abordagem às doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Eletr Acervo Cient*. 2021;27:e7103. doi:10.25248/reac.e7103.2021
15. Planetree Brasil [Internet]. [place unknown]: Planetree Brasil; [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.planetreebrasil.com.br/>
16. Vosgerau DSR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev Dialogo Educ*. 2014;14(41):165-89.
17. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217/2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019. Brasília: CFM; 2018.
18. Fabbro L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. *Rev Bioet*. 1999;7(1). Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/286
19. Aguiar MN, Costa JHR. Uma análise bioética da relação paciente-médico à luz do arquétipo da alteridade. *Rev Bras Dir Anim*. 2020;15(1). doi:10.9771/rbda.v15i1.36238
20. Martins MA, Val LS, Iwama EM, Zazula R. A compreensão teórico-prática das técnicas em comunicação médico-paciente por meio de monitoria acadêmica à visitas clínicas em ambiente de uti: relato de experiência. *Cuad. Ed. Desar*. 2024; 16(2):1-10
21. Figueiredo JO, Albertin AL. Uma análise na relação médico-paciente frente aos recursos das tecnologias da informação. *Rev Adm Inov*. 2014;11(2).
22. Galindo LLD, Bisneto RPDN, de Freitas VA, Donald MED, Alves IB. Estratégia de saúde da família: métodos para captação e manutenção de pacientes na atenção básica. *Braz J Health Rev*. 2024;7(2):e67774. doi:10.34119/bjhrv7n2-019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67774>