

CONTEMPLANDO O PROFISSIONALISMO EM EDUCAÇÃO MÉDICA: UM CAMINHO PARA A FORMAÇÃO DE MÉDICOS HUMANISTAS E COMPETENTES

PABLO GONZÁLEZ BLASCO

MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO

GRAZIELA MORETO

MARCELO R. LEVITES

Que médico queremos formar?

Uma pergunta, aparentemente retórica, mas perfeitamente clara quando formulada diretamente, com personalismo: que médico quero que me cuide? E da minha família, dos meus entes queridos? Se os que nos dedicamos à educação médica saíssemos do terreno teórico - muitas vezes exigido e até imposto pela academia- e descêssemos do Olimpo institucional para o campo de batalha da vida real, as respostas ao dilema que se coloca seriam simples, claras, diáfanas.

Sem dúvida, optaríamos por um médico competente, cientificamente atualizado, que nos ouça e esteja atento às nossas solicitações, pois demonstra empatia, valores, compaixão e harmonia com a dor alheia. Um médico que sempre nos conforta, cuida de nós com cuidado e, quando possível, também

nos cura. Porque está centrado no paciente e não na doença; cuidar dos doentes é seu objetivo. Ele sabe que, embora a doença seja crônica, incurável, terminal, sua missão de cuidar não é diretamente proporcional ao sucesso terapêutico: nunca acaba, acompanha o paciente até o fim¹. Alguém, que se dedica aos cuidados paliativos, comentou em certa ocasião: “quando você cuida de uma doença, você pode ganhar ou perder; ao cuidar de uma pessoa, você sempre ganha”.

Ser médico e cuidar de pessoas implica conhecer não apenas a fisiopatologia das doenças, mas ser capaz de entender o ser humano que sofre com determinada doença. Enquanto o conhecimento técnico ajuda a resolver problemas baseados na doença, o real desafio é conhecer o paciente acometido pela doença para, dessa forma, alcançar uma prática médica de excelência².

O desafio de conhecer o ser humano, que no momento está na posição de paciente, contempla a aquisição de valores humanísticos como: altos padrões morais e éticos; busca da excelência por meio da contínua aquisição de conhecimento e desenvolvimento de novas habilidades; capacidade de lidar adequadamente com altos graus de incerteza e complexidade; demonstração de valores humanísticos, como empatia e compaixão; honestidade e integridade; cuidado e altruísmo; lealdade e respeito pelo outros; e, finalmente, reflexão sobre decisões e ações³. Ao falar desse médico “completo e versátil”, estamos simplesmente descrevendo o que os americanos sintetizaram há algumas décadas com o termo profissionalismo, que define as características integrantes da excelência no exercício da medicina.

Profissionalismo: Uma nova terminologia para caracterizar a qualidade médica

Nos dias de hoje, uma terminologia muito utilizada para caracterizar a qualidade médica é o profissionalismo. A palavra de origem inglesa – *professionalism* – designa um movimento de caráter ético que se originou no meio acadêmico dos EUA, na década de 1980, por meio do qual definiram os elementos essenciais de uma prática médica de excelência. Contempla aspectos,

1 BLASCO, Pablo González. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educación médica*, v. 19, n. 2, p. 104-114, 2018.

2 RONCOLETTA, Adriana F. Tamassia et al. Princípios da medicina de família. São Paulo: SOBRAMFA, 2003.

3 SWICK, Herbert M. Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic medicine*, v. 75, n. 6, p. 612-616, 2000.

como a reflexão sobre os valores da profissão, a atuação profissional correta e suas implicações curriculares na graduação e pós-graduação.

A partir da década de 1980, o *American Board of Internal Medicine* (ABIM) reconheceu as qualidades humanísticas, incluindo integridade, respeito e compaixão, como um componente formal da competência clínica. A partir de então, com o desenvolvimento do Projeto Profissionalismo, o ABIM definiu profissionalismo como um conjunto de princípios e compromissos para: melhorar os resultados clínicos na saúde do paciente; maximizar a autonomia do paciente; criar relações caracterizadas pela integridade, pela prática ética, pela justiça social e pelo trabalho em equipe. Certamente, a formação de profissionais que cumpram esses requisitos passa pela incorporação e/ou reforço de algumas atitudes pessoais, como altruísmo, responsabilidade, excelência, aceitação e compromisso com o trabalho, honra, integridade e respeito para os outros e inclui a aquisição de elevados padrões éticos⁴.

A necessidade de aquisição e/ou fomento de tais atitudes e comportamentos levou à inclusão nas grades curriculares de cursos de Medicina em diversos países de disciplinas, tais como Literatura e Medicina, Filosofia, Espiritualidade e Saúde, História da Medicina, Medicina Narrativa e outras modalidades ligadas às artes em geral. Tais disciplinas constituem o que denominamos Humanidades Médicas, termo cunhado por George Sarton, historiador da ciência, em 1948. Esse autor, em seu artigo clássico publicado em 1924, *The New Humanism*⁵, advogou a necessidade premente no século XX de se “humanizar a ciência”. Ao longo de sua vida acadêmica, Sarton aspirou a um “novo humanismo”, que fosse capaz de situar criticamente a ciência como fonte única de conhecimento e progresso e de responder a seu número crescente de especialismos⁶. Convém lembrar que ideias similares têm se desenvolvido ao longo do século XX e na atualidade, propiciando que a dimensão na arte da medicina voltasse a ter algum protagonismo em educação médica.

As reflexões sobre o profissionalismo médico, mesmo aparecendo como uma terminologia nova, têm um sabor antigo e clássico. Vale lembrar o que Ortega y Gasset expôs em seu clássico ensaio sobre a Universidade

4 BORRELL-CARRIO, Francesc; EPSTEIN, Ronald M.; ALENTÀ, Hèlios Pardell. Professionalism and professionalism: basis, contents, praxis and teaching. *Medicina clínica*, v. 127, n. 9, p. 337-342, 2006.

5 SARTON, George. The new humanism. *Isis*, v. 6, n. 1, p. 9-42, 1924.

6 HURWITZ, Brian. Medical Humanities: origins, orientations and contributions. *Revista Anglo Saxonica*, v. 10, p. 11-31, 2015.

há mais de 80 anos⁷. Uma coisa, diz Ortega, é ser pesquisador e outra ser professor. E a primeira não implica a segunda. O processo de formação universitária - que é a projeção institucional do aluno, nas palavras do filósofo espanhol - requer professores que formem jovens para a sua vida profissional e não pesquisadores que os informem de todas as novidades que surgem no universo científico. O tempo de formação universitária é limitado, sendo necessário escolher o que pode ser ensinado para construir um bom profissional. Em outras palavras, você tem que se ater ao princípio de Arquimedes – onde algo entra, algo terá que sair – para decidir o que um médico não pode deixar de saber. São as competências genéricas, transversais, que acompanharão sempre o médico, independentemente do progresso técnico em que, necessariamente, terá de se atualizar ao longo da vida.

Em outras palavras, mas com o mesmo propósito, um atual pensador italiano sublinha esses conceitos em uma publicação tão breve quanto provocativa⁸. Promover o profissionalismo – competência e excelência – não significa formar técnicos. Nenhum ofício será exercido de forma competente – diz Ordine – se as habilidades técnicas não estiverem subordinadas a uma formação cultural mais ampla que estimule o cultivo do espírito. E acrescenta, em uma longa, mas suculenta citação:

[...] o cultivo dos clássicos, do supérfluo, do que não é benéfico, ajuda-nos a resistir, a manter viva a esperança, a vislumbrar um raio de luz que nos permitirá caminhar um caminho decente. A cultura, a literatura, o conhecimento humanístico é como o líquido amniótico onde se desenvolvem as ideias de democracia, liberdade, justiça, solidariedade. O conhecimento humanístico é como a memória da humanidade. Dispensá-los é construir uma sociedade esquecida, que perde sua própria identidade⁹.

Os pensadores – de ontem e de hoje – nos confirmam a necessidade de incorporar a dimensão humanística no ensino do profissionalismo. Por isso, sabemos que as iniciativas que pretendem integrar as humanidades no currículo médico não são propostas artificiais periféricas – como “hobbies” úteis –, pois requerem uma integração metodológica, sistemática e moderna. Propor a criação do hábito de pensar e ensinar caminhos de reflexão perma-

7 ORTEGA y GASSET, Jose. *Missão da universidade*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1999.

8 ORDINE, Nuccio. *La utilidad de lo inútil: manifiesto*. Traducción de Jordi Bayod. Barcelona: Acantilado, 2013.

9 *Ibid.*

nente - um verdadeiro exercício filosófico da profissão¹⁰ - é o desafio que nos é apresentado e ao qual devemos responder com coragem. Eis uma outra mensagem de Ordine:

O carisma do professor é o que nos inclina para um determinado assunto. A educação é uma forma de sedução, uma arte, uma vocação mais do que um ofício. O conhecimento é uma riqueza que pode ser transmitida e compartilhada sem se empobrecer. Pelo contrário, enriquece quem o transmite e quem o recebe [...]. Vá em frente, dando o exemplo; os frutos virão.

O profissionalismo é, atualmente, uma exigência no contexto da educação médica, algo que os educadores devem ensinar aos futuros médicos, hoje jovens estudantes e residentes. Uma aprendizagem que inclua as competências específicas das novidades científicas – que serão substituídas ao longo do tempo, sendo, por isso, necessária a formação continuada – o que os americanos voltam a chamar de *Continuous Professional Development* (CPD) – e outras competências, designadas como transversais ou genéricas e que vigorarão ao longo da prática profissional, pois não saem de moda. São as competências diretamente relacionadas ao Humanismo Médico, os valores e as atitudes que estruturam a postura profissional, credibilidade e confiança que inspiram o paciente¹¹. É, pois, necessário, entender como está a educação médica nos dias atuais.

Ensino médico: conhecendo o passado para entender o presente

Para melhor compreender a formação médica na atualidade, vale a pena uma análise sobre a história do ensino médico. Os anos finais do século XIX e início do XX eram momentos em que a educação dos médicos norte-americanos distava muito do ideal de qualidade por não acompanhar na prática o progresso real das ciências afins. Os fundadores da escola médica John Hopkins (1889) – William Osler, Halsted, Hurd, Welch, Kelly – perseguiram um objetivo claro: estabelecer a formação acadêmica dos médicos em bases científicas.

Com esse novo modelo de excelência e inspirado também nas Faculdades de Medicina da Alemanha, Flexner elabora o seu informe em 1910,

10 DECOURT, Luiz Venere. *A didática humanista do professor*. São Paulo: Atheneu; 2005.

11 MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS, Jesús. Humanización de la medicina, medicina humanizada, medicina humanista: ¿de qué estamos hablando?. *Educ. med.*, v. 19, n. 3, p. 131-132, 2018.

que será ponto de partida de uma revolução na reforma da educação médica. As faculdades de Medicina serão, deste ponto em diante, regidas por cientistas e pesquisadores, profundos conhecedores do campo de pesquisa em que estavam especializados. Era o início da era da especialização no ensino médico, na tentativa – bem-sucedida – de garantir a qualidade dos futuros médicos. O médico generalista tinha seus dias contados na Academia.

A reforma do ensino médico trouxe benefícios inegáveis de qualidade. E com eles vieram, como tributo necessário, algumas perdas. A fragmentação do saber médico, instalada como recurso de progresso científico na própria academia, acarretou a conseqüente fragmentação da relação médico–paciente: dependendo da doença que acometesse o paciente, seria um ou outro médico quem cuidaria dele. Dividia-se a Ciência Médica para melhor conhecê-la, dominá-la e ensiná-la. E, nessa divisão, o paciente, como pessoa, foi naturalmente atingido.

O próprio Flexner reconhecia que, dentro do muito que se tinha ganhado com a reforma, estava começando a perder-se algo importante: o sentido de integração do paciente e da doença, a verdadeira arte médica. Quase trinta anos após seu informe, Flexner faz o seguinte comentário:

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. Quer dizer, se o nosso conceito do útil não se tornou estreito demais... A maioria dos descobrimentos 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 humano¹².

O estudante de medicina sai das escolas médicas com conhecimentos impressionantes sobre os variados aspectos da ciência médica, porém lhe falta a capacidade de integrar esse saber. E, o que é pior, muitos carecem de uma sabedoria que é vital: a arte médica, ou seja, saber conhecer quem é o

12 FLEXNER, Abraham. Apêndice. In: ORDINE, Nuccio. La utilidad de lo inútil: manifiesto. Traducción de Jordi Bayod. Barcelona: Acantilado, 2013.

paciente por trás da doença, para com criatividade de artista, poder cuidar dele. Formar um médico adequado, competente, atualizado, com bagagem científica e postura profissional é o desafio que o início do século XXI coloca às instituições universitárias.

O início da formação acadêmica inicia-se pela **seleção de candidatos**. Hoje, com a quantidade de escolas médicas no Brasil (no momento em que se redigem estas linhas, atingindo o número de 366)¹³, é imperativo pensar no processo de seleção para depois ater-se à capacidade formativa desse número superlativo de candidatos à profissão médica.

Chama a atenção o caráter quase familiar da educação médica proposta pelo Juramento de Hipócrates: “Estimar, tanto quanto meus pais, aquele que me ensinou esta arte; ter uma vida em comum com ele e, se necessário, compartilhar meus bens”¹⁴. É como passar conhecimento e sabedoria, de pais para filhos, embora não para todos: apenas àqueles que estão dispostos a viver o que juraram. As atitudes e os comportamentos morais valorizados na Grécia eram condições essenciais para começar a aprender a arte médica e incluíam a capacidade de lidar com pacientes, familiares e pessoas ao seu redor. Um requisito *sine qua non* para começar a aprender os conteúdos específicos da arte médica. Nas civilizações antigas, a transmissão do conhecimento era direta do mestre para o discípulo que, em geral, pertencia à mesma família¹⁵. As escolas gregas de Cnido e Cos, berço da medicina hipocrática, eram lugares onde os pacientes eram tratados: a educação era dada ao mesmo tempo em que a medicina era praticada. A convivência diária do aprendiz com o professor permitiu que este avaliasse as características pessoais do futuro médico, e não apenas em relação ao conhecimento, mas também em relação à dimensão humana e ao comportamento do candidato.

O desafio de seleção colocado pela atitude hipocrática ainda está presente dois mil e quinhentos anos depois. Por exemplo, em um interessante trabalho desenvolvido por um cirurgião sobre a seleção de candidatos, já se percebe a complexidade do assunto¹⁶. O estudo faz uma lista das caracte-

13 Website: Escolas Médicas no Brasil. Total de escolas médicas no Brasil. 2023. Disponível em: <<https://www.escolas-medicas.com.br/>>. Acesso em: 13 ago. 2023.

14 HIPÓCRATES. Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos. São Paulo: Landy, 2002.

15 DE MARCO, Mario Alfredo. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

16 SADE, ROBERT M. et al. Criteria for selection of future physicians. *Annals of Surgery*, v. 201, n. 2, p. 225, 1985.

rísticas de um bom médico e as ordena por importância e de acordo com a dificuldade de ensiná-las. No topo da lista estão, justamente, aquelas relacionadas ao comportamento e à atitude, todas muito importantes e muito difíceis de ensinar: empatia, compreensão, motivação, idealismo. Como exemplo, o autor comenta que se sente capaz de ensinar, durante os anos de formação, como realizar uma laparotomia exploratória, mas não tem certeza de que conseguirá ensinar o aluno a sorrir educadamente de forma que inspire confiança no paciente. O resultado do estudo oferece uma lista ordenada por importância e dificuldade de ensino das diversas características, organizadas de acordo com um índice (*NTII-Nonteachable Important Index*). No topo da lista estão, justamente, as características relacionadas à empatia: compreensão, motivação e idealismo, compaixão, vontade de ajudar, entusiasmo pela medicina e dedicação ao trabalho. Tudo muito importante, mas considerado muito difícil de ensinar. E o investigador conclui: “Com este estudo atingimos o objetivo que nos propusemos. Determina que muitas das características de um bom médico são importantes, essenciais, mas não é possível ensiná-las na Faculdade de Medicina: devem tê-las antes”¹⁷.

No campo da educação médica, que acompanha a transformação do mundo moderno, é necessária uma sólida base científica na formação de seus candidatos. Os requisitos para admissão em uma faculdade de medicina consistem no conhecimento que o aluno possui com base na ciência; o parâmetro de personalidade, mencionado anteriormente, não está incluído entre os principais critérios de seleção. Triagem de candidatos e encontrar um bom método para selecioná-los é um desafio crônico. Contraria o saber que, além de admitir pessoas que não têm capacidade para incorporar a profissão médica como vocação, deixamos de fora outras que realmente teriam vocação, embora não cumpram os parâmetros – insuficientes, embora vigentes na hora de escolher – que equivocadamente se consideram essenciais.

Perante essa deficiência nos critérios de seleção (certamente grave, porque há cada vez mais alunos que querem estudar medicina, e a única coisa que se avalia são as qualificações, e não se têm capacidade profissional), continuam ensaiando-se soluções. Afinal, o resultado até o momento é que os melhores alunos entram, mas não necessariamente os que seriam os melhores médicos. A opção de as universidades aplicarem testes de empatia aos seus

¹⁷ *Ibid.*

candidatos ao curso de medicina é ainda discutida diante da perspectiva de enfrentar ações judiciais decorrentes de conduta imprópria de seus médicos habilitados¹⁸. Alguns autores postulam a necessidade de incluir entrevistas para aprimorar o método de seleção de candidatos nas escolas médicas¹⁹. Seria uma forma de avaliar qualidades de personalidade: maturidade, capacidade de comunicação, conhecimentos gerais, atitudes na vida, valores, capacidade de julgamento moral e espírito de iniciativa²⁰. Outros autores utilizam testes psicológicos para identificar não o melhor aluno, mas o melhor profissional em potencial, embora os resultados não sejam animadores²¹.

A preocupação com o perfil do aluno que chega à faculdade é crescente entre os que se dedicam à formação médica.

Existem três qualidades pessoais que parecem ser importantes para uma atenção cuidadosa ao paciente e equilíbrio diante das tensões que a prática médica provoca: maturidade, ajuste social e moderação na competição agressiva em prol da excelência científica e acadêmica no processo seletivo para as faculdades de medicina²².

O educador tem de estar atento, porque essas qualidades não servem apenas para ser um bom médico, mas também a se sentir realizado profissionalmente e a ser mais feliz.

Quem é o aluno que chega à Faculdade de Medicina? O processo de seleção continua o mesmo de décadas atrás – conhecimentos e qualificações –, mas as pessoas são diferentes. Mudanças sociais, informações rápidas e virtuais, a sucessão muito rápida de gerações (há professores que comentam que os alunos do sexto ano são diferentes dos que entram no primeiro; ou seja, não passam trinta anos, mas cinco na mudança de gerações). Os alunos acrescentam à rebeldia natural da juventude a alergia a métodos pedagógicos antiquados; porque, é preciso reconhecer, continuamos a ensinar medicina

18 HOJAT, Mohammadreza. Assessments of empathy in medical school admissions: what additional evidence is needed?. *International journal of medical education*, v. 5, p. 7, 2014.

19 RIPPENTROP, A. Elizabeth; YUNG-SANG WONG, Matthew; ALTMAIER, Elizabeth M. A content analysis of interviewee reports of medical school admissions interviews. *Medical Education Online*, v. 8, n. 1, p. 4333, 2003.

20 JELLEY, R. Blake; PARKES, Michael A.; ROTHSTEIN, Mitchell G. Personality perceptions of medical school applicants. *Medical Education Online*, v. 7, n. 1, p. 4538, 2002.

21 NEAME, R. L. B.; POWIS, D. A.; BRISTOW, T. Should medical students be selected only from recent school-leavers who have studied science?. *Medical education*, v. 26, n. 6, p. 433-440, 1992.

22 MCCUE, Jack D. Influence of medical and premedical education on important personal qualities of physicians. *The American journal of medicine*, v. 78, n. 6, p. 985-991, 1985.

como há décadas. E o exemplo do professor, ao lado do aluno, ensinando-o enquanto cuida do paciente, está cada vez mais ausente. Uma ausência que não pode ser substituída por tecnologia ou redes sociais.

É preciso conhecer a história de cada um, entender que vivem em uma sociedade de grandes transformações, onde os valores podem ser muito escassos.

Muitos daqueles que defendem a mudança (na Educação Médica) parecem esquecer que a educação médica não começa com a faculdade de medicina. Os estudantes já vêm formados – ou deformados – pela sua experiência prévia formal ou informal. Muitos carecem de qualidade na educação geral, sem exposição às tradições históricas, filosóficas e literárias, essenciais para obter a compreensão que constrói um comportamento no médico. Essas deficiências não podem ser remediadas apenas mudando o currículo médico [...]. Podemos esperar neutralizar esses valores dentro dos anos da faculdade de medicina?²³.

E, com as dificuldades, também é justo perceber o potencial que vem até nós junto com aquele aluno que ingressa na faculdade de medicina. A participação em movimentos de voluntariado é um grande atrativo para os jovens, que se sentem chamados a uma maior responsabilidade social, para transformar o mundo de forma prática, dedicando seu tempo e empenho. Esse é um aspecto que o educador tem que contemplar e utilizar positivamente na formação do aluno. Cuidar dos outros é o primeiro passo na educação médica centrada no paciente. Cabe ao educador promover e ampliar, cientificamente, essa atitude altruísta do aluno²⁴.

Humanização da Relação Médico-Paciente: educação médica, sistemas e cenários de prática

A desnutrição humanista e a miopia para enxergar o paciente

Observamos entre os médicos – talvez com mais destaque quando se trata de jovens profissionais e estudantes de medicina – a coexistência de

23 SEIDEL, Henry M.; COHEN, Jules. Medical Education: Broadening the agenda for change. *Academic medicine*, v. 69, n. 11, p. 894-5, 1994.

24 REGINATO, Vadir. Contribuição ao estudo do perfil do aluno de primeiro ano de medicina da Grande São Paulo: aspectos familiares e suas implicações no âmbito vocacional e do desenvolvimento profissional. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Mhb>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

saberes técnicos disfarçados com deficientes embelezamentos humanísticos. Esse desequilíbrio explica a escassez na relação médico-paciente e, como consequência, um desenvolvimento insuficiente do profissionalismo moderno. Como resultado, temos um médico dividido ao meio: um “mecânico de gente”²⁵. A ciência e a arte da medicina estão inseparavelmente ligadas, ambas são condições necessárias, mas não suficientes por si mesmas.

É preciso abrir caminhos para um novo perfil de humanismo médico capaz de harmonizar os avanços técnico-científicos com as reais necessidades das pessoas. Dizemos harmonizar e não equilibrar: não se trata de contrariar a técnica, mas de harmonizá-la com o humanismo em um arpejo sinfônico feito de notas, todas diferentes e essenciais. Esta é a missão da Universidade e de todos aqueles que se empenham no processo de formação dos futuros médicos. Ensinar a cuidar do paciente em toda a sua dimensão humana, e não apenas setorial, é o principal desafio, hoje, na educação médica. É necessário um profundo conhecimento da doença e da personalidade do paciente, do que a técnica é capaz de avaliar e da intimidade que a intuição profissional revela. Esse é o novo humanismo médico capaz de harmonizar os cuidados que o paciente necessita²⁶.

Esse é o modelo de profissionalismo que, conciliando objetividade e subjetividade, com base em uma ética de valores, enfatiza a pessoa. Contempla o caso pessoal – que tem um nome específico, o daquele doente – com atenção, carinho, sem se limitar a aplicar códigos e regras. Sempre procura fazer o melhor sem se contentar com o que é obrigado a fazer, por normas ou legislações. É uma ética que se encaixa perfeitamente com a medicina centrada no paciente – não na doença – que é a ação própria do médico humanista. Cuidar do paciente com competência, sem perdê-lo de vista no carrossel tecnológico. Incorporar o progresso de forma adequada, oferecendo o que há de melhor na medicina, de forma pessoal. Postura e compreensão com as experiências do paciente. Em uma palavra, o profissionalismo, que também é o cerne da verdadeira ética médica.

O esforço que o médico de hoje terá que fazer para recuperar essa posição não é pequeno. A competência científica requer atualização permanen-

25 BLASCO, Pablo González. *O médico de família, hoje*. São Paulo: SOBRAMFA, 1997.

26 BLASCO, Pablo González; JANAUDIS, Marco Aurélio; LEVITES, Marcelo Rozenfeld. *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados*. *Atención primaria*, v. 38, n. 4, p. 225, 2006.

te; ao mesmo tempo, não se pode perder de vista o motivo dessa atualização e ao serviço de quem deve colocá-la. Manter o foco em sua missão e no paciente como objetivo primordial de seu crescimento científico é uma tarefa árdua que exige tenacidade incansável. Se em outros tempos o médico mantinha os olhos no paciente porque a técnica que tinha era muito limitada, hoje as possibilidades de se distrair são inúmeras e é cada vez mais frequente que a variedade de árvores técnicas nos impeça de ver a floresta, a pessoa doente²⁷.

Contemplar o paciente é, sem dúvida, uma forma segura de humanizar o profissional de saúde. Quem é cuidado, responde com confiança. A confiança é uma atitude que demonstra segurança, esperança; no caso dos doentes, melhora sua saúde. Surge aqui como um arco voltaico, entre a atitude do cuidador e a confiança que o doente deposita nele. E a centelha que acende essa bipolaridade é a atitude humanitária. A atitude humanitária, o humanismo e o profissional humanista misturam-se de forma singular nesta evolução cultural, que tem como objetivo o cuidado da pessoa doente²⁸.

Os avanços da medicina, acompanhando o progresso da ciência em geral e o desenvolvimento de tecnologias cada vez mais sofisticadas, descortinaram possibilidades e perspectivas que nem mesmo o mais imaginativo poderia prever. Colocada, a preocupação com o perigo de desumanização que pode advir de uma evolução unilateral do conhecimento [...]. Para o cientista orientado pela perspectiva biomédica, o psiquismo pode se tornar um incômodo, uma interferência indesejada, que dificulta suas investigações e ações. Seria muito reconfortante para esse cientista se o ser humano pudesse ser reduzido às mesmas leis do mundo inanimado. Isso vale tanto para o cientista quanto para o profissional que trabalha dentro dessa perspectiva. Para esse profissional, o paciente incomoda quando interfere na vida pessoal assuntos, sentimentos e muitas outras ‘banalidades’ que nada têm a ver com o tratamento da doença, que é o principal interesse desse profissional. Para ele, todas essas questões são incidentais, desnecessárias e nada têm a ver com a arte de curar¹⁴

27 BLASCO, Pablo González; NÚÑEZ-CORTES, Jesús Millán. (eds.). Educación médica centrada en el paciente. Madrid: Unión Editorial / Cátedra de Educación Médica, Fundación Lilly-UCM, 2017.

28 LIFSHITZ, Alberto. Lo humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina. México: Gaceta Médica México, v. 133, n. 3, p. 237-43, 1997.

Temos em Gregorio Marañón um exemplo próximo de alguém que conseguiu unir, em admirável harmonia, o progresso científico com as Humanidades. E, repetidamente, ressaltou que o conhecimento da patologia era tão importante quanto conhecer a personalidade e as circunstâncias do paciente (que é mais uma etiologia, disse ele); e que conhecer literatura, artes e ter experiência de vida era tão útil quanto a semiologia tradicional ou os exames laboratoriais²⁹. O progresso técnico, hoje muito mais vertiginoso do que no tempo de Marañón, compromete ainda mais a atenção a essas fontes de conhecimento médico que parecem alheias e dissociadas das revoluções tecnológicas que contemplamos diariamente.

A teoria e os argumentos são claros; agora, é preciso colocá-los em prática. Como se forma este médico moderno, que integra o progresso técnico com o humanismo, como um profissional “bifocal”, que consegue associar ciência e arte médica em uma simbiose efetiva? A resposta a essa pergunta nos coloca diante do sujeito sobre quem essa formação incide: o estudante de medicina.

Vale se perguntar: a forma de ensinar ética e medicina centrada no paciente está funcionando? As iniciativas educacionais nesse campo são realmente eficazes? E muito importante: como isso é feito hoje, de forma moderna? Como construir essa nova abordagem humanista sem reimprimir ingenuamente humanismos com cheiro de naftalina de tempos passados? As questões continuam em busca de recursos para enfrentar os desafios: como é ensinado e promovido esse modelo de medicina centrada no paciente? Por meio de conceitos teóricos, explorando referências éticas e modelos filosóficos? Isso será suficiente para incorporar a postura ética que deve permear a ação médica em todo o seu amplo espectro? Como aprendemos a ética na vida, na formação humana e familiar? Com exemplos, com histórias de vida. Como combinar a criatividade com a necessária prudência e sabedoria que a formação ética exige? Não há espaço aqui para uma descrição detalhada de vários programas e assuntos. Porém, o que fica evidente é que o interesse em aprender um determinado assunto é diretamente proporcional à sua utilidade. A afetividade humana abre um panorama que merece uma reflexão à parte.

29 PRATS, João A. G. G.; BLASCO, Pablo González. O Humanismo Médico de Gregorio Marañón: um exemplo sempre atual. RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro), v. 69, p. 18, 2012.

Humanização dos Sistemas de Saúde

Humanizar a saúde é um tema cada vez mais presente e uma verdadeira preocupação dos educadores na Academia e dos gestores nos diversos Sistemas de Saúde. A bandeira da Humanização campeia como divisa em qualquer projeto moderno de assistência à saúde. Quem se oporia hoje à necessidade de humanizar a medicina, os sistemas de saúde, a assistência hospitalar, e mesmo o ensino médico? Porém, curiosamente, o objetivo que é consenso universal não parece conseguir-se e, na hora de colocar em prática, tudo é muito mais complicado do que inicialmente parecia, ao hastear a bandeira da humanização e prestar-lhe homenagem.

Busca-se a humanização no sistema e nos processos, medem-se parâmetros de eficiência, certifica-se qualidade, mas percebe-se que falta algo. Colocar quadros nas paredes dos hospitais, melhorar a hotelaria, sintonizar música ambiente ou até vestir funcionários com uniformes que incluem um sorriso plástico não parecem suficientes. O cliente - o paciente que sofre, o aluno que não se sente compreendido, a família que está em desamparo - não se mostra satisfeito. Gastam-se recursos abundantes nessas tentativas, mas parece que a humanização desejada não se atinge. Por quê?

O que está faltando é, por dizê-lo com palavras de um conhecido romance³⁰, o fator humano. As tentativas humanizantes debruçam-se sobre os sistemas e processos, mas não envolvem as pessoas que são a interface de humanização entre a prestação de serviços e o paciente. E não as envolvem, porque não sabem como fazê-lo. Os processos podem ser medidos e qualificados, mas o interior das pessoas – a boa vontade, a dedicação e o carinho – são qualidades que fogem a qualquer auditoria de qualidade. As tentativas de humanização de sistemas e processos - uma humanização ambiental, ecológica nos atreveríamos a dizer- são inúteis, desgastam o conceito de humanização e fazem suspeitar que os desejos humanizadores não sejam sinceros. A vontade determinada de humanizar a saúde tem que priorizar os atores, os seres humanos, e não apenas o palco e a decoração. Projetos de humanização

30 GREENE, G. O fator humano. São Paulo: Abril, 1982.

que não atinjam o âmago do ser humano – do médico, do profissional de saúde - transformando-o, são projetos fadados ao fracasso.

Um modo prático de encarar esse dilema é formular a pergunta-chave: humanizar a saúde é tema que nos preocupa ou de verdade nos ocupa? A ocupação dirige as ações ao círculo de influência, ao cenário onde é possível intervir³¹. A preocupação é atitude etérea, situa-se no reino das possibilidades, pode até polarizar e angustiar, mas não toma cartas no assunto. Assim dito, parece ser mais sensato ocupar-se do que apenas preocupar-se, mas a ocupação traz consequências diretas que nem sempre se aceitam. Ocupar-se é dedicar, de fato, tempo e recursos. É abrir espaço na agenda. E, mais uma vez, o princípio de Arquimedes – onde entra um corpo em um fluido (ou na agenda), outro terá de sair – acaba regendo as decisões de ocupação e governando, de fato, as prioridades. Ocupar-se é mais eficaz, mas pode ser mais confortável apenas preocupar-se, porque somente ocupa lugar mental, mas não invade a agenda.

Os projetos consistentes de humanização não saem muitas vezes do papel, porque não são financiados adequadamente, falta o apoio que os tornem sustentáveis. Na prática, existe uma falta de vontade política dos gestores, que não abrem espaço no orçamento nem na agenda para os projetos de humanização. Evidentemente, nunca se apresenta uma oposição aberta às iniciativas humanizantes, mas não são contempladas no setor financeiro. Com imensa frequência, comprovamos como congressos e fóruns de saúde manejam polpudos orçamentos no referente à tecnologia – que é sempre o grande negócio – e deixam os temas que fomentam a humanização por conta de alguns idealistas que trabalham, na maior parte das vezes, gratuitamente. A injustiça é enorme, porque o chamado do evento costuma incluir o termo ‘humanização’, visto que tem apelo; mas na hora de fazer as contas, o Oscar de protagonista vai sempre para a tecnologia.

Vale lembrar do escândalo que alguns gestores demonstraram ao descobrir que um grupo de palhaços, que animava em grande estilo uma enfermaria de crianças com câncer, atuavam profissionalmente. A descoberta

31 COVEY, S. Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes. São Paulo: Best Seller, 2017.

deu-se de modo fortuito: alguém se aventurou a deslizar uns trocados, a modo de gorjeta, no bolso de um dos palhaços. Este se virou para o benfeitor e comentou: “Não precisa disso, meu senhor. Se quiser fazer uma contribuição substancial, pode falar com o meu empresário que é aquele que está lá no canto esquerdo”. O mundo desabou. “Vocês não são voluntários? Quer dizer que fazem tudo isso por dinheiro?” O palhaço retrucou: “Somos profissionais, como certamente o senhor também é. Ou, por acaso, o senhor trabalha com base na gorjeta?”³².

Pode-se pensar ingenuamente que como humanizar implica uma atitude, e as atitudes são difíceis de medir – e, portanto, de remunerar - deveria se deixar, mais uma vez, por causa da boa vontade das pessoas. O engano aqui é tremendo, porque as pessoas não incorporam as atitudes para toda a vida: podem, perfeitamente, abandoná-las em situações de cansaço ou com as decepções que o dia a dia lhes traz. Por exemplo, a falta de agradecimento e a ausência de retorno diante da sua dedicação. A indiferença perante o esforço de alguém provoca uma terrível erosão das atitudes³³.

A Humanização na Prática Médica

Em que consistem essas atitudes? Como se incorporam em um modelo de negócio que apresente resultados para todos os envolvidos no processo: o paciente, a família, o profissional médico e os gestores? É possível desenhar um modelo de ganha-ganha que recompense as atitudes humanizantes e seja eficaz e sustentável? Revisemos, rapidamente, alguns cenários da prática médica que servem para esboçar este modelo humanizante que o cuidado à saúde exige nos momentos atuais.

O Cuidado Integral do Paciente, a medicina integral centrada no paciente e não na doença, oferece um modelo em que os pacientes são cuidados em continuidade: nas internações, nos ambulatórios pós-alta, nos programas de prevenção – que diminuem notavelmente as reinternações – e na

32 BLASCO, Pablo González. É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. *O Mundo da saúde*, v. 34, n. 3, p. 357-367, 2010.

33 BLASCO, Pablo González. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina. *Rev Bras Med*, v. 68, n. 1, p. 1-6, 2011.

monitorização dos pacientes por meio de sistemas proativos que envolvem pessoas – as pessoas adequadas, é bom destacar –, e sistemas gerenciais informáticos.

A **Gestão de Pacientes Crônicos** é um produto que também requer formação médica adequada. Quando o paciente crônico volta repetidamente para o hospital sendo internado, é preciso perguntar-se o que está equivocado. Provavelmente é a porta de entrada desse paciente, frequentemente o pronto atendimento, no qual os médicos atuantes estão logicamente focados nos quadros emergenciais e não dispõem de tempo para acertar os ponteiros no cuidado de um paciente crônico. Os prontos atendimentos atuais - que aglutinam pacientes que padecem de uma urgência médica com muitos outros que carecem de médico de referência - são o pior cenário para tentar cuidar de um paciente crônico.

Diferentemente, o médico que conhece o paciente, porque o acompanha nos programas de gerenciamento de crônicos, tem a enorme vantagem de saber lidar com essas situações³⁴. Permitir que seja ele, o médico do paciente, a porta de entrada para a demanda desses pacientes evita internações desnecessárias, agiliza os cuidados e, também, facilita a alta quando internados. Encurtar os dias de hospitalização é outro dos resultados que apresentam o desenho da gestão de crônicos.

É fácil perceber que essas experiências requerem o desenho adequado do modelo de assistência por parte dos gestores, aliado às competências do médico que lá atua e que deve ser convenientemente formado³⁵. E, entre essas competências, é preciso destacar – como também se relata – a capacidade de comunicação do médico: com o paciente, com a família e com os outros colegas. A habilidade em comunicar-se assume um protagonismo enorme, por exemplo, nos modelos de cuidados em **Instituições de Longa Permanência**, nos **Residenciais de Idosos** e em toda a atuação descrita em **Cuidados Paliativos**. Este último cenário não se restringe a um ambiente

34 STANGE, Kurt C. The generalist approach. *The Annals of Family Medicine*, v. 7, n. 3, p. 198-203, 2009.

35 RONCOLETTA, A. F. T. et al. Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia Brasileña. *Archivos en medicina familiar*, v. 11, n. 2, p. 78-89, 2009.

específico, mas permeia os cuidados integrais e de pacientes crônicos que, em certo momento, requerem um “olhar de paliatividade” para otimizar a qualidade de vida. A formação específica do médico neste campo requer também investimento e competências adequadas^{36,37}.

As experiências aqui relatadas são possíveis porque se consegue desenhar um modelo de cuidado à saúde do qual todos se beneficiam. É preciso um reconhecimento por parte dos gestores do investimento necessário para a formação do profissional que se traduz na capacidade de comunicar-se, na quantidade de tempo gasto em conversas com pacientes e familiares, algo que aparentemente resulta em menor produtividade³⁸. Na verdade, é o que garante a sustentabilidade do projeto e deve, como tal, ser apoiada e financiada. A medicina humanizada é mais eficaz, mais simples, satisfaz o usuário e diminui custos³⁹.

Em evento sobre inovação e excelência médica como diferencial, promovido por um conhecido jornal paulistano⁴⁰, afirma-se que a tecnologia ajuda a humanizar a relação entre médicos e pacientes. A explicação simples e aparentemente lógica é que com a informatização, os médicos passarão a ter mais tempo livre de tarefas burocráticas que serão feitas pelos computadores. Até aí a equação quadra. Esse cenário lembra o conhecido comentário de Ortega y Gasset quando afirmava que a técnica é o esforço para poupar esforços. Porém, a grande questão é: o que fazemos com o tempo e com o esforço que sobra? O que temos feito com o tempo poupado nas esperas que tínhamos há 40 anos para retirar livros da biblioteca? E com o tempo em que as bombas de infusão nos poupam do trabalho de controlar os equipos de microgotas para os pacientes na emergência? E com a facilidade que hoje temos em encontrar informação, sem ter de carregar manuais e vademécum

36 BENEDETTO, M. A. C. et al. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, v. 3, n. 1, p. 27-32, 2010.

37 IRIE, Rosana Miyuki et al. Cuidados Paliativos: humanismo com o paciente, resolutividade na gestão hospitalar. *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro)*, v. 70, p. 14-20, 2013.

38 BENEDETTO, M. A. et al. Pacientes, residentes y estudiantes descubriendo la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, v. 8, n. 1, p. 9-17, 2006.

39 LEVITES, M. R. et al. Cuidando do Diabético na Perspectiva da Medicina de Família: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente. *Archivos en Medicina Familiar*, v. 8, n. 1, p. 19-26, 2006.

40 ESTADÃO. Tecnologia ajuda a humanizar a relação entre médicos e pacientes, 11 set. 2019. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Q3J>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

nos plantões do pronto-socorro? Onde foi o investimento desse esforço que nos foi poupado? Em dedicação ao paciente? Em gastar tempo para auscultar o sofrimento humano e sintonizar com ele? Não parece ser esse o resultado. E o curioso é que continuamos nos enganando com o mesmo conto e atribuindo à falta de tecnologia a carência de tempo que seria preciso investir no relacionamento. E se organizam eventos da alta hotelaria clamando pela tecnologia redentora da qual carecemos e que resolverá o problema.

O problema do relacionamento não é por falta de recursos, mas por absoluta carência de compromisso, de profissionalismo, de vocação e de gestão adequada. Não se trata tanto de abrir a torneira da tecnologia e inundar de novidades, como de fechar o ralo por onde o esforço poupado escorre. Um ralo que está inserido em cada profissional e na capacidade de compromisso que tem com a sua missão. Um ralo que depende, não da tecnologia, mas do fator humano. Pipoca na memória aquela frase, muito pouco acadêmica, mas diáfana: “me engana que eu gosto!”

Dizem os entendidos que existem três ondas da qualidade. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que se deve agradecer e que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos até os prontuários eletrônicos que evitam trocar o medicamento administrando-o ao paciente equivocadamente, e contornam a insofribel caligrafia que temos os médicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividade incompetente, dificulta comodismos, aumenta a segurança.

Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar à pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família em que, com o passar do tempo, se faz notar a diferença. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde ficam na periferia do problema, mas não chegam à pessoa – que é o núcleo de

qualquer processo humanizante – porque, simplesmente, não sabem como fazê-lo. A pessoa é imprevisível e as atitudes – compromisso, dedicação, integridade ou canalhice – não sabemos como medir. Pelo menos, ignoramos como traduzir em algoritmos ou em aplicativos, que parece ser hoje o padrão da verdade.

A competência que buscamos na formação dos futuros profissionais implica humanismo. Sem humanismo, não há competência possível⁴¹. Nos dias de hoje, a medicina tem de ser forçosamente humana se quer pautar-se pela qualidade e pela excelência. Humanizar a saúde é, assim, além de uma obrigação educacional, uma condição de sucesso para o profissional da área. E não é possível nos referirmos à Humanização sem darmos uma atenção especial ao método clínico da medicina centrada na pessoa – termo que foi muito caro a Michael Balint⁴² –, tema que será desenvolvido no capítulo subsequente.

41 LEVITES, M. R.; BLASCO, Pablo González. Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia. *Archivos de Medicina Familiar y General*, v. 6, n. 2, p. 2-9, 2009.

42 BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1977.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1977.

BENEDETTO, M. A. et al. **Pacientes, residentes y estudiantes descubriendo la medicina familiar**. Archivos en Medicina Familiar, v. 8, n. 1, p. 9-17, 2006.

BENEDETTO, M. A. C. et al. **Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: Relato de Experiência**. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos, v. 3, n. 1, p. 27-32, 2010.

BLASCO, Pablo González. **O médico de família, hoje**. São Paulo: SOBRAMFA, 1997.

BLASCO, Pablo González; JANAUDIS, Marco Aurélio; LEVITES, Marcelo Rozenfeld. **Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Atención primaria**, v. 38, n. 4, p. 225, 2006.

BLASCO, Pablo González. **É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica**. O Mundo da saúde, v. 34, n. 3, p. 357-367, 2010.

BLASCO, Pablo González. **O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina**. Rev Bras Med, v. 68, n. 1, p. 1-6, 2011.

BLASCO, Pablo González; NÚÑEZ-CORTES, Jesús Millán. (eds.). **Educación médica centrada en el paciente**.

Madrid: Unión Editorial / Cátedra de Educación Médica, Fundación Lilly-UCM, 2017.

BLASCO, Pablo González. **A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos.** Educación médica, v. 19, n. 2, p. 104-114, 2018.

BORRELL-CARRIO, Francesc; EPSTEIN, Ronald M.; ALENTÀ, Hèlios Pardell. **Professionalism and professionalism: basis, contents, praxis and teaching.** Medicina clínica, v. 127, n. 9, p. 337-342, 2006.

COVEY, S. **Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes.** São Paulo: Best Seller, 2017.

DE MARCO, Mario Alfredo. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DECOURT, Luiz Venere. **A didática humanista do professor.** São Paulo: Atheneu; 2005.

ESTADÃO. **Tecnologia ajuda a humanizar a relação entre médicos e pacientes**, 11 set. 2019. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Q3J>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

FLEXNER, Abraham. Apêndice. In: ORDINE, Nuccio. **La utilidad de lo inútil: manifiesto.** Traducción de Jordi Bayod. Barcelona: Acantilado, 2013.

GREENE, G. **O fator humano.** São Paulo: Abril, 1982.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos.** São Paulo: Landy, 2002.

HOJAT, Mohammadreza. **Assessments of empathy in medical school admissions: what additional evidence is needed?** International journal of medical education, v. 5, p. 7, 2014.

HURWITZ, Brian. **Medical Humanities: origins, orientations and contributions.** Revista Anglo Saxonica, v. 10, p. 11-31, 2015.

IRIE, Rosana Miyuki et al. **Cuidados Paliativos: humanismo com o paciente, resolutividade na gestão hospitalar.**

RBM. **Revista Brasileira de Medicina** (Rio de Janeiro), v. 70, p. 14-20, 2013.

JELLEY, R. Blake; PARKES, Michael A.; ROTHSTEIN, Mitchell G. **Personality perceptions of medical school applicants.** Medical Education Online, v. 7, n. 1, p. 4538, 2002.

LEVITES, M. R. et al. **Cuidando do Diabético na Perspectiva da Medicina de Família: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente.** Archivos en Medicina Familiar, v. 8, n. 1, p. 19-26, 2006.

LEVITES, M. R.; BLASCO, Pablo González. **Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia.** Archivos de Medicina Familiar y General, v. 6, n. 2, p. 2-9, 2009.

LIFSHITZ, Alberto. **Lo humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina.** México: Gaceta Médica México, v. 133, n. 3, p. 237-43, 1997.

MCCUE, Jack D. **Influence of medical and premedical education on important personal qualities of physicians.** The American journal of medicine, v. 78, n. 6, p. 985-991, 1985.

MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS, Jesús. **Humanización de la medicina, medicina humanizada, medicina humanista:¿ de qué estamos hablando?.** Educ. med., v. 19, n. 3, p. 131-132, 2018.

NEAME, R. L. B.; POWIS, D. A.; BRISTOW, T. **Should medical students be selected only from recent school-leavers who have studied science?.** Medical education, v. 26, n. 6, p. 433-440, 1992.

ORTEGA y GASSET, Jose. **Missão da universidade.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1999.

ORDINE, Nuccio. **La utilidad de lo inútil: manifiesto.** Traducción de Jordi Bayod. Barcelona: Acantilado, 2013.

PRATS, João A. G. G.; BLASCO, Pablo González. **O Humanismo Médico de Gregorio Marañón: um exemplo sempre atual.** RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro), v. 69, p. 18, 2012.

REGINATO, Vadir. **Contribuição ao estudo do perfil do aluno de primeiro ano de medicina da Grande São Paulo: aspectos familiares e suas implicações no âmbito vocacional e do desenvolvimento profissional.** Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://bitly.ws/39Mhb>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

RIPPENTROP, A. Elizabeth; YUNG-SANG WONG, Matthew; ALTMAIER, Elizabeth M. **A content analysis of interviewee reports of medical school admissions interviews.** Medical Education Online, v. 8, n. 1, p. 4333, 2003.

RONCOLETTA, A. F. T. et al. **Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia Brasileña.** Archivos en medicina familiar, v. 11, n. 2, p. 78-89, 2009.

SADE, ROBERT M. et al. **Criteria for selection of future physicians.** Annals of Surgery, v. 201, n. 2, p. 225, 1985.

SARTON, George. **The new humanism.** Isis, v. 6, n. 1, p. 9-42, 1924.

SEIDEL, Henry M.; COHEN, Jules. **Medical Education: Broadening the agenda for change.** Academic medicine, v. 69, n. 11, p. 894-5, 1994.

STANGE, Kurt C. **The generalist approach.** The Annals of Family Medicine, v. 7, n. 3, p. 198-203, 2009.

SWICK, Herbert M. **Toward a normative definition of medical professionalism.** Academic medicine, v. 75, n. 6, p. 612-616, 2000.