

MEDICINA CENTRADA NO PACIENTE:  
UM ALICERCE PARA A AQUISIÇÃO DO  
PROFISSIONALISMO E HUMANIZAÇÃO  
EM EDUCAÇÃO MÉDICA

**PABLO GONZÁLEZ BLASCO**

**MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO**

**GRAZIELA MORETO**

**MARCELO R. LEVITES**

*Medicina Centrada no Paciente: buscando soluções para as limitações do paradigma newtoniano-cartesiano*

O paradigma newtoniano-cartesiano, em que a Física Clássica, uma ciência exata, serve como modelo, ainda exerce forte influência nas demais ciências, o que inclui o ensino e a prática da medicina. Desse paradigma resultou a metáfora do universo como uma grande máquina, cuja totalidade é a soma das partes, a qual tem sido aplicada também aos seres humanos. O modelo biomédico constituído a partir dessa visão, ou seja, a biomedicina é predominante no ensino e na prática da medicina, tendo conduzido à possibilidade e à crescente tendência de uma atuação a partir, exclusivamente, de uma visão tecnicista, em que os aspectos humanísticos que caracterizaram os cuidados à saúde, por milênios, passaram a ser quase totalmente ignorados. Na atualidade, por exemplo, a metáfora do médico comparado a um

mecânico que repara as partes avariadas do corpo humano não mais causa estranheza entre profissionais de saúde e leigos<sup>1,2</sup>.

Certamente, com o decorrer do tempo, os modelos simplistas iniciais foram há muito ultrapassados conforme as descobertas da química e dos fenômenos elétricos propiciaram novos conhecimentos em Fisiologia e conduziram a um progresso inimaginável representado pela compreensão da natureza química dos genes, o desenvolvimento da engenharia genética, a descoberta de medicamentos promissores, a evolução da técnica cirúrgica e dos avanços tecnocientíficos até então inimagináveis e que agora povoam as mentes dos usuários dos sistemas de saúde. Estes, graças à ampla divulgação dos tais avanços da medicina, são levados a acreditar que têm a possibilidade de cura para qualquer doença que os acometa e deixam de compreender que também têm papel preponderante em seus processos de cura. Portanto, a essência cartesiana persistiu e, até mesmo, se fortaleceu e os seres vivos continuam a ser comparados a uma máquina, certamente, mais complexa que um relógio, pois a máquina passou a envolver fenômenos químicos e elétricos<sup>3</sup>.

No entanto, diante de circunstâncias comumente presentes no cotidiano do médico, tais como incerteza, perguntas sem respostas, dor, sofrimento, morte e condições não passíveis de solução por meio dos recursos tecnocientíficos supracitados, médicos e pacientes se conscientizam de que algo está faltando. E ainda nos deparamos com alguns autores da atualidade que evocam a figura do médico generalista, filósofo e conhecedor da natureza humana, que insistia em persistir ainda durante o século XIX e que atuava de acordo com uma visão generalista e humanista, procurando aliar seus conhecimentos científicos aos humanísticos de forma que o ser humano fosse considerado em sua totalidade. Tal médico buscava acompanhar os avanços científicos da época sem desprezar qualquer outra ciência ou arte, como a Filosofia, História, Política e Literatura, que o auxiliasse em sua missão de curar quando possível e, também, de aceitar suas limitações quando a cura deixasse de ser uma possibilidade. Estava totalmente inserido no contexto em que viviam pacientes e familiares, no sentido de acompanhá-los e dar

---

1 CAPRA, F. O ponto de mutação. 26ª ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

2 BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de. O papel das narrativas como recurso didático na formação humanística dos estudantes de Medicina e Enfermagem. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Q7I>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

3 CAPRA, F. *Op. cit.*, 2006.

suporte em seu sofrimento e na preparação para a morte; e orientá-los em questões familiares ligadas ou não à saúde ou doença<sup>4</sup>.

O enfoque predominante no modelo biomecânico conduziu à prática do método clínico da medicina centrada na doença e não na pessoa, cujas limitações foram se revelando mais profundas conforme os avanços tecnocientíficos se consolidavam. Trata-se de uma visão reducionista que não contempla a totalidade do ser humano e ignora a subjetividade e as dimensões sutis e imponderáveis, as quais são relacionadas aos aspectos emocional, mental, cultural, social, familiar e espiritual que tanto influenciam a forma como a pessoa adoece e, também, os processos de cura ou palição. E o fato é que, apesar das promessas da medicina moderna em sanar todos os males, os resultados clínicos dessa abordagem biomédica mostraram uma realidade diferente. A maioria das doenças crônicas não pode ser curada, sendo apenas controlada mediante o uso contínuo de medicamentos; infecções ocasionadas por bactérias cada vez mais resistentes aos antibióticos disponíveis assustam infectologistas e pacientes; e há situações em que os avanços tecnocientíficos não são capazes de propiciar conforto e soluções, como é o caso do cuidado aos pacientes terminais ou em cuidados paliativos<sup>5</sup>.

Tudo isso levou à reavaliação do método clínico, e a medicina centrada na pessoa ou no paciente (MCP) vem ganhando visibilidade nos sistemas públicos e privados de saúde e, também, na Educação Médica. O método clínico é o processo por meio do qual o médico adquire, analisa e relata os dados clínicos derivados do paciente<sup>6</sup>. Greenhalgh e Hurwitz definem método clínico de forma mais abrangente, como um ato interpretativo que se baseia em habilidades narrativas e permite a integração dos pontos comuns das histórias contadas por médicos e pacientes e as provas de laboratório<sup>7</sup>.

A medicina centrada na pessoa ou no paciente é a base da Medicina de Família, a qual começou a ser instituída, principalmente, pelos sistemas públicos de saúde ao redor do mundo a partir do Reino Unido, na década de 1950, em resposta à necessidade de efetuar um cuidado personalizado e continuado aos pacientes crônicos, portadores de uma variedade de problemas médicos comuns frequentemente desenvolvidos ao longo da vida, os quais

---

4 GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A (re) humanização da medicina. *Psiquiatria na prática médica*, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

5 BENEDETTO. *Op. cit.*, 2017.

6 MORGAN, William L.; ENGEL, George Libman. *The clinical approach to the patient*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1969.

7 GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian. Why study narrative?. *Bmj*, v. 318, n. 7175, p. 48-50, 1999.

não eram adequadamente tratados nos hospitais e nas clínicas especializadas<sup>8</sup>. Certamente, tal abordagem requer a formação de médicos generalistas não apenas com expertise em relação às questões técnicas, mas também com capacidade de contemplar o ser humano em sua totalidade, como um ser único que vivencia a doença e os processos de cura de forma peculiar. Para tais médicos, realizar a distinção entre doença (*disease*) e estar doente (*illness*) tem sido fundamental para o estabelecimento de estratégias clínicas mais abrangentes e com aplicabilidade prática<sup>9</sup>, o que impõe a necessidade de prover meios para a formação de tais médicos. Vale ressaltar que a implantação da reforma flexneriana, que teve grande influência no ensino médico em vários países, inclusive no Brasil, permitiu uma formação científica de alto nível, enfocada no modelo biomédico e, portanto, na fragmentação, e com ênfase na especialização precoce. Esse modelo de ensino tem colaborado para a transformação dos estudantes de medicina em pseudoespecialistas já na graduação, o que dificulta a formação do médico generalista tão almejado pelos sistemas de saúde público e privado<sup>10</sup>. O próprio Flexner percebeu que algo havia sido ganho, mas que algo também havia sido perdido com a reforma do ensino médico e que Osler, Janeway e Halsted não puderam ser substituídos, ou seja, não foi possível formar médicos de sua magnitude em decorrência de uma negligência do cuidado e dos aspectos pessoais da Medicina<sup>6</sup>. Fomentar o profissionalismo – conforme explicado no capítulo anterior – em educação médica permite a formação de médicos capazes de praticar o método clínico da medicina centrada no paciente, modelo que, por requerer a harmonização dos conhecimentos tecnocientíficos com as humanidades médicas, é inerentemente humanizador.

### *Base teórica para a construção da Medicina Centrada no Paciente (MCP)*

#### *Mentalidade aberta: o que vai entrar por essa porta?*

A postura necessária para construir um modelo de atendimento médico centrado na pessoa, no paciente, e não na doença, é estar aberto “ao que

---

8 MCWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas. Textbook of family medicine. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 1997.

9 KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

10 NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 75, n. 2, 2008.



vai entrar por essa porta”<sup>11</sup>. Essa, que é a atitude habitual em atenção primária, tem de ser também o cerne da educação médica centrada no paciente. Não é uma postura simplista, mas a disposição correta para atuar competentemente. É a porta de entrada para o sistema de saúde, o primeiro contato do enfermo que, sem saber o que lhe acomete, deseja um médico que lhe cuide e o oriente. Como dizia um velho professor, somos os médicos do “sentir-se mal”. Quando as pessoas têm dor de cabeça, elas consultam um neurologista; se sentem dor no peito, procuram um cardiologista; e o traumatologista é consultado quando a dor é nas costas ou, talvez, o reumatologista. Mas se eles se sentem mal, eles nos consultam. Basta sentir-se mal, ou talvez ter medo de se sentir mal, ou ter medo porque um conhecido se sentiu mal.

Sabemos que coisas comuns são frequentes e as moléstias raras aparecem muito de vez em quando. Sabemos também que os sintomas iniciais do complexo e do simples se entrelaçam e se confundem no início das doenças. É preciso sentir-se à vontade para tratar e cuidar enquanto se aguarda a evolução da síndrome, sem preocupar-se com a falta provisória de diagnóstico ou com a demora em algumas análises e com a precisão da anatomia patológica. Há quem não consiga agir sem ter o diagnóstico ou pense que é perigoso para o paciente. “Você diz que quase metade dos pacientes que o consultam pela primeira vez sai sem diagnóstico”, disse-me, certa vez, um estudante. Isso é muito perigoso, não é? Ele não me deu tempo de responder, mas um colega, um médico experiente que estava ao meu lado, disse: “Não acredite, meu jovem. O perigoso é fazer o diagnóstico na primeira vez”.

E como se ensina essa postura aberta e confortável, que convive com a incerteza<sup>12</sup> no cuidado amoroso com o paciente? É a questão que se coloca ao contemplar o panorama absolutamente fragmentado da formação médica universitária<sup>13</sup>. A construção acadêmica de um novo paradigma da prática médica - centrada na pessoa, não na doença - exigia ganhar credibilidade no campo médico universitário, pensar o processo educativo e solicitar a colaboração de educadores e pedagogos.

---

11 JANAUDIS, Marco Aurelio; MORETO, Graziela; LEVITES, Marcelo R. What Will go Through That Door? Oslers Experience. *Archivos en Medicina Familiar*, v. 22, n. 4, p. 145-147, 2020.

12 LEVITES, Marcelo Rozenfeld. Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas ao atendimento médico. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Qdb>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

13 LEVITES, Marcelo Rozenfeld; AZEVEDO, Raymundo S. de; BLASCO, Pablo González. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza. *Rev Bras Med*, v. 68, p. 13-8, 2011.

### Os quatro quadrantes: integrando a atuação médica

Um dos modelos mais utilizados para explicar o amplo espectro da ciência médica é o dos quatro quadrantes, em que se integram as várias dimensões necessárias à atuação médica competente<sup>14</sup>. Esse modelo contempla sistematicamente o conhecimento da evidência científica, o conhecimento da pessoa do paciente e o conhecimento do próprio médico que advém da reflexão.



Figura 1 - Medicina Humanista: Centrada na Pessoa

Fonte: Stange, Miller, Mcwhinney<sup>15</sup> adaptado por Roncoletta et al<sup>16</sup>.

De forma elegante e muito gráfica, os autores colocam a realidade externa do lado direito. O quadrante superior (Quadrante 3) inclui o conhecimento das doenças, o estudo dos métodos diagnósticos e terapêuticos, as inovações tecnológicas, as informações precisas baseadas em evidências e os critérios de avaliação dessas informações na forma de ensaios clínicos. No inferior (Quadrante 4) está localizada a aplicação prática dos conhecimentos prévios, ou seja, a população específica que o médico deve atender. Isso

14 STANGE, Kurt C.; MILLER, William L.; MCWHINNEY, I. Developing the knowledge base of family practice. *Family Medicine-Kansas City*-, v. 33, n. 4, p. 286-297, 2001.

15 *Ibid.*

16 RONCOLETTA, A. F. T. et al. *Princípios da medicina de família*. São Paulo: SOBRAMFA, 2003.

inclui os sistemas de saúde públicos e privados e a gestão correta das prioridades, além de subsidiar estudos: decisões sociológicas, epidemiológicas e política de saúde pública. Em outras palavras, esse quadrante 4 indica ao médico como ele deve utilizar os conhecimentos adquiridos no quadrante 3 ao cuidar de uma determinada população da qual é responsável.

Do lado oposto, à esquerda, está a realidade que os autores chamam de interior. O quadrante inferior (Quadrante 2) inclui o conhecimento do paciente, seu contexto familiar, valores e a vivência da doença. Ou seja: saber não sobre a doença (Quadrante 3), mas sobre o que é estar doente. Um discernimento do mundo do paciente, sua pessoa e suas circunstâncias. Por fim, o quadrante superior (Quadrante 1) refere-se ao conhecimento do próprio médico, que é adquirido por meio da reflexão, o denominado exercício filosófico da profissão<sup>17</sup>, mencionado anteriormente. Uma reflexão sobre suas próprias experiências e sobre o conhecimento que vem dos outros três quadrantes e o incorpora para construir sua identidade.

### *Integrando Conhecimentos na Educação Médica*

Quando analisamos o modelo de quatro quadrantes no campo da educação médica, a primeira conclusão que salta à vista é que o quadrante 3 monopoliza a maior parte dos esforços de ensino e aprendizagem nas escolas médicas. Os avanços científicos são tantos e tão variados que há pouco tempo disponível para transmitir informações sobre todos eles. Deve-se perguntar se é realmente necessário abordar todo o progresso ou se ater realisticamente ao que um médico não pode deixar de saber para se formar com competência.

O aprendizado relacionado ao quadrante 4 também se tornou problemático. Embora os diversos sistemas de saúde e políticas públicas de saúde sejam apresentados aos estudantes, muitas vezes as informações carecem de significado prático. Mais uma vez, o problema não está no conteúdo, que é sempre importante, mas na forma como é apresentado e em quem é o professor. Se no quadrante 3 foi confiada ao pesquisador a tarefa de ensino causando uma desproporção de informações, no quadrante 4 é confiada ao profissional de saúde pública que raramente atende pacientes, porque trabalha com dados populacionais. E o que motiva o aluno é o paciente específico

---

<sup>17</sup> JANAUDIS, Marco Aurelio; FLEMING, Michelle; BLASCO, Pablo González. The sound of music: Transforming medical students into reflective practitioners. *Creative Education*, v. 4, n. 6A, p. 49, 2013.

e a possibilidade de fazer algo por ele. Ninguém é motivado por um sistema ou pela gestão da saúde.

Em relação aos quadrantes da realidade interna (quadrante 2 e 1), a aprendizagem formal nas escolas médicas é reduzida à mínima expressão. Não por má vontade de ninguém, mas por um descuido que leva ao uso indevido do tempo disponível para a formação. Há tanta informação disponível, há tanto para estudar – porque é isso que os alunos devem saber nos exames – que não sobra tempo para ouvir o paciente. E o paciente é o verdadeiro professor do quadrante 2; ninguém melhor do que o paciente para ensinar a dimensão pessoal da doença: como é estar doente.

Se há pouco tempo para ouvir o paciente, o tempo que sobra para atender as expectativas, os dilemas e as motivações do aluno é nulo. Não há tempo dedicado, e não se sabe quem teria que dedicá-lo, para atender os alunos em sua construção como pessoas e como profissionais (quadrante 1). Os alunos vivem suas emoções e crises no desamparo acadêmico, crises que aumentam à medida que percebem que a formação que recebem, primorosa em informações, não os aproxima do paciente, mas, ao contrário, os distancia dele. A insuficiência da educação no quadrante 2 – afinal, decide-se ser médico para cuidar das pessoas – provoca desequilíbrios e deformações no quadrante 1, em que ocorre uma verdadeira erosão ética dos valores, desestrutura-se a relação que se deveria esperar para tratar o paciente, e o crescimento pessoal do jovem estudante é cheio de deficiências.

O médico deve saber que o paciente não está reduzido à sua doença, pois estar doente é uma condição, um modo de ser. A doença está incorporada na pessoa que a sofre e é por isso que não existem doenças, apenas pessoas doentes. Já a clássica distinção<sup>18</sup> entre doença (doença) e estar doente (doença) constrói uma verdadeira ponte fenomenológica entre o quadrante 3 e o quadrante 2, entre o manejo da patologia e o mundo do paciente. A aproximação da pessoa – a verdadeira antropologia médica na prática – também orientará a busca e a necessária incorporação das informações advindas do progresso técnico (quadrante 3) e das possibilidades que os sistemas de saúde oferecem (quadrante 4) para cuidar dessa pessoa da melhor maneira possível. O cuidado médico contempla e integra as evidências científicas com o contexto do paciente<sup>19</sup> e, também, leva em consideração suas próprias experiên-

---

18 KLEINMAN, EISENBERG e GOOD. *Op. cit.*, 1978.

19 ROSSER, Walter W. Application of evidence from randomised controlled trials to general practice. *The Lancet*, v. 353, n. 9153, p. 661-664, 1999.

cias como médico, pois a maioria das evidências incide sobre a doença, sobre o órgão adoecido, cabendo ao médico aplicá-los com sabedoria em cada caso específico para oferecer um atendimento de qualidade ao seu paciente<sup>20</sup>. O médico, com a sua postura humanista, é o verdadeiro recurso que personaliza e integra a ciência médica.

Essa ação prática do médico-professor torna-se, quando incorporada ao ambiente de formação universitária, um modelo que auxilia o aluno a integrar os saberes que lhe chegam de todas as disciplinas, fazendo-os convergir para a pessoa do paciente. Por meio dessa integração, alcança-se o equilíbrio necessário para que o progresso técnico não ofusque o sentido do todo; ou seja, manter o equilíbrio entre ciência, técnica, arte e atitude humilde que conduza a uma postura antropológica, que permita que o progresso científico chegue ao paciente de forma personalizada.

Aprender a colocar o paciente em primeiro lugar, agir com uma perspectiva humanista, aprimorar a visão holística da prática clínica e crescer na forma de se relacionar com o paciente são atributos desejáveis para qualquer médico. Nas palavras de um sábio médico de família com muita experiência docente, pode-se afirmar que os valores da medicina de família servem para construir “bons médicos células-tronco” durante a graduação, que posteriormente se especializarão de acordo com os seus desejos. Adquirir esses valores é o desejo de qualquer estudante de medicina, pois estão intimamente relacionados ao seu despertar vocacional para a medicina<sup>21</sup>.

O médico – o bom médico células-tronco – não é o médico do estômago do paciente ou de sua depressão ou de sua diabetes ou de sua osteoartrite. É simples e categoricamente o seu médico! Essa simples frase, com a qual nos colocamos à disposição de nossos pacientes, talvez seja a definição mais clara de quem somos e do que fazemos. Algo que o paciente compreende desde o princípio, que busca com mais ou menos consciência, de que precisa e do que se ressentir quando lhe falta, sem ser consolado pela técnica mais moderna ou pelo crescente progresso médico. É preciso incorporar o progresso científico, certificado por evidências de qualidade, assimilá-lo e digeri-lo para levá-lo, em linguagem compreensível, ao paciente, ao seu paciente. Porque o que mais caracteriza a atuação do médico não são os desconfortos que ele trata, mas as pessoas de quem cuida. Uma consciência versus

---

20 CULPEPPER, Larry; GILBERT, Thomas T. Evidence and ethics. *The Lancet*, v. 353, n. 9155, p. 829-831, 1999.

21 BLASCO, P. G.; BENEDETTO, M. A. C.; REGINATO, V. *Humanismo em medicina*. São Paulo: SOBRAMFA, 2015.



uma confiança, diz um velho ditado. O paciente deposita sua confiança em nós e, para honrá-lo, é imperativo refletir sobre nossa missão.

A falta de resposta acadêmica formal – quem seria seu interlocutor universitário para crises? –, e o instinto de sobrevivência levam os alunos a buscarem soluções para o problema por conta própria. E nem sempre as encontram, mesmo que peçam a ajuda de familiares e amigos, e tentem incorporar a formação complementar externa ao cenário da educação médica. As reflexões sobre o modelo dos quatro quadrantes aplicado ao ensino médico apontam-nos um panorama presidido por importantes desequilíbrios na gestão do tempo de formação, na quantidade e no modo de transmissão dos conteúdos, e com graves descuidos no que se refere ao cuidado das pessoas: o paciente e o aluno.

*Aprofundando no Quadrante 1: conhecimento próprio para o exercício filosófico da profissão*

Essa reflexão fortalecerá nossa identidade e tornará transparente o conteúdo da ciência que praticamos. Precisamos, portanto, iniciar a aventura dentro de nós mesmos, lembrando que essa busca tem que caminhar paralelamente ao que vivenciamos na vida real, pessoal e profissional, então, com isso, nos movemos no foco de atenção aos nossos pacientes e suas famílias. Como médicos, sabemos que às vezes temos que abrir mão de certos compromissos, horários, presença de entes queridos devido a solicitações profissionais. Não raramente, isso nos causa desconforto ou mau humor. Temos a tendência de dividir nossa vida em duas partes. Somos médicos muitas horas por dia e, depois, somos pais, mães, maridos, esposas, filhos, amigos, cidadãos. Surge a tentação de desligar o telefone e estacionar a responsabilidade. Temos todo o direito trabalhista de fazer isso, mas acabamos incomodados.

O sofrimento e a angústia são inevitáveis. Conflitos familiares também. E nos lembramos de textos humanistas que nos dizem que não, que não podemos viver divididos:

Mas eu lhes digo que qualquer ofício vira filosofia, vira arte, poesia, invenção; quando o trabalhador dá a sua vida, quando não permite que essa vida se fragmente em duas metades: uma para o ideal e outra para os afazeres quotidianos, mas converte a tarefa quotidiana e o



ideal na mesma coisa que é, simultaneamente, obrigação e liberdade, rotina estrita e inspiração constantemente renovada<sup>22</sup>.

Quando paramos de dividir nossa vida em duas metades e a vivemos como um todo, nos sentimos mais completos. Mas como? Como colocar isso em prática? Como conciliar os deveres familiares com as exigências profissionais? Como saber, com certeza, quais são as nossas prioridades? Isso requer reflexão, conversa, planejamento e treinamento, mas a serenidade que você ganha definitivamente vale a pena. O conhecimento objetivo é, muitas vezes, considerado científico e valioso no mundo da medicina, enquanto a informação subjetiva, o debate e a reflexão sobre si mesmo ou sobre o ser humano são, muitas vezes, vistos como “leves” e de importância secundária. No entanto, para o alívio do sofrimento de nosso paciente e para nossa própria força, esse conflito não é apenas falso, mas também um empecilho.

É verdade que tais profundidades de reflexão raramente são alcançadas na prática médica diária. Talvez por isso o dilema persista e se busquem soluções teóricas, negligenciando o verdadeiro cerne da questão. Talvez, também, por isso, a tentação fácil de aumentar o conhecimento nos ocupe, distraíndo-nos daquilo que deveria ser nossa principal preocupação: o crescimento pessoal. Outro pensador o aponta bem quando afirma: “Não é difícil entender por que gostamos tanto de aumentar nossa capacidade de conhecimento e tão pouco de aumentar a capacidade de amar. O conhecimento se traduz automaticamente em poder, enquanto o amor se traduz em serviço”<sup>23</sup>.

São as ideias que, impregnando a existência do homem - de nosso médico humanista - e tornando-se vida de sua vida, são elas as que conseguem pôr fim a essa divisão, regular seu viver em uma unidade permanente cheia de competência e humanismo. Ideias e a paixão de vivê-las, ou seja, ideias pelas quais nos apaixonamos. E é que o amor pelo que se faz é uma verdadeira fonte de sabedoria e, em última análise, um caminho que se abre ao humanismo competente. As palavras sempre precisas de Gregorio Marañón, lembrando os médicos de família de outrora, lembram-no com emoção:

O seu sentido da Medicina era mais cordial, mais humano que o nosso. O velho médico de família, tabelião, padre, conselheiro e tribunal supremo nos processos mais recônditos de cada casa ainda não havia

22 D'ORS, Eugenio. Aprendizaje y heroísmo: lectura dada en la Residencia de estudiantes la noche del 20 de enero de 1915. Pamplona: Eunsa, 1973.

23 CANTALAMESSA, Raniero. Il canto dello spirito: Meditazioni sul Veni creator. Milano: Ancora, 1998.

desaparecido neles, sob a desordem científica. Talvez não soubessem mais do que aqueles que os sucederam, mas é certo que eram melhores e, em suma, ainda mais sábios; porque temos esquecido que a sabedoria não é apenas conhecer as coisas, mas também amá-las<sup>24</sup>.

*Empatia: a ponte entre a medicina baseada em evidências e a medicina centrada no paciente*

Cuidar bem do paciente significa conhecer a doença e conhecer o paciente que a sofre. Dentre as competências que garantem a qualidade desse relacionamento, a empatia ocupa lugar de destaque. Emoções que são educadas ao frequentar as humanidades. Emoções que nos aproximam do mundo do paciente para melhor compreendê-lo. Um arco voltaico que cria um recurso ao qual hoje se presta uma atenção tremenda: a empatia. A empatia pode representar uma ponte entre a medicina baseada em evidências e a medicina centrada no paciente: uma maneira prática de incorporar avanços técnicos e traduzi-los em cuidados eficazes ao paciente.

Dentro do contexto do humanismo médico e profissionalismo, a empatia se revela como uma habilidade especialmente importante no relacionamento médico-paciente. A empatia aproxima o médico do paciente. Quando o médico demonstra essa atitude, o paciente é capaz de expor melhor suas queixas e preocupações, propiciando um melhor diagnóstico e tratamento. Além disso, fortalece a autonomia e segurança do paciente em relação à sua doença, o que também contribui para a sua recuperação<sup>25</sup>.

Resultados de um projeto de pesquisa focado em uma disciplina eletiva dirigida a estudantes de Medicina e Enfermagem de segundo e terceiro anos sugerem que os graduandos reconheçam que, para uma boa prática, a empatia deveria estar sempre presente. Por sua vez, muitos deles manifestaram o receio de que, se forem empáticos, poderiam perder o discernimento e a capacidade de julgamento. A maioria deles compartilhou o entendimento de que empatia significa colocar-se no lugar dos pacientes ou ser compassivo, mas também exteriorizaram a ideia de que ser empático pode significar sofrer com os pacientes. Eles mesmos constataram que esse fato seria o responsável

---

24 MARAÑÓN, G. Mi homenaje a Francisco Huertas. In: MARAÑÓN, G. Obras completas. Madrid: Espasa Calpe, 1967.

25 HALPERN, J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. New York: Oxford University Press, 2001.

pela atitude de negação e não envolvimento adotada por muitos profissionais de saúde.

Estudos recentes demonstram uma queda dos níveis de empatia no decorrer da formação médica<sup>26</sup>. Nos primeiros anos da sua formação, os alunos conservam o entusiasmo em ser médico e se mostram sensíveis ao sofrimento do paciente. No entanto, com o passar dos anos, essa capacidade de compreender o enfermo vai sendo atrofiada<sup>27,28,29</sup>. Nos últimos anos de formação, existe uma cultura de distanciamento do enfermo com o objetivo de não se envolver emocionalmente. Essa atitude impessoal compromete a empatia<sup>30</sup>, desgasta o ideal<sup>31</sup> e aponta a necessidade de uma educação afetiva<sup>32</sup> para conservar a empatia durante os anos de formação médica.

Estudos mostram a influência do contexto familiar na estruturação sólida de um comportamento empático no futuro. Essa influência familiar seria uma aquisição primária da empatia, em que o mecanismo neurofisiológico dos neurônios espelho é ativado quando alguma ação é observada em outra pessoa<sup>33</sup>. Dessa forma, a criança, ao observar o comportamento e as emoções de seus familiares, inconscientemente vai desenvolvendo um modelo interno de ação (script mental) e de regulação de emoções que funcionará como um *guideline* para relacionamento interpessoal no futuro<sup>34</sup>. No entanto, esse comportamento empático adquirido durante a infância pode ser bloqueado em situações constantes de estresse, medo e tensão.

---

26 MORETO, Graziela. Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QkI>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

27 ADERMAN, David; BERKOWITZ, Leonard. Self-concern and the unwillingness to be helpful. *Social Psychology Quarterly*, p. 293-301, 1983.

28 KAY, Jerald. Traumatic deidealization and the future of medicine. *Jama*, v. 263, n. 4, p. 572-573, 1990.

29 SILVER, Henry K.; GLICKEN, Anita Duhl. Medical student abuse: incidence, severity, and significance. *Jama*, v. 263, n. 4, p. 527-532, 1990.

30 AUTHIER, J. Showing warmth and empathy. In: HARGIE, Owen. (Ed.). *A handbook of communication skills*. London: Croom Helm, 1986. p. 441-65.

31 LARA, José Ramón Loayssa; MORAL, Roger Ruiz; CAMPAYO, Javier García. ¿ Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿ malvados?) con sus pacientes?. *Atención primaria*, v. 41, n. 11, p. 646, 2009.

32 EDWARDS, Marc T.; ZIMET, Carl N. Problems and concerns among medical students—1975. *Academic Medicine*, v. 51, n. 8, p. 619-25, 1976.

33 BAUER, J. Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons). Hoffmann und Campe: Hamburg, 2005.

34 HOJAT, M. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer, 2007.

Analisando os fatores externos que podem influenciar o comportamento empático, temos a influência não só do ambiente (seja positivo ou negativo), mas do próprio estresse e da angústia do paciente que pode gerar estresse correspondente no próprio médico/estudante<sup>35</sup>.

### *As Humanidades para educar as emoções e promover a empatia*

A empatia surge por meio das reações dos nossos próprios sentimentos, que são desencadeadas pela perspectiva de “eu ser você” ou “eu poderia ser você”<sup>36</sup>. Esse despertar afetivo interior é fundamental para a percepção do estado emocional do outro<sup>37</sup>. Dentro do tema da afetividade vale a pena refletir nesta consideração:

A falta de educação da própria vida afetiva e o desconhecimento das formas de interpretação e de respostas adequadas perante as atitudes, condutas e manifestações emotivas das demais pessoas deixa os estudantes à mercê do ambiente que os rodeia e no qual abundam modelos de respostas agressivas, descontroladas e ineficazes diante dos conflitos interpessoais que, com frequência, se apresentam em todas as formas de convivência social<sup>38</sup>.

Assim, o reconhecimento e a reflexão acerca das emoções próprias e alheias são fundamentais ao estudante e profissional da área médica para o fomento de sentimentos construtivos e elevados que resultarão em profissionalismo, comportamento ético e humanizado.

A compreensão do universo afetivo das pessoas representado pela emoção, pelo sentimento e pela afetividade tem como objetivo principal entender o comportamento do ser humano. A afetividade é construída por meio das experiências de vida e inter-relacionamentos e sua expressão é feita por meio dos sentimentos. As emoções, respostas orgânicas geradas por essas vivências, possuem papel fundamental na modulação e construção da afetividade.

---

35 EISENBERG, N. Empathy and related emotional response. São Francisco: Jossey Bass, 1989.

36 SPIRO, Howard. Commentary: the practice of empathy. *Academic Medicine*, v. 84, n. 9, p. 1177-1179, 2009.

37 NEUMANN, Melanie et al. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient education and counseling*, v. 74, n. 3, p. 339-346, 2009.

38 MORENO, M. et al. *Falemos de sentimentos: a afetividade como um tema transversal*. Tradução de Maria Cristina de Oliveira. São Paulo: Moderna, 2003.

Vale ressaltar esta consideração, vinda de um dos fundadores da Medicina de Família como disciplina acadêmica, que contempla as emoções na relação médico-paciente:

Os médicos devem perder o medo de se conhecer, de apalpar suas emoções, que não podem ser amputadas, pois fazem parte da sua arte médica. A carência dessa atitude faz com que o médico tenha sido definido, algumas vezes, como um profissional de emoções atrofiadas.

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 são focados em suas vidas emocionais<sup>39</sup>. Assim, a maioria dos estudantes terminam o curso médico sem um preparo adequado para lidar com situações de sofrimento e estresse emocional que, por exemplo, são inevitáveis quando nos deparamos com os pacientes em cuidados paliativos

Embora os estudantes queiram estabelecer uma conexão emocional com os seus pacientes<sup>40</sup>, eles relatam medo de serem oprimidos pelos próprios sentimentos que, porventura, possam ser desencadeados pelo encontro com o paciente<sup>41</sup>. De algum modo, têm consciência que o processo educacional poderá torná-los menos empáticos<sup>42</sup>. É compreensível que, sem um preparo adequado, os estudantes de Medicina expressem respostas emotivas inadequadas diante de situações comuns no dia a dia do profissional da área, tais como dor, sofrimento e morte, situações essas em que se conscientizam de sua própria vulnerabilidade<sup>43</sup>. Quando não se tem a oportunidade de trabalhar as emoções geradas por essas situações difíceis e de refletir e compartilhar os sentimentos então gerados, o estudante desenvolverá uma repulsa afetiva e um distanciamento, buscando amparo na técnica tão super-

---

39 SHAPIRO, Johanna. Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic medicine*, v. 86, n. 3, p. 326-332, 2011.

40 RUCKER, Lloyd; SHAPIRO, Johanna. Becoming a physician: students' creative projects in a third-year IM clerkship. *Academic Medicine*, v. 78, n. 4, p. 391-397, 2003.

41 SHAPIRO, Johanna. *The inner world of medical students: listening to their voices in poetry*. New York: Radcliffe Medical Press; 2009.

42 HAMMER, Rachel R. An education that pierces what the knife cannot: a student perspective. *Anatomical Sciences Education*, v. 3, n. 3, p. 151-153, 2010.

43 LARSON, Eric B.; YAO, Xin. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*, v. 293, n. 9, p. 1100-1106, 2005.

valorizada em sua formação e se afastando cada vez mais do comportamento humanista e ético sempre tão almejado<sup>44</sup>.

Durante o curso médico, os estudantes recebem a mensagem implícita sugestiva de que devem ser capazes de tolerar o estresse e não expressar suas emoções<sup>45</sup>. Devido à própria imaturidade emocional do estudante de medicina e de não saber lidar com suas próprias emoções diante de situações estressantes na sua prática clínica, a solução mais fácil num primeiro momento parece ser o afastamento afetivo do outro e de si mesmo. “Não sentir nada” seria uma forma do aluno se proteger de respostas emotivas inadequadas provenientes de situações estressantes.

O objetivo explícito da educação médica é preparar os profissionais para se aproximarem dos seus pacientes, com a intenção de fornecer compreensão e ajuda. Porém, na era moderna, “essa aproximação” é mediada pela tecnologia. Assim, a observação, a escuta atenta e o toque, tão essenciais para o desenvolvimento de um relacionamento médico-paciente satisfatório e profícuo, são substituídos pelos avanços tecno-científicos. A intimidade com a tecnologia, que traz inúmeras vantagens (simulação, bonecos que permitem treinar habilidades técnicas, observação de atitudes do aluno) podem, também, ofuscar a necessidade de se lidar adequadamente com situações difíceis do cotidiano do médico, tais como dor, sofrimento, morte, incerteza, sensação de incapacidade e questões emocionais, próprias ou alheias. A tecnologia que ajuda no treinamento de habilidades pode dificultar a proximidade pessoal. Desse modo, há um reducionismo nos termos, que deixa de fora aspectos essenciais: entendimento é reduzido a diagnóstico e prognóstico; e assistência torna-se apenas tratamento e intervenção<sup>46</sup>.

Embora as reações emocionais possam gerar condutas clínicas equivocadas, esses possíveis erros podem se tornar fonte de reflexão e, com isso, desenvolver respostas emocionais mais apropriadas na atuação clínica. Nesse contexto, vale ressaltar a importância de médicos e professores que, a modo de exemplo, ajudem a pensar em como lidar com as emoções ao tempo que sabem encontrar em conjunto os caminhos para as soluções clínicas e o modo de conduzir cada caso na prática médica diária. Dessa forma, será possível

---

44 MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo G.; CRAICE-DE BENEDETTO, María Auxiliadora. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Atención Familiar*, v. 21, n. 3, p. 94-97, 2014.

45 ANGOFF, Nancy R. Crying in the curriculum. *JAMA*, v. 286, n. 9, p. 1017-1018, 2001.

46 SHAPIRO, Johanna. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med*, v. 3, n. 10, 2008. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QIp>>. Acesso em: 15 jan. 2023.



desenvolver modelos e conceitos teóricos para identificar possíveis métodos pedagógicos para a educação afetiva do estudante de medicina<sup>47</sup>.

O ensino das Humanidades – Literatura<sup>48,49</sup>, Cinema<sup>50,51,52</sup>, Música<sup>53,54,55</sup>, Espiritualidade e artes em geral – é um recurso didático que, aos poucos, vem ganhando espaço por proporcionar o ambiente ideal para a reflexão acerca da própria vida e dos valores pessoais e profissionais e o compartilhamento de emoções, o que é essencial para a promoção da empatia e de uma formação humanista e ética<sup>56</sup>.

Vale esclarecer que a educação por meio da estética, que atinge as emoções e a sensibilidade, não é uma tentativa de simplesmente apoiar a educação do jovem na emotividade. Trata-se de suscitar uma reflexão sobre valores e atitudes. É possível incorporar um conhecimento técnico ou mesmo treinar uma habilidade sem grandes reflexões; mas é impossível adquirir valores, progredir em virtudes, incorporar atitudes, sem um prévio processo de reflexão. É, justamente, desencadear esse processo de reflexão, mediante recursos próximos ao estudante, o que se pretende com a estética, da qual o aprendizado por meio do cinema faz parte<sup>57</sup>. Dito de outro modo: estabelecer um ponto de partida para uma atitude reflexiva, pista de decolagem para futuros aprendizados e sensibilização para ensinamentos posteriores que virão mediante conteúdo específico e, na maior parte das vezes, personalizados em exemplos.

---

47 BLASCO, Pablo González et al. Accompanying physicians in their family practice: a primary care model for medical students' learning in Brazil. *Family Medicine-Kansas City*, v. 38, n. 9, p. 619, 2006.

48 BLASCO, Pablo González et al. Literature and movies for medical students. *Family Medicine-Kansas City*, v. 33, n. 6, p. 426-427, 2001.

49 BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 3, p. 311-319, 2010.

50 BLASCO, Pablo González. Educação da afetividade através do cinema. São Paulo: SOBRAMFA, 2006.

51 BLASCO, Pablo González. Educação médica, medicina de família e humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QKR>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

52 SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Movies in medical education. Website SOBRAMFA. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QLE>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

53 JANAUDIS, MORETO e LEVITES. *Op. cit.*, 2020.

54 BLASCO, Pablo González et al. Educar las emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética*, v. 17, n. 1, p. 28-48, 2013.

55 BLASCO, Pablo González; MORETO, Graziela; LEVITES, Marcelo R. Teaching humanities through opera: leading medical students to reflective attitudes. *Fam Med*, v. 37, n. 1, p. 18-20, 2005.

56 BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice et al. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *Rev Bras Med*, v. 71, n. esp. m 2, p. 15-24, 2014.

57 BLASCO, Pablo González et al. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Family Medicine-Kansas City*, v. 38, n. 2, p. 94, 2006.

Esse processo requer tato, habilidade e a promoção de um aprendizado que respeite, de alguma maneira e sem precipitações, o ritmo quase fisiológico da emotividade. Não se pode obrigar a ninguém a sentir o que não sente. Pode-se simplesmente mostrar e, assim, o tempo e a reflexão sobre as emoções se encarregarão de aprimorar o paladar afetivo. Um processo que foi denominado, com sabor clássico, “educação sentimental”. Esta seria a função do educador, afinal um promotor da cultura que deve despertar o desejo por aprender, contagiar o entusiasmo por conhecer e conseguir que o estudante invista o melhor dos seus impulsos para procurar, também por meios próprios, o conhecimento que lhe será de utilidade.

O modelo do professor nesse processo educacional da empatia é essencial. É fundamental para o desenvolvimento da empatia que o estudante vivencie relações empáticas com seus professores. Dessa forma, o estudante terá mais chance de desenvolver uma relação empática com seus pacientes<sup>58</sup>. A postura do professor influenciará o aprendizado do aluno por meio do “contágio” das atitudes éticas demonstradas durante a sua prática clínica diária.

No processo de formação de excelência do futuro médico, o professor tem papel fundamental. Deve, antes de tudo, ser um modelo com elevados padrões de ética e moral. Além disso, deve estar atento a momentos cruciais em que emergem as emoções do estudante e utilizar esse momento como oportunidade formativa<sup>59</sup>. É responsabilidade do professor proporcionar um ambiente favorável para o estudante expor suas angústias, seus medos e suas fragilidades; permitir que compartilhe seus sentimentos para, então, serem trabalhados pelo professor, levando a um amadurecimento afetivo e, consequentemente, a um relacionamento médico paciente de excelência.

### *Considerações finais: MCP na Prática*

Para muitos profissionais da área de saúde, a prática da MCP representa um ideal quase inatingível em decorrência das experiências vividas durante sua formação acadêmica que usualmente ocorre de acordo com o modelo

---

58 BAYNE, Hannah Barnhill. Training medical students in empathic communication. *The Journal for Specialists in Group Work*, v. 36, n. 4, p. 316-329, 2011.

59 MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo González; PIÑERO, Agustina. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*, v. 19, n. 3, p. 172-177, 2018.

biomédico. No entanto, em cenário em que desenvolvemos práticas clínicas e didáticas dirigidas a jovens médicos e estudantes de medicina<sup>60</sup>, tivemos a oportunidade de desenvolver uma verdadeira agenda educacional e pudemos recolher exemplos concretos de ocupação, ou melhor, de preocupações que cristalizam em ocupações. Somente por meio da ocupação é possível chegar à humanização das pessoas – do fator humano – que é a lição pendente nesta empreitada humanizadora da assistência em saúde.

Assim, ao longo dos anos, temos desenvolvido diversos programas e atividades educacionais, em que o ensino é fundamentado em referencial teórico e promovido em cenários clínicos, em que os professores atuam como exemplos ou modelos que ilustram a aplicabilidade dos conceitos transmitidos. Em seguida, apresentamos alguns desses programas e atividades:

#### *Programa de Formação de Medicina Centrada no Paciente (PFMCP)<sup>61</sup>*

Este é dirigido a jovens médicos e estruturado para possibilitar o crescimento pessoal, profissional e humano do médico em formação. Vem ao encontro de grandes demandas atuais do mercado de trabalho, que exigem elevada capacitação técnica, e reivindica a já apontada defasagem humanista. Contempla uma agenda de aprendizado inovadora por meio de uma rotina variada de reuniões regulares – científicas e culturais – que permitem aos jovens médicos desenvolverem o profissionalismo. Esta postura médica – o profissionalismo – é predicado de quem possui, além de excelência na formação técnica, comportamento pautado por valores humanísticos, integridade ética, altruísmo, lida adequadamente com a complexidade e a incerteza e tem a capacidade incorporada de refletir sobre as decisões e ações. Aquilo que um famoso professor do nosso meio denominava o exercício filosófico da profissão<sup>62</sup>. O Programa é, portanto, um caso concreto de ocupação na humanização.

---

60 SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Excelência na educação em humanização da saúde. Website SOBRAMFA. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://sobramfa.com.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

61 SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Curso de imersão para médicos. Website SOBRAMFA. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QRh>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

62 JANAUDIS, MORETO e LEVITES. *Op. cit.*, 2020.

### *Estágios para estudantes de medicina*<sup>63</sup>

Estes representam atividades de ocupação na humanização, em uma versão claramente pedagógica, com foco na educação médica centrada no paciente e na reconstrução da dimensão humanística médica em suas dimensões práticas e acadêmicas. Essas atividades têm sido desenvolvidas ao longo dos últimos 25 anos, com envolvimento de mais de 2 mil estudantes de medicina de diversas faculdades e colaboram para desenvolver o aprendizado em cuidados continuados e conhecimento integrado, habilidades de comunicação para construir uma relação médico-paciente eficaz, assim como uma relação professor-aluno que facilita o desenvolvimento profissional e fortalece o compromisso com a vocação médica<sup>64</sup>.

O impacto pedagógico desses programas é um complemento necessário de ocupação eficaz de agenda, em que as avaliações dos estudantes, por escrito e por meio de entrevistas, são habilmente analisadas com perspectiva qualitativa, apontando para a necessidade da formação continuada<sup>65</sup>. Quer dizer, um reforço necessário para estimular uma ocupação de agenda pessoal que seja condizente com os desejos de humanização de cada estudante.

A integração de conhecimento que as histórias de vida e a discussão de casos de pacientes reais trazem para o estudante assume uma importância particular quando se trata de abordar questões de natureza ética. O ensino da ética deve contemplar, além do corpo teórico de conteúdo, espaço para discutir – que é tentar explicar e entender – as dúvidas práticas dos estudantes, que abrangem todo o espectro da atuação clínica em que sempre surge a dúvida ética. Assim, os temas que vão desde a dificuldade em cuidar do paciente, e tratar com a família, até como lidar com a morte, o sofrimento e a medicina paliativa, sem excluir o relacionamento com os colegas, apontam a necessidade de discutir significados, em vez de estabelecer protocolos. É esta uma advertência que nos chega da mão do aluno, que é o verdadeiro protagonista do processo educacional. As novas situações e contextos educacionais com que o aluno se depara ao longo dos anos na escola médica sus-

---

63 SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Estágios para estudantes de medicina. Website SOBRAMFA. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QYa>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

64 BLASCO, Pablo González et al. Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. *Educación Médica*, v. 18, n. 4, p. 276-284, 2017.

65 BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; MORETO, Graziela. Narratives and Humanization in Health: the learning of medical students in clinical settings. *Archivos en Medicina Familiar*, v. 21, n. 3, p. 111-123, 2019.

citam os questionamentos anteriormente apontados, que pedem espaço para discussão, reflexão, resolução e autoconstrução ética de modelos e atitudes. O aluno manifesta o receio de “esquecer” essas posturas, se o processo é interrompido. Também é apontada a figura do monitor ou tutor como aspecto prático nesta continuidade. Daí a importância dos projetos que visam a uma formação denominada longitudinal em ética, amparando o aluno ao longo de todos os anos da graduação<sup>66</sup>.

### *Atividades Educacionais Abertas*

Reuniões científicas de formato variado representam parte integrante do Programa de Formação em MDP e dos estágios para estudantes de medicina. Até algum tempo atrás, esses encontros eram exclusivamente presenciais, mas atualmente são transmitidos on-line e abertos a médicos, profissionais de saúde e estudantes de medicina. Dentre essas reuniões, citamos:

**Reuniões de Profissionalismo Médico (RPM)**, que são uma consequência do estágio e ocorrem mensalmente. Nestas, estudantes que passaram pelo estágio, supervisionados por um professor, preparam a apresentação de um caso que vivenciaram. Graças ao formato on-line, contamos com a participação de pessoas que não pertencem ao nosso grupo de trabalho. Assim, promove-se uma discussão abrangente, enfocada nos quatro quadrantes, em que as dimensões humanísticas do ser humano são colocadas lado a lado com os aspectos tecnocientíficos<sup>67</sup>;

**Reuniões de Humanismo em Saúde**, em que são debatidos temas referentes ao exercício filosófico da medicina e às Humanidades Médicas. Essas reuniões têm periodicidade mensal<sup>68</sup>;

---

66 MORETO, Graziela et al. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil. *Persona y bioética*, v. 12, n. 2, p. 132-144, 2008.

67 SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Reunião de profissionalismo médico. Website SOBRAMFA. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39R3V>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

68 SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Reunião de humanismo em saúde. Website SOBRAMFA. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39R55>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

**Reuniões de Atualização Científica**, que ocorrem semanalmente há mais de duas décadas. Nestas são apresentados e discutidos artigos recentes relevantes em nossos cenários clínicos de atuação<sup>69</sup>.

*Humanização: ainda é possível na prática médica?*

A humanização requer mais do que uma simples preocupação. É preciso ocupar-se nos projetos, estabelecer as prioridades que almejamos. Abrir espaço na agenda implica construir uma metodologia adequada para humanizar com eficiência. Não seria aventurado afirmar que os fracassos das tentativas humanizantes não se explicam apenas por falta de vontade política ou porque os desejos de melhorar não são sinceros. É possível que, mesmo imbuídos da melhor boa vontade, se careça de metodologia adequada. Para humanizar, não basta querer: é preciso saber fazê-lo.

O humanismo em medicina não é uma questão temperamental, um gosto individual ou, até, um complemento interessante. É uma verdadeira ferramenta de trabalho, não um apêndice cultural. Não é suficiente querer ser humanista – no caso, pretender uma prática humanista da medicina – mas é preciso aprender a fazê-lo. Seria uma imprudência deixar os desejos humanizantes por causa, apenas, da boa vontade. Nesse caso, tudo estaria em função da espontaneidade – mal chamada de carisma – sujeita à fragilidade dos altos e baixos da vida, em espectro que compreende desde a intuição oportuna – que pode vir ou não no momento preciso – até o trivial dos estados de ânimo ou do desgaste da condição humana, que nem sempre apresenta a boa disposição que seria de desejar. A espontaneidade débil, desprovida de sustentação metodológica, é incompetente para educar, para formar pessoas; quando muito, estimulará um ou outro sonho que se desvanecerá ao contato com o prosaico do cotidiano. E os sonhos desfeitos – fogo de palha – rendem a cinza do sombrio ceticismo que contempla, lamentando-se, a ineficácia do seu empenho repleto de bons desejos, mas órfão de metodologia. O Humanismo deve ser, pois, uma atitude científica, ponderada, resultado de um esforço de aprendizado. A humanização requer, portanto, profissionalismo<sup>70</sup>.

69 SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Reunião de atualização científica. Website SOBRAMFA. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39R5L>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

70 CORREA, Francisco Javier León; BLASCO, Pablo González. (Eds.). La Humanización de la Salud y el Humanismo Médico en Latinoamérica. Santiago de Chile: FELAIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Univer-



E nesse ponto é fácil deduzir que, para possuir essas competências científicas, é preciso investimento de tempo e de recursos. Não basta, pois, abrir espaço na agenda, é preciso abrir também no orçamento. Chega-se, assim, a um ponto espinhoso e delicado, consequência lógica das questões anteriormente ventiladas. Afinal, qual é o investimento que é preciso fazer para humanizar? Isso tem preço? E como se quantifica? Quando um projeto consistente de educação humanística chega ao setor de contas a pagar, provoca uma revolução. Há quem se escandalize –“Mas,... este é o preço? Não pensei que isto custaria tanto”. Há quem arquive a fatura no fundo de uma gaveta. Afinal, esse tipo de projeto não tem visual nem serve para se promover. Ninguém consegue colocar uma placa com o próprio nome em um projeto que forma pessoas e tira delas o seu melhor, pois é disso que se trata quando se quer humanizar a saúde. É muito mais fácil colocar a placa no saguão do hospital ou emprestar o nome para o auditório. Pode até ser mais caro, mas certamente aparece, brilha, e isso se alinha bem com a vaidade humana.

Humanizar a saúde tem o seu custo e este vai acoplado às pessoas que têm competência em gerenciar o projeto, não apenas ao visual de hotelaria como equivocadamente se quer pensar, nem mesmo aos sistemas de tecnologia de informação. Querer fugir disso é insensatez e gestão deficiente, como seria contratar um regente de orquestra barato, porque já se gastou demais com os instrumentos e com o teatro; ou um técnico de futebol medíocre, porque o salário dos jogadores consumiu o orçamento. As consequências desse corte de despesas são fáceis de adivinhar.

Ensinar humanismo é fomentar a reflexão sobre a condição humana, situação que envolve não apenas o paciente, como os próprios interessados: alunos e professores<sup>71</sup>. Não é um processo inócuo, em que quem o estuda se situa em posição isenta. Legisla-se em causa própria e as conclusões comprometem, em primeiro lugar, o próprio legislador – o estudioso –, que não tem como furtar-se às consequências das suas próprias reflexões. E, assim, o que muitas vezes começou como pouco mais que uma curiosidade cultural ou como necessidade instrumental da profissão que se quer exercer, debruça-se sobre a própria vida, envolvendo-a e interferindo sobre os próprios valores e

---

sidad Central de Chile, 2018.

71 BLASCO, P. G. et al. Humanización en la docencia a médicos y estudiantes: desafíos y recursos metodológicos para llevar el humanismo a la práctica clínica. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Cien Vida, v. 1, p. 98, 2019.

perspectivas. Formar médicos humanistas vai muito além de dar um verniz humanitário ao futuro médico, mas instalar um processo de reflexão que lhe permita, de modo continuado, reavaliar sua opção vocacional, sua resposta como pessoa e como profissional. Um elemento essencial que se insere na alma do profissional e se faz vida da sua vida.

Posto isso, vale a pena repetir a pergunta: preocupo-me com a humanização ou me ocupo de fato? Porém, para isso, imperioso é responder antes a outra questão: será que quero mesmo ser humanizado?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADERMAN, David; BERKOWITZ, Leonard. Self-concern and the unwillingness to be helpful. **Social Psychology Quarterly**, p. 293-301, 1983.

ANGOFF, Nancy R. Crying in the curriculum. **JAMA**, v. 286, n. 9, p. 1017-1018, 2001.

AUTHIER, J. Showing warmth and empathy. In: HARGIE, Owen. (Ed.). **A handbook of communication skills**. London: Croom Helm, 1986. p. 441-65.

BAUER, J. **Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone** (Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons). Hoffmann und Campe: Hamburg, 2005.

BAYNE, Hannah Barnhill. Training medical students in empathic communication. **The Journal for Specialists in Group Work**, v. 36, n. 4, p. 316-329, 2011.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 311-319, 2010.

\_\_\_\_\_. **O papel das narrativas como recurso didático na formação humanística dos estudantes de Medicina e Enfermagem**. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Q7I>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de et al. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. **Rev Bras Med**, v. 71, n. esp. m 2, p. 15-24, 2014.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; MORETO, Graziela. Narratives and Humanization in Health: the learning of medical students in clinical settings. **Archivos en Medicina Familiar**, v. 21, n. 3, p. 111-123, 2019.

BLASCO, Pablo González et al. Literature and movies for medical students. *Family Medicine-Kansas City*, v. 33, n. 6, p. 426-427, 2001.

BLASCO, Pablo González. **Educação médica, medicina de família e humanismo**: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QKR>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. **Educação da afetividade através do cinema**. São Paulo: SOBRAMFA, 2006.

BLASCO, Pablo González; MORETO, Graziela; LEVITES, Marcelo R. Teaching humanities through opera: leading medical students to reflective attitudes. **Fam Med**, v. 37, n. 1, p. 18-20, 2005.

BLASCO, Pablo G. et al. Accompanying physicians in their family practice: a primary care model for medical students' learning in Brazil. **Family Medicine-Kansas City**, v. 38, n. 9, p. 619, 2006.

BLASCO, P. G. et al. Humanización en la docencia a médicos y estudiantes: desafíos y recursos metodológicos para llevar el humanismo a la práctica clínica. **Santiago de Chile: Fundación Interamericana Cien Vida**, v. 1, p. 98, 2019.

BLASCO, Pablo González et al. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. **Family Medicine-Kansas City**, v. 38, n. 2, p. 94, 2006.

BLASCO, P. G.; BENEDETTO, M. A. C.; REGINATO, V. **Humanismo em medicina**. São Paulo: SOBRAMFA, 2015.

BLASCO, Pablo González et al. Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. **Educación Médica**, v. 18, n. 4, p. 276-284, 2017.

CANTALAMESSA, Raniero. **Il canto dello spirito**: Meditazioni sul Veni creator. Milano: Ancora, 1998.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 26ª ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CORREA, Francisco Javier León; BLASCO, Pablo González. (Eds.). **La Humanización de la Salud y el Humanismo Médico en Latinoamérica**. Santiago de Chile: FELAIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile, 2018.

D'ORS, Eugenio. **Aprendizaje y heroísmo**: lectura dada en la Residencia de estudiantes la noche del 20 de enero de 1915. Pamplona: Eunsa, 1973.

EDWARDS, Marc T.; ZIMET, Carl N. Problems and concerns among medical students—1975. **Academic Medicine**, v. 51, n. 8, p. 619-25, 1976.

EISENBERG, N. **Empathy and related emotional response**. São Francisco: Jossey Bass, 1989.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A (re) humanização da medicina. **Psiquiatria na prática médica**, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

BLASCO, Pablo González et al. Educar las emociones para promover la formación ética. **Persona y Bioética**, v. 17, n. 1, p. 28-48, 2013.

GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian. Why study narrative?. **Bmj**, v. 318, n. 7175, p. 48-50, 1999.

HALPERN, J. **From detached concern to empathy**: humanizing medical practice. New York: Oxford University Press, 2001.

HAMMER, Rachel R. An education that pierces what the knife cannot: a student perspective. **Anatomical Sciences Education**, v. 3, n. 3, p. 151-153, 2010.

HOJAT, M. **Empathy in patient care**: antecedents, development, measurement, and outcomes. New York: Springer, 2007.

JANAUDIS, Marco Aurelio; FLEMING, Michelle; BLASCO, Pablo González. The sound of music: Transforming medical students into reflective practitioners. **Creative Education**, v. 4, n. 6A, p. 49, 2013.

JANAUDIS, Marco Aurelio; MORETO, Graziela; LEVITES, Marcelo R. What Will go Through That Door? Oslers Experience. **Archivos en Medicina Familiar**, v. 22, n. 4, p. 145-147, 2020.

KAY, Jerald. Traumatic deidealization and the future of medicine. **Jama**, v. 263, n. 4, p. 572-573, 1990.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of internal medicine**, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

LARA, José Ramón Loayssa; MORAL, Roger Ruiz; CAMPAYO, Javier García. ¿ Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿ malvados?) con sus pacientes?. **Atención primaria**, v. 41, n. 11, p. 646, 2009.

LARSON, Eric B.; YAO, Xin. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. **Jama**, v. 293, n. 9, p. 1100-1106, 2005.

LEVITES, Marcelo R.; AZEVEDO, Raymundo S. de; BLASCO, Pablo González. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza. **Rev Bras Med**, v. 68, p. 13-8, 2011.

LEVITES, Marcelo Rozenfeld. **Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas ao atendimento médico**. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Qdb>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MARAÑÓN, G. Mi homenaje a Francisco Huertas. In: MARAÑÓN, G. **Obras completas**. Madrid: Espasa Calpe, 1967.

MCWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas. **Textbook of family medicine**. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 1997.

MORETO, Graziela. **Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos**. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QkI>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MORETO, Graziela et al. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil. **Persona y bioética**, v. 12, n. 2, p. 132-144, 2008.

MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo González; PIÑERO, Agustina. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. **Educación Médica**, v. 19, n. 3, p. 172-177, 2018.



MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo G.; CRAICE-DE BENEDETTO, María Auxiliadora. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. **Atención Familiar**, v. 21, n. 3, p. 94-97, 2014.

MORENO, M. et al. **Falemos de sentimentos**: a afetividade como um tema transversal. Tradução de Maria Cristina de Oliveira. São Paulo: Moderna, 2003.

MORGAN, William L.; ENGEL, George Libman. **The clinical approach to the patient**. Philadelphia: W. B. Saunders; 1969.

NEUMANN, Melanie et al. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. **Patient education and counseling**, v. 74, n. 3, p. 339-346, 2009.

NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 75, n. 2, 2008.

RONCOLETTA, A. F. T. et al. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: SOBRAMFA, 2003.

ROSSER, Walter W. Application of evidence from randomised controlled trials to general practice. **The Lancet**, v. 353, n. 9153, p. 661-664, 1999.

RUCKER, Lloyd; SHAPIRO, Johanna. Becoming a physician: students' creative projects in a third-year IM clerkship. **Academic Medicine**, v. 78, n. 4, p. 391-397, 2003.

SHAPIRO, Johanna. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. **Philos Ethics Humanit Med**, v. 3, n. 10, 2008. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QIp>>. Acesso em: 15 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. **The inner world of medical students**: listening to their voices in poetry. New York: Radcliffe Medical Press, 2009.

\_\_\_\_\_. Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. **Academic medicine**, v. 86, n. 3, p. 326-332, 2011.

SILVER, Henry K.; GLICKEN, Anita Duhl. Medical student abuse: incidence, severity, and significance. **Jama**, v. 263, n. 4, p. 527-532, 1990.

SOBRAMFA-EDUCAÇÃO MÉDICA E HUMANISMO. Curso de imersão para médicos. **Website SOBRAMFA**. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QRh>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Estágios para estudantes de medicina. **Website SOBRAMFA**. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QYa>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Excelência na educação em humanização da saúde. **Website SOBRAMFA**. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://sobramfa.com.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Movies in medical education. **Website SOBRAMFA**. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39QLE>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Reunião de atualização científica. **Website SOBRAMFA**. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39R5L>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Reunião de humanismo em saúde. **Website SOBRAMFA**. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39R55>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Reunião de profissionalismo médico. **Website SOBRAMFA**. São Paulo: SOBRAMFA, 2023. Disponível em: <<https://bitly.ws/39R3V>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SPIRO, Howard. Commentary: the practice of empathy. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1177-1179, 2009.

STANGE, Kurt C.; MILLER, William L.; MCWHINNEY, I. Developing the knowledge base of family practice. *Family Medicine-Kansas City-*, v. 33, n. 4, p. 286-297, 2001.