

Educação Médica Centrada no Estudante: uma adaptação do modelo de Stange e McWhinney (ou dos 4 quadrantes)

Student-centered Medical Education: Adapting of the *Stange and McWhinney* Model (or the 4 quadrants)

Educación Médica Centrada en el Estudiante: una adaptación del modelo de *Stange y McWhinney* (o de los 4 cuadrantes)

Marco Aurelio Janaudis,* Vitor Hugo Boso Vachi,** Pablo González Blasco.***

* PhD. MD. Secretario Geral de SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo. Prof. Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí

** Médico, Coordenador do Departamento de Graduação de SOBRAMFA.. *** PhD. MD. Diretor Científico de SOBRAMFA.

Recibido: 21-11-2017

Acceptado: 22/12/2017

Correspondencia: Marco Aurelio Janaudis **Correo electrónico:** marcojanaudis@sobramfa.com.br

Resumo

Na medicina o conhecimento objetivo é considerado científico e valioso, enquanto informações subjetivas são vistas como de segunda importância. Por parte dos professores, o desafio da busca por melhores técnicas de ensino é tão antigo quanto a evolução das gerações de estudantes, ou seja, a evolução do próprio ser humano e a evolução dos tempos. Ao contrário de algumas décadas, a informação hoje está disponível em nossas mãos e a todo momento. E cabe ao educador orientar o aluno quanto aos caminhos virtuais a buscar. É importante destacar o papel do professor na integração desta informação com a realidade. O presente trabalho nos traz uma adaptação do modelo dos 4 quadrantes do conhecimento médico, onde temos: 1 (médico), 2 (paciente), 3 (sistema de saúde), 4 (técnica). Percebe-se que o ensino médico prioriza o conhecimento da doença (4), do meio social (3), do paciente (2) e por fim, a figura do médico, no caso ainda, do estudante, futuro profissional. E nosso questionamento é justamente neste ponto. Como conhecer e ajudar alguém, antes de conhecer-se a si mesmo? Propomos, desta forma, o ensino baseado no quadrante I, ou seja, o estímulo ao autoconhecimento, à autorreflexão, dispendo de recursos auxiliares como cinema, música e filosofia.

Palabras clave: Relações médico-paciente, Educação médica, Imagens em movimento.

Abstract

In medicine objective knowledge is considered scientific and valuable, while subjective information is seen as of second importance. Regarding the teachers, the challenge for searching better teaching techniques is as old as the evolution of the generations of students, meaning the evolution of the human being itself and the evolution of time. Unlike a few decades ago, information today is available in our hands and at all times. And it is up to the educator to guide the student about the virtual paths to look for the valuable and the best information. Thus, it is important to highlight the role of the teacher in integrating this information grounded in the real practice. The present work brings us an adaptation of the model of the four quadrants of medical knowledge, where we have: 1 (doctor), 2 (patient), 3 (health system), 4 (technique). It is perceived that medical education prioritizes knowledge of the disease (4), the social environment (3), the patient (2) and finally, the doctor's figure, and in particular in this case the student, the future professional. This is the point the authors want to underline. How can doctors know and help patients before knowing themselves? We propose, therefore, a teaching model based on quadrant I, that is, to foster self-knowledge, reflective practice and for that using auxiliary resources like cinema, music and philosophy, usually designed as medical humanities.

Keywords: Physician-Patient Relations, Medical Education, Motion Pictures.

Resumen

En la medicina el conocimiento objetivo es considerado científico y valioso, mientras que las informaciones subjetivas se ven como de segunda importancia. Por parte de los profesores, el desafío de la búsqueda de mejores técnicas de enseñanza es tan antiguo como la evolución de las generaciones de estudiantes, es decir, la evolución del propio ser humano y la evolución de los tiempos. A diferencia de algunas décadas, la información hoy está disponible en nuestras manos y en todo momento. Y corresponde al educador orientar al alumno en cuanto a los caminos virtuales a buscar. Es importante destacar el papel del profesor en la integración de esta información con la realidad. El presente trabajo nos trae una adaptación del modelo de los 4 cuadrantes del conocimiento médico, donde tenemos: 1 (médico), 2 (paciente), 3 (sistema de salud), 4 (técnica). Se percibe que la enseñanza médica prioriza el conocimiento de la enfermedad (4), del medio social (3), del paciente (2) y por último, la figura del médico, en el caso aún, del estudiante, futuro profesional. Y nuestro cuestionamiento es justamente en este punto. ¿Cómo conocer y ayudar a alguien antes de conocerse a sí mismo? Proponemos, de esta forma, la enseñanza basada en el cuadrante 1, o sea, el estímulo al autoconocimiento, a la autorreflexión, disponiendo de recursos auxiliares como cine, música y filosofía.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente, Educación médica, Imágenes en movimiento.

Século XIX: dividir para comprender

Abraham Flexner, em 1910, foi patrocinado pela Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, a fim de conduzir uma pesquisa nos Estados Unidos e Canadá, pois havia naquela época a percepção de que não havia rigor suficiente no ensino médico. Seu trabalho mostrou taxas muito ruins de avaliação e levou ao fechamento de inúmeras escolas médicas.

Segundo seus próprios relatos, anos depois, ele sempre julgou fundamental o ensino das humanidades e presumia que os estudantes já saíam do ensino médio, capacitados neste tema, porém não explicitou isto em 1910. ¹ Como resultado, passamos pelo século da especialização, da super-especialização, dos professores e estudantes dividindo o ser humano para que se pudesse compreendê-lo melhor. Conseguiu-se fabulosos e necessários avanços na medicina. Mas também tivemos a divisão da pessoa em partes.

A fragmentação do olhar do estudante

Pode-se dizer que o resultado mais impactante proveniente desta época, foi a perda da visão integral, por parte dos estudantes de medicina, do paciente como um todo. Eles passaram a ter, desde o início, uma formação fragmentada, uma perda do conjunto. Os valores humanísticos, as virtudes e comportamentos aprendidos até então foram passados para um segundo plano, voltando-se o olhar mais para a doença do que para o doente.

Outro resultado, conseqüente do relatório de Flexner, é que muitas escolas médicas ao redor do mundo integraram em seus currículos disciplinas como filosofia, ética, literatura, teatro e artes. Porém há uma forte tendência na educação médica em insistir que qualquer atividade de aprendizado deve contribuir para o desenvolvimento do estudante em competências mensuráveis e concretas, habilidades, conhecimentos e atitudes. ²

No empenho por enfatizar a importância do professor compreender o sentido de educar como uma atitude intencional da prática pedagógica desenvolveu-se a denominada educação dos sentidos, a qual exige uma ---

consciência distinta daquela ancorada na lógica dominante nos cursos de formação de professores e pesquisadores da educação, pois ela funciona como uma espécie de ponte unificadora das várias dimensões humanas desconectadas pela racionalidade científica moderna.

A ênfase nos sentidos e nos afetos visa justamente denunciar a fragmentação na ordem dos saberes, almejando promover uma ressignificação nos sentidos do ato de educar. Seu ponto de partida é uma diferenciação, de caráter metafórico, entre os conceitos presentes em uma caixa de ferramentas e os conceitos guardados em uma caixa de brinquedos. A caixa de ferramentas visaria o trabalho da nossa inteligência estritamente racional. Seus conceitos e saberes são importantes meios para o cultivo das habilidades que usamos para andar, falar, construir, ou seja, para intervir na realidade tal como se encontra objetivamente estruturada. Mas as ferramentas estão apoiadas na lógica do saber. A caixa de brinquedos, por sua vez, contém os elementos indispensáveis para uma arte de pensar inseparável de uma arte de viver. Trata-se de conceitos experienciais que permitem aos sujeitos construir conexões sensíveis entre o que já é conhecido para o ainda desconhecido.³

Na medicina o conhecimento objetivo é considerado científico e valioso (caixa de ferramentas), enquanto que informações subjetivas são vistas muitas vezes como "soft" e de segunda importância, análoga à caixa de brinquedos, que conteria "saberes inúteis", ou seja, que não têm valor agregado para o mundo da informação e da economia vigente. Porém, para o alívio do sofrimento, este conflito não é apenas falso, mas também um impedimento.⁴ Por parte dos professores, o desafio da busca pelas melhores técnicas de ensino é tão antigo quanto a evolução das gerações de estudantes, ou seja, a evolução do próprio ser humano e a evolução dos tempos. E temos a impressão que ao nos aproximarmos de um bom modelo de ensino, percebemos que, na verdade, ele já está ficando obsoleto, pois os avanços tecnológicos bem como as características daquela geração já se modificaram, o que nos demonstra a necessidade contínua de revisão dos modelos.

A tecnologia e as experiências da vida real: o papel do professor

A formação médica é delicada e dinâmica. Delicada porque envolve, em todas suas vertentes, as pessoas, pacientes, familiares, médicos, estudantes e demais profissionais de saúde. E estes estão imersos num mundo muito mais que globalizado, mas também conectado. Dinâmica, porque a cada minuto publicam-se novas descobertas, opiniões, alertas e surgem tecnologias diferentes. E tudo isto, num clique, em segundos, espalha-se de modo explosivo.

Sendo assim, parece sempre atual a postura do professor como um facilitador do aprendizado ao invés de alguém que apenas expõe os conhecimentos. Ao contrário de algumas décadas, a informação hoje está disponível, literalmente, em nossas mãos e a todo momento. E cabe ao educador orientar o aluno quanto aos caminhos virtuais a buscar. É importante destacar o papel do professor na integração desta informação com a realidade. É ele quem poderá trazer algo que não está nos celulares nem na internet, que é a experiência prática e de vida.

Por mais que os estudantes fiquem hipnotizados pela tecnologia e que dificilmente deixem seus aparelhos guardados durante a aula e não os utilizem, percebemos que, ao se começar a contar um caso clínico real, ilustrando-se aquele tópico técnico com situações do dia a dia, o silêncio vai tomando conta da sala de aula e os olhares passam a ficar atentos a figura do professor. Tomados de encanto, os alunos vão se acalmando, aqueles que ainda insistem em teclar em seus telefones quase se enchem de constrangimento ao lado dos colegas atentos ao mestre e acabam por guardá-los.

Desta forma, faz-se fundamental o professor ajudar os alunos a navegarem no mar da informação e ajustar os rumos do barco durante o caminho.

Século XXI: Stange e McWhinney nos mostram um novo modelo ⁵

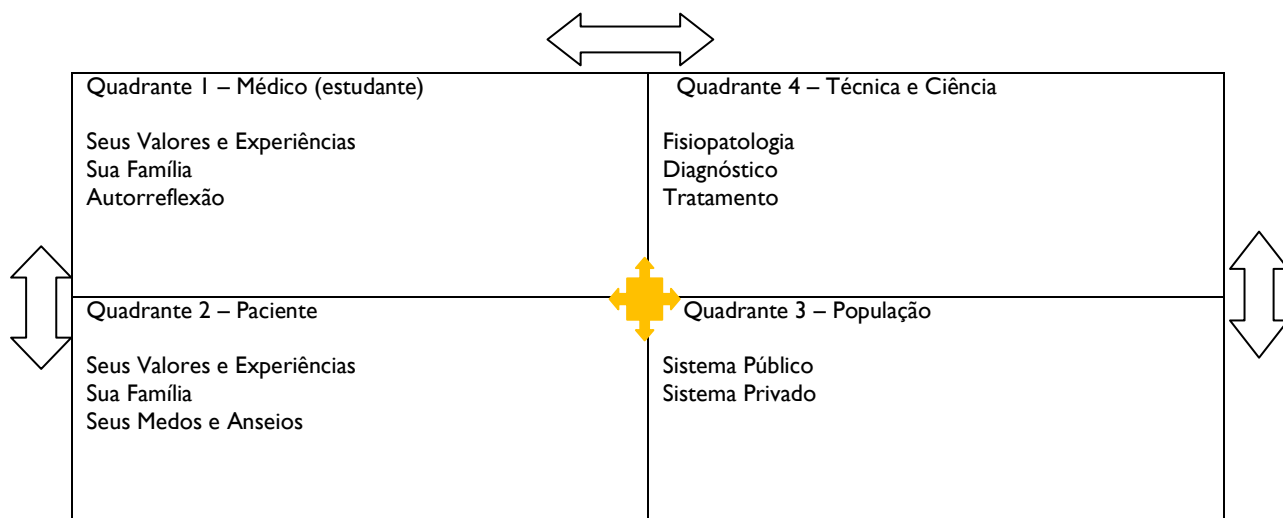
Esses autores apresentam os quatro quadrantes do conhecimento médico, do seguinte modo: O quadrante 4, onde situam o conhecimento das doenças, o estudo dos métodos diagnósticos e terapêuticos, as inovações tecnológicas e avanços científicos e a informação acurada que um médico tem de possuir.

Eles atribuem ao quadrante 3 a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no quadrante 4 na população que esse médico deve atender e cuidar. É o local onde são situados os sistemas de saúde no seu aspecto organizacional – seja público ou privado – que permitem estabelecer prioridades na abordagem das doenças. O conhecimento correspondente a esse quadrante 3 diz respeito aos estudos epidemiológicos, sociológicos e de saúde pública, assim como o proveniente das políticas de saúde. De modo simples, ele traz para o médico a ciência de como deve ser utilizado os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no quadrante 4, para a população concreta com a qual está lidando.

O quadrante número 2 é o correspondente ao conhecimento do paciente e do seu contexto familiar e comunitário, assim como os valores vigentes e a vivência da doença. Seria, em palavras simples, o mundo do paciente, e como ele vivencia a sua própria doença.

E por fim o último quadrante, o de número 1, e que se refere ao conhecimento próprio do médico, por meio de uma postura habitual de reflexão, atitude que denominam de *reflective practice*, que poderíamos traduzir como o exercício filosófico da profissão⁶.

Inclui-se no Quadrante 1 o conhecimento que o médico adquire por meio da reflexão sobre as experiências e como incorpora, na prática e na construção da sua identidade profissional, todos os conhecimentos que lhe chegam dos outros quadrantes. É no centro, em perfeita integração de conhecimentos que temos a integração do conhecimento médico.



Adaptando o Modelo dos 4 Quadrantes

Nos últimos 10 anos apresentamos, para cerca de 600 estudantes, durante o curso médico na faculdade de medicina de Jundiá no interior do Estado de São Paulo, Brasil, o modelo dos quatro quadrantes e perguntamos, em porcentagem, e de modo bem informal, quanto tempo eles, já no quinto ano, dedicaram --

até o momento em cada um dos quadrantes durante toda a formação que tiveram até ali? É evidente que a resposta sempre se mostra em torno de 98% - 99% do tempo para os quadrantes 3 e 4 e o restante, 1 a 2% para os quadrantes 1 e 2.

É notório que o foco principal de aprendizado numa escola médica está situado nos quadrantes 3 e 4. Os avanços científicos, que fazem aumentar o conhecimento técnico em ritmo alucinante, exercem uma pressão compreensível sobre a distribuição da grade curricular, que acaba fazendo deles seu principal eixo.

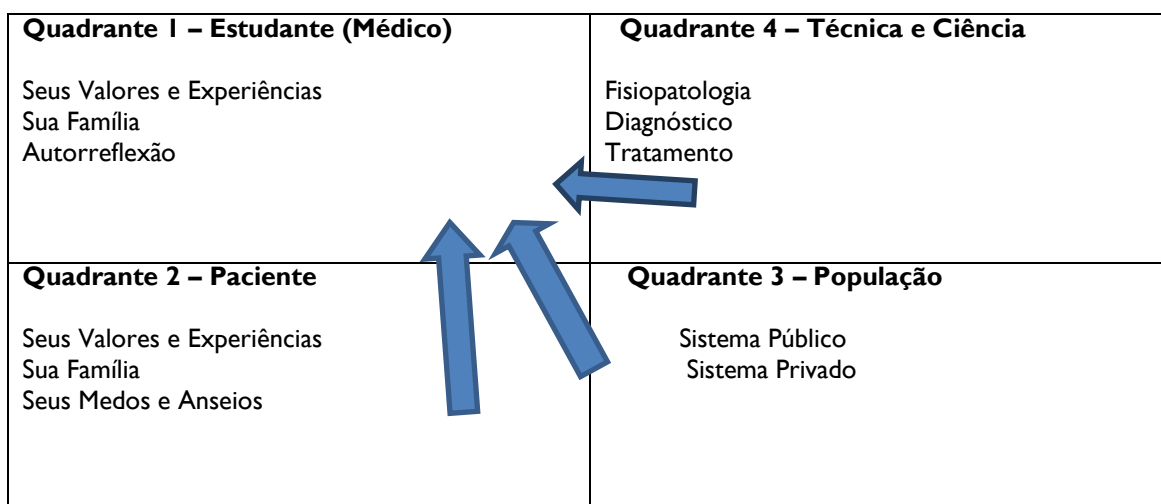
Em relação aos quadrantes 1 e 2 o aprendizado formal nas faculdades de Medicina é mínimo, quando não ausente. O mundo do paciente e o mundo pessoal – hoje do aluno, amanhã do médico como pessoa – são realidades que não é possível ignorar. A ausência de educação formal explícita nesse campo deixa-se sentir, clama pela sua falta, e o aluno procura por sua conta compensar essa deficiência. Percebe que o aprendizado para se relacionar com o paciente, assim como o universo dos seus próprios questionamentos, não está sendo atendido pela Universidade.

O Quadrante 1 como ponto de partida

Os dilemas éticos que surgem na prática diária e o profissionalismo que se requer para atender o paciente são desafios que requerem uma visão ampla dos cuidados médicos. O médico precisa conhecer-se a si mesmo e esta é a principal mensagem que podemos retirar do quadrante 1. Mas, como estimular esta busca pelo autoconhecimento, pela reflexão pessoal?

O modelo biomecânico baseado na especialização e os códigos de ética resultam insuficientes para apresentar as respostas adequadas. Faz-se necessária uma formação médica mais ampla, criativa, universal, humanista⁷.

Percebemos, desta forma, que o ensino médico prioriza, antes de tudo, o conhecimento da doença (quadrante 4), do meio social (quadrante 3), do paciente (quadrante 2) e por fim, a figura do médico, no caso ainda, do estudante, futuro profissional, como a figura a abaixo. E nosso questionamento é justamente neste ponto. Como conhecer e ajudar alguém, antes de conhecer-se a si mesmo? Propomos, desta forma, o ensino baseado no quadrante 1, ou seja, o estímulo ao autoconhecimento, à autorreflexão. Mas como fazer isto? Apoiamo-nos nas humanidades médicas e seus recursos.



O papel das humanidades médicas

Os dilemas éticos se apresentam frequentemente embrulhados em emoções: as do paciente e as do profissional que cuida dele. Trabalhar as emoções - educá-las - é uma necessidade imperiosa na educação médica. As humanidades - literatura, música, cinema, narrativas - são um recurso de utilidade para educar as emoções, e promover a empatia, que é a pedra angular do profissionalismo médico e do comportamento ético.

Os questionamentos éticos vêm comumente envoltos em emoções. São dilemas que tocam nossa afetividade, afetando-nos e movendo nossos sentimentos. As emoções representam um papel importante na vida dos estudantes de Medicina. Eles têm de lidar não somente com as próprias emoções, mas também com aquelas de seus pacientes. No entanto, poucos componentes em sua graduação formal contemplam esta realidade emocional. Se requer criatividade para abordar novos paradigmas de ensino, ainda que isto nos obrigue a adentrar em territórios até então pouco explorados.

A contribuição das canções

A música possui características únicas e é um veículo privilegiado para expressar os sentimentos. Tem um enorme poder de evocar e despertar as emoções sem nomeá-las, de modo muitas vezes intuitivo. Ela acompanha e expressa os sentimentos. A alegria é cantada; a tristeza também. A nossa experiência do mundo é basicamente emocional. A música é uma forma de conhecimento humano, de tonalidade afetiva, e adquire força educacional. Educação não se resume a transmitir conhecimentos, mas sim num processo onde germinam sentidos e significados que o educando, com sua reflexão, incorpora.⁸

A contribuição dos filmes

A cultura da emoção está unida a outro elemento integrante do universo do educando: a cultura do espetáculo. Um contexto onde o sensorial e a imagem ficam potencializados por atingirem diretamente o espectador provocando emoções sem passar previamente pelo processo de compreensão intelectual. O espectador obtém uma recompensa afetiva imediata com a imagem. Na cultura da palavra e do conceito, que também atinge as emoções, torna-se necessária a passagem obrigatória prévia pelo processo racional para que depois surja a emoção. Com a imagem este caminho se converte em atalho e as emoções são despertadas diretamente, sem necessidade de "pagar tributo prévio ao intelecto". Na cultura do conceito é preciso compreender primeiro para emocionar-se depois; na cultura da imagem as emoções derivam diretamente dos significantes que são o veículo que carrega os conceitos, o visual que se apresenta sem ter que se chegar previamente aos significados, ao conteúdo conceitual⁷.

A contribuição da filosofia

De origem grega, a palavra "filosofia" é composta de philo, que deriva de philia e significa amizade, e sophia, que quer dizer sabedoria. Assim, filosofia representaria a amizade pela sabedoria ou o respeito pelo saber. No dia a dia, não é papel da filosofia ensinar a pensar, já que isso é uma atribuição que todo ser humano possui. Mas ela pode ajudar a indagar, a duvidar e, assim, a buscar a verdade.

"Será preciso também transportar a filosofia para a medicina e a medicina para a filosofia. Não há nenhuma diferença entre a filosofia e a medicina; tudo o que a primeira tem, na segunda se encontra: altruísmo, reserva, pudor, modéstia, opinião, discernimento, tranquilidade, firmeza nos debates, decência, gravidade, conhecimento do que é útil e necessário para a vida, rejeição de qualquer imoralidade, isenção de superstições."("Do Decoro").⁹

Porém, na medicina moderna como já mencionado em que todo o tempo está destinado a manutenção da atualização científico-tecnológica (Quadrantes 3 e 4) torna-se imprescindível abriremos mais a caixa de brinquedos e desenvolvermos a subjetividade dos quadrantes 1 e 2 por meio do exercício filosófico que culminará em uma consciência mais crítica e autônoma.

E o que os estudantes aprenderam? Relatos

No quadrante 1

“...nenhuma dessas informações me chamou tanta atenção quanto uma observação de uma das consultas. O paciente, ao receber a notícia de que sua TC crânio não evidenciava nenhuma alteração que justificasse seu déficit de memória, comportou-se de maneira inadequada, sendo hostil com a equipe e acusando os médicos de incompetentes por não diagnosticarem o seu problema. Nesse momento, eu, involuntariamente, com todas as minhas experiências de vida, meus valores pessoais, representadas no quadrante um, criei um pré-conceito sobre o paciente que iria atender. Imaginei um homem grosseiro, impaciente, sem confiança nos médicos e, muito menos, em uma estudante de Medicina. Mas eu não havia opção, precisava atendê-lo. Inesperadamente, nos primeiros cinco minutos de conversa todo aquele preconceito foi desconstruído”.

“Quando a paciente iniciou a história com a queixa de obstipação intestinal, tive um preconceito ao menosprezar tal queixa. Porém, no decorrer da conversa, pude ver o quanto tal situação a limitava nas atividades diárias e de como fui injusta. A paciente com lágrimas nos olhos ficou muito agradecida pelo atendimento, falando que mesmo no convenio ela nunca tinha sido acolhida daquele jeito. Nessa hora, fiquei meio sem reação por que a “única coisa” que fiz foi ouvir, pensei que ela poderia até estar fragilizada com a situação toda, porem ao mesmo tempo fiquei feliz que pude fazer a diferença, pelo menos, para aquela paciente”.

“Ao final do ciclo, eu tive a sensação de ter feito a diferença na vida de cada um daqueles pacientes, dando atenção, ouvindo suas queixas e angústias. No meu último dia de estágio, fui me despedir de um paciente – que estava internado há muitas semanas – e ele me disse uma frase que me marcou muito: “Eu vou me lembrar sempre de você, do seu carinho e cuidado comigo. Muito obrigado”.

No quadrante 2

“Durante o atendimento de uma paciente idosa, acompanhada pela filha, ela nos informou que não estava administrando a quantidade de medicação prescrita por achar que a medicação seria “forte demais”. Então, conversamos com a filha, e orientamos que a dose da medicação prescrita estava adequada e era necessária para tirar a dor de sua mãe”.

No quadrante 3

“Durante o atendimento de um paciente com hipertensão arterial refratária, suspeitamos de hipertensão secundária e solicitamos um exame de imagem complementar. Porém, por uma falha no sistema/fluxo do SUS, não foi possível realizar o exame, sendo necessário encaminhá-lo para a nefrologia, o que acaba, de certa forma, atrasando o diagnóstico e, conseqüentemente, a intervenção terapêutica adequada”.

“No terceiro quadrante podemos incluir a longa fila para pedir uma colonoscopia que pela idade e pelo histórico familiar e pessoal, deveria ser solicitada, sendo optada primeiramente por uma ultrassonografia de abdômen total”.

No quadrante 4

“Já no quarto quadrante, encontra-se a obstipação intestinal, sendo uma doença que pode ser funcional, como na maioria das vezes, porem pode ser causada por obstrução física/mecânica, como uma neoplasia, doença de Hirschprung...”

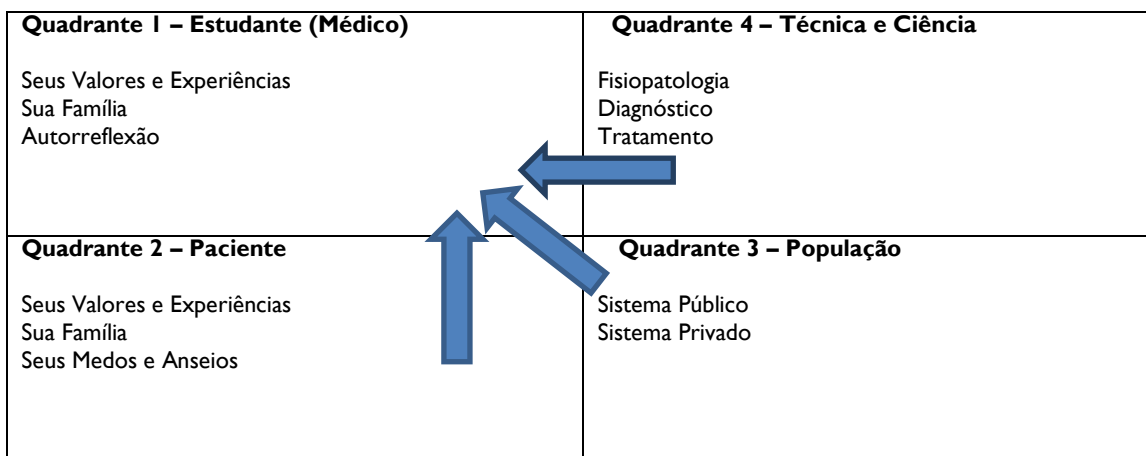
Na integração dos quatro quadrantes

“De maneira geral, de todos os aprendizados, o que mais vou levar para a vida prática é que, apesar do pouco tempo que temos durante os atendimentos, não precisamos resolver todos os problemas do paciente. Nossa função é atender o paciente de forma humanizada, descobrir a queixa (o motivo pelo qual o paciente procurou atendimento médico) e, então, naquele momento, solucionar o problema em questão. Durante os próximos atendimentos, outras queixas e demandas surgirão e, então, serão resolvidas. A falta de tempo nunca será justificativa para um atendimento não humanizado!”

“Aprendi que a integração de todos os 4 quadrantes é a base fundamental de uma medicina humanizada. E isto, na verdade, deveria soar como algo normal para todos os alunos de medicina. Infelizmente, durante a graduação, alguns acabam perdendo o olhar para o quadrante 1 e 2, focando apenas no quadrante 4. Cabe a nós, então, sempre resgatar nossos valores pessoais e experiências adquiridas durante a vida, fazendo com que este cenário se inverta, ou seja, que o foco esteja nos quadrantes 1 e 2 e que haja uma integração com os demais. Humanizar a medicina será, de certa forma, um exercício ativo da memória para lembrar que medicina é ciência e arte, é uma arte de cuidar do próximo - e nós optamos por esta escolha!”

“Os quatro quadrantes representam, de maneira didática, a interação do médico com o paciente e com o meio no qual ambos estão inseridos. O médico traz consigo conhecimento técnico, experiências de vida, pré-conceitos, inseguranças... E o paciente carrega, além de sua patologia, sua família, valores, medos, sentimentos...”

“Os quatro quadrantes têm como finalidade sistematizar o complexo ensino médico. A partir de experiências clínicas, podemos ter uma visão ampla e organizada do que podemos aprender com o caso, do que foi feito para o paciente levando em conta o seu contexto, e de qual conteúdo previamente aprendido foi usado, tendo, portanto, enfoque não só o paciente como também no estudante de medicina sem deixar de lado toda a dinâmica que os cercam. Em outras palavras, uma forma globalmente humanizada “ E desta forma, com o uso dos recursos humanísticos, podemos aperfeiçoar nossa capacidade de reflexão no quadrante 1.



Abraham Flexner, com o seu informe de 1910, provocou a reforma nas escolas de medicina. Ela foi necessária para sistematizar os ensinamentos, ordenar o conhecimento, promover a imprescindível especialização que os avanços técnicos exigiam da medicina. A proposta era inquestionável, mas as consequências –os efeitos colaterais- vieram junto: a fragmentação do ser humano. Porém uma vez dividido ficou cada vez mais difícil juntar as partes.

A utilidade dos conhecimentos inúteis. Lá podemos ler: “Eu passei muitos anos defendendo que nossas escolas deveriam prestar mais atenção ao mundo no qual seus alunos estão destinados a viver. Agora me pergunto se esta corrente não assumiu força excessiva e se estamos deixando espaço para uma vida plena se despojamos o mundo dessas coisas inúteis que lhe outorgam um significado espiritual”. Ou seja, ele se pergunta se o nosso conceito do útil não se tornou estreito demais (...) A maioria das descobertas importantes da humanidade devem-se a pessoas que não se guiaram pelo afã da utilidade, mas pela curiosidade ... “Defendo a conveniência de abolir a palavra utilidade (nos laboratórios) e liberar o espírito humano”.¹⁰

Por meio destes recursos, faz-se com que o estudante, como principal ator do processo, passe a estudar, aprender e refletir sobre as questões técnicas, populacionais, gerenciais e do paciente, a partir de seu próprio universo, de sua própria vida. Que não dissocie da sua realidade pessoal, a realidade profissional. Que não tenha duas vidas distintas, mas sim uma só, ou seja, que viva como pessoa e como profissional, seguro de suas habilidades e, fraquezas, ao tempo que aprende a lidar com os afetos, valores e dúvidas em todo seu caminho.

Referências

1. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Reforming Medical Education in Ethics and Humanities by Finding Common Ground With Abraham Flexner. *Academic Medicine*, 2010; (85): 318-323
2. Ousager J, Johannessen H. Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review
3. Alves R. A alegria de ensinar, ars poetica editora Ltda, 1994
4. Eric J. Cassell. Diagnosing suffering: A perspective. *Annals of Internal Medicine*. 1999;131:531–534
5. Stange K, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2000;33(4):286-97.
6. Decourt LV. William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. *Revista do Incor*, 2000.)
7. Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro)*. 2014 , v.71, p.15 – 24
8. Janaudis MA, Fleming M, Blasco PG. The Sound of Music: Transforming Medical Students into Reflective Practitioners. *Creative Education* 2013;4: 49-52.
9. Brito RF, Silva MEO, Maia CCA, Jeunon EE. Ensino da filosofia na área da saúde, considerações teóricas e metodológicas: interações possíveis. *Belo Horizonte*, v.4 - n.8, p.153-168 – 2º sem. 2013
10. Flexner, A. Apéndice (1939) in Ordine N: “La utilidad de lo inútil. Manifiesto”. Acantilado. Barcelona. 2013.