

Ouvir, tocar, falar: expectativas do paciente em relação ao médico da Atenção Primária

Listening, touching, speaking: patient expectations concerning Primary Care physicians

Escuchar, tocar, hablar: expectativas del paciente respecto al médico de Atención Primaria

Ana Beatriz Damiani Ferreira¹ , Leonardo Campo Teixeira¹ , Solena Ziemer Kusma Fidalski² 

¹Faculdades Pequeno Príncipe – Curitiba (PR), Brasil.

²Universidade Federal do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

Resumo

Introdução: As expectativas dos pacientes em relação ao atendimento médico são relevantes não apenas para a melhoria dos serviços de saúde, mas também para a adequada adesão ao tratamento. Isso se torna ainda mais importante quando falamos sobre doenças crônicas não transmissíveis no contexto de uma população cada vez mais idosa. Nesse sentido, pode-se potencializar o provimento de cuidado centrado no paciente. **Objetivo:** Identificar as expectativas de idosos com hipertensão a respeito do atendimento médico na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foram realizadas entrevistas abertas com idosos diagnosticadas com hipertensão. A análise de dados seguiu o método proposto por Bardin, com a delimitação de unidades categóricas que foram organizadas em temas-eixo norteadores, o que permitiu a seleção dos temas de maior relevância para discussão. **Resultados:** Foram entrevistadas 8 idosas, para quem a saúde tem centralidade na vida e é muitas vezes representada pela ausência de problemas. O papel do médico em seu cuidado foi ressaltado como essencial. As principais expectativas incluíam a escuta atenta, a realização de exame físico, e a comunicação cuidadosa e centrada nas necessidades do paciente. **Conclusões:** Um dos principais desafios da medicina do século XXI é a compreensão do paciente de forma holística. É essencial que suas expectativas sejam conhecidas e que o médico lhe dê tempo para falar, com escuta atenta e realização de exame físico.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente; Relações médico-paciente; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em saúde.

Autor correspondente:

Ana Beatriz Damiani Ferreira

E-mail: bia.damianiferreira@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 71465123.2.0000.0097.

Assinado pelos participantes:

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Pequeno Príncipe, apresentado, lido e aceito por todos os participantes entrevistados para a pesquisa.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 07/04/2024.

Aprovado em: 22/05/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Ferreira ABD, Teixeira LC, Fidalski SZK. Ouvir, tocar, falar: expectativas do paciente em relação ao médico da Atenção Primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4226. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4226](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4226)



Abstract

Introduction: Patient expectations regarding medical care are relevant not only for improving health services but also for proper adherence to treatment. This becomes even more important in the context of chronic non-communicable diseases within an increasingly aged population. Through this understanding, patient-centered care can be enhanced. **Objective:** To identify the expectations of aged people with hypertension regarding medical care in Primary Health Care. **Methods:** This qualitative study involved open-ended interviews with aged women with hypertension. Data analysis followed the method proposed by Bardin, delineating categorical units organized into guiding themes, which allowed for the selection of the most relevant themes for discussion. **Results:** Eight aged women were interviewed, from whom health is central to life and often represented by the absence of problems. The role of the physician in care was highlighted as essential. The main expectations were attentive listening, physical examination, and careful patient-centered communication. **Conclusions:** One of the main challenges of 21st-century medicine is to understand the patient holistically. It is essential that their expectations are known, and that the physician gives them time to speak, with attentive listening and carrying out physical examinations.

Keywords: Patient-centered care; Physician-patient relations; Primary Health Care; Integrality in health.

Resumen

Introducción: Las expectativas de los pacientes respecto a la atención médica son relevantes no solo para mejorar los servicios sanitarios, sino también para garantizar una correcta adherencia al tratamiento. Esto adquiere aún más importancia cuando hablamos de enfermedades crónicas no transmisibles en el contexto de una población cada vez más envejecida. Gracias a esta comprensión, se puede mejorar la prestación de atención centrada en el paciente. **Objetivo:** Identificar las expectativas de las personas mayores con hipertensión respecto a la atención médica en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo en el que se realizaron entrevistas abiertas con mujeres mayores diagnosticadas con hipertensión. El análisis de los datos siguió el método propuesto por Bardin, con delimitación de unidades categóricas que se organizaron en temas rectores, lo que permitió la selección de los temas más importantes para su discusión. **Resultados:** Se entrevistaron 8 mujeres mayores, para quienes la salud ocupa un lugar central en la vida y suele estar representada por la ausencia de problemas. El papel del médico en sus cuidados se destacó como esencial. Las principales expectativas incluyeron una escucha atenta, la realización de un examen físico y una comunicación cuidadosa centrada en las necesidades del paciente. **Conclusiones:** Uno de los principales retos de la medicina del siglo XXI es comprender al paciente de forma holística. Es esencial conocer sus expectativas y permitir que el médico le conceda tiempo para hablar, escuchándole atentamente y realizando una exploración física.

Palabras-clave: Atención dirigida al paciente; Relaciones médico-paciente; Atención Primaria de Salud; Integralidad en salud.

INTRODUÇÃO

O olhar científico se volta às expectativas do paciente após a Segunda Guerra Mundial, quando a medicina e as ciências sociais perceberam a necessidade de ultrapassar critérios biomédicos para melhores atendimentos. Em parte, esse movimento pode ser explicado pelo aumento do consumo e pela priorização dos direitos dos consumidores, com um novo entendimento do papel do paciente.¹

Além desse obstáculo e dos avanços tecnológicos das últimas décadas, profissionais de saúde e gestores enfrentam uma população cada vez mais idosa, com maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT),²⁻⁴ cujos tratamentos exigem longitudinalidade e adesão do paciente às terapêuticas de longo prazo.^{2,5} Esse cenário complexo é visível em escala global: a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as DCNT foram responsáveis por 74% das mortes ocorridas no mundo em 2019,⁶ enquanto no Brasil, neste mesmo ano, foram responsáveis por 54,7% dos óbitos.⁷

Dentre as DCNT, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em 2023, por meio da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), o Ministério da Saúde entrevistou mais de 21 mil residentes das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Estimou que 65,1% da população com 65 anos ou mais dessas localidades possuía diagnóstico de HAS. Independentemente da faixa etária, a maior prevalência da doença se encontra entre aqueles com 0–8 anos de escolaridade, com 45,3% das pessoas já diagnosticadas, comparado a apenas 19% das pessoas com 12 anos ou mais de estudo formal.⁷

O tratamento da HAS requer acompanhamento profissional recorrente, com equipe multidisciplinar e consultas médicas minimamente anuais, para monitoramento do tratamento e das lesões de órgãos-alvo.⁸ Por se tratar de uma doença muitas vezes silenciosa, o paciente deve compreender os objetivos e a importância do tratamento indicado. Para esse fim, pode-se lançar mão do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que permite ao médico compreender a perspectiva de saúde-doença do paciente, com maior adesão terapêutica e satisfação com o tratamento.⁹

Seguindo preceitos de autonomia e voz compartilhada, como propõe o MCCP,¹⁰ a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁵ reconhece a necessidade de um olhar que se estenda além das doenças: institui, portanto, o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)¹¹ como marcador de saúde para os idosos. Esse instrumento possibilita a verificação do risco de vulnerabilidade clínico-funcional e o declínio funcional da pessoa idosa.

Um dos determinantes mais relevantes da qualidade e vinculação do paciente aos serviços de saúde é a relação médico-paciente.^{10,12,13} No entanto, a hiperespecialização médica e seus avanços tecnológicos geram conflitos e insatisfações para os usuários desses serviços.^{14,15} De fato, os grandes avanços tecnológicos nos séculos XX e XXI subjugaram investimentos em práticas como a comunicação, a observação e o trabalho em equipe.^{13,16} Notadamente, Michael Balint, nos anos 1950, já havia se debruçado sobre essa que, segundo ele, “é a substância mais frequentemente prescrita pelos profissionais da medicina”: o próprio médico. Segundo o psicanalista, a fala do médico, sua maneira de abordar o paciente e a relação interpessoal estabelecida em si só podem, muitas vezes, sanar parcial ou integralmente a demanda da consulta.¹⁷

Construindo sobre a base sedimentada por Balint, estudos mostram que, como qualquer relação humana, a relação médico-paciente é intersubjetiva e não pode ser generalizada.^{18,19} No entanto, existem recorrências. Como regra, as expectativas de cada uma das partes são díspares: enquanto o médico trabalha, na maioria das vezes, analiticamente em prol de uma evolução mensurável, o paciente possui uma relação de subjetividade com seu corpo.^{10,13,20-22} Tal dicotomia confere inúmeros desafios ao estudo dessas relações.

A maioria dos estudos voltados às expectativas dos pacientes foram conduzidos em ambiente hospitalar^{23,24} de maneira quantitativa²⁵ ou direcionadas a uma condição de saúde específica.²⁶⁻²⁹ É de suma importância, porém, explorar e compreender as expectativas do usuário do sistema de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) em relação ao atendimento médico para o provimento de cuidado centrado no paciente, com objetivos voltados a suas reais necessidades e anseios.^{10,23} Em meio ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência das DCNT, esse desbravamento é ainda mais urgente. Trata-se, em última instância, de auxiliar na composição da tal “farmacopeia” do médico enquanto medicamento, há muito requerida por Balint.¹⁷ Assim, o objetivo deste estudo é identificar as expectativas de idosos com hipertensão a respeito do atendimento médico na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Por almejar investigar relações humanas complexas, este é um estudo qualitativo documental, cujos objetos foram as transcrições de entrevistas realizadas individualmente,³⁰ com perguntas norteadoras dirigidas a idosas em uso de anti-hipertensivos, entre os meses de novembro e dezembro de 2023. As idosas foram convidadas a participar do estudo durante um encontro de seu grupo de terceira idade, na cidade de Curitiba.

A pesquisadora principal realizou uma conversa inicial com 134 pessoas para identificar idosos em uso de anti-hipertensivos. A estes, explicou o objetivo do trabalho e ofereceu a aplicação do IVCF-20⁹ para que soubessem mais a respeito de sua saúde. O IVCF-20 é um instrumento composto por 20 perguntas

objetivas relacionadas à saúde da pessoa idosa, com respostas de sim/não que geram um escore. Os pacientes podem ser classificados como baixo (0–6 pontos), moderado (7–14 pontos) e alto risco (15 pontos ou mais) para a fragilidade.

Após essa introdução, os critérios de inclusão para o estudo específico foram pessoas de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, sem critério de fragilidade (IVCF-20 menor do que 15), em uso de anti-hipertensivos. Os critérios de exclusão foram pacientes que já tivessem sido consultados pelos pesquisadores, para minimizar o viés de resposta e da interação entre entrevistador e participante; pessoas que respondessem positivamente às questões 7, 8 e/ou 9 do IVCF-20, que auxiliam a identificar alterações cognitivas em idosos, como esquecimento e confusão; e participantes que não quisessem participar ou não permitissem a gravação e/ou uso do áudio da entrevista.

As entrevistas, conduzidas pela pesquisadora principal, residente em Medicina de Família e Comunidade à época do estudo, ocorreram individualmente e nas dependências da igreja onde o grupo de idosas se reúne ou por telefone, após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e então transcritas. As transcrições foram disponibilizadas para as respectivas participantes para revisão e nenhum documento foi alterado. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CAAE: 71465123.2.0097).

As perguntas norteadoras (Quadro 1), dirigidas verbalmente às participantes, objetivaram um diálogo para aprofundamento do tema pelos entrevistados, com trocas de subjetividade entre entrevistador e entrevistado para investigação minuciosa.³⁰ Foram conduzidas entrevistas até a saturação dos dados.

Quadro 1. Perguntas norteadoras da entrevista.

Para você, o que é saúde?
Na sua opinião, qual é o papel do médico na sua saúde?
Quais são as características que não podem faltar em um bom atendimento médico?
Qual é o seu papel como paciente na consulta médica?

Fonte: os autores.

A análise de dados seguiu o método proposto por Bardin.³¹ Realizou-se a pré-análise com leitura flutuante das transcrições completas das entrevistas. O *corpus* foi constituído de todas as entrevistas coletadas, seguindo a regra da não-seletividade, com exclusão unicamente de excertos que citassem nomes ou características que pudessem identificar indivíduos (ex.: o médico que trabalhava em uma UBS específica em determinado momento). Durante as leituras, a autora principal criou recortes para preparação de unidades categóricas que, em um segundo momento, foram organizadas em tabelas contendo temas-eixo norteadores e suas unidades semânticas representativas, com contagem de citações por número de participantes e na mesma entrevista. Assim, elencaram-se os temas mais relevantes para exploração no estudo. A redação deste artigo seguiu os *consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).³²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 8 mulheres entre 63 e 86 anos, com média de 73,5 anos, sendo metade delas usuárias exclusivamente do SUS (Tabela 1). Todas as participantes fazem uso de ao menos um anti-hipertensivo diariamente e passam por consultas médicas uma vez ao ano ou mais.

Tabela 1. Características das participantes do estudo.

Participante	Idade	Serviço de saúde	IVCF-20	Medicações anti-hipertensivas
P1	79	Plano	7	Atenolol, indapamida, losartana
P2	71	Plano	5	Hidroclorotiazida, losartana
P3	67	SUS	8	Enalapril, hidroclorotiazida
P4	73	Plano	4	Losartana
P5	80	SUS	9	Anlodipino, atenolol, furosemida, hidroclorotiazida, losartana
P6	86	SUS	4	Captopril, losartana
P7	69	Plano	7	Bisoprolol
P8	63	SUS	7	Atenolol, hidroclorotiazida

Fonte: os autores.

IVCF-20: índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20.

Apesar da variabilidade de serviços de saúde utilizados, houve hegemonia entre usuárias do SUS e dos planos de saúde tanto em citações quanto na recorrência dos temas-eixo e unidades de contexto analisados.

Embora as entrevistas abertas usualmente sejam longas,³⁰ as participantes deste estudo foram reticentes, resultando em entrevistas de 10 a 15 minutos de duração.

Categoria 1: concepção de saúde

A Tabela 2 resume as informações obtidas a partir das entrevistas das participantes sobre suas concepções individuais de saúde. Como pode ser observado, a maioria das participantes confere centralidade à saúde em suas vidas:

“A saúde é tudo na vida. A saúde, eu acho que se você não tem saúde, você não tem nada. Se você não tem saúde, você fica o dia inteiro indisposta, você toma remédio, você faz caminhada, você faz o que for preciso, mas não fica bem.” (P3)

“[A saúde é] tudo. A saúde em primeiro lugar, né, tendo saúde a gente vai em frente”. (P6)

Apesar de observada a dificuldade em definir especificamente o termo, as participantes muitas vezes identificaram a saúde como a ausência de dor. De fato, a literatura demonstra uma preponderante correlação inversa entre ambos, uma perspectiva que condiz com o forte paralelismo cultural ocidental entre a dor e o adoecimento.²¹

“Para mim, o importante é não sentir dor.” (P5)

“Estar saudável é você dormir bem, acordar bem, passar o dia bem. (...) Não tem dor para te incomodar, você se alimenta bem, você descansa bem, você convive.” (P7)

A visão biomédica reducionista da saúde leva profissionais a, muitas vezes, elegerem algumas queixas biológicas para serem abordadas na consulta,^{13,14,33} o que pode instigar a compreensão de saúde como “ausência de problemas”. Não obstante, apesar da palavra “dor” enquanto unidade semântica ter sido pouco utilizada, as falas deixam implícita a reprodução desta aceção:

Tabela 2. Temas-eixo detalhados em suas unidades semânticas representativas para informações sobre definição de saúde, detalhados em número de falas e número de menções por fala.

Tema-eixo	Unidades semânticas	Falas	Número de menções							
			P1	P2	P3*	P4	P5*	P6*	P7	P8*
Ausência de problemas	Fazer atividades sem problemas, conseguir fazer as coisas sem problemas, sem saúde você fica o dia inteiro indisposta, sei que estou saudável quando não sinto nada, saúde é passar o dia bem, porque quem está doente ou tem algum tipo de incômodo não tem saúde, estar sem problemas	5	2	0	1	0	0	1	2	2
Primordialidade	É tudo na vida, se você não tem saúde você não tem nada, é tudo, muito importante, saúde e paz do resto a gente corre atrás saúde em primeiro lugar, é muito importante, saúde é fundamental	4	0	0	2	1	2	0	1	0
Movimento	Fazer as coisas, conseguir fazer as coisas, ter uma vida materialmente ativa, tem ânimo para enfrentar os percalços da vida, tendo saúde a gente vai em frente, se você não tiver saúde você não tem vontade de fazer nada	4	2	0	0	1	0	1	1	0
Alimentação	Alimentar bem, sei que estou saudável quando tenho apetite, você se alimenta bem	3	0	1	0	0	0	1	1	0
Socialização	Ter uma convivência com outras pessoas, sei que estou saudável quando saio, você convive, estar com os outros	3	0	1	0	0	0	1	2	0
Ausência de dor	Quando eu não tenho dor, quando eu tenho dor aí fica difícil, o importante é não sentir dor, não ter dor para te incomodar	2	0	0	0	0	3	0	1	0
Exercícios físicos	Fazer exercícios, sem saúde você faz caminhadas e não fica bem,	2	0	1	1	0	0	0	0	0
Passear	Sair passear, sei que estou saudável quando saio com minhas amigas	2	0	1	0	0	0	1	0	0
Sono	Dormir bem, você descansa bem	2	0	1	0	0	0	0	2	0
Alegria	Sei que estou saudável quando sou alegre	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Medicação	Sem saúde você toma remédios e não fica bem,	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Medicina	Médico te orienta, médico dá conselhos, ir periodicamente ao médico	1	0	0	2	0	0	0	0	0

Fonte: os autores.

P1-8: participantes do estudo; *usuárias exclusivas do SUS.

[Saúde] é a gente estar bem no corpo, sem problema né.” (P8)

“Eu acho que saúde é a pessoa ter atividade sem problemas. Fazer as coisas, conseguir fazer as coisas, sem problemas.” (P1)

É interessante notar que, apesar da disseminação do chamado “*healthism*”, ou a “procura obsessiva por um estado de saúde perfeita”, como define Caprara,¹³ as participantes deste estudo tendem a definir saúde de maneira menos idealista, com foco em suas capacidades e não em suas limitações. Como McCartney pontua: um estado estrutural, funcional e emocional que é compatível com uma vida efetiva enquanto indivíduo e membro de uma sociedade.²⁸

“Saúde para mim é você se alimentar bem, dormir bem e ter uma vida materialmente ativa, é, tanto exercícios, como sair passear, ter uma convivência, espiritualmente, com outras pessoas, né?” (P2)

O conceito de saúde é tema de discussão recorrente. As inúmeras tentativas de defini-lo, inclusive pela Organização Mundial da Saúde, geram longos debates.^{22,34,35} Por ser um tema de importância central para os indivíduos, cabe a sua individualização, especialmente pelo médico. Diante dessas variações, advoga-se por uma medicina de caráter complexo, que envolve a ética, a antropologia e a epistemologia, e é baseada em comunicação bidirecional e compreensão da visão de mundo do paciente.^{22,33}

Categoria 2: função do médico na saúde

Por séculos, o paradigma da medicina foi de que os pacientes não sabem o que precisam, e sim o médico, considerado “detentor do saber”.^{1,13} Embora esse dogma esteja sendo questionado pela literatura das últimas décadas, estudos indicam a persistência da centralidade do médico na saúde.³⁶ Foi isso que observamos nas falas das participantes desta pesquisa ao abordarem a função do médico no cuidado em saúde, como ilustrado na Tabela 3:

“O papel do médico é ver tudo o que eu preciso, os exames que eu tenho que fazer, o que posso e o que eu não posso tomar. (...) Eu acho que o médico é fundamental, porque sem orientação médica, nós não somos nada, sabe?” (P3)

Em uma sociedade cada vez mais individualista, que leva à perda de raízes e conexões, especialmente das relações íntimas familiares, as pessoas muitas vezes “não têm a quem recorrer em busca de conselho, consolo, ou talvez simplesmente de uma oportunidade para desabafar”. Assim, o médico torna-se uma válvula de escape para o “ato de queixar”, conforme colocado por Balint.¹⁷

“Se eu soubesse o que eu to sentindo eu não ia procurar o médico, né?” (P2)

O adoecimento é percebido pelo paciente como uma alteração em seu funcionamento social normal e, frequentemente, cabe ao médico reconhecer, traduzir e validar essas mudanças subjetivas, conferindo-lhes legitimidade.²¹ De fato, em diferentes discursos, observa-se que esse profissional assume o papel de um detetive, capaz de interpretar e zelar pela saúde de seus pacientes:

“[O papel do médico] é descobrir os problemas que a gente tem de saúde, né.” (P1)

“Eu acho que o papel é de uma importância que não tem tamanho.” (P4)

“[O papel do médico é] fundamental, porque é ele que é capaz de orientar e tentar resolver as questões que a gente tem de saúde.” (P7)

Tabela 3. Temas-eixo detalhados em suas unidades semânticas representativas para informações sobre a função do médico, detalhados em número de falas e número de menções por fala.

Tema-eixo	Unidades semânticas	Falas	Número de menções							
			P1	P2	P3*	P4	P5*	P6*	P7	P8*
Resolução de problemas	descobrir os problemas que a gente tem de saúde, alguns problemas que os médicos estão tentando resolver, me orientar sobre meus problemas, ver tudo o que eu preciso, você chega diante do médico porque não está bem, tentar resolver as questões que a gente tem de saúde, você chega com expectativa de resolver o que tá incomodando, resolver aquela situação	5	2	1	1	1	0	0	1	0
Centralidade no cuidado	o médico é fundamental porque sem orientação médica não somos nada, importância que não tem tamanho, cuidar da saúde das pessoas, papel fundamental	4	0	0	1	1	2	0	1	0
Indicação de medicamentos	ver o que eu posso e o que eu não posso tomar, receitando remédio, sem o médico como eu ia ter as medicações, eles receitam, me deu 2 meses de tratamento	4	1	0	1	0	0	2	0	2
Orientação	me orientar sobre minha saúde, me orientar sobre meus problemas, é ele quem é capaz de orientar, depender das orientações que o médico dá, chama atenção da gente pra saber que tem que cuidar do nosso corpo, passar conhecimento	3	0	2	2	0	0	0	2	0
Exames	tenho feito vários exames, ver os exames que eu tenho que fazer, fiz uns exames	3	2	0	1	0	0	0	0	1
Fazer diagnósticos	que eles identifiquem o que a gente tem, se eu soubesse o que eu to sentindo eu não ia procurar um médico, ele vai diagnosticar certo	2	0	0	1	0	0	0	0	2
Médico como tratamento	sai de lá renovada, sem o médico como eu ia ter o tratamento	1	0	0	0	2	0	0	0	0

Fonte: os autores.

P1-8: participantes do estudo; *usuárias exclusivas do SUS.

Essa perspectiva centrada no médico pode ser parcialmente explicada pela tendência de alguns participantes em entender o papel do serviço de saúde e desse profissional de maneira limitada:

“Ah, eu acho que [o papel do médico é] cuidar da saúde das pessoas.” (P5)

“[O papel do médico é] receitando remédio para a minha saúde.” (P6)

A literatura demonstra, por exemplo, que os usuários brasileiros frequentemente não reconhecem a importância da multidisciplinaridade no cuidado em saúde.³⁷ Isso também pôde ser observado pela falta de abordagem do tema e pela constante consideração do médico como a pedra angular da saúde nas entrevistas realizadas.

O cuidado em rede facilita a ampliação do olhar para o contexto do paciente, o que é essencial para promover sua adesão ao tratamento de doenças.^{14,38,39} Na figura do médico, essa habilidade é essencial para que o processo terapêutico comece já na consulta. Por exemplo, a palavra do médico e sua capacidade de lidar com eventos estressantes relacionados ao adoecimento têm o potencial de tranquilizar e atenuar os sintomas dos pacientes.²¹

A relação médico-paciente é frequentemente vista como a “essência da efetividade dos cuidados de saúde”.³³ Sob essa perspectiva, a avaliação da qualidade da assistência torna-se desafiadora, pois depende intrinsecamente da comunicação entre os dois sujeitos. É essencial que haja tempo suficiente durante a consulta para uma troca terapêutica completa, permitindo que o médico compreenda não apenas a queixa trazida pelo paciente, mas também seu contexto psicossocial.⁴⁰

“Eu espero poder conversar, trocar, contar o que preciso, ver se ele pode me ajudar de alguma forma e tal, eu chego mesmo com expectativa.” (P7)

Há uma correlação entre a compreensão e as expectativas do papel do médico e os limites impostos pelo próprio sistema de saúde.^{13,23,33} El-Haddad e colaboradores identificaram como um dos domínios priorizados pelos pacientes o próprio sistema, algo que não foi observado neste estudo. Acredita-se que essa diferença se deve ao fato de as entrevistas terem sido realizadas fora de ambientes de saúde e de maneira desconexa de serviços específicos.²³

Muitas vezes, o profissional médico é responsabilizado pela incapacidade de reconhecer o paciente como sujeito ativo no processo terapêutico, o que impede o desenvolvimento de sua autonomia.¹³ Observa-se, porém, que a maioria das idosas entrevistadas mantém o ideal do paternalismo médico:

“O que o médico pede é porque ele acha que tem que ser aquilo.” (P1)

“Eu sigo tudo o que ele orienta. (...) Você tem que sempre, sempre, depender do que o médico fala pra você, as orientações que ele dá, tudo.” (P3)

“Sento na cadeira e fico escutando o que ele fala, daí ele vê minha pressão, vê meu coração, minha pulsação, vê se tá tudo bem. Daí ‘a senhora faça o favor, sente’, ele me dá a receita e eu vou embora.” (P6)

É incerto se a reprodução desta relação hierarquizada, outrora (e por vezes ainda) mantida pelos próprios profissionais, decorre da dificuldade de quebra de uma ordenação histórica na relação médico-paciente.²¹ Há uma clara dicotomia: apesar de reconhecerem o papel do indivíduo no próprio cuidado em saúde, especialmente com condições e hábitos de vida, os pacientes muitas vezes colocam o médico como figura central na obtenção de saúde.³⁶

Tabela 4. Temas-eixo detalhados em suas unidades semânticas representativas para informações sobre as características desejáveis no médico, detalhados em número de falas e número de menções por fala.

Tema-eixo	Unidades semânticas	Número de menções								
		Falas	1	2	3*	4	5*	6*	7	8*
Escuta atenta	dão atenção pra gente, sempre foi muito atenciosa, te dar atenção, mais atencioso, escutar o que o paciente tem pra falar para ele, muito atencioso, ele fica olhando para você e prestando atenção no que você está falando, o médico tem que ouvir tudo o que o paciente tem pra falar, ver nele interesse, ouvido disposto a escutar com atenção, a atenção é o principal, tem que parar o que está fazendo e olhar nos olhos e se interessar, ele tem que olhar, é importante que o médico dê atenção pro paciente, a gente tá falando e ele tá escutando e não distraído com outras coisas, todo mundo quando chega no consultório quer uma atenção	7	2	2	4	5	3	0	3	3
Amabilidade	a gente cria um amor e paixão pelo médico, a gente vai pegando uma estima na pessoa, a relação entre o médico e o paciente tem que ser ótima, muito querido, ver no médico até um colinho, simpatia e gentileza, tem que ter sensibilidade de ver como vai dizer as coisas,	5	2	0	2	1	0	1	1	0
Anamnese	conversar, perguntar o que você tá sentindo, ele tem que perguntar, ele pergunta tudo o que você tem e quer saber, o médico pergunta, ele te faz perguntas	5	1	2	1	1	1	0	0	0
Exame físico	tiram a pressão da gente, examinar e escutar o coração, ver onde você está com o problema, escutar o seu pulmão, ver sua pressão, ele tem que medir a pressão, pelo menos medir a pressão	3	0	3	0	0	1	1	0	3
Paternalismo	o que o médico faz é o que ele acha que tem que fazer, o que o médico pede é porque ele acha que tem que ser aquilo, como eles me tratam é o certo, a gente aceita tudo o que ela faz e acha que é o certo, você tem que sempre depender do que o médico fala pra você, eu sigo tudo o que ele orienta, eu só sento na cadeira e fico escutando o que ele fala, ele me dá a receita e eu vou embora	3	4	0	2	0	0	2	0	0

continua...

Tabela 4. Continuação.

Respeito	ter educação, falar bom dia e obrigada e pedir por favor, se você não for bem tratada,	3	0	1	0	0	0	2	1	0
Conhecimento	ter preparo e conhecimento, explicar pra gente o que a gente tem	2	0	0	0	0	0	0	2	1
Definir plano terapêutico	dando um prazo, fala o que você tá precisando,	2	1	0	1	0	0	0	0	0
Vulnerabilidade e amizade	às vezes até desabafam, tipo um amigo da gente, praticamente da família, o médico tem que apresentar compreensão e carinho, dá palavras de apoio	2	4	0	3	0	0	0	0	0
Calma	ele tem que ser calmo, tem que ser muito calmo	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Dedicação	ver no médico dedicação,	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Explicações	daí não adianta porque o paciente não vai entender nada, falar tudo o que ele pensa, chama atenção para a gente saber que tem que cuidar do nosso corpo, o médico tem que saber passar o conhecimento	1	0	0	2	0	0	0	1	0
Honestidade	se ele disser a verdade é a melhor coisa que tem	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Medicar	ele me dá a receita	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Organização	um médico muito organizado,	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Passar confiança	quando você sai confiando que o que ele tá passando vai ser bom pra você, adquirir a confiança do paciente	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Solicitar exames	agora fiz uns exames, sempre tem que fazer exame	1	2	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: os autores.

P1-8 participantes do estudo; *usuárias exclusivas do SUS

Categoria 3: características importantes no médico

A medicina passou por uma mudança de paradigma ao perceber que as expectativas e desejos dos pacientes não são apenas caprichos, mas necessidades.^{1,14,21} Eles têm, pelo menos no contexto hospitalar, relações profundas com os profissionais e ideias bem estruturadas de como estes devem agir.²³ As falas das participantes deste estudo sobre as características que julgam importantes no médico (Tabela 4) refletem esse fenômeno no ambiente ambulatorial:

“A atenção é o principal [no médico].” (P4)

“As características mais importantes do médico são a simpatia, a educação e a gentileza.” (P6)

“[O médico] tem que ter preparo, conhecimento e também (...) atenção, ouvir.” (P7)

Nota-se, a partir desses excertos, que as características mais valorizadas no profissional médico estão essencialmente ligadas ao seu comportamento. As menções sobre técnica e conhecimento teórico foram superficiais. Um atendimento eficaz vai além da capacidade do profissional de realizar a anamnese, dependendo da construção de relações, negociação e sinergia com o paciente.^{33,39-43}

“Tem que parar o que está fazendo. Olha nos olhos e escuta, sabe? Pergunta, se interessa, é isso que a gente quer. (...) Interesse, atenção, compreensão, carinho, né. Até com palavras que apoiam.” (P4)

Observa-se que as expectativas em relação ao médico possuem uma natureza heterogênea e complexa, relacionando-se à percepção do paciente sobre sua vulnerabilidade à doença, suas experiências anteriores e sua compreensão individual do processo saúde-doença.^{25,44} Estudos conduzidos no Brasil e na América Latina demonstram que o paciente anseia por poder explicar seu estado de saúde no início da consulta.^{40,42} Esse também foi um tema preponderante nas falas das participantes:

“O médico tem que ouvir tudo o que o paciente tem pra falar pra ele para ele poder orientar o paciente.” (P3)

“Eu acho que isso é importante, que o médico dê atenção para o paciente.” (P5)

A literatura destaca a capacidade de ouvir com atenção como o aspecto mais valorizado no médico.^{1,33,45} Embora seja uma característica subjetiva do comportamento, os pacientes frequentemente se sentem frustrados por não identificá-la nas consultas.^{33,46} Segundo González Fiallo,⁴⁰ espera-se que o médico seja, acima de tudo, ‘uma fonte inesgotável de carinho, atenção e amabilidade’, o que condiz com a ‘função apostólica do médico’ descrita por Balint.¹⁷

“Geralmente você chega diante de um médico porque você não tá bem, então quando você vê nele interesse, dedicação, até um colinho, você sai de lá renovada.” (P4)

“Se você não for bem tratada, você não vai nem ter a confiança no conhecimento do médico.” (P7)

A compreensão da pessoa como um todo é essencial para que o paciente se sinta devidamente acolhido.^{10,39} Para isso, o manejo, especialmente de pacientes idosos e complexos, envolve o reconhecimento do ambiente e estilo de vida em que vivem.^{2,5} Dado que a conjuntura do paciente influencia de maneira crucial sua compreensão sobre a saúde,^{18,36} a contextualização de suas experiências deve ser estimulada e explorada na consulta médica, conforme explicitado pelo MCCP.^{9,10}

Muitas vezes, associado à escuta, as participantes destacaram a importância crucial do exame físico durante a consulta médica:

“Ele tem que perguntar por que você foi na unidade de saúde né. Mas daí ele que venha examinar, escutar teu coração, teu pulmão, ver tua pressão”. (P2)

“Atenção, né, que examine também, porque às vezes tem médicos que nem examinam, só olham pra gente.” (P8)

Uma das principais expectativas do atendimento médico é a realização do exame físico, especificamente representado pela medida da pressão arterial e de temperatura.⁴⁰ No entanto, devido a considerações de tempo ou até mesmo por considerarem essa parte do contato como supérflua, muitos médicos têm deixado de tocar no paciente, um distanciamento que se intensificou com o avanço da telemedicina, especialmente após a pandemia do coronavírus.⁴⁷

O exame físico não apenas tem o potencial de tranquilizar o paciente e suas famílias, mas também pode complementar a história trazida por eles e servir como um mediador quando há diferentes visões entre médico e paciente.^{47,48} É, em última análise, uma parte essencial do ritual médico, valorizada tanto pelo paciente quanto pelo profissional.^{16,47}

Além das características físicas, as expectativas dos pacientes também se estendem à comunicação do médico, que deve ser explicativa e, ao mesmo tempo, transmitir confiança.

“Se ele disser a verdade é a melhor coisa que tem, mas ele tem que ter a sensibilidade de ver como dizer as coisas.” (P7)

Notadamente, o discurso médico mantém-se, desde tempos remotos, como instrumento de transformação social^{21,49} e é uma parte integrante das expectativas dos pacientes.⁴⁵ Trata-se de uma ferramenta que orienta todo o processo terapêutico e, portanto, deve receber um olhar cuidadoso por parte dos profissionais.^{17,40,50}

Este estudo apresenta algumas limitações, como a baixa adesão dos participantes para a entrevista, o tempo curto de fala das entrevistadas e o fato de as entrevistas terem sido conduzidas por uma profissional médica. Para estudos futuros, sugere-se a realização de grupos focais conduzidos por profissionais não médicos.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos principais desafios da medicina do século XXI é estabelecer uma abordagem que vá além das características biológicas e considere igualmente as dimensões física, psicológica e social do ser humano. Apesar de os profissionais de saúde nem sempre serem informados sobre as expectativas e desejos dos usuários do sistema, o simples encontro entre médico e paciente tem o potencial de ser terapêutico por si só.

Observa-se que, mesmo com os esforços para promover uma relação mais horizontal entre médico e paciente, a centralidade do médico na saúde às vezes limita o papel do paciente. É fundamental lembrar que muitos pacientes ainda mantêm comportamentos históricos e precisam ser encorajados à autonomia. Nesse sentido, tanto o sistema de saúde quanto o médico têm uma grande responsabilidade.

Dessa forma, o MCPP assume um valor inestimável ao promover a horizontalização da relação médico-paciente, conceder voz ao paciente, reconhecer suas perspectivas subjetivas sobre o adoecimento e adotar uma abordagem sistêmica para atender às suas necessidades.¹⁰ Em última análise, a medicina é vista pelo próprio paciente como uma arte da comunicação, onde o diálogo e a compreensão mútua desempenham papéis fundamentais.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ABDF: Conceituação, Investigação, Metodologia, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. LCT: Metodologia, Escrita – Revisão e Edição. SZKF: Metodologia, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Armstrong D. What do patients want? *Br Med J* 1991;303:261-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6797.261>
2. Organização Pan-Americana Saúde (OPAS). Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.
3. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: OPAS; 2011. 549 p.
4. Lima-costa MF, Veras R. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):700-1. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa 2006 [acessado em 22 ago. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
6. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2022.
7. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL Brasil 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 131 p.
8. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol* 2021;116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
9. Castro RCL, Knauth DR. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021;16(43):1-13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2702](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2702)
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine — Transforming the Clinical Method. 3ª ed. London/New York: Radcliffe Publishing; 2014.
11. Moraes EN de, Carmo JA do, Moraes FL de, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): Rapid Recognition of Frail Older Adults. *Rev Saúde Pública* 2016;50(81):1-9. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
12. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RL de P, Scatena LM, Palha PF, et al. O Vínculo na Atenção à Saúde: Revisão Sistematizada na Literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm* 2010;23(1):131-5. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>
13. Caprara A, Rodrigues J. A Relação Assimétrica Médico-Paciente: Repensando o Vínculo Terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(1):139-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>
14. Moura JA, Moura EP, Faria AD de, Soares TF, Faria RMD de. Impacto do Treinamento de Habilidades de Comunicação e do Registro Médico na Prática do Método Clínico de Atendimento Integral à Pessoa. *Rev Bras Educ Med* 2019;43(1):47-54. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170099>
15. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152(9):1423-33. PMC1337906
16. Schultz MA, Doty M. Why the History and Physical Examination Still Matter. *J Am Acad Physician Assist* 2016;29(3):41-5. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000480568.62755.72>
17. Balint M. O Médico, Seu Paciente e a Doença. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. 291 p.
18. Conz CA, de Jesus MCP, Kortchmar E, Braga VAS, de Oliveira DM, Merighi MAB. O Cuidado Experienciado por Pessoas com Obesidade Mórbida nos Serviços Públicos de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2020;54(e03559):1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049903559>
19. Albuquerque ABB de, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25(5):1103-12. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>
20. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam S de SA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(4):598-606. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400016>
21. Suchman EA. Etapas de la enfermedad y de la atención medica. In: White KL, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield B, orgs. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 357-73.
22. van Druten VP, Bartels EA, van de Mheen D, de Vries E, Kerckhoffs APM, Nahar-van Venrooij LMW. Concepts of Health in Different Contexts: a Scoping Review. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):389. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07702-2>
23. El-Haddad C, Hegazi I, Hu W. Understanding patient expectations of health care: a qualitative study. *J Patient Exp* 2020;7(6):1724-31. <https://doi.org/10.1177/2374373520921692>
24. Berhane A, Enquesselassie F. Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:1919-28. <https://doi.org/10.2147/PPA.S109982>
25. Pinto D, Coutinho SS, Rezende C. Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de medicina geral e familiar. *Rev Port Clínica Geral* 2009;25(4):405-17. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i4.10643>
26. Lowry V, Desmeules F, Zidarov D, Lavigne P, Roy J-S, Cormier A-A, et al. “I wanted to know what was hurting so much”: a qualitative study exploring patients’ expectations and experiences with primary care management. *BMC Musculoskelet Disord* 2023;24(1):755. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2635957/v1>
27. Chivato T, Álvarez-Calderón P, Panizo C, Abengozar R, Alías C, Al-Baech A, et al. Clinical management, expectations, and satisfaction of patients with moderate to severe allergic rhinoconjunctivitis treated with sq-standardized grass-allergen tablet under routine clinical practice conditions in Spain. *Clin Mol Allergy* 2017;15(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/s12948-016-0057-9>

28. McCarthy ML, Chaudoin LT, Mercurio MR, O'Brien EGJ, Bhargava S, Cohen SY, et al. Parents' perspective on trainees performing invasive procedures: a qualitative evaluation. *Pediatr Emerg Care* 2020;36(2):e66-71. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001139>
29. Pager CK. Expectations and outcomes in cataract surgery. *Arch Ophthalmol* 2004;122(12):1788-92. <https://doi.org/10.1001/archophth.122.12.1788>
30. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014. 407 p.
31. Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2020. 281 p.
32. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Health Care Qual* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
33. Machado FA, Venturini RR, Manzan ALA, Silva GR. Relação do paciente com o serviço em unidades básicas de saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. *Rev Bras Med Família e Comunidade* 2015;10(37):1-11. [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(37\)773](https://doi.org/10.5712/rbmf10(37)773)
34. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health* 2019;172:22-30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
35. Larsen LT. Not merely the absence of disease: a genealogy of the WHO's positive health definition. *Hist Human Sci* 2022;35(1):111-31. <https://doi.org/10.1177/0952695121995355>
36. Freidin B, Ballesteros M, Wilner A. Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires. *Saúde e Soc* 2019;28(4):73-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170987>
37. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde Soc* 2017;26(2):435-47. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170017>
38. Silva NPO, Martins LJNS, Ferreira TB, Cavalcanti FAC. Correlação entre independência funcional e qualidade de vida de pacientes com esclerose lateral amiotrófica em Natal. *Cad Ter Ocup da UFSCar* 2014;22(3):507-13. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.071>
39. Blasi Z Di, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of Context Effects on Health Outcomes: a Systematic Review. *Lancet* 2001;357(9258):757-62. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)04169-6)
40. González Fiallo S, Mena Rodríguez I, Castro Batista P, Paz Peña R. Satisfacción de pacientes con atención recibida en áreas de salud. *Rev Cubana Med* 2021;60(4):e2496. ISSN 0034-7523
41. Dubé CE, O'Donnell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. *Acad Med* 2000;75(7):S45-54. <https://doi.org/10.1097/00001888-200007001-00007>
42. Barrón-Sánchez LA. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León. León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012 [acessado em 28 jan. 2024]. Disponível em: <http://eprints.uanl.mx/3332/>
43. Smith CH, Armstrong D. Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioner services. *Br Med J* 1989;299(6697):494-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.299.6697.494>
44. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med* 1996;125(9):730-7. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-125-9-199611010-00004>
45. Nusfaumer M, Terrasa S. Expectativas de los pacientes respecto de la consulta con un médico de familia: estudio de corte transversal. *Evid - Actual en la Práctica Ambulatoria* 2019;22(4):e002027. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v22i4.4266>
46. Bodenheimer T. Transforming practice. *N Engl J Med* 2008;359(20):2086,2089. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0805631>
47. Hyman P. The disappearance of the Primary Care physical examination: losing touch. *JAMA Intern Med* 2020;180(11):1417-8. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3546>
48. Senior T. The physical examination. *Br J Gen Pract* 2021;71(709):372. <https://doi.org/10.3399/bjgp21X716729>
49. Wilce JM. Medical discourse. *Annu Rev Anthropol* 2009;38:199-215. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-091908-164450>
50. Uhlmann RF, Inui TS, Carter WB. Patient requests and expectations: definitions and clinical applications. *Med Care* 1984;22(7):681-5. <https://doi.org/10.1097/00005650-198407000-00011>