

## Afinal, quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis

In the final analysis, who is “problematic”? An integrative review of patients, physicians and problematic relationships

Pedro Vítor Queiroz Cruvinel (<https://orcid.org/0000-0001-9999-9595>)<sup>1</sup>

Suely Grosseman (<https://orcid.org/0000-0002-2039-9827>)<sup>2</sup>

**Abstract** *The scope of this study was to assess the literature on the characteristics of patients, physicians, and physician-patient relationships considered ‘problematic.’ An integrative review of primary studies published between January 1, 2016, and September 30, 2021, in Portuguese, English and Spanish was conducted. Of the 3,414 papers identified in the PubMed, Embase, Scopus and Lilacs databases, 19 were selected for qualitative analysis. Seven studies were carried out in Europe, eight in North America, two in South America and two in China, totaling 1,694 patients, 1,903 assistant physicians, 101 residents and 160 medical academics. Physicians and academics considered the following to be problematic: patients with clinical conditions such as psychosomatic and chronic illnesses; symptoms and complaints such as pain; powerful emotions; problems in obtaining and sharing information, in decision-making, in the adherence to the therapeutic plan and in their self-care; and some sociodemographic and vulnerability characteristics. Among other aspects, patients, or their relatives, considered physicians to be problematic when they did not listen to them or appear to care about their children. Teaching medical communication and systemic interventions are recommended to improve physician-patient relationships.*

**Key words** *Physician-patient relations, Medical education, Patient-centered care*

**Resumo** *O objetivo deste estudo foi sintetizar a literatura sobre as características de pacientes, médicos e relações médico-paciente consideradas “difíceis”. Foi realizada uma revisão integrativa de estudos primários publicados entre janeiro de 2016 e setembro de 2021, em português, inglês e espanhol. De 3.414 artigos identificados nas bases Embase, PubMed, Scopus e Lilacs, 19 foram analisados qualitativamente. Sete estudos foram efetuados na Europa, oito na América do Norte, dois na América do Sul e dois na China, totalizando 1.694 pacientes, 1.903 médicos assistentes, 101 residentes e 160 acadêmicos de medicina. Médicos e/ou acadêmicos de medicina consideravam difíceis os pacientes com: condições clínicas como doenças psicossomáticas e crônicas; sintomas e queixas como dor; emoções fortes; problemas na obtenção e no compartilhamento de informações, nas tomadas de decisão, na adesão ao plano terapêutico e no seu autocuidado; e certas características sociodemográficas e de vulnerabilidade. Pacientes ou seus familiares consideravam difíceis os médicos que não os escutavam, eram preconceituosos e pareciam não se importar com seus filhos, entre outros aspectos. Sugere-se o ensino de comunicação médica e intervenções sistêmicas para melhorar as relações médico-paciente.*

**Palavras-chave** *Relações médico-paciente, Educação médica, Assistência centrada no paciente*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.  
<sup>2</sup> Departamento de Pediatria, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Campus Universitário, R. Professora Maria Flora Pausewang s/n, Trindade. 88036-800. Florianópolis SC Brasil. [sgrosseman@gmail.com](mailto:sgrosseman@gmail.com)

## Introdução

A relação médico-paciente de boa qualidade contribui para que o paciente se sinta mais confiante, seguro e satisfeito com a atenção recebida, para que tenha maior autonomia em seu autocuidado, consiga aderir mais ao tratamento, sinta menos estresse e ansiedade e tenha melhor controle de seus problemas de saúde, entre eles hipertensão e diabetes<sup>1-3</sup>. Além disso, reduz a chance de conflitos e processos jurídicos e administrativos<sup>4,5</sup>.

Entretanto, de 11% a 30% dos pacientes recebem o “rótulo” de “difícil” após uma consulta médica<sup>6-8</sup>, especialmente quando o médico tem sentimentos negativos em relação a eles, o que pode levar à prática de uma medicina que foge aos preceitos defendidos. A desconexão entre médico e paciente, que pode ser ainda agravada pela demonstração de preconceitos, dificulta o diálogo e a obtenção de bons resultados no cuidado<sup>9</sup>.

A concepção sobre o que é um paciente difícil sempre mereceu atenção, mas recentemente tem sido explorada com maior frequência e sob lentes diferentes. A maioria dos primeiros artigos a respeito do paciente “difícil” foi baseada na perspectiva dos médicos<sup>6,10-12</sup>, relacionando-se mais à experiência subjetiva do médico durante os atendimentos do que às características do paciente<sup>9-15</sup>, tendo contribuído para a categorização de tais pacientes por causas<sup>6</sup> e para a elaboração de instrumentos para quantificar e detalhar as frustrações médicas em relação aos pacientes<sup>13</sup>.

Apenas mais tardiamente aumentou a quantidade de estudos considerando as perspectivas do paciente, possibilitando um olhar mais abrangente e crítico sobre o quanto o médico também é responsável pelo sucesso e por falhas e atritos na relação médico-paciente. Afinal, um paciente não se faz difícil sozinho. É a relação tecida a cada momento do encontro entre médico e paciente que determinará se ele atende ou não às expectativas de ambos<sup>6,9,12,14</sup>.

Frente ao número crescente de estudos relativos à percepção de médicos a respeito de quem são os pacientes difíceis e à percepção de pacientes sobre quem são os médicos difíceis, e à inexistência de uma síntese recente sobre eles, este estudo teve como objetivo sintetizar os artigos primários acerca de características de pacientes, médicos e relações médico-paciente consideradas difíceis.

## Método

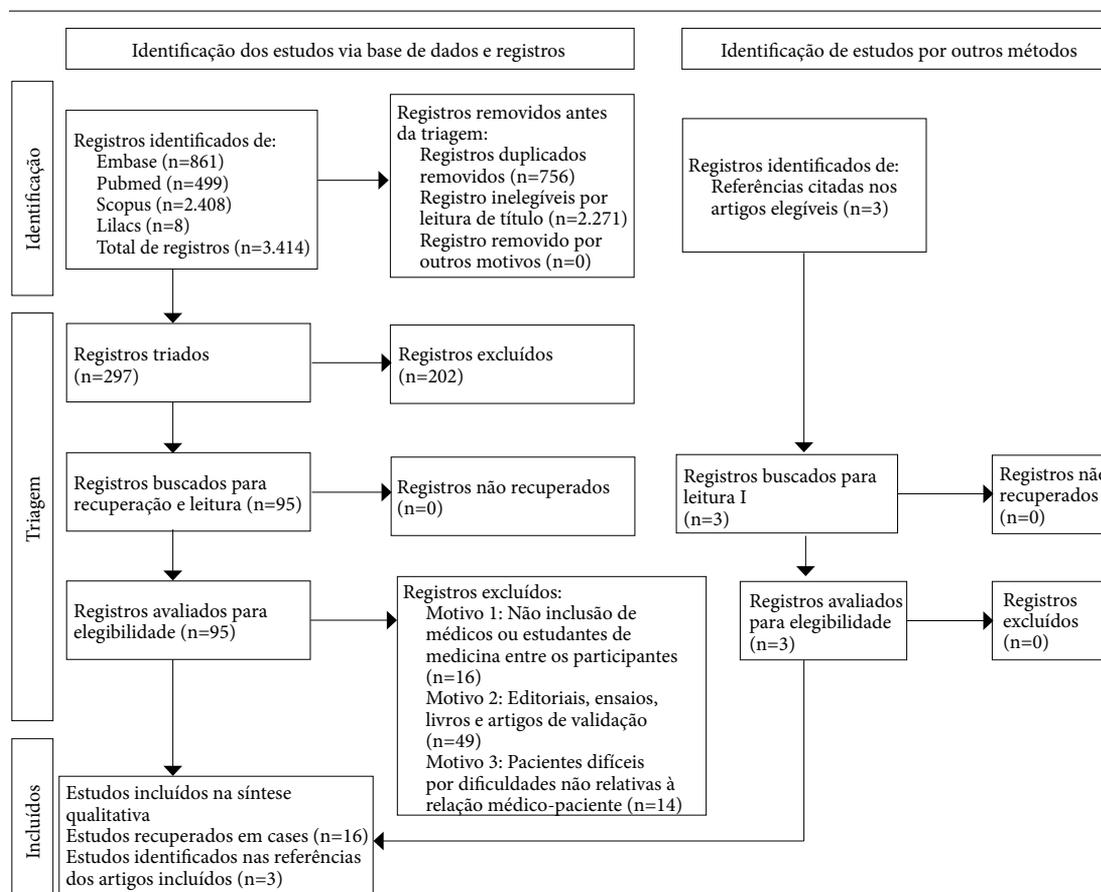
O presente estudo se caracteriza como uma revisão integrativa. Os critérios de inclusão foram: estudos primários com qualquer abordagem metodológica e de qualquer delineamento; publicações entre 1/1/2016 e 30/9/2021, em português, inglês ou espanhol; população incluindo médicos e/ou estudantes de medicina; exposição a pacientes, médicos e/ou encontros clínicos considerados difíceis quanto à relação médico-paciente; e disponibilidade *online* gratuita ou via acesso institucional.

Os critérios de exclusão foram: pacientes considerados difíceis por dificuldade diagnóstica ou terapêutica (por exemplo, manejo clínico de sintomas ou doenças específicas, como cefaleia crônica ou neoplasia resistente a tratamento) e/ou da intervenção (por exemplo, intubação ou cirurgias difíceis); e artigos de validação de instrumento, ensaios, editoriais, relatos de caso e capítulos de livro.

Foram consultadas as bases de dados Embase, PubMed, Scopus e Lilacs. A chave de busca na Lilacs foi (“difficult patient”) OR (“difficult patients”) OR (“difficult encounter”) OR (“difficult encounters”) OR (“difficult clinical encounter”) OR (“difficult clinical encounters”) OR (“problem patient”) OR (“problem patients”) OR (“hateful patient”) OR (“hateful patients”) OR (“difficult doctor”) OR (“difficult doctors”) OR (“difficult physician”) OR (“difficult physicians”) OR (“paciente difícil”) OR (“pacientes difíceis”) OR (“encontro difícil”) OR (“encontros difíceis”) OR (“encontro clínico difícil”) OR (“encontros clínicos difíceis”) OR (“paciente problemático”) OR (“pacientes problemáticos”) OR (“paciente odioso”) OR (“pacientes odiosos”) OR (“médico difícil”) OR (“médicos difíceis”) OR (“encuentro difícil”) OR (“encuentros difíceis”) OR (“pacientes difíciles”) OR (“encuentro clínico difícil”) OR (“encuentros clínicos difíciles”) OR (“paciente problemático”) OR (“pacientes problemáticos”) OR (“problema pacientes”) OR (“médico difícil”) OR (“médicos difíciles”)

## Resultados

Foram identificados 3.414 artigos. Após triagem e leitura dos elegíveis, foram selecionados 19 para análise qualitativa. A Figura 1 exhibe o processo de busca e seleção dos artigos.



**Figura 1.** Estratégia de busca e revisão de artigos primários sobre pacientes, médicos e relações médico-pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1º de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.

Fonte: Adaptado do diagrama de fluxo disponibilizado por Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.

Entre os 19 estudos, nove foram quantitativos transversais<sup>16,24</sup>, oito foram qualitativos<sup>15,25-31</sup> e dois tiveram abordagem mista<sup>32,33</sup>.

O total de participantes foi de 1.903 médicos, 101 residentes, 160 acadêmicos de medicina e 1.694 pacientes.

Sete estudos foram conduzidos na Europa (dois na Turquia<sup>17,18</sup>, um na Polônia<sup>25</sup>, um nos Países Baixos<sup>26</sup>, um na Suécia<sup>19</sup>, um na Suíça<sup>21</sup> e um na Alemanha<sup>20</sup>), seis nos Estados Unidos<sup>27-30,32,33</sup>, dois no Canadá<sup>15,16</sup>, dois na China<sup>22,24</sup>, um no Brasil<sup>31</sup> e um no Chile<sup>23</sup>.

Nove estudos foram realizados na atenção primária<sup>15-17,19-21,25,26,30</sup>, um em consultórios<sup>31</sup> e o restante no âmbito hospitalar<sup>18,22-24,27-29,32-33</sup>, um destes em unidades de emergência<sup>32</sup>. Apenas seis incluíram a participação de pacientes<sup>16,19,21,23,26,28</sup>, sendo um deles com os pais dos pacientes<sup>28</sup>. No

único estudo que investigou apenas a percepção dos pacientes, estes foram selecionados por médicos que os indicaram como pacientes com sintomas clinicamente inexplicados<sup>26</sup>.

Nas pesquisas que incluíam métodos quantitativos, os instrumentos validados para avaliar a relação médico-paciente foram: o 10-item Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire (DDPRQ-10) em quatro delas<sup>16,21,22,24</sup> (o qual avalia o quanto o médico considera difícil o paciente) e, com uma aparição cada, o 9-item Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)<sup>22</sup>, que avalia o quanto o paciente considerava difícil o encontro; o Roter Interaction Analysis System (RIAS), que analisa a frequência de cada expressão realizada pelo médico e pelo paciente em encontros clínicos gravados em áudio; o 5-item Observing Patient Involvement (OPTION-5)<sup>16</sup>, que

avalia a participação do paciente em áudios gravados; e a vulnerabilidade do paciente com o Patient's Vulnerability Grid (PVG)<sup>21</sup>, que categoriza a vulnerabilidade em saúde mental, problemas somáticos e questões socioeconômicas. Alguns estudos utilizaram instrumentos validados para analisar desfechos no médico, como motivação prossocial, interesse na solução de problemas e engajamento no trabalho<sup>24</sup>, e desfechos no paciente, como depressão, somatização, ansiedade, estado funcional, dor e confiança no médico<sup>16</sup>. O restante empregou questionários próprios<sup>17-20,23</sup>, e um deles analisou também o prontuário<sup>23</sup>.

Nos estudos com métodos qualitativos de pesquisa, sete coletaram informações por meio de entrevista semiestruturada<sup>15,25-29,31</sup>, e um por narrativa<sup>30</sup>.

Nas duas pesquisas com abordagem mista, uma coletou informações com narrativas e questionário próprio<sup>32</sup>, outra apenas com questionário próprio<sup>33</sup>.

O Quadro 1 exhibe o objetivo e o método de cada estudo analisado.

#### Percepção de médicos e acadêmicos de medicina sobre pacientes difíceis

Entre os estudos com médicos ou acadêmicos de medicina, foram considerados difíceis os pacientes que eram usuários frequentes<sup>21,32</sup> e aqueles com:

- . **condições clínicas específicas envolvendo:** somatização<sup>16,20</sup>/doenças psicossomáticas<sup>18</sup>, intratabilidade<sup>29</sup>, problemas recorrentes sem resolução<sup>18,27</sup>, prejuízo de funcionalidade<sup>16</sup>, doenças crônicas<sup>21,27</sup>, múltiplas doenças crônicas<sup>30</sup> e múltiplas comorbidades<sup>18,29</sup>, distúrbios na saúde mental<sup>21,28,30,32</sup>/doenças psiquiátricas em geral<sup>27</sup> e síndrome de *burnout*<sup>29</sup>, transtornos de personalidade<sup>23</sup>, depressão<sup>16</sup> e abuso de substâncias<sup>20,27</sup>.

- . **problemas durante as fases e nos processos do encontro clínico relacionados:**

- a *sintomas e queixas abrangendo:* pacientes poliqueixosos<sup>18</sup>, com dor<sup>30</sup>, dor intensa<sup>16</sup>, dor crônica<sup>20,33</sup> e sintomas funcionais<sup>29</sup>;

- à *expressão de emoções e comportamentos agressivos envolvendo:* decepção ou frustração<sup>29</sup>, ansiedade<sup>18,27</sup> ou angústia<sup>29</sup>, tristeza<sup>30</sup>, rudeza e raiva<sup>16,18,27</sup>, hostilidade<sup>32</sup>, comportamento “não amistoso”<sup>20</sup>, ofensivo<sup>18</sup>, agressivo<sup>20</sup> e pacientes que cometem assédio verbal ou físico<sup>32</sup>;

- à *obtenção e compartilhamento de informações compreendendo:* pacientes que falavam demais<sup>30</sup>, que traziam problemas pessoais<sup>30</sup>; que se “recusavam” a fornecer informações<sup>29</sup> ou a “se abrir”<sup>27</sup>, que buscavam segunda opinião ou che-

gavam à consulta com conclusões próprias após pesquisa na internet<sup>31</sup>, que questionavam ou confrontavam a decisão médica<sup>28,31</sup> e que tinham dificuldade de compreender as informações compartilhadas<sup>28,29</sup>;

- ao processo de *tomada de decisão sobre investigação e plano terapêutico, incluindo:* pacientes que tinham “expectativas elevadas”<sup>32</sup>, eram “excessivamente demandantes”<sup>20,32</sup>, solicitavam testes considerados desnecessários<sup>28</sup>, que eram “difíceis de convencer”<sup>29</sup>, “manipuladores”<sup>32</sup> e que pareciam querer apenas receita de drogas para abuso<sup>27</sup>, e familiares que insistiam em uma conduta considerada inadequada pelo médico<sup>33</sup>;

- à adesão, *abrangendo:* pacientes que aderiam pouco ao tratamento proposto<sup>30</sup>, se “recusavam” a aderir às terapias propostas<sup>27</sup>/eram “desobedientes”<sup>20</sup> e tinham pouco autocuidado<sup>32</sup>.

- . **perfil demográfico e/ou de vulnerabilidade social,** abrangendo: classe social média<sup>17</sup>, meia-idade ou idosos<sup>30</sup>, ascendência latina e asiática<sup>30</sup>, sexo feminino<sup>30</sup>, sexo masculino<sup>17</sup>, iniquidades de raça e gênero<sup>15</sup>, pobreza extrema e miséria<sup>15</sup>, baixa escolaridade<sup>15</sup>, desemprego<sup>15</sup>, isolamento social<sup>15</sup> e contextos sociais complexos em geral<sup>21,27</sup>.

Um estudo sobre vulnerabilidades verificou que 40% dos pacientes apresentavam ao menos uma vulnerabilidade, sendo a maioria relativa ao contexto socioeconômico, seguida por vulnerabilidade somática e distúrbios na saúde mental<sup>21</sup>.

#### Percepção de pacientes e familiares sobre médicos difíceis

Entre os estudos com os pacientes ou seus responsáveis, aqueles que tinham queixas além das somáticas ou sintomas clinicamente inexplicados consideravam difíceis os médicos que: não lhes davam oportunidade de descrever suas queixas por completo; interrompiam suas falas com frequência<sup>19</sup>; não os levava a sério; faziam com que eles se sentissem desconfortáveis no encontro; forneciam poucas informações, demonstravam preconceitos contra eles; desconheciam seu histórico; discordavam deles sobre o problema central da consulta; não admitiam desconhecer a origem dos sintomas; não tinham um plano terapêutico específico; e passavam a impressão de ter pouco preparo técnico<sup>19</sup>. Os pais de pacientes pediátricos com câncer consideravam difíceis os pediatras que não faziam uma aliança terapêutica, não compreendiam suas necessidades e pareciam não “estar do mesmo lado que eles”, não se importar com seus filhos ou até mesmo não buscar obter os melhores resultados para seus filhos<sup>28</sup>.

**Quadro 1.** Autores, objetivos e método dos 19 artigos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português de 1º de janeiro de 2016 a 30 de setembro de 2021.

Autor, ano, país	Objetivo	Método		
		Desenho	População e local	Coleta de dados
Jackson <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 2021, Canadá	Desenvolver modelo estruturado de equações para capturar a natureza sociocultural de interações “difíceis”	Transversal	11 médicos generalistas e 119 de seus pacientes na atenção primária	DDPRQ-10 <sup>a</sup> ; encontros gravados avaliados com OPTION-5 <sup>b</sup> e RIAS <sup>c</sup> e outros desfechos com <i>Patient Health Questionnaire-9</i> para avaliar depressão, <i>Patient Health Questionnaire-15</i> para somatização, <i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> para ansiedade, <i>Medical Outcome Study SF-6</i> para estado funcional e escala de 0-10 para dor e confiança de pacientes no médico
Karahuseynoglu <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 2021, Turquia	Determinar perfil demográfico de pacientes difíceis	Transversal	248 profissionais da saúde da atenção primária: 92 médicos, 135 enfermeiros e restante não especificado	Questionário próprio/análise bivariada e multivariada
Bankiewicz-Nakielska <i>et al.</i> <sup>25</sup> , 2020, Polônia	Identificar dificuldades de residentes com os pacientes	Qualitativo	36 médicos no ano final da residência em MFC, em ambulatório de atenção primária de uma universidade no norte Polônês	Entrevista semiestruturada
Isbell <i>et al.</i> <sup>32</sup> , 2020, EUA	Descrever o que marca e os sentimentos de profissionais em encontros clínicos na emergência emocionalmente mobilizadores	Abordagem mista	50 médicos e 45 enfermeiros de 29 unidades de emergência	Narrativas preenchidas à distância sobre três atendimentos marcantes: um com sentimentos negativos, outro com positivos e um em saúde mental; e, questionário sobre as emoções sentidas em cada encontro
Zhang <i>et al.</i> <sup>24</sup> , 2020, China	Avaliar impacto de relações médico - paciente difíceis no envolvimento do médico com seu trabalho e seus mecanismos	Transversal	588 médicos de hospitais do nordeste chinês	DDPRQ-10 <sup>a</sup> e três escalas relativas à motivação prossocial, interesse em solução de problemas e engajamento do médico no trabalho
Bodegard <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2019, Suécia	Avaliar diferenças entre atendimento a pacientes que só tinham queixas somáticas e aqueles com queixas além das somáticas	Transversal	16 médicos generalistas e 251 de seus pacientes na atenção primária da capital Sueca	Questionários próprios sobre qualidade da comunicação, informação, participação e satisfação com a consulta, dos pontos de vista de médicos e pacientes
Carde <sup>15</sup> , 2019, Canadá	Explorar a experiência de médicos sobre pacientes “difíceis” por iniquidades sociais	Qualitativo	7 MFC e 5 residentes de ambulatórios da atenção primária em região relativamente pobre de Montreal	Entrevista semiestruturada
Castelhamo <i>et al.</i> <sup>31</sup> , 2019, Brasil	Explorar a relação de médicos com as emoções presentes na prática clínica	Qualitativo	8 médicos que atuavam em clínica médica em consultórios em São Paulo	Entrevista semiestruturada
Mota <i>et al.</i> <sup>21</sup> , 2019, Suíça	Analisar a prevalência e os preditores de encontros difíceis na percepção de médicos residentes	Transversal	27 médicos residentes e 527 de seus pacientes do Departamento de Cuidado Ambulatorial e MFC da Universidade de Lausanne	Questionário DDPRQ – 10 <sup>a</sup> e vulnerabilidade por PVG <sup>d</sup>

continua

**Quadro 1.** Autores, objetivos e método dos 19 artigos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português de 1º de janeiro de 2016 a 30 de setembro de 2021.

Autor, ano, país	Objetivo	Método		
		Desenho	População e local	Coleta de dados
Qiao <i>et al.</i> <sup>22</sup> , 2019, China	Analisar fatores que influenciam relações difíceis entre médico e pacientes segundo ambos	Transversal	226 médicos e 713 de seus pacientes de hospital da província e hospital municipal no norte chinês	Questionário com dados sociodemográficos para todos os participantes, DDPRQ – 10ª para médicos e PDRQ – 9ª para pacientes
Collins <i>et al.</i> <sup>33</sup> , 2018, EUA	Avaliar frequência e contexto de encontros clínicos difíceis	Abordagem mista	33 médicos residentes em pediatria de hospital pediátrico no sudeste dos Estados Unidos	Questionário próprio com questões fechadas e abertas para avaliar confiança, ansiedade e satisfação no contato com familiares e em encontros difíceis
Goetz <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2018, Alemanha	Analisar tipos de encontros considerados difíceis por médicos e sua associação com satisfação profissional	Transversal	470 médicos generalistas da atenção primária do norte alemão	Questionário próprio com dados sociodemográficos, grau de dificuldade em cenários específicos e escala adaptada de satisfação profissional
Steinauer <i>et al.</i> <sup>27</sup> , 2018, EUA	Conhecer percepção de acadêmicos sobre pacientes difíceis	Qualitativo	26 estudantes do último ano do curso de medicina	Entrevista semiestruturada
Houwen <i>et al.</i> <sup>26</sup> , 2017, Países Baixos	Estudar a experiência de pacientes com sintomas clinicamente inexplicados	Qualitativo	39 pacientes de ambulatórios de atenção primária no leste holandês, identificados por seu médico como tendo sintomas clinicamente inexplicados	Entrevista semiestruturada do paciente ao assistir sua própria consulta previamente gravada
Mack <i>et al.</i> <sup>28</sup> , 2017, EUA	Examinar a relação entre pais e médicos em pediatria	Qualitativo	16 pediatras e pais de 29 pacientes pediátricos com câncer em acompanhamento longitudinal na oncologia pediátrica	Entrevista semiestruturada
Méndez <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2017, Chile	Descrever características de pacientes difíceis em psiquiatria	Caso-controle	15 pacientes casos e 30 controles, em acompanhamento regular em psiquiatria de um hospital do leste chileno	Médicos classificaram os pacientes como difíceis ou não. Dados sobre os pacientes foram coletados em entrevista e no prontuário
Sandikci <i>et al.</i> <sup>18</sup> , 2017, Turquia	Examinar motivos para conceituar paciente como difícil e atitudes médicas nesse contexto	Transversal	400 médicos de dois hospitais escola em Ankara	Questionário próprio com dados sociodemográficos e características de pacientes
Maatz <i>et al.</i> <sup>29</sup> , 2016, EUA	Explorar vivência de médicos com pacientes e relações difíceis	Qualitativo	17 médicos clínicos e cirúrgicos Local: três hospitais no nordeste inglês	Entrevista semiestruturada
Shapiro <i>et al.</i> <sup>30</sup> , 2016, EUA	Avaliar percepção de estudantes de medicina sobre encontros difíceis	Qualitativo	134 estudantes do penúltimo ano do curso de medicina Local: estágio em MFC	Narrativas sobre encontros clínicos difíceis

Abreviaturas: DPRQ-10 – 10-item *Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire*; OPTION-5 – 5-item “*Observing Patient Involvement*”; RIAS – *Rotter Interaction Analysis System*; MFC – Medicina de Família e Comunidade; PVG – *Patient’s Vulnerability Grid*; PDRQ-9 – 9-item *Patient-Doctor Relationship Questionnaire*. <sup>a</sup> O DPRQ-10 é um instrumento para avaliar o quanto o médico considerou difícil o paciente. <sup>b</sup> O OPTION-5 é um instrumento para avaliar a participação do paciente em encontros gravados. <sup>c</sup> O RIAS é um sistema para análise de cada expressão do paciente e do médico em encontros gravados em vídeo ou áudio. <sup>d</sup> O PVG avalia cinco dimensões de vulnerabilidade: determinantes somáticos, estado de saúde mental, determinantes sociais, comportamental e uso do serviço de saúde. <sup>e</sup> PDRQ-9 é um instrumento para avaliar o quanto o paciente achou o encontro difícil.

Fonte: Autores.

## Outros achados dos estudos

### Comportamentos dos médicos para lidar com pacientes difíceis

Os comportamentos adotados pelos médicos frente a pacientes que apresentavam queixas não somáticas abrangeram dedicar menos tempo para explicar suas queixas, ofertar menos informações, interromper suas falas, levá-los menos a sério e incentivar menos sua participação no encontro<sup>19</sup>. Clínicos que trabalhavam em consultório reportaram que se distanciavam emocionalmente quando a consulta envolvia sentimentos fortes e que tinham dificuldade de manter o bom humor e a cordialidade com os pacientes ao final de longas horas de trabalho extenuante<sup>31</sup>.

Um estudo demonstrou que, ao atender pacientes difíceis, o médico passava a focar mais na resolução de problemas objetivos e seu envolvimento com o trabalho e sua motivação prossocial apresentavam queda de 31%<sup>24</sup>.

### Sentimentos gerados pelos encontros difíceis

Os *médicos* relataram sentir ansiedade, fadiga e emoções fortes, como raiva e tristeza, ao lidar com pacientes difíceis, com comportamentos considerados desagradáveis e/ou com queixas de saúde mental<sup>32</sup>. Em um estudo, os médicos referiram entrar ocasionalmente em conflito interno ao lidar com pacientes por quem sentiam raiva, pois ao mesmo tempo sentiam simpatia e consideravam que deveriam demonstrar carinho e gentileza. Esse conflito acabava gerando indecisão entre se deixar ser atacado ou impor limites e se defender. Outros sentimentos relatados foram dificuldade de se distanciar de situações complicadas, medo de ser agredido por familiares se algo acontecesse ao paciente ou medo de não satisfazer expectativas do paciente<sup>25</sup>.

Na atenção à população vulnerável, o tempo limitado da consulta, a sensação de ineficácia e a pressão por “fazer algo” foram os três principais fatores que incomodavam os médicos<sup>15</sup>. Em outro estudo, alguns médicos expressaram desinteresse e insatisfação em trabalhar com pacientes com expectativa limitada de melhora<sup>29</sup>. Pediatras que tratavam pacientes com câncer relataram frustração, desconfiança do responsável, angústia, ansiedade e sensação de fracasso<sup>28</sup>, e os residentes de um hospital pediátrico relataram se sentir menos confiantes e mais ansiosos<sup>33</sup> quando a relação médico-paciente era difícil.

*Acadêmicos de medicina* referiram sentir ansiedade, medo, frustração<sup>27,30</sup>, incômodo, forte

sensação de impotência<sup>27</sup> e empatia<sup>30</sup>. Em um estudo, percebiam que seu desempenho frente a pacientes difíceis evidenciava falta de preparo ou autoridade para melhorar a saúde deles, que alterava suas expectativas sobre o cuidado centrado no paciente e limitava sua possibilidade de se destacar academicamente<sup>27</sup>. Em outro, relataram mudanças progressivas em seus sentimentos e atitudes ao longo da formação, alguns com aumento de compreensão, calma e satisfação, outros com aumento da frustração e da sensação de impotência<sup>30</sup>.

*Os pais de pacientes oncológicos* reportaram sentir angústia, raiva, desconfiança e sensação de vulnerabilidade quando os médicos não demonstravam uma aliança terapêutica<sup>28</sup>.

### Situações em que médicos e/ou acadêmicos de medicina relataram sentir dificuldade de se comunicar

Três estudos constataram as seguintes situações em que médicos e/ou acadêmicos de medicina sentiam dificuldades para se comunicar com os pacientes e/ou seus familiares<sup>25,30,33</sup>: abordagem da intimidade do paciente, possibilidade de morte, tempo de vida e morte<sup>25</sup>, comunicação de más notícias<sup>33</sup>, quando havia insistência dos familiares em uma conduta inadequada<sup>33</sup>, manejo de pacientes “muito comunicativos”<sup>30</sup>, pacientes com raiva ou com diferenças linguísticas<sup>30</sup> e explicação sobre a natureza e o tratamento da doença para pacientes que, apesar de estarem em acompanhamento por longo tempo, não entendiam bem o próprio quadro clínico<sup>30</sup>.

### Percepção de acadêmicos sobre a comunicação de seus preceptores

Acadêmicos do penúltimo ano de medicina consideravam que a maioria de seus preceptores que atuava no estágio de MFC se comunicava bem e que seus pacientes confiavam neles, mas percebiam que muitos deles ignoravam as perguntas dos pacientes, não lhes explicavam em detalhes o tratamento prescrito<sup>30</sup>, costumavam rotular alguns pacientes como difíceis<sup>30</sup> e ignoravam as informações socioeconômicas coletadas pelos acadêmicos na hora de estabelecer a conduta a ser adotada<sup>30</sup>.

### Outros fatores relacionados à ocorrência de encontros difíceis

Um estudo constatou maior ocorrência de encontros médicos com pacientes difíceis nas segundas-feiras em atendimentos ambulatoriais de MFC<sup>21</sup>, outro mostrou sua maior ocorrência em

tre familiares de pacientes internados, em relação aos de consultas ambulatoriais<sup>33</sup>.

Uma pesquisa mostrou maior ocorrência de encontros difíceis entre médicos internistas, com pós-graduação e idade maior do que 31 anos e que se sentiam hostilizados pela mídia, já haviam passado por litígio médico, trabalhavam mais de 40 horas por semana, solicitavam mais testes ou procedimentos e prescreviam mais drogas. Por outro lado, essa ocorrência foi menor entre médicos que sentiam que seus pacientes confiavam neles, que consideravam bom o ambiente do hospital, não se sentiam pressionados e estavam satisfeitos com sua renda<sup>22</sup>.

Dois estudos avaliaram idade e tempo de prática do médico e probabilidade de ele classificar os pacientes como difíceis e não encontraram essa associação<sup>16,21</sup>.

Uma pesquisa mostrou associação entre satisfação médica com o trabalho e fatores ambientais e condições de trabalho, e não com a frequência de encontros clínicos difíceis<sup>20</sup>.

Pediatras que tratavam pacientes com câncer ressaltaram a influência de questões estruturais externas sobre sua relação com os pais das crianças<sup>28</sup>. A falta de serviços de suporte no sistema de saúde, como psicoterapia, e a falta de continuidade no cuidado por pobreza de recursos na atenção primária também foram relatadas por clínicos e cirurgiões<sup>29</sup>.

Entre os pacientes, um estudo mostrou menor risco de encontros difíceis nas consultas em que seus médicos eram cordiais, estabeleciam relações de confiança e propiciavam a maior participação deles nas decisões<sup>16</sup>. Outro estudo considerando a etnia e outras características dos pacientes de dois hospitais da China constatou maior satisfação entre aqueles que pertenciam à etnia majoritária, que tinham renda salarial satisfatória e que haviam aguardado menos tempo para agendar atendimento<sup>22</sup>. Outra investigação constatou que os pacientes imigrantes se sentiam menos satisfeitos com o atendimento por sentirem que eram levados pouco a sério e que recebiam informações insuficientes<sup>19</sup>.

O Quadro 2 exhibe os resultados de cada estudo analisado.

#### **Recomendações nos artigos revisados para diminuir o risco de encontros clínicos difíceis fornecidas**

Visando prevenir ou diminuir o risco de encontros clínicos difíceis, diversas sugestões e recomendações foram fornecidas nos estudos para os profissionais médicos e desde o início até o

final da formação médica<sup>30</sup>, visando prevenir ou diminuir o risco de encontros clínicos difíceis.

Algumas delas se relacionavam à construção de identidade profissional<sup>27</sup> e ao cultivo dos valores do profissionalismo<sup>16</sup>. Foi apontada também a necessidade de se rediscutir o papel do médico e suas relações em um mundo em que as informações são mais acessíveis ao público em geral<sup>31</sup>.

Outras foram relativas à comunicação intrapessoal, à prática de autorreflexão<sup>30</sup>, ao desenvolvimento de autoconhecimento/autoconsciência<sup>30,31</sup> e ao preparo para manejo das próprias emoções<sup>31, 32</sup> e dos componentes da inteligência emocional<sup>30,32</sup>.

Diversos aspectos da comunicação interpessoal foram recomendados, abrangendo componentes do cuidado centrado na pessoa<sup>24,26,28,30,33</sup>, entre eles: relações de respeito e compreensão sobre a alteridade dos pacientes<sup>30</sup>; maior conexão do médico com o paciente<sup>26</sup>; investimento de mais tempo para conhecer a vida do paciente e criar laços de confiança<sup>15,26</sup>; dar mais abertura para a expressão do paciente e desconstruir preconceitos sobre o que ele sente e relata<sup>26</sup>; valorização dos problemas apresentados pelos pacientes e alinhamento de objetivos<sup>26</sup>; resposta empática aos sentimentos dos pacientes e de seus responsáveis<sup>24,28,33</sup>; inspiração e gratidão<sup>24</sup>; e ter expectativas realistas ao lidar com pacientes em vulnerabilidade considerados difíceis<sup>15</sup>.

Sugeriu-se também o ensino de psicologia<sup>16,24</sup>, sobre saúde mental<sup>20</sup>, comportamento frente ao adoecimento<sup>16</sup> e de comunicação em geral<sup>16-18,20,26,28,33</sup>. Foi ressaltada a importância de maior foco em queixas funcionais<sup>31,32</sup> e na compreensão do paciente<sup>16</sup> e na empatia, bem como no reconhecimento da origem da dificuldade nos próprios sentimentos negativos e de frustração do médico, em oposição a colocar o “rótulo” de “difícil”, no paciente<sup>32</sup>.

Foi ressaltada a necessidade de aprendizagem a respeito de como controlar as próprias emoções/modular as emoções pessoais na prática clínica<sup>31,32</sup>, sem ignorá-las<sup>31</sup>, e como responder a emoções fortes<sup>29</sup>. Para esse ensino, foram sugeridas discussões, dinâmicas sobre encontros difíceis e simulações<sup>27</sup>. Foram também mencionadas estratégias para desenvolver a comunicação intrapessoal, como a atenção plena (*mindfulness*) e os grupos Balint, bem como outras para trabalhar as respostas emocionais do médico com seus pacientes (mecanismo de transferência e contra-transferência)<sup>33</sup>.

Foi sugerido que os médicos evitassem embates com pacientes e pais ou responsáveis<sup>28</sup> e tivessem maior controle de seus comportamen-

**Quadro 2.** Autores e resultados de cada um dos 19 estudos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1º de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.

<b>Autor, ano, país</b>	<b>Resultados</b>
Jackson <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 2021, Canadá	Pacientes difíceis mais frequentemente com: somatização, dor intensa, prejuízo de funcionalidade e depressão. Não associação com idade ou anos de prática do médico e gênero ou etnia do paciente e concordância de sexo e etnia com a do médico. Fatores de proteção: confiança, cordialidade do médico e maior participação do paciente nas decisões.
Karahuseynoglu <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 2021, Turquia	Pacientes difíceis mais frequentemente de classe média e homens. Outros profissionais de saúde consideravam as mulheres mais difíceis.
Bankiewicz-Nakielska <i>et al.</i> <sup>25</sup> , 2020, Polónia	Conflito interno do médico por sentir raiva de certos pacientes, mas, ao mesmo tempo, sentir simpatia por eles e considerar que deveria ser carinhoso e gentil; medo de ataque por familiares se acontecesse algo ruim com paciente, e de não satisfazer expectativas do paciente; indecisão entre se deixar ser atacado ou impor limites; dificuldade em se distanciar de situações complicadas e em discutir mortalidade e intimidade.
Isbell <i>et al.</i> <sup>32</sup> , 2020, EUA	Médicos consideravam difíceis pacientes: demandantes, manipuladores, que cometiam assédio verbal ou físico, usuários frequentes, com expectativas não realísticas, com pouco autocuidado e com familiares hostis. Reação emocional do médico: ansiedade, fadiga, raiva e tristeza.
Zhang <i>et al.</i> <sup>24</sup> , 2020, China	Queda de 31% no envolvimento médico com seu trabalho, frente a relações difíceis com pacientes por redução de motivação prossocial e aumento de foco na resolução de problemas objetivos.
Bodegard <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2019, Suécia	Frente a pacientes com queixas além de somáticas, médicos relataram: dedicar menos tempo para explicar suas queixas, interrompê-los mais, levá-los menos a sério, fornecer menos informações, responder menos às perguntas, permitir menor participação no encontro e ficar menos satisfeitos com seu desempenho em tais encontro. Pacientes com queixas além de somáticas relataram que médicos difíceis lhes proporcionavam menos oportunidades de descrever suas queixas por completo e os interrompiam mais, resultando em sua menor satisfação com o atendimento; pacientes imigrantes consideraram ser menos levados a sério e receber menos informação.
Carde <sup>15</sup> , 2019, Canadá	Médicos relataram dificuldades com contextos de pobreza, baixa escolaridade, desemprego e isolamento social de seus pacientes; A definição de um “paciente difícil” relacionou-se mais à experiência subjetiva do médico durante os atendimentos do que às características individuais do paciente. Três fatores que incomodaram o médico com maior frequência: tempo, sensação de ineficácia e pressão por “fazer algo”.
Castelhano <i>et al.</i> <sup>31</sup> , 2019, Brasil	Médicos relataram que os pacientes difíceis questionavam sua decisão, buscavam segunda opinião e tiravam conclusões antes do atendimento após pesquisa na internet. Médicos usavam estratégias de distanciamento em consultas que envolviam emoções fortes. Relato de dificuldade em manter bom humor e cordialidade após longas horas de trabalho extenuante.
Mota <i>et al.</i> <sup>21</sup> , 2019, Suíça	40% dos pacientes com ao menos uma vulnerabilidade, a maioria, social, seguida por somática e por saúde mental; apenas o estado de saúde mental associou-se a pacientes difíceis de sexo masculino e todas as dimensões de vulnerabilidade associaram-se a pacientes difíceis do sexo feminino. Encontros difíceis eram mais frequentes na segunda-feira. Não houve associação entre probabilidade de considerar paciente como difícil e idade, sexo e anos de prática do residente.
Qiao <i>et al.</i> <sup>22</sup> , 2019, China	Mais encontros difíceis entre médicos internistas, com pós-graduação e idade > 31 anos e médicos que se sentiam hostilizados pela mídia, já haviam passado por litígio, trabalhavam mais de 40 horas por semana e prescreviam mais drogas, testes ou procedimentos desnecessários. Menos encontros difíceis entre médicos satisfeitos com sua renda, que consideravam bom o ambiente do hospital, não se sentiam pressionados e percebiam a confiança de seus pacientes. Satisfação maior dos pacientes com seus médicos e confiança neles entre aqueles: da etnia majoritária (Han) quando comparados à etnia minoritária local (Mongol); satisfeitos com sua renda e que haviam aguardado menos tempo para agendar atendimento.

continua

tos defensivos<sup>22</sup>, por meio da aprendizagem e do uso de recursos para gestão de conflitos<sup>17</sup> e resolução de problemas<sup>17,25</sup>. Recursos específicos da comunicação no encontro clínico foram indicados, como o acróstico BREATHE OUT (*Bias*: pensar em vieses que têm contra o paciente; *RE-*

*flect*: perguntar-se por que se categoriza aquele paciente como difícil; *Accomplish*: listar algo a se conquistar naquele encontro; *THink*: pensar em uma questão a se tratar que possa explorar suas concepções sobre o paciente; *Enter*: entrar no consultório apenas após três respirações profun-

**Quadro 2.** Autores e resultados de cada um dos 19 estudos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1º de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.

Autor, ano, país	Resultados
Collins <i>et al.</i> <sup>33</sup> , 2018, EUA	Contextos de encontros difíceis de médicos pacientes com queixas funcionais, drogadição abuso/negligência, e má adesão a tratamento, hostilidade, raiva, defensividade, negação, impaciência, e contextos de discussão com adolescentes, envolveram, com restrição de tempo, erros médicos e final de vida. Grande ansiedade era sentida quando havia comunicação de más notícias e comunicação com familiares com raiva ou que insistiam em conduta inadequada. Maior dificuldade de pediatras com famílias de pacientes internados do que de ambulatório. Residentes de pediatria sentiam-se inseguros quando pacientes sentiam dor crônica e familiares discordavam de sua conduta e / ou insistiam em conduta considerada inadequada.
Goetz <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2018, Alemanha	Médicos consideravam difíceis pacientes: com somatização, dor crônica e etilismo; agressivos, demandantes, não amistosos e “desobedientes”. Satisfação com trabalho associou-se apenas a fatores ambientais e condições de trabalho.
Steinauer <i>et al.</i> <sup>27</sup> , 2018, EUA	Acadêmicos mais frequentemente consideravam difíceis os pacientes com: contextos sociais complexos; doenças crônicas e psiquiátricas; abuso de substâncias; demanda exclusiva e insistente de receita de drogas; problemas sem solução; raiva; rudeza; recusa a aderir às terapias propostas ou a se abrir. Os sentimentos frequentemente gerados neles em encontros difíceis foram frustração, incômodo e sensação de impotência e de não ter ferramentas e/ou autoridade para melhorar saúde do paciente e diminuição das expectativas sobre o cuidado centrado no paciente e em se destacar academicamente.
Houwen <i>et al.</i> <sup>26</sup> , 2017, Países Baixos	Pacientes consideravam difíceis médicos que: discordavam deles sobre ponto central da consulta; geravam a sensação de desconforto na consulta; não tinham plano terapêutico específico; pareciam despreparados tecnicamente; não conheciam seu histórico; eram preconceituosos; e, não admitiam desconhecimento sobre origem dos sintomas.
Mack <i>et al.</i> <sup>28</sup> , 2017, EUA	Pais de pacientes pediátricos consideravam os pediatras difíceis quando: não havia aliança terapêutica, nem compreensão sobre suas necessidades e quando o pediatra não parecia se importar com eles e seus filhos, nem estar do seu lado ou trabalhar para obter os melhores resultados para seus filhos. Os sentimentos gerados nos pais foram: angústia, raiva, sensação de vulnerabilidade e desconfiança. Pediatras consideravam como principais fatores dificultadores da relação com o paciente: problemas de comunicação e compreensão, pais que os confrontavam e/ou com problemas de saúde mental e questões estruturais externas. Os sentimentos gerados nos pediatras foram: frustração, desconfiança no responsável, angústia, ansiedade e sensação de fracasso.
Méndez <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2017, Chile	Os pacientes mais frequentemente difíceis usavam maior número de medicações e apresentavam maior tempo em psicoterapia, necessidade de assistência social e transtorno de personalidade. Não houve associação entre percepção do médico sobre pacientes difíceis e idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo de diagnóstico dos pacientes.
Sandikci <i>et al.</i> <sup>18</sup> , 2017, Turquia	Médicos consideravam difíceis os pacientes que: tinham problemas recorrentes sem resolução, multimorbidades e doenças psicossomáticas, eram poliqueixosos, ansiosos e sentiam raiva deles. Frequência similar de encontros difíceis por pacientes ofensivos, manipuladores, com raiva deles ou drogadição entre médicos internistas, cirurgiões e generalistas. Cirurgiões tiveram menos encontros difíceis com pacientes com problemas recorrentes sem resolução, com múltiplas queixas e comorbidades e que eram muito ansiosos. Internistas destacaram dificuldade com pacientes com doenças psicossomáticas.
Maatz <i>et al.</i> <sup>29</sup> , 2016, EUA	Médicos consideravam difíceis pacientes com: <i>burnout</i> , sintomas funcionais, doenças intratáveis, múltiplas comorbidades, expectativa limitada de melhora, demonstração de frustração, angústia, raiva e desapontamento. dificuldade de compreensão, recusa “a fornecer informações” e dificuldade de serem convencidos. Foi ressaltada a influência de dificuldades por limitações no suporte do sistema de saúde, como psicoterapia, na continuidade no cuidado e nos recursos na atenção primária.
Shapiro <i>et al.</i> <sup>30</sup> , 2016, EUA	Acadêmicos consideravam mais difíceis os pacientes com problemas de saúde mental, doenças crônicas múltiplas, dor, raiva ou tristeza, e que falavam demais, traziam problemas pessoais, aderiam pouco a tratamento e eram de ascendência latina e asiática e de meia-idade ou idosos. Eles relataram dificuldade no manejo de pacientes muito comunicativos, com raiva ou com diferenças linguísticas, e para explicar a natureza da doença e do tratamento, quando os pacientes estavam em acompanhamento por longo tempo e não entendiam seu quadro clínico. Os sentimentos gerados nos acadêmicos pelos encontros difíceis foram ansiedade, medo, frustração e empatia. Enquanto alguns aumentaram sua satisfação, compreensão e calma ao longo da formação, outros aumentaram sua frustração e sensação de impotência. Acadêmicos consideravam que a maioria de seus preceptores da MFC se comunicava bem com os pacientes e estabelecia vínculo de confiança, mas, ignorava as perguntas dos pacientes, não lhes explicava o tratamento prescrito, ignorava informações socioeconômicas coletadas pelos acadêmicos ao estabelecer a conduta e sinalizava para os acadêmicos quando o paciente era difícil.

Fonte: Autores.

das; *Outcome*: refletir se os objetivos do paciente e do médico foram atingidos; *Unexpected*: pensar se algo inesperado foi aprendido; *Tomorrow*: listar algo que poderia resolver se encontrasse o paciente no dia seguinte)<sup>33</sup>.

O trabalho em equipe interprofissional foi ressaltado como essencial para o cuidado do paciente e para evitar relações difíceis, sendo sugerida sua priorização<sup>18</sup>, o estímulo da educação e da interação interprofissional<sup>15</sup> e acompanhamento clínico em equipe<sup>28</sup>.

Foi também apontada a necessidade de mudanças no âmbito sistêmico. Na esfera do sistema de saúde, abrangeram alterações estruturais em sua organização<sup>15,28</sup>, com redução do tempo de espera dos pacientes<sup>22</sup> e abordagem de problemas basilares que causam as iniquidades na saúde (concentração de riqueza, educação, estratificação social etc.)<sup>15</sup>. E nas instituições de atenção à saúde, incluíram aumento do tempo disponível para a consulta<sup>22</sup>, a fim de que o médico pudesse conversar mais com os pacientes<sup>24</sup>, diminuição da carga horária e de trabalho dos médicos<sup>22</sup>, melhora do ambiente hospitalar<sup>22</sup> e criação de sistemas racionais de recompensa para melhorar a satisfação com o salário recebido<sup>22</sup>. Outra mudança seria em relação à mídia, sugerindo a redução da cobertura midiática negativa sobre o médico<sup>22</sup>.

Em relação ao ambiente de aprendizagem, um estudo recomendou que este estimule e valorize a própria melhora do estudante, e não a comparação de seu desempenho com o de outros estudantes<sup>27</sup>.

O Quadro 3 exhibe as intervenções propostas em cada estudo analisado.

### Limitações apontadas nos estudos

O risco de viés de desejabilidade social devido ao uso de relatos ou instrumentos autoaplicados na coleta de dados foi apontado por todos os autores<sup>15-33</sup>.

Quanto à amostra, foram referidos o baixo número de participantes<sup>27,33,28</sup> e a possibilidade de pouca representatividade, por conta da seleção por conveniência<sup>32</sup>, ou de apenas médicos residentes<sup>21</sup> ou de estudantes<sup>27</sup>, devido à condução do estudo em um único local<sup>19,21,27,30,33</sup>, ou mesmo à seleção de pacientes satisfeitos com o atendimento em geral, o que poderia ter causado sua avaliação mais positiva da consulta (efeito halo)<sup>19</sup>, ou ainda de estudantes com emoções mais fortes nos encontros clínicos terem ficado mais motivados a aceitar o convite para participar da pesqui-

sa<sup>27</sup>. Em um estudo, os médicos mais motivados a responder ao questionário eram mais jovens e do sexo masculino, quando comparados ao total de convidados<sup>20</sup>, e em outro os pacientes com sintomas clinicamente inexplicados foram selecionados com base na percepção do médico<sup>26</sup>.

Quanto à coleta de dados, foram citadas limitações em relação ao tempo e/ou local em que foi realizada. Autores de uma pesquisa reconheceram que a coleta logo após a consulta e na própria instituição poderia ter prejudicado o anonimato e a sensação de segurança dos pacientes<sup>19</sup>; em outra, considerou-se a distância temporal entre os encontros e a descrição emocional com foco em encontros recentes, sem avaliar a evolução de sentimentos ao longo do tempo<sup>32</sup>; em outra, apontou-se que a frequência de encontros clínicos difíceis foi relatada em um momento pontual, estando sujeita a viés de recordação<sup>33</sup>.

Com relação às informações coletadas e aos instrumentos usados, foram consideradas como limitação a inclusão de nenhuma ou poucas informações sociodemográficas<sup>21,29</sup> e a não inclusão de: características médicas que contribuíram para a dificuldade em lidar com os pacientes<sup>15</sup>; medidas objetivas das condutas clínicas tomadas<sup>32</sup>; visão dos pacientes, levando-se apenas em consideração a opinião do médico e sua classificação sobre pacientes difíceis<sup>18, 29</sup>; visão de médicos e pacientes em profundidade<sup>22</sup>; questões relativas à cultura<sup>22</sup>; pacientes não considerados difíceis em situação de vulnerabilidade, para possibilitar comparação com os considerados difíceis<sup>15</sup>; e satisfação geral<sup>26</sup>.

Também foram consideradas limitações a inclusão de perguntas sensíveis, como renda e prática de medicina defensiva, que poderiam ter levado a respostas menos sinceras<sup>22</sup>. A diferença na forma de aplicação do instrumento também foi citada como limitação, como ocorreu no caso do estudo com pediatras, em que eles foram questionados diretamente sobre relações clínicas difíceis com os pais de pacientes com câncer, enquanto a visão dos pais foi obtida por dados indiretos<sup>28</sup>. Em um estudo, a coleta de dados por meio de narrativas foi citada como possível introdução de viés egocêntrico ou de embelezamento dos fatos<sup>30</sup>. Em outro, a entrevista semiestruturada foi citada como possível limitação por poder ter desencorajado opiniões socialmente desagradáveis<sup>29</sup>. A impossibilidade de estabelecer a direção de causalidade em relação à associação de percepção médica de pacientes difíceis com a desmotivação do médico foi outra limitação apontada<sup>24</sup>.

**Quadro 3.** Intervenções e sugestões propostas nos 19 artigos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.

Autor, ano, país	Sugestões e intervenções propostas
Jackson <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 2021, Canadá	Treinamento em comunicação, profissionalismo, psicologia e comportamento frente ao adoecimento; maior foco na compreensão psicossocial do que em orientação para melhorar experiência do médico
Karahuseynoglu <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 2021, Turquia	Foco em empatia evitando o rótulo a de “difícil”; treinamento em habilidades de comunicação, gestão de conflitos e resolução de problemas.
Bankiewicz-Nakielska <i>et al.</i> <sup>25</sup> , 2020, Polônia	Desenvolver recursos para resolução de problemas durante formação médica e especialização.
Isbell <i>et al.</i> <sup>32</sup> , 2020, EUA	Intervenções para modular emoções pessoais na prática clínica e desenvolver inteligência emocional; mudar o foco da origem dos sentimentos negativos e frustração com o paciente para foco em problemas sistêmicos.
Zhang <i>et al.</i> <sup>24</sup> , 2020, China	Aumento do tempo disponível para médico conversar com pacientes; ofertar treinamento psicológico a médicos, para cultivar inspiração, gratidão e empatia.
Bodegard <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2019, Suécia	-
Carde <sup>15</sup> , 2019, Canadá	Investir tempo em conhecer a vida do paciente, criar laços de confiança, ter expectativas realistas e estimular interação interprofissional. O aperfeiçoamento profissional é necessário, mas seria mais eficaz abordar problemas basilares que causam as iniquidades na saúde (concentração de riqueza, educação, estratificação social, etc.) com mudanças na organização dos sistemas de saúde.
Castelhamo <i>et al.</i> <sup>31</sup> , 2019, Brasil	Médicos devem manter controle de suas emoções, sem ignorá-las e desenvolver autoconhecimento. Rediscutir papel do médico e suas relações em um mundo em que as informações são mais acessíveis ao público em geral.
Mota <i>et al.</i> <sup>21</sup> , 2019, Suíça	Reconhecer o que torna alguns pacientes difíceis, identificar aspectos éticos proveniente de seu cuidado e responder terapêuticamente são elementos fundamentais. Foco em aprendizagem interprofissional para compartilhar o manejo de pacientes complexos em cenários de maiores taxas de pacientes com risco psicossocial. O fornecimento de ferramentas de aprendizagem e a implementação de medidas sociais adaptadas para as características dos pacientes pode diminuir a percepção dos residentes sobre os pacientes difíceis e melhorar os encontros e, conseqüentemente, os desfechos na saúde do paciente.
Qiao <i>et al.</i> <sup>22</sup> , 2019, China	Propõe-se sistemas racionais de recompensa, para melhorar a satisfação salarial, melhorar o ambiente hospitalar, reduzir cobertura midiática negativa, diminuir carga horária e carga de trabalho de médicos, reduzir o tempo de espera dos pacientes e aumentar tempo das consultas; médicos devem controlar seus comportamentos defensivos.

continua

## Discussão

Esta revisão mostra dificuldades de acadêmicos de medicina, médicos assistentes e residentes em lidar com erros e situações que geram incertezas, com condições psicossomáticas e de saúde mental e pacientes em condições clínicas complexas, que estão em sofrimento, não têm perspectivas de cura ou que abusam de substâncias. Também se constata o rótulo de difícil dado ao paciente que tem ou quer ter maior participação na consulta, especialmente que: tenta falar mais sobre sua vida, expor suas perspectivas, expectativas e demandas, faz perguntas, pede explicações, não quer fornecer informações (talvez por não ter

criado um vínculo de confiança com o médico), pesquisa sua condição clínica na internet, questiona a decisão médica, confronta o médico ou discorda da conduta terapêutica proposta por ele, busca outras opiniões médicas, não segue ou adere à terapêutica proposta, é “desobediente” ou tem autocuidado ruim. Constata-se ainda que há dificuldade no atendimento a pacientes em acompanhamento clínico que têm pouca compreensão sobre seu plano terapêutico e em lidar com emoções, desde a tristeza até a raiva.

Usuários frequentes também são vistos como difíceis, o que provavelmente ocorre porque alguns pacientes com doenças psicossomáticas – por não conseguirem expor suas demandas mais

**Quadro 3.** Intervenções e sugestões propostas nos 19 artigos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.

Autor, ano, país	Sugestões e intervenções propostas
Collins <i>et al.</i> <sup>33</sup> , 2018, EUA	Ensino de comunicação médica incluindo estratégias para lidar com emoções, simulações e discussões e dinâmicas sobre situações difíceis (como grupos Balint), de técnicas de <i>mindfulness</i> (atenção plena) e para desenvolver empatia e recursos específicos para a prática, como o acróstico BREATHE OUT <sup>a</sup> .
Goetz <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2018, Alemanha	Priorizar treinamento em saúde mental para generalistas, e em habilidades de comunicação durante e após especialização.
Steinauer <i>et al.</i> <sup>27</sup> , 2018, EUA	Priorizar formação de identidade profissional na educação médica, considerando encontros clínicos difíceis como cruciais para aprendizagem; trabalhar ambiente de aprendizagem focado na própria melhora e não em comparação com desempenho de outros estudantes.
Houwen <i>et al.</i> <sup>26</sup> , 2017, Países Baixos	Aprimorar habilidades para o cuidado centrado na pessoa e de comunicação; maior conexão do médico com paciente; valorizar problemas de paciente alinhando-os à sua percepção; mais abertura e menos preconceitos sobre o que paciente sente e expressa.
Mack <i>et al.</i> <sup>28</sup> , 2017, EUA	Médicos devem evitar embates com os pais, optando por respostas mais empáticas; sugere-se acompanhamento clínico em equipe, treinamento em comunicação e mudanças estruturais nos sistemas de saúde.
Méndez <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2017, Chile	Sugere-se que o médico considere mudanças em si mesmo para se tornar melhor em ajudar os pacientes a se transformar. O profissional deve trabalhar para lidar melhor com emoções fortes e ser mais compreensivo e empático com os pacientes.
Sandikci <i>et al.</i> <sup>18</sup> , 2017, Turquia	Expandir treinamento em comunicação médica e priorizar trabalho em equipe.
Maatz <i>et al.</i> <sup>29</sup> , 2016, EUA	Maior foco a queixas funcionais e emoções fortes na formação médica.
Shapiro <i>et al.</i> <sup>30</sup> , 2016, EUA	Desde o início da formação e ao longo da educação e prática médica, nutrir a reflexão e autoconsciência entre estudantes, desenvolver a inteligência emocional; promover relações de respeito e compreensão sobre alteridade dos pacientes e levá-la em conta em sua avaliação e conduta, principalmente no campo da saúde mental e entre pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento.

<sup>a</sup> BREATHE-OUT – *Bias*: pensar em vieses que tem contra o paciente; *REflect*: se perguntar porque se categoriza aquele paciente como difícil; *Accomplish*: listar algo a se conquistar naquele encontro; *THink*: pensar em uma questão a se tratar que possa explorar suas concepções sobre o paciente; *Enter*: entrar em consultório apenas após três respirações profundas; *Outcome*: refletir se o objetivo do paciente e do médico foram atingidos; *Unexpected*: pensar se algo inesperado foi aprendido; *Tomorrow*: listar algo que poderia resolver se ver o paciente no dia seguinte.

Fonte: Autores.

sensíveis (demandas ocultas), que forneceriam apenas se sentissem confiança no médico – retornam, na tentativa de conseguir expressá-las.

Por outro lado, na perspectiva dos pacientes, os médicos são difíceis quando têm pouca compreensão ou discordam deles quanto ao ponto principal da consulta, interrompem frequentemente suas falas, têm pouco esclarecimento sobre a natureza de seus problemas e sua história e não têm planos claros para a resolução de suas queixas.

Os médicos reportaram o distanciamento do paciente difícil ao lidarem com eles, sendo exatamente esse distanciamento o que causou em pais de pacientes pediátricos de oncologia a sensação de que alguns médicos não estavam ao lado deles

ou não tinham em mente o melhor cuidado para seus filhos.

Percebe-se então que a maioria dos pacientes difíceis são assim rotulados quando o cuidado é centrado no médico, não se criando um vínculo, um laço de confiança, e assim o médico não escuta o paciente, tendo com ele uma relação paternalista e autoritária, com foco estritamente biomédico, valorizando mais a doença e menos a pessoa que adoeceu, seu processo de adoecimento e sua autonomia.

O que podemos verificar é que, apesar de aspectos fundamentais para a comunicação médico-paciente já terem sido evidenciados há 60 anos, ainda há muito a avançar em seu ensino. Está bem estabelecido que a empatia, mediada

por uma escuta sincera e a intenção de ajudar o paciente, é fundamental para mediar a capacidade do paciente para se cuidar, desenvolver maior autonomia e potencializar seu autocrescimento<sup>34,35</sup>. Também se sabe que muitas vezes os pacientes “ofertam a doença” de forma desorganizada, com queixas psicossomáticas, sem que se encontre uma causa orgânica, e que, caso não se consiga ajudá-los nessa fase, provavelmente eles apresentarão no futuro manifestações orgânicas<sup>36</sup>.

O foco biopsicossocial e espiritual e o cuidado centrado na pessoa têm sido preconizados desde a década de 1970<sup>37,38</sup>, devido a seus melhores desfechos na saúde<sup>1-3</sup>, por isso existem guias/modelos para os processos e as tarefas nas diversas fases da consulta, como o Calgary-Cambridge<sup>39</sup>. Representando um avanço nessa visão, na década de 1990 surgiu a proposta do cuidado centrado nas relações, que enfatiza a interdependência e a influência recíproca das relações que se tecem a cada espaço e momento no contexto do cuidado<sup>40</sup>. Essas relações incluem as do médico e das pessoas envolvidas no cuidado consigo mesmas e entre todos eles, que abrangem também as emoções. Os envolvidos vão desde estudantes, residentes, profissionais das diversas áreas da saúde até gestores de serviços e políticas<sup>40</sup>. Nessa visão, considera-se desde a comunicação intrapessoal até fatores no âmbito sistêmico que a influenciam.

O encontro clínico centrado na pessoa ou nas relações demanda a consideração da dimensão biopsicossocial e espiritual da pessoa do paciente e sua participação ativa no encontro. O acolhimento do paciente deve ser cordial e sua fala deve ser legitimada pelo médico, que deve escutar atentamente, sem preconceitos e sem interrupções, devendo-se explorar o contexto e os determinantes biopsicossociais em que ocorreu seu adoecimento, bem como suas experiências, perspectivas, preocupações, necessidades e expectativas. As emoções do paciente devem ser reconhecidas, legitimadas e respondidas com empatia. O compartilhamento de informações deve garantir que o paciente as compreenda e sinta liberdade em expor suas dúvidas para serem esclarecidas, e o plano terapêutico deve ser pactuado<sup>2,3,36-38</sup>.

Em nossa revisão, muitos desses processos parecerem mais ser um incômodo para alguns médicos do que uma oportunidade para compreender melhor o paciente, e provavelmente tem origem na falta de uma formação para se comunicar apropriadamente e promover encontros centrados nas relações.

Quanto às diferenças raciais e de gênero, Carde<sup>15</sup> afirma que os médicos não pareciam dar

muita atenção a elas, mantendo um discurso semelhante para todos os pacientes, o que poderia prejudicar seu relacionamento com pacientes de minorias raciais e imigrantes ou representar preconceitos, mesmo sem percebê-los conscientemente.

No âmbito sistêmico, evidencia-se a influência das relações com gestores do serviço e das políticas de saúde, ao constarmos as queixas dos médicos sobre a falta de recursos no sistema público, como serviços de psicoterapia e medicamentos para atender às necessidades dos pacientes, em especial os mais vulneráveis socioeconomicamente, o que leva a resultados clínicos desfavoráveis e à sensação de impotência nos profissionais, além do pouco tempo disponível para a consulta e a sobrecarga de trabalho. Ampliando o leque das dificuldades, constatamos que a vulnerabilidade social do paciente é um aspecto que requer a atuação da equipe de saúde para melhores desfechos e a responsabilidade social de todos para mudar a realidade política e social. Segundo Carde<sup>15</sup>, para que os profissionais mitiguem as consequências das iniquidades e evitem o sentimento de impotência gerado nesse contexto, há necessidade de mudanças no âmbito sistêmico, com “ações direcionadas à organização do sistema de saúde” e “às causas fundamentais das iniquidades em saúde (distribuição desigual de riqueza, conhecimento, poder, prestígio e conexões sociais)”.

Em termos de limitações declaradas pelos autores revisados, parte é inerente às formas de coletas de dados e à natureza das informações, como o viés de desejabilidade social, comum a todos os estudos. Outros, no entanto, apontam a maior importância dada ao histórico e, atualmente, à percepção e à experiência do médico em relação a pacientes taxados por ele de difíceis, já que a minoria dos artigos ouviu pacientes ou descreveu o profissional que mais frequentemente descreve assim seus pacientes, que é a pergunta mais interessante e pouco explorada nos momentos de inspiração, pesquisa e redação do presente artigo.

A limitação do presente estudo foi a revisão de artigos se concentrar apenas dos últimos cinco anos. Seu ponto forte foi constatar que, sob a perspectiva dos médicos, acadêmicos de medicina e também dos pacientes, as relações difíceis ocorrem especialmente quando o cuidado é centrado no médico e há uma relação médico-paciente paternalista, quando há predomínio do foco biomédico e pouca possibilidade de cura para os sintomas ou a doença do paciente.

## Considerações finais

Os achados deste estudo ressaltam a importância de o acadêmico de medicina e o médico repensarem suas práticas quando rotulam um paciente como difícil. Seria este rótulo decorrente de suas próprias emoções e seus preconceitos? Rótulos assimilados pela transmissão por outros profissionais ou à forma de conduzirem o encontro, não considerando o paciente como pessoa dotada de saber e subjetividade, com história e experiência de vida únicas, expectativas, demandas, preocupações, valores, crenças, práticas de cura e de autocuidado, e que deve ter autonomia e voz ativa ao longo de todo encontro, especialmente na construção conjunta do plano terapêutico? Ou se deve à falta de trabalho colaborativo interprofissional, à falta de recursos, a questões conjunturais ou às características, emoções e reações do paciente?

Em paralelo, para facilitar o aumento da consciência sobre os fatores que levam um médico ou acadêmico de medicina a rotularem um paciente como difícil e melhorar a relação entre eles, são necessárias intervenções, com disciplinas, módulos, eixos, programas, cursos e oficinas durante toda a formação e após a graduação médica, que preparem os profissionais médicos para encontros centrados nas relações e amplie sua visão e compreensão sobre a integralidade do cuidado, para que cuidem do ser humano que

adoece como um todo, considerando sua subjetividade e singularidade. O preparo deve incluir a comunicação intrapessoal – com desenvolvimento de maior autoconhecimento, de atenção plena (*mindfulness*), inteligência emocional e reflexão para reconhecer os próprios preconceitos e reações emocionais que influenciam os encontros – e a comunicação interpessoal, com ensino de temas como cuidado centrado nas relações, comunicação no trabalho em equipe, manejo de emoções fortes, gestão de conflitos, incertezas e erros, entre outros.

É importante compreender ainda que não cabe culpabilizar apenas os médicos pelos encontros difíceis, pois o limite de recursos disponíveis, as relações com colegas e gestores e as iniquidades por vários determinantes sociais de saúde, sobre os quais muitas vezes o médico tem pouca governabilidade, podem influenciar de forma marcante o encontro. Portanto, há também necessidade de mudanças sistêmicas, com disponibilização de maior tempo para o encontro clínico, garantia de profissionais para formar equipes interprofissionais e ações abrangentes para promoção de maior equidade na saúde da população.

Espera-se que essa revisão impulse o ensino e a prática da comunicação e do profissionalismo e o fortalecimento da responsabilidade social e do trabalho colaborativo interprofissional nas instituições de ensino em saúde e de prestação de atenção à saúde.

## Colaboradores

PVQ Cruvinel e S Grosseman participaram igualmente no desenvolvimento da pesquisa, na coleta de dados, análise dos resultados e redação do artigo, tendo a última autora orientado o primeiro autor em seu trabalho de conclusão de curso de medicina, tema deste artigo.

## Referências

- Haverfield MC, Tierney A, Schwartz R, Bass MB, Brown-Johnson C, Zions DL, Safaenili N, Fischer M, Shaw JG, Thadane S, Piccininni G, Lorenz KA, Asch SM, Verghese A, Zulman DM. Can patient-provider interpersonal interventions achieve the quadruple aim of healthcare? A systematic review. *J Gen Inter Med* 2020; 35(7):2107-2117.
- Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev* 2013; 93(3):1207-1246.
- Nafraidi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One* 2017; 12(10):e0186458.
- Birkeland S, Bismark M, Barry MJ, Möller S. Does greater patient involvement in healthcare decision-making affect malpractice complaints? A large case vignette survey. *PLoS One* 2021; 16(7):e0254052.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama* 1997; 277(7):553-559.
- Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159(10):1069-75.
- Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, de Gruy FV 3rd. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996; 11(1):1-8.
- Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:118.
- Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Inter Med* 1995; 10(7):375-379.
- Welds K. Managing the difficult patient. *Hosp Pract* 1995; 30(6):24E-24I.
- Powers J. Patient-physician communication and interaction: a unifying approach to the difficult patient. *South Med J* 1985; 78(4):445-447.
- Stephens AL, Bruce CR, Childress A, Malek J. Why families get angry: practical strategies for clinical ethics consultants to rebuild trust between angry families and clinicians in the critical care environment. *HEC Forum* 2019; 31(3):201-217.
- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(6):647-657.
- Lorenzetti RC, Jacques CM, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician* 2013; 87(6):419-425.
- Carde E. When social inequalities produce "difficult patients": a qualitative exploration of physicians' views. *SAGE Open* 2019; 9(4):2158244019894280.
- Jackson JL, Kay C, Scholcoff C, Becher D, O'Malley PG. Capturing the complexities of "difficult" patient encounters using a structural equation model. *J Gen Inter Med* 2021; 36(2):549-551.
- Karahuseynoglu EK, Oguzoncul AF. Perception of difficult patient and coping methods in primary healthcare institutions. *J Clin Anal Med* 2021; 12(3):281-285.
- Sandikci KB, Üstü Y, Sandikci MM, Tetik BK, Işık D, Uğurlu M. Attitudes and behaviors of physicians in dealing with difficult patients and relatives: a cross-sectional study in two training and research hospitals. *Turk J Med Sci* 2017; 47(1):222-233.
- Bodegård H, Helgesson G, Juth N, Olsson D, Lynøe N. Challenges to patient centredness – a comparison of patient and doctor experiences from primary care. *BMC Fam Pract* 2019; 20(1):83.
- Goetz K, Mahnkopf J, Kornitzky A, Steinhäuser J. Difficult medical encounters and job satisfaction-results of a cross sectional study with general practitioners in Germany. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):57.
- Mota P, Selby K, Gouveia A, Tzartzas K, Staeger P, Marion-Veyron R, Bodenmann P. Difficult patient-doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: cross-sectional study. *BMJ Open* 2019; 9(1):e025569.
- Qiao T, Fan Y, Geater AF, Chongsuvivatwong V, McNeil EB. Factors associated with the doctor-patient relationship: doctor and patient perspectives in hospital outpatient clinics of Inner Mongolia Autonomous Region, China. *Patient Prefer Adherence* 2019; 13:1125-1143.
- Méndez JC, Carvajal F, Medel P. Pacientes difíciles o relaciones difíciles en Psiquiatría: Un estudio de casos y controles. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2017; 55(3):179-185.
- Zhang L, Qiu Y, Zhang N, Li S. How difficult doctor-patient relationships impair physicians' work engagement: the roles of prosocial motivation and problem-solving pondering. *Psychol Rep* 2020; 123(3):885-902.
- Bankiewicz-Nakielska J, Walkiewicz M, Tyszkiewicz-Bandur M. Family physicians' problems with patients and own limitations – a qualitative study. *Fam Med Prim Care Rev* 2020; 22(1):18-21.
- Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. *Brit J Gen Pract* 2017; 67(663):e716-e23.
- Steinuer JE, O'Sullivan P, Preskill F, Ten Cate O, Tetherani A. What makes "difficult patients" difficult for medical students? *Acad Med* 2018; 93(9):1359-1366.
- Mack JW, Ilowite M, Taddei S. Difficult relationships between parents and physicians of children with cancer: a qualitative study of parent and physician perspectives. *Cancer* 2017; 123(4):675-681.
- Maatz A, Wainwright M, Russell AJ, Macnaughton J, Yiannakou Y. What's 'difficult'? A multi-stage qualitative analysis of secondary care specialists' experiences with medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 2016; 90:1-9.

30. Shapiro J, Rakhra P, Wong A. The stories they tell: How third year medical students portray patients, family members, physicians, and themselves in difficult encounters. *Med Teacher* 2016; 38(10):1033-1040.
31. Castelhana LM, Wahba LL. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e170341.
32. Isbell LM, Tager J, Beals K, Liu G. Emotionally evocative patients in the emergency department: a mixed methods investigation of providers' reported emotions and implications for patient safety. *BMJ Qual Saf* 2020; 29(10):1-2.
33. Collins K, Hopkins A, Shilkofski NA, Levine RB, Hernandez RG. Difficult patient encounters: assessing pediatric residents' communication skills training needs. *Cureus* 2018; 10(9):e3340.
34. Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: WWF/Martins Fontes; 2017.
35. Rogers CR. Empathic: an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 1975; 5(2):2-10.
36. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.
37. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286):129-136.
38. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 1(2):156-165.
39. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003; 78(8):802-809.
40. Tresolini CP, Pew-Fetzer Task Force. *Health professions education and relationship-centered care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission; 1994.

---

Artigo apresentado em 02/05/2022

Aprovado em 09/01/2023

Versão final apresentada em 11/01/2023

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

