

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Edson Dell Amore Filho

AÇÕES PARA A RETOMADA DO ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NAS ESCOLAS DE
MEDICINA:

Uma revisão sistemática da literatura, 2010-2016

Belo Horizonte

2018

Edson Dell Amore Filho

AÇÕES PARA A RETOMADA DO ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NAS ESCOLAS DE
MEDICINA

Uma revisão sistemática da literatura, 2010-2016

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Ruth Borges Dias.

Coorientador: Prof. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Belo Horizonte

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

614.253

D357a

Dell Amore Filho, Edson.

Ações para a retomada do ensino da humanização nas escolas de medicina : uma revisão sistemática da literatura [manuscrito] / Edson Dell Amore Filho. -- 2018.

71f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2018.

Orientadora : Prof^a. Ruth Borges Dias

1. Humanização. 2. Educação médica. 3. Relação médico paciente. I. Dias, Ruth Borges. II. Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401

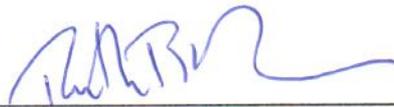
Certificado de Aprovação

“AS AÇÕES PARA A RETOMADA DO ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NAS ESCOLAS DE MEDICINA”

AUTOR: Edson Dell Amore Filho

ORIENTADOR: Profa. Esp. Ruth Borges Dias

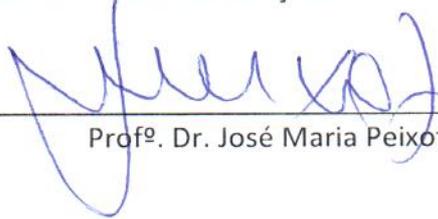
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Esp. Ruth Borges Dias

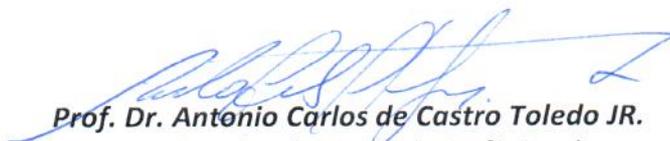


Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi



Prof. Dr. José Maria Peixoto

Belo Horizonte, 12 de março de 2018.



Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo JR.

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

*Onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento?
Onde está o conhecimento que perdemos na informação?
(T. S. ELLIOT, 1934)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

À minha família, pelo apoio incondicional.

Ao amigo e grande médico Pedro Rousseff, pelo incentivo.

Ao professor José Maria Peixoto, pela oportunidade.

A minha orientadora Ruth e ao coorientador Toledo, pelas orientações e infinita paciência em ler e reler os escritos, muitas vezes prolixos.

RESUMO

A “desumanização” da medicina tem sido atribuída em grande parte às escolas de medicina, que privilegiam aspectos científicos, em detrimento daqueles teóricos e voltados ao humanismo. As escolas de medicina se viram impelidas a rever seus currículos, enfatizando disciplinas e organizando intervenções para retomada do humanismo na prática médica. O objetivo geral da dissertação foi identificar as ações propostas ou desenvolvidas nos cursos de medicina para a retomada da humanização na prática médica. Os objetivos específicos foram evidenciar os principais atributos do humanismo e descrever as principais intervenções educacionais adotadas para o desenvolvimento do humanismo na prática médica. Para a consecução dos objetivos do estudo, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, mediante pesquisa nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e PubMed, no período de 2010 a 2016, nos idiomas português e inglês. A pesquisa resultou na seleção de 23 publicações. Os resultados mostraram que o principal atributo do humanismo é a empatia e que as escolas de medicina estão desenvolvendo como principais ações alterações nos currículos dos cursos. As principais ações educacionais implementadas envolvem alterações curriculares, intercâmbios e programas de extensão, mediante a inclusão de novas disciplinas, uso de atividades lúdicas e atuação em contextos culturais distintos dos de origem dos estudantes. Concluiu-se que a abrangência das medidas ainda é pequena, considerando-se o universo dos cursos de medicina, e seus resultados carecem de análise mais objetiva.

Palavras-chave: Humanização. Educação médica. Relação médico-paciente.

ABSTRACT

The medicine dehumanization has been largely attributed to the medicine schools, which privilege scientific aspects to the detriment of those theoreticians and focus on the humanism. The medicine schools were driven to review their curricula, emphasizing disciplines and organizing interventions for recovering of the humanism in medical practice. The general objective of the dissertation was to identify the actions proposed or developed in medicine courses for resumption of humanization in the medical practice. The specific objectives were to highlight the main attributes of the humanism and to describe the main educational interventions adopted for the humanism development in medical practice. A systematic revision of the literature was carried out for the attainment of the study objectives, by means of researching in the databases of the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature and Pub Med, from 2010 to 2016, in Portuguese and English languages. The research resulted in the selection of 23 publications. The results showed that the humanism main attribute is the empathy, which the schools of medicine are developing as main actions the changes in the curriculum of the courses. The main educational implemented actions involve, besides the curricular changes, exchanges and extension programs, through the inclusion of new disciplines, the use of play activities and cultural contexts that are distinct from those of the students' origin. It was concluded that the range of the measures is still small, considering the universe of the medicine courses and its lack of results for more objective analysis.

Keywords: Humanization. Medical education. Doctor-patient relationship.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Processo de seleção das publicações.....	36
Quadro 1 – Adaptação dos passos para elaboração de revisão sistemática de literatura, segundo a Colaboração Cochrane.....	33
Quadro 2 – Publicações selecionadas para estudo	37
Quadro 3 – Detalhamento das publicações selecionadas de acordo com as categorias temáticas	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Desenho e abordagem das publicações selecionadas	39
Tabela 2 – Amostras analisadas nas publicações selecionadas	39
Tabela 3 – Distribuição percentual das publicações selecionadas de acordo com as categorias temáticas	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a. C.	antes de Cristo
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
d.C.	depois de Cristo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCV	Desenvolvimento do Ciclo de Vida
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HEART	<i>Humanistic Elective in Alternative Medicine, Activism, and Reflective Transformation</i>
IRI	<i>Interpersonal Reactivity Index</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MINI-CEX	<i>Mini-clinical Evaluation Exercise</i>
NLM	<i>US National Library of Medicine's</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life – Bref</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Evolução do conhecimento médico.....	12
1.2	Ensino da medicina.....	17
1.3	A relação médico-paciente	22
1.4	Humanização.....	25
2	JUSTIFICATIVA	29
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo geral.....	31
3.2	Objetivos específicos.....	31
4	METODOLOGIA.....	32
4.1	Desenho do estudo.....	32
4.2	Métodos.....	32
4.3	Análise dos dados.....	34
5	RESULTADOS	35
5.1	Publicações selecionadas	35
5.2	Atributos do humanismo.....	41
5.3	Ensino de humanismo.....	45
5.4	Intervenções educacionais adotadas para o desenvolvimento do humanismo na prática médica	47
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS.....	57
	ANEXOS.....	64
	APÊNDICES	67

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde não apenas lidam com doenças, mas também auxiliam o indivíduo adoentado, que possui sentimentos, desejos, crenças e valores que não podem ser ignorados. Essa relação, por vezes, se torna uma tarefa difícil e permeada por conflitos entre as partes, dadas as diferenças entre suas expectativas, conhecimentos, possibilidades e orientações (CAPRARA; FRANCO, 1999; KIPPER; CLOTET, 1998).

A dificuldade de relacionamento entre médicos e pacientes é histórica. O juramento hipocrático foi elaborado para orientação ética dos médicos relativamente à conduta na determinação de práticas diagnósticas e terapêuticas. A medicina, naquele período, distinguia os médicos, como portadores de um saber específico. O diálogo com o paciente era, portanto, inexistente. Além disso, havia a influência da medicina sacerdotal, que preconizava que os segredos da doutrina somente deveriam ser compartilhados entre os seus participantes (profissionais), sendo vetado aos profanos (leigos). Esse modo de agir não impediu o surgimento de uma classe de profissionais que divulgava seus conhecimentos aos demais, gerando a oportunidade de a população compreender melhor o adoecimento e a conduta médica no seu tratamento (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Os avanços decorrentes do crescente acesso à educação e ao conhecimento originou nova situação, com maior expressão para os pacientes, suas necessidades e direito à informação, valorizando o diálogo e a relação de confiança entre as partes (PEIXINHO, 2001).

Por outro lado, a evolução das ciências levou, no início do século XX, a importantes eventos que revolucionaram a medicina - "[...] grandes avanços na fisiologia, na microbiologia, na epidemiologia, na psicologia, enfim, em todos os campos do saber que se dedicavam ao entendimento de como as doenças aconteciam" -, bem como o Relatório Flexner, que, entre outros aspectos, preconizava a incorporação da ciência ao ensino médico (DANTAS FILHO; SÁ, 2009).

Os cursos de medicina, então, se viram pressionados a redistribuir sua carga horária, dedicando parte significativa desta aos aspectos científicos, reduzindo, portanto, aquela disponível para as disciplinas consideradas teóricas e de menor impacto para o exercício da

profissão, como as afetas à relação médico-paciente, ética, humanismo e outras concernentes ao cuidado (DANTAS FILHO; SÁ, 2009; PEIXINHO, 2001).

Sob esse aspecto ressalta-se a advertência de Almeida (2000) acerca de:

Práticas que priorizam os resultados dos exames em detrimento dos sinais e sintomas clínicos; que dão mais atenção às máquinas e aparelhos de diagnóstico e de tratamento do que ao paciente e seus familiares ou acompanhantes; que enxergam como meio ambiente somente os limites do consultório, do centro cirúrgico ou dos serviços de saúde. [...] 'O cientificismo excessivo atual das práticas de saúde [...] levou o setor a uma linha de ação cuja ligação entre o profissional e o usuário do sistema passou a ser muito mais o exame e o equipamento, em detrimento do relacionamento pessoal e profissional' (ALMEIDA, 2000, p. 70).

Com o tempo, a relação médico-paciente tornou-se fria e distante, deteriorando-se e quebrando a confiança mútua, elemento essencial para a constituição de vínculo entre ambos. Aumentaram as queixas, denúncias e processos contra médicos. A partir dos anos 1980, esse modelo tornou-se saturado e começou um movimento de reversão da situação, buscando resgatar uma relação mais humanizada, menos contratual e impessoal (DANTAS FILHO; SÁ, 2009).

Convém lembrar que as primeiras ações de resguardo da relação entre médicos e pacientes foram originadas em movimentos de proteção ao consumidor, nos Estados Unidos da América (EUA). Entretanto, somente em 1969 foi elaborada a primeira carta de Direitos dos Pacientes, incorporando, entre outros valores, a autonomia (MUÑOZ; FORTES, 1998).

A insatisfação dos pacientes se tornou tão forte e evidente que as escolas de medicina foram impelidas a retomar aspectos da formação humanista. Em contribuição, a última versão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em medicina enfatizou o perfil desses egressos da seguinte maneira (BRASIL, 2014):

Art. 3º O graduado em medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

Ainda que o estudo proposto aborde a humanização nos cursos de medicina, é importante se considerar que a dita “desumanização” da medicina está inserida em um contexto amplo, o da sociedade em geral, que tem se tornado, a cada dia, mais individualista e indiferente (JANAUDIS et al., 2011; SERÓDIO; ALMEIDA, 2008).

1.1 Evolução do conhecimento médico

Na Antiguidade, a medicina era, essencialmente, humanista, com grande influência místico/religiosa, considerando a integralidade do ser humano composto por corpo e espírito. O adoecimento, portanto, acometeria tanto o corpo quanto a alma do indivíduo. O médico, nesse período, era um filósofo, um sábio, que deveria acumular conhecimentos sobre a alma e o corpo, para realizar o diagnóstico da doença (GALLIAN, 2000).

Aguiar (2010) descreve uma síntese do desenvolvimento do conhecimento médico desde os seus primórdios, contemplando várias culturas (ANEXO A). De acordo com o referido autor, a prática da medicina, em vários períodos e culturas, foi baseada em crenças e magias, mas, com o desenvolvimento das ciências, foram elaborados princípios, normas e condutas mais apropriadas à prática da medicina, com bases científicas. Os textos chineses foram os primeiros a serem conhecidos (2900 a.C.). A igreja exerceu importante papel nesse cenário, ora trazendo avanços e organização à prática médica, ora impondo limitações que afetaram o avanço das ciências (2700 a.C.). A civilização ocidental foi a primeira a criar regras e punições ao exercício inadequado da medicina (2158 a.C.). A medicina egípcia, hebraica e indiana foram marcadas pela presença da religiosidade, o que somente foi alterado com a introdução do laicismo e racionalismo gregos (625 a.C.). Alexandria contribuiu com a prática de dissecação do corpo humano (300 a.C.) e Roma, com as contribuições de ações voltadas para a saúde pública (23 d.C.) (AGUIAR, 2010).

Com o declínio e a queda da civilização romana, por volta do século IV d.C., surgiram novas oportunidades para o crescimento das religiões. Sob o avanço dessas religiões, a prática da medicina retroagiu, retornando o conceito de doença como castigo dos deuses. As precárias condições ambientais favoreceram a ocorrência de doenças infecciosas, inclusive sob a forma de epidemias.

A precariedade da medicina de então, que pouco podia fazer contra os diferentes surtos, como nas epidemias de tifo, peste bubônica, varíola, difteria, malária, febre tifoide, disenteria, além da lepra (hoje conhecida como hanseníase), que era muito frequente, contribuiu de forma significativa para a perda de credibilidade na prática médica (AGUIAR, 2010, p. 30).

Assim, a Idade Média viu fortalecer a associação entre doença e pecado. A Igreja se fez presente no tratamento e nos cuidados oferecidos aos doentes. Nesse período, surgiram os primeiros hospitais, sob a égide da Igreja cristã. Os monges passaram a receber instrução médica, denominada física, durante sua formação, sendo esses médicos chamados de físicos (AGUIAR, 2010).

Entretanto, a prática da medicina pelos monges declinou, uma vez que os estava afastando de suas atribuições religiosas e da prática da caridade, aumentando seu interesse pecuniário. Em 1163, os monges foram proibidos de praticar cirurgias, o que abriu espaço para a atuação de barbeiros e charlatães (AGUIAR, 2010).

As primeiras universidades de medicina surgiram na Europa, no século IX, em Montpellier, no século X, em Salerno, e sua disseminação ocorreu com maior frequência nos séculos XII e XIII. O ensino nessas escolas era teórico, uma vez que a dissecação do corpo humano era considerada profana, sendo que as primeiras autópsias somente ocorreram a partir do final do século XIII (AGUIAR, 2010).

Após a Idade Média, o poder da Igreja decresceu, o que elevou a autoridade da ciência. A partir de então - séculos XVI e XVII -, o pensamento científico foi incentivado, especialmente pelas ideias difundidas por Francis Bacon, que foi o primeiro a destacar a importância do método indutivo, René Descartes, que advogava a supremacia do raciocínio sobre os sentidos, e John Locke, que "[...] é considerado o pai do empirismo, doutrina segundo a qual todo o nosso conhecimento deriva da experiência, à exceção da lógica e da matemática" (AGUIAR, 2010, p. 41).

O século XV foi marcado pelas grandes incursões portuguesas e pelo descobrimento do Brasil, em 1500 (VARGAS, 1995). A população nativa do país era composta por índios, sendo os cuidados com a saúde prerrogativa dos pajés, em um misto de misticismo e fitoterapia. Somente em 1549, com a chegada dos jesuítas, a situação foi alterada, pois estes assumiram a tarefa de cuidar dos enfermos (AGUIAR, 2010).

Até o século XIX, o Brasil recebia médicos de outros países, especialmente de Portugal, pois não contava com escolas para a sua formação. A partir da vinda de D. João VI e da família real para o Brasil, em 1808, foram criadas duas escolas de medicina no país, a Escola de Cirurgia da Bahia (1808) e o Curso de Cirurgia e Anatomia do Rio de Janeiro (1809) (AMARAL, 2007).

As práticas médicas, nesse período, eram as europeias, vigentes nas escolas portuguesas (REZENDE, 2009). Em 1898 foi fundada a terceira escola de medicina no Brasil, Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, [200-]). Apesar de haver escolas no país, as famílias mais abastadas preferiam mandar seus filhos estudarem na Europa (REZENDE, 2009).

Até o final do século XV, em Portugal, o ensino da medicina era apenas teórico com leituras dos textos de Galeno e Hipócrates. Os principais encarregados de ministrar essas aulas eram os religiosos, o que levou a que, no século XVI, o ensino de cirurgia fosse praticamente excluído das escolas médicas. Em 1759, o Marquês do Pombal expulsou os jesuítas de Portugal e das colônias portuguesas, restaurando, assim, o ensino de cirurgia nas escolas médicas (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Nas primeiras escolas brasileiras, o curso de medicina durava quatro anos, sendo os cursos médico e cirúrgico separados, porém, a partir de 1812, o curso passou a ter duração de cinco anos e, em 1884, esses conteúdos foram unificados. A partir de 1832, o curso passou a ter a duração de seis anos. Em 1879, o ensino de medicina, que era prerrogativa exclusiva do governo, passou a ser acessível à iniciativa privada (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Esse período foi marcado pela proximidade entre médico e paciente, dada a prática da observação e a necessidade de apuro do exame clínico, a inspeção, palpação, percussão e ausculta, para um melhor diagnóstico (AMARAL, 2007).

No entanto,

Essa proximidade secular começou a se desfazer no transcorrer do século 19, com a ascensão do determinismo e das bases científicas como explicações incontestáveis para os eventos de saúde e doença das populações. As relações humanas e as

potencialidades de cura, contidas na colaboração entre pacientes e médicos, foram relegadas a segundo plano, pelo ponto de vista biológico. Os novos rumos se consolidaram no transcorrer do século 20, impulsionados pelo desenvolvimento científico e tecnológico, que promoveu uma verdadeira revolução nas ciências biomédicas. Estes rumos possibilitaram a construção do modelo biomédico de atenção à saúde, caracterizado pelo biologicismo, centrado na figura do médico, individualista e extremamente especializado, com ênfase na medicina curativa (BINZ; MENEZES FILHO, SAUPE, 2010, p. 29).

O século XIX propiciou as bases para o desenvolvimento científico da medicina, com avanços nas áreas de química, física e biologia (DRUMOND, 2007). Esse cenário passou a demandar maior especialização dos médicos e a consequente fragmentação do cuidado (AGUIAR, 2010).

O século XX prosseguiu com o avanço e a produção de novos conhecimentos ligados à tecnologia, que colocaram à disposição de médicos e pacientes novos meios de diagnósticos, de tratamentos, materiais e equipamentos, medicamentos, vacinas e conhecimentos mais avançados acerca das doenças, entre outros aspectos (DRUMOND, 2007).

Diante desse cenário de evolução dos conhecimentos e práticas, a Fundação Carnegie convidou o professor da Universidade Johns Hopkins, Abraham Flexner, em 1908, para promover uma avaliação da educação médica nos Estados Unidos e Canadá, que resultou na publicação, em 1910, do documento denominado Relatório Flexner (ALMEIDA FILHO, 2010; MARQUES, 2005).

O contexto em que surgiu o Relatório Flexner contribui para sua melhor compreensão. A Revolução Industrial, iniciada na Europa, em países como Inglaterra, França e Alemanha, no século XVII, além de alterações no processo produtivo, trouxe mudanças no modo de vida da população, deteriorando de forma expressiva suas condições de saúde. As fábricas passaram a demandar um maior número de trabalhadores, envolvendo crianças, mulheres, homens e idosos, com longas jornadas de trabalho em condições ambientais precárias e salários insuficientes para a manutenção desses indivíduos, entre outros aspectos (AGUIAR, 2003).

Nesse período, emergiram as epidemias, as condições de vida dos mais pobres se deterioraram, a insatisfação com a ordem social instalada cresceu e a indústria se viu ameaçada pela possibilidade de não ter mão de obra suficiente para manutenção das suas atividades.

Foi nesse contexto que o Estado inglês se viu obrigado a formular políticas com o objetivo de manter a ordem social, ameaçada com as crescentes articulações e reivindicações das populações mais atingidas, e garantir a preservação da força de trabalho presente e futura. [...]. Também a França tinha [...] necessidade de manter a ordem social, ainda que em um contexto diferente: ali se fundamentou a *Medicina Urbana*, em virtude da complexidade crescente das relações socioculturais e ecológicas em uma metrópole como Paris. [...]. Na Alemanha, a preocupação com a saúde estava vinculada às necessidades de consolidação do Estado Nacional [...]. A saúde passou a ser considerada uma aliada do Estado Nacional na medida em que conservava, reproduzia e garantia a força militar necessária à sua manutenção (AGUIAR, 200, p. 12-13).

A intensa instabilidade política nos países da Europa, no final do século XIX e início do século XX, provocou a imigração de expressivo contingente populacional para os EUA, que sofreu repercussões pela degradação do espaço urbano e surtos epidêmicos, entre outras dificuldades (AGUIAR, 2003).

A despeito da evolução da medicina nos séculos anteriores, nos EUA, ao final do século XIX,

[...] havia um constante conflito entre os médicos *reguladores*, que eram egressos das universidades europeias e das inúmeras escolas americanas que proliferaram nos Estados Unidos após a Guerra da Independência, e os *práticos* ou *empíricos*, denominação geral para pessoas com algum treinamento em habilidades curativas [...]. Havia também inúmeros adeptos de seitas curativas surgidas no século XIX, também vistos com ressalvas pelos primeiros. [...]. De fato, a cultura democrática era um obstáculo às tentativas corporativistas de se legitimar a medicina científica como única e verdadeira (AGUIAR, 2003, p. 16).

No período, aumentou o número de escolas de medicina nos EUA, com práticas e normas distintas, o que foi favorecido pela falta de regulamentação. "O espírito mercantilista conduziu à proliferação dos mais diversos tipos de escolas, muitas sem vínculos universitários e sem pré-requisitos para matrículas", conforme ressalta Aguiar (2003, p. 17).

Esse cenário emoldurou a avaliação das instituições de ensino médico, encetada por Abraham Flexner, que envolveu 155 das 160 escolas de medicina localizadas nos EUA e Canadá. Os resultados mostraram que a maior parte das escolas apresentava um ensino de baixa qualidade. Essa avaliação e a aplicação das recomendações do Relatório levaram ao fechamento de diversas instituições de ensino, de forma que, no período de dez anos, restaram apenas 31 instituições em atividade (ALMEIDA FILHO, 2010).

Entre as principais recomendações do Relatório Flexner, para as instituições de ensino de medicina, pode-se citar:

[...]

- definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos;
- introdução do ensino laboratorial;
- estímulo à docência em tempo integral;
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- vinculação da pesquisa ao ensino;
- controle do exercício profissional pela profissão organizada (MARQUES, 2005, p. 52-53).

Ainda que Flexner tenha contribuído para "[...] reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas", o modelo proposto para a educação médica sofre várias críticas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 495). Entre essas críticas pode-se destacar: visão reducionista do ensino médico, conformando uma prática hospitalocêntrica, mecanicista, biologicista, tecnicista, especialista, curativista e individualista (ALMEIDA FILHO, 2010; ARBEX, 2013; BINZ; MENEZES FILHO; SAUPE, 2010; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Contudo, deve-se levar em consideração que esse relatório foi produzido sob o contexto de determinado período, guardando estreita relação com o ambiente sociocultural e de trabalho vigentes, e que a busca pela excelência no ensino constituiu o seu maior mérito em uma época de intensa desorganização (ARBEX, 2013; MERIGO, 2014; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Ainda assim, o Relatório Flexner produziu impacto significativo nos EUA e no mundo, influenciando, até a contemporaneidade, o ensino médico e a prática da medicina (ALMEIDA FILHO, 2010; ARBEX, 2013; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

1.2 Ensino da medicina

O ensino da medicina no Brasil é regido pelas DCN. A Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES) n° 4, que entrou em vigor a partir de 7 de novembro de 2001, sendo revogada em 2014, entre outros aspectos, previa que

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

[...]

- II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
 IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente (BRASIL, 2001).

A carga horária mínima do curso era de 7.200 horas, distribuídas em seis anos, sendo 35% dessa carga horária direcionada ao estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato (BRASIL, 2001).

As DCN indicam que o ensino deve ser centrado no aluno, cabendo ao docente estimular a sua formação, por meio de uma atitude ao mesmo tempo facilitadora e desafiadora. Entretanto, o documento não indica qual a formação necessária aos docentes e os meios para sua consecução (PEREIRA, 2013).

Merigo (2014) salienta que o humanismo somente foi introduzido oficialmente na formação médica a partir das DCN de 2001, sendo que a pouca integração entre o Ministério da Saúde e da Educação dificultou a adequação do ensino acadêmico com a realidade da saúde no País.

Em 2013, com o advento do Programa Mais Médicos¹, a formação em medicina foi alterada, passando o internato médico a ser realizado "[...] na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do [Sistema Único de Saúde] SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais" (BRASIL, 2013).

Entretanto, a Resolução CNE/CES nº 3/2014 manteve a carga horária mínima do curso em 7.200 horas e o prazo mínimo para sua integralização de seis anos (BRASIL, 2014). Essas DCN assumem força de lei, tornando-se obrigatórias para os cursos (BRENELLI, 2015). Uma mudança expressiva em relação às DCN de 2001 é a ênfase na saúde coletiva (BURSZTYN, 2015).

¹ “O Programa Mais Médicos (PMM) [criado em 2013] é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de Estados e Municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. [...] o Mais Médicos conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, [2013?]).

Durante o curso, o aluno de medicina é submetido a grande quantidade de informações, com exigência de aprendizado em diferentes disciplinas, carga horária extenuante, plantões, prática clínica e novas tecnologias, o que resulta em menos tempo para as disciplinas relacionadas à humanidade e o desenvolvimento das relações com os pacientes (BRASIL, 2014; MORETO; BLASCO, 2012; RIOS, 2010b).

De acordo com Peixinho (2001, p. 23), os conteúdos dos cursos de medicina no Brasil são amplos e afastados do contexto em que ocorre a prática profissional, devido ao grande número de disciplinas obrigatórias e/ou optativas, que são integradas aos currículos de acordo com os "[...] interesses dos grupos que a cada época atuam nas instâncias administrativas". Isso leva à formação de especialistas em detrimento de generalistas, relegando a segundo plano também a prevenção de doenças. Esse quadro contribui para a fragmentação da assistência, aumento do tecnicismo, dependência de tecnologias, e menor importância aos aspectos relativos à comunicação, problemas éticos e história de vida do paciente, entre outros aspectos. Peixinho (2001) considera que esse tipo de formação resulta na coisificação do paciente e do ato médico.

Ainda, ao mencionar o ensino, Peixinho (2001, p. 24), destaca que "[...] a desumanização da prática médica foi preliminarmente construída pela desumanização da escola médica", que se concentra em selecionar os melhores estudantes e a oferecer-lhes um treinamento padronizado, em detrimento da avaliação de suas características pessoais e aptidão para o curso e a prática profissional.

Esses aspectos também são mencionados na pesquisa realizada por Rios (2010b), na qual o autor constatou que, entre alguns professores e alunos, das disciplinas de Clínica Geral e Cirurgia Geral, de um hospital universitário brasileiro, predomina uma visão de superioridade, pela sua capacidade intelectual, considerada uma atribuição genética desses indivíduos. A seleção dos melhores estudantes também foi expressa no estudo, uma vez que esses estudantes têm condições de arcar com os custos do curso já que vieram de famílias com expressivo poder econômico, cultural e social, o que lhes deu condições de preparo prévio. Ao tratar do tema relação médico-paciente, o estudo aponta que existem dificuldades na comunicação e relacionamento entre professores e alunos e entre estes e pacientes. Entretanto, há disciplinas específicas que tratam da humanização da assistência e esses aspectos foram referidos como importantes, tanto por professores, como por alunos. Entre as conclusões do

autor surgem como indutores da pouca humanização da assistência o modelo biomédico, o uso excessivo de tecnologias e a especialização, como também, a organização do trabalho médico e das práticas assistenciais, entre outros aspectos.

Oppermann (2006) ressalta que o ensino da relação médico-paciente, nas escolas de medicina brasileiras, ocorre de maneira não planejada durante o curso, sendo que o aprendizado dá-se muito mais pela observação da conduta dos professores e de outros profissionais de saúde do que por meio de discussões ou de aulas expositivas. O conjunto desejado de posturas, valores e emoções extrapola o currículo formal do curso, constituindo o que o autor denomina de “currículo oculto”,

[...] o qual permeia todo o processo de formação, como um 'pano de fundo', exercendo influências marcantes e definitivas no perfil do futuro profissional. É aqui que o papel do docente se destaca, como referência e exemplo, no desenvolvimento da relação do estudante com o paciente.

O educador, ao ajudar o aluno a construir sua identidade, seu caminho pessoal e profissional, aprimora suas habilidades relacionais, que envolvem compreensão, emoção e comunicação, fatores imprescindíveis para que este encontre seu espaço social. [...]. Assim, a relação professor-aluno torna-se uma referência para a vida futura dos acadêmicos, o que confere ao docente um papel único de facilitador na construção das habilidades intra e interpessoais de seus estudantes, principalmente se considerarmos que a maioria dos alunos inicia sua vida universitária em plena adolescência, período de intenso desenvolvimento psicossocial (OPPERMANN, 2006, p. 19-20).

Entretanto, nem todos os docentes estão conscientes do seu papel e importância na formação dos discentes, sendo que muitos deles dificultam esse desenvolvimento, acrescentando inquietações e sofrimento aos alunos, por meio de exigências excessivas, humilhações e maus tratos. Há que se ressaltar que essa conduta, possivelmente, demonstra a sua exposição a exemplos de outros professores por ocasião da sua formação (MODI et al., 2016; OPPERMANN, 2006).

Para Neves, Neves e Bitencourt (2005), o ensino médico se tornou mais rígido sob o paradigma flexneriano, uma vez que privilegia o enfoque científico e racionalista, em detrimento da abordagem humanista.

Nesse sentido, Dantas Filho e Sá (2009) observam que a incorporação da ciência e o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, com suas inovações, influenciaram o currículo dos cursos de medicina, pois, passou a ser exigida maior

carga horária para o conteúdo científico da prática médica, levando à redução ou exclusão de disciplinas associadas à sociologia, antropologia, filosofia, história da medicina e ética.

Nogueira (2009) corrobora essa afirmativa ao observar que o modelo flexneriano levou as escolas de medicina a distinguir dois ciclos na formação do médico, ou seja, o ciclo básico e o profissional, ambos apoiados em base científica. Para o autor tornou-se característica das escolas médicas uma formação fragmentada, levando ao estudo do corpo humano como um conjunto de órgãos e sistemas.

Janaudis et al. (2011) acrescentam um componente que interfere na educação, que é representado pelo modo de vida atual, pois,

O jovem estudante chega às mãos do educador inserido numa formação que privilegia a informação rápida, o impacto emotivo, a intuição, em detrimento do raciocínio linear, lógico e especulativo. Hoje em dia, corriqueiramente, observamos alunos manuseando seus celulares e IPODs enquanto assistem aula. Situação que vai desde a preocupação em atualizar seus contatos nas redes sociais até a busca imediata pela informação a um questionamento feito pelo professor ou alguma dúvida que tenha surgido durante a aula. Não é apenas uma característica que diz respeito à educação e ao aprendizado, mas à própria vida na qual está inserido: uma cultura da pressa, em que a reflexão dificilmente tem vez. As pessoas se refugiam na velocidade, são impelidas ao presente, não conseguem pela pressa frequentar o passado. Trata-se de um contexto cultural em que predomina o fragmentário, o rápido, o sensorial, que, naturalmente, traduz-se em atitudes do imediato, dinâmicas, até impacientes (JANAUDIS et al., 2011, p. 8).

Blasco (2010) argumenta que o ensino médico é afetado pela falta de metodologia própria para o aprendizado e a mensuração da humanização, como ainda, pelo pouco espaço para discussões sobre aspectos subjetivos da formação profissional e pela intensidade tecnológica que faz parte da medicina contemporânea. Em relação aos professores e alunos, o autor considera que o distanciamento do humanismo pode se dar por cansaço, pelas decepções e, até mesmo, como um meio de se proteger do sofrimento constantemente ocasionado pelo contato com os pacientes, alguns sem qualquer chance de recuperação ou mesmo de alívio do sofrimento causado pela doença.

Por fim, Blasco (2010) indica parcela de responsabilidade dos gestores dos sistemas de saúde, que optam por direcionar os recursos financeiros disponíveis a negócios envolvendo tecnologias, além de ações de hotelaria e de sistemas de informação, entre outros aspectos. Dessa forma, parece haver indicação de que a humanização é intrínseca ao indivíduo,

envolvendo atitudes oriundas da educação familiar e, por consequência, aprendidas desde a infância e perpetuadas ao longo da vida.

Pereira (2013) observa que muitas instituições de ensino mantêm um modelo tradicional, centrado no professor. O professor, por sua vez, não recebe dessas instituições apoio para aquisição e desenvolvimento de habilidades relacionadas à prática docente. Isso resulta em alunos desinteressados pelos conteúdos, desmotivados, que tomam como objetivo final nessas aulas a aprendizagem que possa suprir sua avaliação nas provas.

O referido autor destaca, ainda, que a proliferação de cursos, públicos e privados, com ampliação da oferta de vagas, contribuiu para a redução da qualidade do ensino, afetando negativamente a formação acadêmica e os honorários da classe médica (PEREIRA, 2013).

1.3 A relação médico-paciente

A relação médico-paciente tem sido discutida nos últimos anos como importante fator de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Um dos aspectos mais enfatizados é o da comunicação entre o médico e o paciente, marcado pela dificuldade em explicar e compreender a situação e as percepções de cada um, segundo sua experiência e formação, que induzem a

[...] a) incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento (CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 651).

A baixa qualidade da comunicação é indicada também por Peixinho (2001) como fator de abalo da relação médico-paciente devido à

[...] crescente perda de identidade da pessoa com a universalização de normas de atendimento, especialização médica e redução do contato pessoal [...]. A investigação de litígios entre médicos e pacientes demonstra que elementos negativos relacionados ao contato interpessoal foram percebidos e explicitados pelos reclamantes em 71,1% dos casos; entre eles, citam-se: comunicação escassa, falta de informações, falha do atendimento na perspectiva do paciente [...]. Fatores como a personalidade, a crença religiosa e o status socioeconômico são frequentemente considerados irrelevantes na realização do diagnóstico e na prescrição do tratamento; o homem, enquanto pessoa que sofre, escolhe e avalia, não pertence ao saber médico [...]. A pessoa doente é considerada um conjunto de parâmetros fisiológicos anormais [...]. E muitos pacientes temem a tecnologia médica, em que as pessoas são cada vez mais 'mantidas vivas', tanto com máquinas que substituem

órgãos vitais quanto com computadores que os controlam periodicamente, para ver se alguma função fisiológica merece ser substituída por algum equipamento eletrônico [...] e ressentem-se com o profundo senso de alienação de seus médicos, tendendo a vê-los mais como técnicos do que como curadores (PEIXINHO, 2001, p. 17).

Contudo, não se pode ignorar que o problema vai além da comunicação, englobando aspectos relativos à forma de organização e prestação do serviço de saúde, que exerce pressão sobre os médicos e demais profissionais de saúde. Não raro, há ausência de condições técnicas e de materiais para a prestação da assistência, o que resulta em um atendimento desumanizado e com baixa resolubilidade, precarizando a situação não só para os pacientes, mas também para os profissionais envolvidos (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006; RIOS, 2009; SERÓDIO; ALMEIDA, 2008).

Ainda deve-se considerar a insuficiência do quadro funcional das unidades de saúde, gerando sobrecarga de trabalho, e os baixos salários, que levam os profissionais a acumular vários vínculos empregatícios (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006; RIOS, 2009). Em geral, essas condições são desconhecidas dos pacientes, que atribuem aos profissionais de saúde, mais frequentemente aos médicos, as condições insatisfatórias do atendimento recebido. Ainda, deve-se considerar que

O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos ou frustrações. [...]. Os profissionais da saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato freqüente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometer erros, contato com pacientes difíceis (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 282).

Por outro lado, Azevedo, Ribeiro e Batista (2009) relatam que a relação médico-paciente começa a se deteriorar durante a graduação, uma vez que vários alunos observam em seus professores condutas desumanas em relação a eles próprios e aos pacientes. Essas condutas são reconhecidas como inadequadas e passíveis de repúdio, ao mesmo tempo que induzem os alunos à sua repetição ao longo do período de formação.

Moreto e Blasco (2012) também reconhecem as mudanças pelas quais passam os estudantes de medicina durante o curso, afirmando que:

Nos primeiros anos, a maioria dos estudantes está entusiasmada com o ideal de ser médico e são mais sensíveis ao sofrimento do paciente [...]. Durante o decorrer dos anos, esse idealismo vai caindo no esquecimento e o estudante inicia o assim

denominado processo de 'desumanização', no qual o paciente passa a ter um papel secundário na prática médica.

Um fato que corrobora este dado ocorre quando o aluno é exposto à prática médica durante o internato (5º e 6º anos). Nesse período predomina uma cultura que estimula a manter um distanciamento do paciente para evitar um envolvimento emocional. Pode-se explicar esse comportamento como um mecanismo de defesa para fugir do contato com o sofrimento do outro ou mesmo para não se sentir impotente perante essa situação [...]. Essa metamorfose tem sido descrita como uma traumática perda da idealização e da humanização (MORETO; BLASCO, 2012, p. 13).

Batt-Rawden et al. (2013) e Woltres e Wijnen-Meijer (2012) observam que vários estudos citam a empatia como um dos principais aspectos da humanização da relação médico-paciente e que esta declina ao longo dos anos de estudo, devido ao estresse, fadiga, necessidade de desapego e ao currículo oculto dos cursos de medicina.

Wilkinson, Moore e Flynn (2012) explicam que as expectativas de um estudante que acaba de entrar na faculdade de medicina são diferentes daqueles que estão na fase de especialização e também dos que já se encontram com a carreira consolidada. Para esses autores, o tempo, o lugar e as condições de trabalho implicam na mudança de conceitos e de compreensão de certas práticas, afetando o comportamento profissional.

Assim, outros aspectos que afetam a relação médico-paciente, que são pouco considerados, apesar de sua relevância, são oriundos dos diferentes sistemas assistenciais. Nesses casos, convém lembrar que, especialmente, os planos de saúde oferecem diferentes tipos de coberturas, impondo a médicos e pacientes limitações no acesso a especialidades e recursos tecnológicos, o que reduz a autonomia de ambos (PEIXINHO, 2001).

Ainda, as formas de pagamento adotadas pelas fontes pagadoras aos profissionais de saúde priorizam a quantidade e a intervenção, levando os médicos a investirem tempo reduzido no atendimento ao paciente e a acumulação de mais de um vínculo empregatício, muitas vezes, alternando entre os sistemas público e privado (PEIXINHO, 2001; RIOS, 2010b). Não raro, essas condições levam a conflitos de interesses entre pacientes e médicos e a condutas pouco éticas (DANTAS FILHO; SÁ, 2009; PEIXINHO, 2001).

Em relação aos planos de saúde, aos baixos valores pagos pelas consultas e procedimentos deve-se adicionar a restrição ao número de consultas permitido a cada paciente e à quantidade e tipo de exames, que podem influenciar a qualidade do atendimento e a assertividade do

diagnóstico. Muitos médicos, diante das limitações dos planos optam por praticar uma medicina defensiva, calçando sua atuação em solicitações excessivas de exames complementares, que passam a atuar como auxiliares na confirmação do diagnóstico, além de servirem como salvaguarda legal em casos de questionamentos futuros. Para viabilizar a manutenção de consultórios e sua inserção no mercado de trabalho, os médicos, em sua maioria, se submetem às exigências dos planos e seguros saúde, o que resulta em atendimento a número elevado de pacientes, com redução do tempo destinado a cada atendimento, o que contribui para reduzir a autonomia do profissional e fragilizar a relação entre ambos, tornando a assistência, em muitos casos, insatisfatória (GARBIN, 2005).

Se o atendimento médico sofre influência dos planos de saúde, o comportamento dos pacientes vinculados aos planos de saúde também apresenta alteração. Estes se comportam como consumidores, como se a saúde fosse um bem de consumo e não uma necessidade vital. Isso coloca a relação médico-paciente no patamar de uma relação consumidor-prestador de serviços, o que deteriora sensivelmente a relação entre ambos (GARBIN, 2005).

1.4 Humanização

Seródio e Almeida (2008) consideram que a desumanização da medicina é parte de um contexto social amplo, em que a própria sociedade é marcada por intenso individualismo e indiferença entre e para com as pessoas. Além disso, os autores acreditam que a atual conformação do mercado de trabalho dificulta a atuação do médico.

Para Rios (2009), o modo de vida contemporâneo contribui para a desumanização da medicina de maneira inequívoca. O estilo de vida atual, marcado pelo individualismo, pelo culto ao corpo e valorização da aparência, cria condições para a intolerância à diferença e para a pouca reflexão acerca dos valores éticos/morais. No ambiente de saúde, esses aspectos se mostram na evolução dos sistemas e serviços de saúde, na organização do trabalho, na medicalização e na gestão dos serviços de saúde. A explicação do autor é de que

[...] a organização hierárquica do hospital [...] Aumentou o acesso da população ao atendimento e propiciou grandes avanços técnicos. Entretanto, junto a esses progressos, também se engendraram situações que tornaram o hospital um lugar de sofrimento. [...].

A própria organização científica do trabalho [...] fragmenta o processo que vai do início ao fim da produção [...]. Na área da saúde, isto acarreta a naturalização do

sofrimento e a diminuição do compromisso e da responsabilidade na produção da saúde. [...].

Outro fator que contribui para esse estado de coisas é a medicalização do viver humano. [...]. Com o aumento da crença das pessoas no que consideram verdades científicas na área da saúde e a decadência do valor socialmente dado às outras formas de compreensão da existência humana, toda e qualquer expressão da vida passa por um diagnóstico [...] e busca remédio na medicina. [...].

Ao lado desse fenômeno cultural da contemporaneidade, [...], o sucateamento dos serviços de saúde devido à má gestão da coisa pública ou aos sempre insuficientes investimentos frente aos crescentes custos da medicina biotecnológica levou à plethora do acesso aos serviços e ao esgotamento dos profissionais para atender (RIOS, 2009, p. 256).

Esse cenário deu origem ao movimento de humanização do setor de saúde, a partir de meados do século XX, que já vinha se ressentindo desse estado de coisas. As primeiras ações voltadas para humanização da assistência, no Brasil, segundo Rios (2009), podem ser atribuídas à área da Saúde Mental, com a luta antimanicomial, e da Saúde da Mulher, com as ações de humanização do parto.

Entretanto, o termo humanização tem sido utilizado ao longo do tempo com diferentes significados (FORTES, 2004). Inicialmente, o termo foi utilizado para discutir os direitos dos pacientes usuários dos sistemas de saúde, tratando esse paciente como consumidor (MUÑOZ; FORTES, 1998). Posteriormente, esse conceito sofreu influência da evolução da sociedade, com destaque para a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que reafirmou que a saúde deve ser compreendida como um direito fundamental do ser humano, correspondendo a um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades. Esse documento enfatizou que é direito de cada pessoa participar do planejamento e da implementação dos seus cuidados de saúde. Progressivamente, foi ampliado o enfoque, trazendo a autodeterminação, o direito de aceitar ou recusar cuidados direcionados ao diagnóstico ou tratamento, o direito do paciente a receber informações sobre seu estado de saúde e de acesso ao prontuário médico, entre outros aspectos. No Brasil e em outros países foram-se consolidando práticas e normas relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, que estenderam a humanização às políticas públicas (FORTES, 2004).

O termo humanização, apesar de amplamente empregado no setor de saúde, continua de difícil conceituação, assim como delimitação, o que permite que seja entendido como:

[...] a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes. Esse conjunto de iniciativas dá voz a demandas antigas na saúde: a)

pela democratização das relações que envolvem o atendimento [...]; b) por maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente [...]; c) pelo reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e as dos pacientes, como sujeitos do processo terapêutico (DESLANDES, 2004, p. 8).

Para Blasco (2002), o humanismo na medicina constitui importante instrumento de exercício profissional, considerando-se que o ser humano é a matéria-prima com que lidam os médicos. Assim,

O modo mais prático de perceber esta necessidade é, como em muitas outras questões, **observar as consequências que a sua ausência provoca**. Assim, quando existe um clamor pela Humanização de uma situação, de uma atitude ou profissão é porque de algum modo se reclama algo que se entende como essencial em determinada circunstância concreta. No caso da medicina, as chamadas de atenção costumam vir da parte do paciente, como advertência que orienta na recuperação de algo que, tendo-se o direito de esperar do médico e da medicina, não se encontra na prática.

As **advertências provenientes do paciente** dificilmente recaem no aspecto técnico da medicina [...]. As carências que o paciente constata são, em última análise, **carências na pessoa do médico**, detentor do conhecimento e intermediário entre a tecnologia e o paciente. As insuficiências não são de ordem técnica, mas humana. É isto porque, de algum modo, torna-se necessário 'vestir a ciência médica com trajes humanos, dissolver no aconchego humano a técnica e os remédios que o paciente deverá utilizar'. Quando tal não acontece, as insuficiências são sempre do profissional, e o prejuízo é do paciente [...]. Caberá ao médico preocupar-se com esta temática, que não é em absoluto minúcia ou filigrana. Uma preocupação que se deve traduzir em ocupação ativa; estudo, reflexão, para aprofundar e, sobretudo, analisar o seu comportamento, detectar as deficiências e encontrar os caminhos do necessário aperfeiçoamento (grifos do autor) (BLASCO, 2002, p. 80).

Para Komatsu (2002), o humanismo na medicina se perdeu no modelo biomédico, que levou ao distanciamento entre médico e paciente pela prática impessoal da profissão, pela centralização do atendimento em ambientes como ambulatorios, clínicas e hospitais e pelo uso exacerbado de tecnologia, que leva a decisões unilaterais, uma vez que os pacientes e seus familiares não detêm conhecimentos suficientes para avaliarem o seu uso e aplicação.

Esse mesmo autor considera que um caminho possível para reversão dessa condição passa pela educação, ou seja, pela escola de medicina, envolvendo professores e alunos. Em suma, o resgate do humanismo na medicina exige inovação nas escolas médicas, mediante adaptação de currículos que envolvam as relações professores-alunos-pacientes (KOMATSU, 2002).

Gomes et al. (2011) também defendem a alteração dos currículos das escolas médicas, propondo a introdução de disciplinas relacionadas às artes e ciências sociais para prover condições de melhoria do diálogo entre as partes, favorecendo a empatia, a compreensão

mútua e a identificação do paciente pelo médico como um sujeito integral, com história, valores e crenças individuais, que precisam ser reconhecidas e respeitadas.

2 JUSTIFICATIVA

A prática médica tem sido privilegiada com os avanços das ciências. Entretanto, crescem também os problemas relativos às práticas da saúde, entre elas a medicina e, em particular, à conduta médica. Os pacientes se declaram, com frequência, insatisfeitos, principalmente com o tratamento que recebem dos profissionais de saúde.

Se, até pouco tempo, a relação era de confiança, o que gerou esse distanciamento? Por que foi rompida a relação de confiança?

O intenso uso de tecnologias contribuiu para o afastamento e a dificuldade de diálogo entre as pessoas. A dificuldade de comunicação também afeta a área médica, cujos profissionais passaram a atuar de forma defensiva e os pacientes a se ressentirem de não mais contar com um profissional com conduta amigável.

A motivação para a escolha do tema foi decorrente da observação, durante a prática profissional do autor em diferentes ambientes assistenciais, sobre a crescente dificuldade de comunicação entre pacientes e médicos. Um olhar mais atento permitiu identificar que ambas as partes se sentiam incompreendidas nessa relação e muitos pacientes se sentiam insatisfeitos pela forma como eram atendidos.

Essas constatações aguçaram a curiosidade profissional do autor para tentar melhorar a compreensão sobre fatores que poderiam influenciar na gênese dessa insatisfação por parte dos pacientes.

Ao pesquisar sobre o assunto, o autor se deparou com estudos que apontavam a responsabilidade das instituições de ensino pelo que era chamado de desumanização médica. Assim, começou o interesse pelo tema, que levou ao entendimento de que, ainda que as instituições de ensino tenham parcela de responsabilidade nessa situação, elas estão sensibilizadas e procurando encontrar caminhos para seu enfrentamento e solução.

Contudo, ficou claro também que essas iniciativas se restringem ao ambiente acadêmico, não são divulgadas externamente, e a população, em geral, não tem conhecimento dos esforços que estão sendo realizados para a melhor formação de médicos.

O exposto demonstra a relevância do tema para a academia e a sociedade. Para a academia, pretende-se resgatar o histórico da humanização na prática médica, buscando desvendar os caminhos percorridos e as ações para retomada de uma medicina mais acolhedora. Sob esse aspecto deve-se considerar também o seu efeito para as instituições de ensino, que têm sido indicadas como parte importante na desumanização da assistência. A exposição dos aspectos inerentes ao ensino e as ações que têm sido adotadas para o resgate da humanização poderão contribuir para a identificação daqueles que possam favorecer a prática médica, desde o início da formação dos profissionais.

Para a sociedade, o estudo poderá contribuir para o aumento da compreensão e, possivelmente, favorecer o entendimento de que a situação é de difícil enfrentamento para todos. A abordagem a tal temática poderá propiciar à população a oportunidade de tomar conhecimento de que estão sendo buscados meios para a mitigação da atual situação, no âmbito das instituições de ensino de medicina.

Diante do exposto e com o propósito de conhecer a abordagem ao tema humanização da assistência na educação médica contemporânea, estabeleceu-se como questão norteadora do estudo: quais ações estão sendo desenvolvidas nos cursos de medicina para retomada da humanização na prática médica?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo geral do estudo é descrever as ações propostas ou desenvolvidas nos cursos de medicina para a retomada da humanização na prática médica.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos do estudo são:

- a) evidenciar os principais atributos do humanismo na prática médica;
- b) descrever as principais intervenções educacionais adotadas para o desenvolvimento do humanismo na prática médica.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se uma revisão sistemática de literatura, que é conceituada como uma revisão planejada para responder a uma questão especificamente elaborada e que adota métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar de maneira crítica os estudos, assim como para coletar e analisar os dados dos estudos selecionados para inclusão na revisão (AKOBENG, 2005).

4.2 Métodos

O método de revisão adotado foi adaptado dos passos propostos pela Colaboração Cochrane, que prevê sete etapas para o desenvolvimento de uma revisão sistemática (ROTHER, 2007).

Para tanto, foi elaborada a seguinte questão relacionada às ações desenvolvidas nos cursos de medicina para retomada da humanização da prática médica: quais ações estão sendo desenvolvidas nos cursos de medicina para retomada da humanização na prática médica?

Em seguida, foram selecionadas as bases de dados para a localização dos estudos, sendo estas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed.

Para avaliação dos estudos foram estabelecidos os critérios de inclusão, que envolveram a abordagem ao tema humanização da prática médica, período de publicação entre os anos de 2010 e 2016, idiomas português ou inglês, serem estudos primários e apresentarem texto completo disponível. Por conseguinte, os critérios de exclusão foram oriundos do não atendimento aos primeiros.

Para a coleta dos dados foram utilizados descritores, nos idiomas português e inglês, relacionados ao profissionalismo na educação médica, educação médica, humanismo na educação e na assistência médica, responsabilidade profissional, relação e conflito entre médico e paciente.

Para a análise e apresentação dos dados foram consideradas as categorias ensino do humanismo, atributos do humanismo e intervenções educacionais adotadas para o desenvolvimento do humanismo na prática médica. Tais categorias foram resultantes da utilização da técnica de análise de conteúdo adotada para a interpretação dos dados.

A adaptação dos passos propostos pela Colaboração Cochrane (ROTHER, 2007) para o tema deste estudo resultou na descrição apresentada no QUADRO 1.

Quadro 1 – Adaptação dos passos para elaboração de revisão sistemática de literatura, segundo a Colaboração Cochrane

Passos	Descrição
Formulação da pergunta	Quais ações estão sendo desenvolvidas nos cursos de medicina para retomada da humanização na prática médica?
Localização dos estudos	Pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, que permite a seleção e acesso a materiais publicados no banco de dados da <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> (MEDLINE) da <i>US National Library of Medicine's</i> (NLM).
Avaliação crítica dos estudos	Os critérios de inclusão das publicações foram: abordar o tema humanização da prática médica, ter data de publicação entre 2010 e 2016, além de estar nos idiomas inglês ou português e apresentar texto completo disponível. Foram incluídas somente publicações com estudos primários, independente do tamanho da amostra. Os critérios de exclusão foram, portanto, o não atendimento aos critérios estabelecidos para a inclusão das publicações, além daqueles em que tenham sido constatados falta de rigor científico e/ou comprometimento ético.
Coleta dos dados	Foram utilizados os seguintes termos e expressões, além dos descritores <i>Medical Subject Headings</i> (MESH) e Descritores em Ciências da Saúde (DECS), nos idiomas português e inglês, além dos operadores booleanos <i>and</i> , <i>or</i> e <i>not</i> para concatenar os termos de pesquisa: a) profissionalismo na educação médica, <i>professionalism in medical education</i> ; b) educação médica, <i>medical education</i> ; c) humanismo na educação médica, <i>humanism in medical education</i> ; d) humanização da assistência, <i>humanization of assistance</i> ; e) responsabilidade profissional, <i>professional responsibility</i> ; f) relação médico-paciente, <i>physician-patient relations, doctor-patient relations</i> ; g) conflito entre médico e paciente, <i>conflict between doctor and patient, professional-patient disagreement</i> .
Análise e apresentação dos dados	Foram consideradas as seguintes categorias: a) ensino do humanismo; b) atributos do humanismo; c) intervenções educacionais adotadas para o desenvolvimento do humanismo na prática médica.
Interpretação dos dados	Análise de conteúdo.

Neste estudo foi adotada a abordagem qualitativa, uma vez que o objetivo e a pergunta norteadora se referem à humanização na assistência médica (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

4.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, conforme proposta de Bardin (1977), que adota três fases, quais sejam: pré-análise, em que ocorre a organização do material; a exploração do material, em que é feita a seleção das informações a serem analisadas; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, em que são sintetizados os resultados obtidos e realizada a análise consoante os objetivos propostos.

A aplicação da análise de conteúdo, em suas três fases, permitiu a identificação de três categorias no material selecionado, quais sejam: atributos do humanismo, ensino do humanismo e intervenções educacionais adotadas para o desenvolvimento do humanismo na prática médica.

5 RESULTADOS

5.1 Publicações selecionadas

A coleta de dados foi realizada mediante acesso por meio eletrônico às bases de dados selecionadas, Lilacs e PubMed, com a aplicação dos descritores previamente selecionados.

O resultado revelou 184 artigos potencialmente relevantes, sendo que 10 deles foram excluídos por não apresentarem o resumo disponível, 13 por estarem em outro idioma, os demais 161 tiveram seus títulos e resumos lidos, o que resultou na exclusão de 134 destes por não atendimento aos critérios de inclusão determinados, ou seja, abordagem distinta e/ou inadequada da temática desejada (58), ausência de dados primários (29), serem constituídos por revisões narrativas, integrativas ou sistemáticas sobre o tema (36), indisponibilidade do texto completo nos idiomas inglês e/ou português (11).

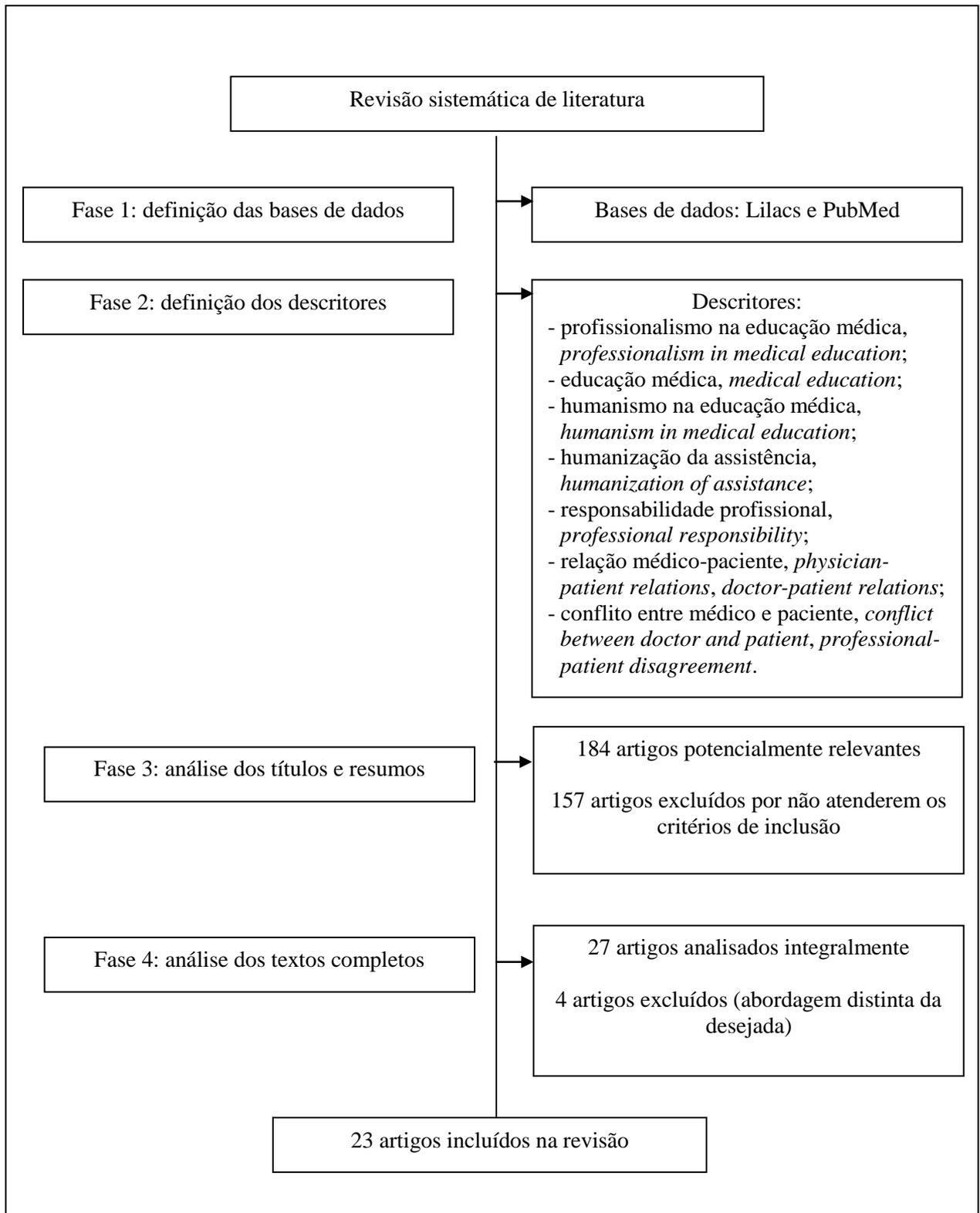
Os demais 27 artigos foram lidos integralmente, o que culminou com a exclusão de outros quatro, devido ao fato de apresentarem abordagem distinta daquela desejada, revelando inadequação aos critérios de inclusão determinados previamente. Assim, foram selecionadas 23 publicações para análise.

A síntese do processo de seleção das publicações analisadas é apresentada na FIG. 1.

Entre as 23 publicações selecionadas para análise, 13 (56,5%) estavam no idioma inglês e 10 (43,5%) em português, cuja descrição é apresentada no QUADRO 2.

Em relação ao período de publicação, os artigos selecionados foram distribuídos da seguinte forma: dois em 2010, um em 2011, três em 2012, três em 2013, sete em 2014, dois em 2015 e cinco em 2016.

Figura 1 – Processo de seleção das publicações



Quadro 2 – Publicações selecionadas para estudo

				Continua
Idioma	Autor	Título	Periódico	Ano
Inglês	Rosenthal et al.	<i>Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students</i>	<i>Academic Medicine</i>	2011
	Byszewski et al.	<i>Wanted: role models – medical students' perceptions of professionalism</i>	<i>BMC Medical Education</i>	2012
	Kesselheim, Sectish e Joffe	<i>Education in professionalism: results from a Survey of Pediatric Residency Program</i>	<i>Journal of Graduate Medical Education</i>	
	Dossett et al.	<i>A medical student elective promoting humanism, communication skills, complementary and alternative medicine and physician self-care: an evaluation of the HEART Program</i>	<i>Explore</i>	2013
	Akhund, Shaikh e Ali	<i>Attitudes of Pakistani and Pakistani heritage medical students regarding professionalism at a medical college in Karachi, Pakistan</i>	<i>BMC Research Notes</i>	2014
	Chou, Kellom e Shea	<i>Attitudes and habits of highly humanistic physicians</i>	<i>Academic Medicine</i>	
	Ho et al.	<i>A tale of two cities: understanding the differences in medical professionalism between two Chinese cultural contexts</i>	<i>Academic Medicine</i>	
	Paro et al.	<i>Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?</i>	<i>Plos One</i>	2015
	Ahrweiler et al.	<i>Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians</i>	<i>BMC Medical Education</i>	
	Abedini et al.	<i>Cross-cultural perspectives on the patient-provider relationship: a qualitative study exploring reflections from Ghanaian medical students following a clinical rotation in the United States</i>	<i>BMC Medical Education</i>	
	Batley et al.	<i>Cynicism and other attitudes towards patients in an emergency department in a middle eastern tertiary care center</i>	<i>BMC Medical Education</i>	2016
	Jung et al.	<i>A study of core humanistic competency for developing humanism education for medical students</i>	<i>Journal of Korean Medical Science</i>	
	Lee et al.	<i>Enhancing student perspectives of humanism in medicine: reflections from de Kalaupapa service learning project</i>	<i>BMC Medical Education</i>	

Quadro 2 – Publicações selecionadas para estudo

				Conclusão
Idioma	Autor	Título	Periódico	Ano
Português	Daltro e Bueno	Ludicidade e narrativa: estratégias de humanização na graduação médica	Revista Brasileira de Educação Médica	2010
	Rios	Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica	Ciência & Saúde Coletiva	
	Rios e Schraiber	A relação professor-aluno em medicina – um estudo sobre o encontro pedagógico	Revista Brasileira de Educação Médica	2012
	Ayres et al.	Humanidades como disciplina da graduação em medicina	Revista Brasileira de Educação Médica	2013
	De Marco et al.	Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante do profissional de saúde	Interface – Comunicação, Saúde, Educação	
	Rosevics et al.	ProCura – A arte da vida: um projeto pela humanização na saúde	Revista Brasileira de Educação Médica	
	Takahagui et al.	MadAlegria – Estudantes de medicina atuando como Doutores-Palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico?	Revista Brasileira de Educação Médica	2014
	Rios e Sirino	A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes	Revista Brasileira de Educação Médica	2015
	Silva, Gallian e Schor	Literatura e humanização: uma experiência didática de educação humanística em saúde	Revista Brasileira de Educação Médica	2016
	Martins e Bellodi	<i>Mentoring</i> : uma vivência de humanização e desenvolvimento no curso médico	Interface – Comunicação, Educação, Saúde	

O total de autores das publicações selecionadas atingiu 114, sendo informadas por estes diferentes qualificações, sendo citados graus acadêmicos, profissões, funções e cargos, o que dificultou qualquer inferência quanto a tal aspecto.

As qualificações dos autores das publicações selecionadas são apresentadas no Apêndice A. Ressalta-se que 28,0% das qualificações indicadas envolveram professores, doutores e mestres, enquanto 51,8% das respostas não indicaram a qualificação, citando apenas a instituição à qual os autores estavam vinculados.

Os locais de realização dos estudos foram variados, sendo que 47,8% deles foram realizados no Brasil. Os EUA e os países asiáticos foram locais de realização de 17,4%, cada um, dos estudos selecionados, enquanto o Canadá e a África responderam por 4,3%, respectivamente. O Apêndice B apresenta os locais de realização dos estudos selecionados.

Em relação ao desenho do estudo predominaram os *surveys* (39,1%) e a abordagem qualitativa (73,9%), conforme mostra a TAB. 1. Os estudos descritivos representaram 34,8% daqueles selecionados, seguidos pelos estudos de caso (21,7%) e relato de experiência (4,3%). Em relação à abordagem, os demais 21,7% foram quantitativos e 4,3% mistos (qualitativo-quantitativo).

Tabela 1 – Desenho e abordagem das publicações selecionadas

Desenho	Frequência	Percentual (%)*
Descritivo, qualitativo	6	26,1
Descritivo, quantitativo	1	4,3
Descritivo, documental, qualitativo	1	4,3
Estudo de caso, qualitativo	5	21,7
<i>Survey</i> , descritivo, quantitativo	2	8,7
<i>Survey</i> , transversal, qualitativo	2	8,7
<i>Survey</i> , qualitativo	2	8,7
<i>Survey</i> , qualitativo-quantitativo (misto)	1	4,3
<i>Survey</i> , multicêntrico, quantitativo	1	4,3
<i>Survey</i> , quantitativo	1	4,3
Relato de experiência, qualitativo	1	4,3
Total	23	99,7

*Diferença decorrente de arredondamentos.

As amostras analisadas nos estudos selecionados envolveram diferentes sujeitos, com maior frequência indivíduos ligados à área médica (88,8%), conforme apresentado na TAB. 2. Ressalta-se que 77,2% dos sujeitos envolvidos foram constituídos por estudantes de medicina e apenas 5,1% por professores.

Tabela 2 – Amostras analisadas nas publicações selecionadas

Sujeitos*	Quantidade	Percentual (%)***
Estudantes de medicina (pós-graduação, inclusive)**	2.889	77,2
Pais	228	6,1
Professores	190	5,1
Trabalhadores de faculdade e hospital universitário	161	4,3
Participantes da Educação Médica	97	2,6
Diretores de Programa de Residência em Pediatria	96	2,6
Médicos	66	1,8
Residentes	7	0,2
Estagiários	6	0,2
Enfermeira	1	0,03
Advogado do Cremesp	1	0,03
Total	3.742	100,2

*Não foram computados 25 relatórios elaborados por estudantes de medicina. **Rios e Schraiber (2012) indicam oito grupos de 14 a 16 alunos; para inclusão na tabela foi considerada a média de 15 alunos por grupo, perfazendo o total de 120 alunos. ***Diferença decorrente de arredondamentos.

A distribuição das publicações selecionadas, segundo as categorias ensino e atributos do humanismo e intervenções educacionais para a retomada do humanismo na prática médica, revelou-se equilibrada, tal como apresentado na TAB. 3.

Tabela 3 – Distribuição percentual das publicações selecionadas de acordo com as categorias temáticas

Categorias	Quantidade	Percentual (%)
Ensino do humanismo	8	34,8
Atributos do humanismo	6	26,1
Intervenções educacionais para a retomada do humanismo na medicina	9	39,1
Total	23	100,0

O detalhamento das publicações selecionadas é apresentado no QUADRO 3.

Quadro 3 – Detalhamento das publicações selecionadas de acordo com as categorias temáticas

Continua			
Categorias temáticas	Autor	Título	Ano
Ensino do humanismo	Rios	Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica	2010a
	Byszewski et al.	<i>Wanted: role models – medical students' perceptions of professionalism</i>	
	Kesselheim, Sectish e Joffe	<i>Education in professionalism: results from a Survey of Pediatric Residency Program</i>	2012
	Rios e Schraiber	A relação professor-aluno em medicina – um estudo sobre o encontro pedagógico	
	Ayres et al.	Humanidades como disciplina da graduação em medicina	2013
	Akhund, Shaikh e Ali	<i>Attitudes of Pakistani and Pakistani heritage medical students regarding professionalism at a medical college in Karachi, Pakistan</i>	2014
	Rios e Sirino	A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes	2015
	Jung et al.	<i>A study of core humanistic competency for developing humanism education for medical students</i>	2016
Atributos do humanismo	Rosenthal et al.	<i>Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students</i>	2011
	Chou, Kellom e Shea	<i>Attitudes and habits of highly humanistic physicians</i>	
	Ho et al.	<i>A tale of two cities: understanding the differences in medical professionalism between two Chinese cultural contexts</i>	
	Paro et al.	<i>Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?</i>	2014
	Ahrweiler et al.	<i>Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians</i>	
	Batley et al.	<i>Cynicism and other attitudes towards patients in an emergency department in a middle eastern tertiary care center</i>	2016

Quadro 3 – Detalhamento das publicações selecionadas de acordo com as categorias temáticas
Conclusão

Categorias temáticas	Autor	Título	Ano
Intervenções educacionais para retomada do humanismo na prática médica	Daltro e Bueno	Ludicidade e narrativa: estratégias de humanização na graduação médica	2010
	Dossett et al.	<i>A medical student elective promoting humanism, communication skills, complementary and alternative medicine and physician self-care: an evaluation of the HEART Program</i>	2013
	De Marco et al.	Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante do profissional de saúde	
	Rosevics et al.	ProCura – A arte da vida: um projeto pela humanização na saúde	2014
	Takahagui et al.	MadAlegria – Estudantes de medicina atuando como Doutores-Palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico?	
	Abedini et al.	<i>Cross-cultural perspectives on the patient-provider relationship: a qualitative study exploring reflections from Ghanaian medical students following a clinical rotation in the United States</i>	2015
	Lee et al.	<i>Enhancing student perspectives of humanism in medicine: reflections from de Kalaupapa service learning project</i>	
	Silva, Gallian e Schor	Literatura e humanização: uma experiência didática de educação humanística em saúde	2016
Martins e Bellodi	<i>Mentoring: uma vivência de humanização e desenvolvimento no curso médico</i>		

5.2 Atributos do humanismo

Entre os atributos do humanismo, a empatia foi o principal atributo citado nos estudos selecionados (AHRWEILER et al., 2014; BATLEY et al., 2016; PARO et al., 2014; ROSENTHAL et al., 2011).

Os atributos inerentes ao humanismo médico variam entre culturas, sendo mais frequentes na cultura ocidental aqueles relacionados à competência clínica, comunicação, ética, humanismo, excelência, responsabilidade e altruísmo. Em pesquisa realizada em 2011, incluindo 97 profissionais da área de educação médica, da *Peking Union Medical College* (Pequim, China), foi identificado que entre os atributos inerentes ao humanismo na medicina, na cultura oriental, sobressaem alguns aspectos comuns à cultura ocidental, relativos à competência clínica, comunicação, ética, humanismo, excelência, responsabilidade, altruísmo, além daqueles especificamente voltados para a moralidade/integridade, que sugerem adesão aos princípios; trabalho em equipe, que revela o apoio mútuo entre profissionais; autogestão, que inclui o gerenciamento emocional, de tempo, de saúde e de crises; promoção da saúde, que

engloba ações de educação aos pacientes e adoção de precauções entre os profissionais; e considerações econômicas, que contemplam atenção às dificuldades econômicas dos pacientes, como também a situação financeira da instituição assistencial. O estudo revelou que as competências consideradas relevantes por chineses apresentam diferenças significativas dos valores ocidentais, especialmente na ênfase à moralidade e integração dos papéis sociais e pessoais, mais evidenciados pelos orientais (HO et al., 2014).

Alguns estudos sugerem que a empatia do estudante de medicina decresce com o avanço dos anos de estudo, afetando a humanização da assistência (BATLEY et al., 2016). Entretanto, outros estudos não identificaram tal declínio (PARO et al., 2014; ROSENTHAL et al., 2011).

O declínio da empatia pode ser associado a aspectos relativos a pressão e estresse, mais frequentes na medida em que o curso avança, momento em que os alunos são sobrecarregados com maior quantidade de atividades e responsabilidades, o que pode contribuir para perda da qualidade de vida e ocasionar o esgotamento emocional, ou *burnout*². Em pesquisa realizada entre 2011 e 2012, com 1.350 alunos de 22 escolas de medicina brasileiras, mediante aplicação do *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, *World Health Organization Quality of Life – Bref*³ (WHOQOL-BREF) e *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, foi identificado que as mulheres exibiram disposições mais elevadas para preocupação empática e angústia pessoal, além de percepções mais baixas da qualidade de vida física e psicológica e maior exaustão emocional do que os homens. Entretanto, os homens revelaram mais despersonalização. Todos os alunos revelaram a presença de *burnout* em todas as etapas do curso, bem como maior exaustão emocional e despersonalização nos últimos anos do curso (PARO et al., 2014).

Outros fatores que dificultam o desenvolvimento da empatia se referem à falta de atenção a esse aspecto da assistência nos cursos de graduação, como ainda a interações negativas com pares e/ou professores e às condições adversas de trabalho. Pesquisa com 42 médicos de diferentes especialidades realizada na Alemanha, no ano de 2010, questionando qual o

² A síndrome de *burnout* envolve três componentes: “[...] 1) a exaustão emocional, em que trabalhadores entendem que não podem dar mais de si mesmos e percebem o esgotamento da energia e dos recursos emocionais próprios devido ao contato diário com os problemas; 2) a despersonalização, a qual caracteriza-se por sentimentos e atitudes negativas e de cinismo com as pessoas destinatárias do trabalho, endurecimento afetivo e coisificação da relação; 3) a falta de envolvimento pessoal no trabalho, que é a tendência de uma evolução negativa no trabalho, afetando a habilidade para a sua realização” (REATTO; ARAÚJO, 2016, p. 166).

³ *Short version*, versão reduzida.

conteúdo educacional ou especialização teve reflexo positivo ou negativo em sua empatia, resultou em seis categorias temáticas, quais sejam: (1) em geral, a educação médica não promove o desenvolvimento da empatia; (2) reconhecer as dimensões psicossociais do cuidado promove a empatia; (3) interações com pacientes na prática médica promovem a empatia; (4) o autodesenvolvimento ativo dos médicos através da prática reflexiva ajuda o desenvolvimento da empatia; (5) interações com os colegas podem tanto promover como inibir a empatia através do seu papel de modelagem de comportamento empático e não empático; (6) o estresse, a pressão do tempo e as condições de trabalho adversas são prejudiciais ao desenvolvimento da empatia. Apenas as três primeiras categorias corresponderam à temática da pesquisa. Os principais aspectos nas categorias temáticas revelaram que: (1) a empatia não é enfatizada no curso de medicina; (2) a interação médico-paciente ocorreu por meio de treinamento em psicologia, medicina ou psicoterapia, cursos de entrevistas, temas de ética médica e treinamento de atenção, prática geral e cuidados paliativos; (3) prática médica durante a graduação e contato com pacientes, cooperação interdisciplinar e comunicação com os pacientes; (4) participação espontânea em atividades extracurriculares; (5) superiores, professores e colegas que demonstram comportamento empático são considerados modelos positivos, enquanto aqueles com comportamento cínico e não responsivo aos pacientes foram considerados modelos negativos; (6) as condições adversas de trabalho, a pressão do tempo para realizar muitos atendimentos, estresse no local de trabalho ou durante o curso de graduação prejudicam a empatia (AHRWEILER et al., 2014).

Entre os aspectos que prejudicam a empatia, devem-se também considerar alguns tipos de comportamentos e atitudes que podem ser exacerbados pelas diferenças culturais. Estudo realizado pelo *American University of Beirut Medical Center* (Beirute, Líbano), contemplando 11 estudantes de medicina, seis estagiários, sete residentes e seis médicos assistentes, entre os anos de 2011 e 2013, mostrou aspectos negativos relatados com cinismo pelos participantes da pesquisa, que consideraram que os pacientes que buscam atendimento no Departamento de Emergência do hospital, em geral, exageram a gravidade do seu caso, buscando, muitas vezes, atendimentos às segundas-feiras e feriados com o intuito de obter licenças por doença, evidenciando elevado cinismo nessa conduta. Outro fator revelado como estressante foi a presença de número significativo de familiares acompanhando os pacientes, sendo estes considerados intrusivos, questionadores, agressivos e desrespeitosos, além de

exigentes. Os aspectos positivos e reveladores de empatia mais elevada foram direcionados a situações envolvendo crianças e idosos (BATLEY et al., 2016).

Meios que têm sido relatados para a preservação da empatia entre estudantes de medicina e médicos incluem intervenções educativas, atitudes e hábitos individuais, condições ambientais e culturais.

Entre as intervenções educativas favoráveis à preservação da empatia são citadas a inclusão no currículo acadêmico de espaço para discussões acerca das reações, percepções e sentimentos dos alunos nas situações de atendimento a pacientes, como ainda programas específicos, como o *Gold Humanism Honor Society*, para reforço da empatia entre os alunos. Essas intervenções incluem também *blogs* sobre experiências dos alunos, discussão de eventos significativos, artigos de jornal e filmes. Os *blogs* anônimos favorecem a exposição e discussão do humanismo na prática de estudantes de medicina, facilitando a narrativa das situações e também de opiniões dos que compartilham e discutem essa temática. Após tais intervenções, foi realizada uma avaliação do impacto dessas iniciativas, em 209 alunos das turmas de 2009 e 2010, da *Robert Wood Johnson Medical School* (New Jersey, EUA), que mostraram resultados positivos, com preservação da empatia ao longo do curso (ROSENTHAL et al., 2011).

Em pesquisa com 16 residentes de medicina interna da *University of Pennsylvania* (Pensilvânia, EUA), em 2011, foram citadas como atitudes que sustentam o humanismo: a humildade, por meio da qual o profissional entende que pode aprender com o paciente e sua doença; a curiosidade, que permite entender melhor o histórico do paciente, sua vida e o seu estado atual de saúde; o padrão de comportamento, que visa aplicar ao paciente o mesmo tratamento que gostaria de receber; a importância para o paciente da assistência integral; importância para o médico em aprofundar a relação com o paciente, mediante o conhecimento do contexto em que ele vive. Os pesquisados relataram que, entre os hábitos que oferecem suporte às atitudes humanistas e que são praticados por eles, estão: autorreflexão, que permite ao médico ponderar sobre as situações vivenciadas e rever sua conduta; conexão com os pacientes, que permite explorar a relação entre seres humanos, além daquela restrita à relação médico-paciente; ensino e modelagem de papéis, que favorecem a exposição a alunos sobre a conduta humanística a ser adotada perante pacientes em sua vida profissional; equilíbrio entre a vida pessoal e profissional; focalizar a atenção na prática médica, sem desvios; práticas

espirituais; e apoio ambiental, decorrente do apoio recebido de outros profissionais que atuam na assistência ao paciente e das condições em que é exercida a profissão (CHOU; KELLEM; SHEA, 2014).

5.3 Ensino do humanismo

Os resultados dos estudos selecionados na categoria ensino do humanismo – Akhund, Shaikh e Ali (2014), Ayres et al. (2013), Byszewski et al. (2012), Jung et al. (2016), Kesselheim, Sectish e Joffe (2012), Rios (2010a), Rios e Schraiber (2012), Rios e Sirino (2015) - evidenciaram como principais ações desenvolvidas pelas instituições de ensino alterações no currículo dos cursos de medicina.

A desarticulação das disciplinas de humanidades com o currículo médico tem sido considerada uma das principais dificuldades para a prática da humanização na medicina, evidenciando a importância da abordagem acadêmica ao tema, como ainda da avaliação da formação dos alunos nessa área (AKHUND; SHAIKH; ALI, 2014; BYSZEWSKI et al., 2012; KESSELHEIM; SECTISH; JOFFE, 2012; RIOS, 2010a; RIOS; SIRINO, 2015).

Apesar de haver reconhecimento de que o humanismo é uma competência central para a prática médica, um estudo realizado com 96 diretores de Programas de Residência em Pediatria (Seattle, EUA) mostrou que apenas 28% destes declararam que o curso pelo qual eram responsáveis tinha um currículo estruturado e escrito para a humanização e ética, 46% informaram a existência de currículo não escrito e os demais 26% que o curso não tinha nenhum currículo na área. No ingresso nos programas de residência, segundo os pesquisados, 93% dos alunos recebem informações verbais sobre o profissionalismo e 65% por escrito. Esses pesquisados revelaram que os cursos oferecem atividades práticas para o desenvolvimento do humanismo, porém poucos alunos participam (KESSELHEIM; SECTISH; JOFFE, 2012).

Um aspecto que contribui para as dificuldades de abordagem ao tema no período acadêmico é o chamado “currículo informal”, que oportuniza a manutenção de práticas tradicionais - centradas no professor e na transmissão de conhecimento - em que o comportamento do docente e seu relacionamento com alunos e pacientes constituem também uma forma de ensino (BYSZEWSKI et al., 2012; KESSELHEIM; SECTISH; JOFFE, 2012).

Por outro lado, professores que demonstram a capacidade de se relacionar de maneira positiva com alunos e pacientes também representam modelos a serem seguidos, conformando uma conduta mais humana e ética. Assim, os comportamentos são aprendidos no ambiente acadêmico devido ao comportamento dos docentes, que também é aceito pelas próprias instituições de ensino (BYSZEWSKI et al., 2012; RIOS; SCHRAIBER, 2012; RIOS; SIRINO, 2015).

Nesse sentido, o despreparo dos docentes é evidenciado, surgindo ações para o seu desenvolvimento, capacitação e aquisição de competências em humanidades (JUNG et al., 2016; RIOS, 2010a).

As estratégias recentes adotadas pelas instituições para o ensino da humanização têm ocorrido, com maior frequência, pela integração de disciplinas específicas ao currículo acadêmico (RIOS, 2010a), a elaboração de cenários⁴ e a modelagem de papéis⁵ (AKHUND; SHAIKH; ALI, 2014; BYSZEWSKI et al., 2012), ainda que se mantenham as formas tradicionais de transmissão de conteúdo centradas na pessoa do professor.

Entre as disciplinas introduzidas no currículo do curso de medicina de uma instituição de ensino de São Paulo e citadas por Ayres et al. (2013) estão: Medicina e Humanidades, com quatro módulos, contemplando aspectos filosóficos do cuidado em saúde, aspectos históricos do cuidado em saúde, aspectos socioantropológicos do cuidado em saúde, no primeiro ano. Rios (2010a), em outro estudo, indica, para a mesma instituição de ensino citada por Ayres et al. (2013), a inclusão das seguintes disciplinas: Bases Humanísticas da Medicina I e II no primeiro ano, Cidadania e Medicina e Psicologia Médica no terceiro ano, Bioética no quarto ano e Bioética Clínica no quinto ano.

Alunos têm considerado e citado a elaboração de cenários e a modelagem de papéis como iniciativas mais eficazes do que disciplinas teóricas, favorecendo a compreensão e o

⁴ Um cenário é o conjunto formado pela descrição de uma situação futura e o curso de eventos que permite um avanço da situação original para a situação futura (GODET, 1999). Essa metodologia permite aos estudantes simular ou reproduzir situações hipotéticas ou já ocorridas, visando identificar as diferentes condutas possíveis e suas prováveis consequências.

⁵ A modelagem é uma técnica usada para ensinar um comportamento novo por meio de reforço diferencial de aproximações sucessivas do comportamento. A modelagem permite também a alteração de um comportamento por meio de reforço ao comportamento desejado (PRÁSS, 2008). Dessa forma, atitudes e comportamentos de pares e professores podem servir como orientação aos comportamentos a serem desenvolvidos pelos alunos.

desenvolvimento da visão e da conduta humanista em estudantes e professores de medicina. A elaboração de cenários e a modelagem de papéis favorecem a interação entre professores e alunos e permitem a discussão e aplicação de condutas que reforçam o humanismo na prática médica, bem como indicar situações em que essa conduta não ocorre (AKHUND; SHAIKH; ALI, 2014; BYSZEWSKI et al., 2012).

Entre as formas de avaliação utilizadas, estão a elaboração de pôsteres, trabalhos dissertativos e entrevistas com pacientes (AYRES et al., 2013), a avaliação 360° e o *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (MINI-CEX) (KESSELHEIM; SECTISH; JOFFE, 2012), além da realização de atividades em equipe, com avaliação pelos pacientes e/ou pela equipe médica, apresentação de trabalhos, avaliações de pares e testes sobre o tema (JUNG et al., 2016). Têm sido refutadas as avaliações baseadas em notas, que induzem à aprovação ou reprovação, considerando-se a dificuldade de mensuração dos aspectos subjetivos que compõem o humanismo na assistência (JUNG et al., 2016).

5.4 Intervenções educacionais adotadas para o desenvolvimento do humanismo na prática médica

As intervenções educacionais implementadas pelas instituições de ensino para resgatar o humanismo na formação médica têm sido variadas, envolvendo desde alterações curriculares, até intercâmbios e programas de extensão. Entre as estratégias utilizadas, estão a inclusão de novas disciplinas, o uso de atividades lúdicas e atuação em contextos culturais distintos dos de origem dos estudantes.

As alterações curriculares têm contemplado desde a inclusão de disciplinas que abordam aspectos relativos à Psicologia Médica, ao Desenvolvimento do Ciclo de Vida (DCV) e Semiologia Mental até estratégias que incluem a abordagem bibliográfica, jogos, filmes, revistas e aulas expositivas participativas, visando o alcance da aprendizagem significativa. Adicionalmente, a forma de avaliação nessas disciplinas tem sido alterada, evitando-se as avaliações tradicionais baseadas em notas, que induzem à aprovação/reprovação. Na disciplina DCV, a avaliação ocorre em dois níveis: o primeiro nível “[...] se refere à avaliação cognitiva somativa de conteúdos teóricos da disciplina”, em que é avaliado o conteúdo cognitivo da disciplina e atribuído determinado número de pontos; o segundo é de “[...] natureza processual”, valendo a pontuação pela elaboração e entrega de material

autobiográfico, sem a formulação de “[...] qualquer juízo de valor” sobre o que foi escrito (DALTRO; BUENO, 2010, p. 500). Os primeiros resultados indicam aprovação dos alunos e possíveis efeitos na sua formação (DALTRO; BUENO, 2010).

Outra estratégia reside no uso de diferentes recursos metodológicos, que permeiam todo o curso de Medicina, com a inclusão de trabalhos em grupos reduzidos, uso de técnicas psicodramáticas, manifestações ligadas à arte, como, por exemplo, literatura e cinema. A ludicidade dessas manifestações permite aos alunos identificar na literatura e nos filmes situações que remetem à sua vivência, incentivando a reflexão e o desenvolvimento pessoal e profissional, sobre as formas de comunicação e de percepção do outro como indivíduo, sobre a maneira de se relacionar com seus pares, docentes, pacientes e o respeito e empatia entre as partes (DE MARCO et al., 2013).

Ainda, com ênfase na ludicidade, surgem os projetos que agregam diferentes atividades, como sessões de cinema, grupos de palhaços e contadores de histórias. No formato de projeto de extensão, com participação voluntária, as atividades relativas aos grupos de palhaços e contadores de histórias são compostas por uma parte teórica e prática. Todas as atividades desenvolvidas têm foco na humanização, visando favorecer as relações entre alunos e pacientes, aumentar a empatia, facilitar a comunicação entre as partes e modificar hábitos e comportamentos. O alcance das atividades atinge também os pacientes, buscando melhorar o bem-estar daqueles que se encontram em situação de hospitalização e/ou de adoecimento grave. A adesão dos alunos e as manifestações positivas em relação às atividades desenvolvidas permitem supor que o projeto tem atingido seus objetivos (ROSEVICS et al., 2014).

Outra versão é o projeto de extensão, que abrange diversos cursos ligados à área da saúde, que tem como figura central o doutor-palhaço, que, originalmente, era voltado para o público infantil, mas, atualmente, tem foco também em pacientes adultos e idosos. Resultados parciais do projeto indicam que os alunos atingiram benefícios no que diz respeito às habilidades de comunicação e na humanização, por meio da melhor compreensão da situação do paciente. Para os pacientes, os resultados têm-se materializado na redução de sintomas ansiosos e depressivos (TAKAHAGUI et al., 2014).

Outra estratégia consiste na oferta de disciplina eletiva denominada Laboratório de Humanidades, que se apoia no uso de literatura clássica universal, permitindo aos

participantes exporem sua percepção acerca do material de leitura, discutir o tema abordado e, ao final, elaborar uma análise da experiência pessoal sobre a atividade desenvolvida, incluindo a percepção dos outros participantes e a dinâmica em grupo. O resultado é a oferta aos alunos de uma possibilidade de reflexão acerca das diferenças culturais e temporais presentes na literatura, da diversidade de percepções e opiniões entre os participantes, como também exercitar o respeito e a compreensão, favorecendo a reflexão e o autoconhecimento (SILVA; GALLIAN; SCHOR, 2016).

A participação em programas eletivos de treinamento por imersão, como o *Humanistic Elective in Alternative Medicine, Activism, and Reflective Transformation* (HEART), que foi criado por alunos e professores de medicina e patrocinado pela *American Medical Student Association* (AMSA), dos EUA, em que os alunos passam quatro semanas envolvidos em atividades cooperativas e de aprendizagem, visando seu desenvolvimento pessoal e profissional, com foco na humanização. Apesar de não se ter uma avaliação formal dos resultados do programa, os participantes têm indicado efeitos positivos no seu desenvolvimento pessoal e profissional (DOSSETT et al., 2013).

Outras intervenções utilizadas são constituídas pelo contato com ambientes e culturas distintas daqueles de formação, em ambientes com mais ou menos recursos assistenciais (ABEDINI et al., 2015; LEE et al., 2016).

Estudantes de Medicina de Gana, na África Ocidental, têm-se beneficiado de programas eletivos de imersão em instituições de ensino norte-americanas, uma vez que a experiência evidencia limitações impostas por questões culturais e ambientais, como também as diferenças entre formas de atendimento aos pacientes. Os participantes ganenses têm relatado resultados positivos da aprendizagem, essencialmente em aspectos relativos à humanização do cuidado, ao respeito aos pacientes e à interação com estes, cuja repercussão foi evidenciada em até 17 meses após o regresso às instituições de origem (ABEDINI et al., 2015).

A aprendizagem em serviço é considerada parte integrante da formação de futuros médicos, sendo exigida nos currículos das escolas de medicina norte-americanas, pelo *Liaison Committee on Medical Education*. Atendendo a tal exigência, o *Kalaupapa Service Learning Project* prevê a aprendizagem em serviço, por meio do contato entre estudantes e uma comunidade rural carente e subatendida. O projeto é desenvolvido na ilha de Moloka'i, Havaí,

para onde, no período de 1865 a 1969, foram transferidos pacientes com hanseníase, de forma compulsória. Depois desse período foi suspenso o isolamento e foi facultado à população sair do assentamento. No entanto, décadas de maus-tratos e o estigma da doença levaram à permanência desses indivíduos no assentamento. O projeto é integrado ao curso *'Imi Ho'ōla Scientific Basis of Medicine*, da *University of Hawai'i John A. Burns School of Medicine*. Ao final do período de permanência no projeto, os alunos escrevem um relatório com suas reflexões sobre a experiência, que consiste em três dias de imersão na realidade local, assistindo aqueles pacientes. Os alunos têm a oportunidade de compreender a doença e analisar os aspectos enfrentados pelos pacientes, relativamente ao sofrimento causado pela estigmatização e a cultura de segregação compulsória recente. Entre os anos de 2008 e 2014, 41 alunos participantes apresentaram relatórios, evidenciando a emergência e o aumento da empatia e respeito pelos pacientes, bem como o aumento da cooperação entre eles, possibilitando também maior proximidade com os docentes. Os relatórios elaborados pelos alunos têm demonstrado resultados positivos da experiência, especialmente, em relação à prática futura da medicina, uma vez que os alunos participantes declararam a intenção de levar para a vida profissional os aspectos de humanização, decorrentes da melhor compreensão e disposição para atuar de maneira mais respeitosa e empática com pacientes carentes (LEE et al., 2016).

Por fim, surge o Programa de *Mentoring* ou tutoria, desenvolvido em uma universidade pública de Minas Gerais, cuja participação é obrigatória para alunos do terceiro ano, período em que ocorrem os primeiros atendimentos, aumentando o estresse para os alunos. Os alunos são divididos em pequenos grupos e recebem acompanhamento de um professor, que oferece suporte nos momentos de transição e dificuldades vivenciados pelos estudantes. Ao final do programa, os alunos elaboram um relatório em que descrevem suas percepções e avaliam a experiência. Entre os anos de 2001 e 2010 foram produzidos 539 relatórios. O estudo revelou que o *mentoring* ainda não é totalmente compreendido em seu potencial de contribuição, sendo que alguns alunos expressaram dúvidas e insatisfação quanto à atividade, contudo a maior parte deles revelou que a atividade contribui para o bem-estar dos alunos e para o desenvolvimento de habilidades importantes, bem como para a humanização da prática médica (MARTINS; BELLODI, 2016).

6 DISCUSSÃO

As 23 publicações selecionadas apresentaram intervenções variadas, revelando que não há consenso sobre as ações para a retomada do ensino do humanismo nas escolas médicas. A maior parte das intervenções envolveu alunos e professores das escolas de medicina, o que revela consistência com a temática abordada, pois, trata diretamente da retomada da humanização no ensino médico.

Entre os atributos do humanismo, aquele mais citado foi a empatia, que, segundo as publicações selecionadas, inclui: comunicação, compreensão, atenção, respeito e entendimento do outro em sua diversidade. As intervenções educacionais envolveram diferentes atividades. As atividades lúdicas buscaram criar condições para a reflexão e compreensão de diferentes contextos e situações em que ocorre o relacionamento entre indivíduos e, por consequência, a prática médica. A exposição de alunos a ambientes distintos daquele em que vivem habitualmente mostrou a importância da empatia e da disposição do indivíduo em compreender a falta de recursos ou os diferentes aspectos culturais que influenciam pacientes e profissionais na sua prática diária, com maior ênfase para questões de respeito e autonomia, entre outras. A diferença entre a formação acadêmica e o contexto social desses atores - médicos e pacientes -, muitas vezes, levam a incompreensões e dificuldades que podem prejudicar a adesão ao tratamento, entre outros aspectos (CAPRARA; FRANCO, 1999). Ademais, deve-se observar que a exposição a condições adversas, como, por exemplo, falta de materiais, sobrecarga de trabalho e o currículo oculto das escolas de medicina, entre outros aspectos, podem levar ao declínio da empatia ao longo da formação (BATT-RAWDEN et al., 2013; OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006; RIOS, 2009; WILKINSON; MOORE; FLYNN, 2012).

Ao longo da vida profissional, os médicos são submetidos a diferentes situações e pressões e isso pode influenciar os resultados futuros das intervenções no ensino. É importante lembrar que o contexto da sociedade atual é marcado por intenso individualismo e indiferença entre e para com as pessoas e essa situação afeta o campo profissional, estendendo-se também à prática médica (JANAUDIS et al., 2011; RIOS, 2009; SERÓDIO; ALMEIDA, 2008).

Alguns autores têm atribuído a desumanização da prática médica às escolas de medicina, uma vez que estas têm sido impelidas, cada vez mais, a dedicar parcela significativa do currículo

do curso a aspectos científicos. Dessa forma, as disciplinas relacionadas ao humanismo são abordadas em carga horária reduzida, e parte desse aprendizado é obtida pela observação da conduta de professores ou mesmo tem sua existência baseada na suposição de que esse tipo de conhecimento faz parte das orientações e experiências decorrentes da vivência familiar do indivíduo (MORETO; BLASCO, 2012; OPPERMANN, 2006; PEIXINHO, 2001, RIOS, 2010b).

Sob o aspecto relativo às alterações curriculares, as intervenções apresentadas demonstraram o intuito de tornar mais explícita a formação humanista dos estudantes, enfatizando também a importância dessa transformação na conduta de futuros profissionais. Essa disposição converge para o atendimento às orientações contidas nas DCN. Entretanto, as DCN são amplas e inespecíficas o suficiente para que cada instituição elabore seu próprio programa de ensino, desde que contempladas suas diretrizes, os conteúdos curriculares e um projeto pedagógico que inclua dimensões éticas e humanistas na formação discente, entre outros aspectos (BRASIL, 2001, 2013, 2014; BURSZTYN, 2015).

As estratégias adotadas pelas escolas de medicina para a retomada do humanismo na prática médica incluem desde novas disciplinas no currículo dos cursos de medicina, o uso de atividades lúdicas e atuação em diferentes contextos culturais. A experiência de analisar diferentes situações e contextos favorece a aproximação da prática médica com outras disciplinas menos técnicas, trazendo reflexões sobre as condições em que se desenvolvem o relacionamento e a comunicação entre diferentes atores (GOMES et al., 2011).

Os estudos selecionados diferem em metodologia, amostra, cenários etc., dificultando comparações. Esse aspecto mostra a influência do modelo de gestão de cada instituição, revelando, ainda, a ausência de diálogo entre as instituições de ensino. Mas revela também que essas instituições e seus gestores estão atentos às manifestações da sociedade e, em especial, dos usuários dos serviços médicos.

Ainda, o imediatismo e a pressa por respostas e resultados comprometem a reflexão e uma análise mais acurada das situações enfrentadas (JANAUDIS et al., 2011). Ademais, o ser humano, de modo geral, não está instrumentalizado para lidar com a dor e o sofrimento, aspectos que são frequentes na prática médica, motivando, não raro, algum distanciamento entre os profissionais e pacientes, como forma de autoproteção (BLASCO, 2010). Assim, é

preciso reconhecer a dificuldade em se mensurar o potencial de acerto das estratégias adotadas durante a fase de ensino e seus reflexos ao longo do desenvolvimento da carreira profissional.

O principal aspecto evidenciado nas publicações é que as instituições e os atores envolvidos estão sensibilizados para a situação de desumanização da prática médica e que estão envidando e participando dos esforços para sua reversão. Em termos gerais, todas as intervenções relatadas convergem para uma maior aproximação entre as pessoas, para melhoria da comunicação e também para o reconhecimento da sua individualidade. Komatsu (2002) defende que o resgate do humanismo na educação médica passa, essencialmente, pela transformação do currículo das escolas, com abordagem mais explícita da relação médico-paciente e sua importância para o exercício futuro da profissão.

As estratégias enunciadas têm sido implementadas durante a formação de médicos, sendo que seus resultados podem ser menos evidenciados durante os anos do curso, porém o reflexo, na prática, possivelmente se tornará explícito com o desenvolvimento da carreira. Nessa fase é que poderá ser possível para os pacientes observarem e se beneficiarem dos resultados da formação a que os profissionais foram submetidos ao longo do curso. Entretanto, não se pode descartar a possibilidade de resultado inverso.

A análise sobre a aplicabilidade dessas iniciativas é comprometida pelo fato de que, em geral, são atividades que demandam adesão espontânea dos alunos e professores, carecendo também de avaliações objetivas sobre os resultados obtidos. Os programas de contato com outras culturas e ambientes com diferentes recursos são também reduzidos e dependentes de uma seleção específica. A consequência é que poucos indivíduos podem se beneficiar dessa experiência.

Observa-se, assim, que há fragmentação nas ações empreendidas e estas estão reservadas ao âmbito das instituições de ensino de medicina. As variações culturais que envolvem a ética e o humanismo também contribuem para a dificuldade no ensino e na avaliação desses aspectos. Uma alternativa para mitigar essas dificuldades poderia ser a implantação de projetos de extensão abertos a outros cursos e à sociedade em geral. Ainda assim, é uma iniciativa dependente de adesão, mas, ao mesmo tempo, contribuinte da expansão do tema e com potencial de ampliar sua abordagem.

Por outro lado, a crença de que aspectos subjetivos da conduta humana e profissional somente podem ser ensinados por exemplos, e não de maneira objetiva, talvez acrescente dificuldades ao ensino do humanismo na prática médica. As iniciativas que foram abordadas mostram a deficiência na avaliação dos resultados, permitindo inferir que estes somente serão passíveis de avaliação no decorrer da vida profissional. Parte-se, assim, de uma suposição de que se poderia criar um modelo de avaliação que utilizasse indicadores qualitativos complementados por outros quantitativos. Nesse sentido, a modelagem de papéis e a elaboração de cenários podem contribuir para subsidiar a oferta de indicadores a serem avaliados mais objetivamente.

A pesquisa realizada mostrou que cada instituição procura identificar a melhor forma de lidar com a atual demanda para a humanização da prática médica, porém, de forma isolada, sem diálogo entre as instituições de ensino e/ou com outros setores da sociedade que influenciam diretamente as condições em que ocorre o exercício da profissão. A desumanização da prática médica decorre de diversos fatores conjugados, sendo que a formação é apenas um deles e esta não pode responder por todas as dificuldades que permeiam esse campo.

Ademais, a dependência de adesão na maior parte dessas disciplinas e programas e a falta de uma avaliação objetiva dos seus resultados durante o período de formação dificultam ainda mais a identificação de sua propriedade à finalidade desejada. Em suma, são ações incipientes na busca de um direcionamento que permita alterar o quadro atual de insatisfação com a prática médica no que diz respeito à humanização. Contudo, se essas mudanças não forem resultantes da inclusão de outras instâncias – instituições de ensino, fontes pagadores, governo, sociedade etc. - no diálogo e na identificação de soluções mais amplas, o problema persistirá sem solução adequada e as escolas continuarão com o peso da responsabilidade que lhes tem sido imputada.

Por fim, é necessário se considerar as limitações deste estudo, cuja maior parte das publicações se concentrou no Brasil. Essa limitação foi proposital, uma vez que aspectos culturais e legais diferem entre localidades, mas constituem fatores determinantes para diferentes situações e condutas. Assim, traços da cultura e da legislação brasileira, pautados em valores ocidentais, diferem, por exemplo, daqueles orientais e árabes. Aspectos da legislação brasileira, por sua vez, se distinguem dos norte-americanos e europeus, entre outros. O interesse em identificar alternativas para uma situação local orientou tal disposição.

Esse aspecto também contribuiu para que a seleção de publicações internacionais se restringisse àquelas prontamente disponíveis nas bases de dados consultadas – Lilacs e PubMed, não dependendo dos trâmites mais demorados provenientes de aquisição de outros materiais. Ainda, a necessidade de melhor utilização do tempo para a pesquisa, seleção e análise dos materiais foi também condicionante de tal opção.

Por outro lado, o período delimitado para pesquisa foi compreendido entre os anos de 2010 e 2016. Essa limitação ocorreu devido ao interesse em se obter estudos que pudessem apresentar algum resultado acerca da implementação das ações desenvolvidas, considerando-se, inclusive, que os cursos de medicina são de longa duração, ou seja, segundo as DCN (BRASIL, 2014), com um prazo mínimo de seis anos para sua integralização.

Essas foram as principais limitações do estudo quanto à fase de pesquisa e elaboração, que geraram, por consequência, outras. Entre estas pode-se ponderar que o resultado do estudo não deve ser tomado como conclusivo ou que tenha abarcado todas as iniciativas possíveis ou em aplicação pelas instituições de ensino, ou mesmo que possa ser extrapolado, especialmente, por se tratar de pesquisa bibliográfica. Por conseguinte, a pouca disponibilidade de avaliação das iniciativas implementadas pelas instituições não implica também que, no momento de publicação dos estudos, estas ainda não tinham sido realizadas, que não estivessem ou estejam em andamento, ou mesmo, que não tenham ensejado ajustes nos modelos publicados, tornando-os mais apropriados à finalidade desejada.

7 CONCLUSÃO

A pesquisa realizada permitiu que se identificasse que o principal atributo associado ao humanismo na prática médica é a empatia, o que é coerente com a ênfase na relação entre médicos e pacientes, uma vez que esta envolve aspectos relativos à compreensão das crenças, valores e experiências das partes envolvidas.

Diante desse cenário, as instituições de ensino têm buscado a retomada do ensino do humanismo, por meio de diferentes alternativas. Entre as ações e intervenções adotadas, estão a elaboração de currículos com a introdução de disciplinas que permitam a abordagem à temática da humanização, a retomada da relação com as artes, como forma de favorecer a reflexão e aplicação de cenários favoráveis à sensibilização dos profissionais, e a ênfase na relação médico-paciente de maneira mais harmoniosa.

Apesar dessas iniciativas, a abrangência das medidas ainda é pequena, considerando-se o universo dos cursos de medicina e seus resultados carecem de avaliação mais objetiva. Observa-se ainda que cada instituição tem adotado iniciativas isoladas, sem diálogo entre si, com o governo ou outros setores da sociedade, que deveriam ser envolvidos para a busca de um resultado mais consistente.

Em suma, ainda é preciso avaliar a melhor forma de contribuir para a redução da desumanização da medicina, apesar de se tratar de um fenômeno multifatorial, com componentes extracursos.

O presente trabalho sugere a necessidade de novos estudos que procurem esclarecer as metodologias mais adequadas para o ensino da empatia em cursos de medicina, com inserções curriculares intencionais e avaliações objetivas, como também, conscientizar e capacitar os docentes para aprimorar seu comportamento e atitudes, que constituem importante referência para os discentes.

REFERÊNCIAS

- ABEDINI, N. C. et al. Cross-cultural perspectives on the patient-provider relationship: a qualitative study exploring reflections from Ghanaian medical students following a clinical rotation in the United States. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 15, n. 161, p. 1-7, 2015.
- AGUIAR, E. **Medicina: uma viagem ao longo do tempo**. 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/ea000722.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- AKHUND, S.; SHAIKH, Z. A.; ALI, S. A. Attitudes of Pakistani and Pakistani heritage medical students regarding professionalism at a medical college in Karachi, Pakistan. **BMC Researches Notes**, [S.l.], v. 7, n. 150, p. 1-6, 2014.
- AHRWEILER, F. et al. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 12, n. 122, p. 1-12, 2014.
- AKOBENG, A. K. Understanding systematic reviews and meta-analysis. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 90, n. 8, p. 845-848, Aug. 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.
- ALMEIDA, M. J. Tecnologia e medicina: uma visão da Academia. **Bioética**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 69-78, 2000.
- AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- ARBEX, M. A. **Guia eletrônico de orientação para a prática dos alunos do internato de medicina na UTI: uma proposta de recurso educacional**. 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) - Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2013.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Humanidades como disciplina da graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 455-463, 2013.
- AZEVEDO, C. C.; RIBEIRO, M. A. T.; BATISTA, S. H. S. S. O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 586-595, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1977.

BATLEY, N. J. et al. Cynicism and other attitudes towards patients in an emergency department in a middle eastern tertiary care center. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 16, n. 36, p. 1-9, 2016.

BATT-RAWDEN, S. A. et al. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 88, n. 8, p. 1171-1177, Aug. 2013.

BINZ, M. C.; MENEZES FILHO, E. W.; SAUPE, R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 28-42, 2010.

BLASCO, P. G. É possível humanizar a medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 357-367, 2010.

_____. **Educação médica, medicina de família e humanismo**: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir da discussão sobre produções cinematográficas. 2000. 309f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BRASIL. Governo Federal. **Programa Mais Médicos**. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192>. Acesso em: 3 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRENELLI, S. L. Editorial. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 5-6, out. 2015.

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 7-19, out. 2015.

BYSZEWSKI, A. et al. Wanted: role models – medical students' perceptions of professionalism. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 12, n. 115, p. 1-9, 2012.

- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.
- CHOU, C. M.; KELLOM, K.; SHEA, J. A. Attitudes and habits of highly humanistic physicians. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 89, n. 9, p. 1252-1258, Sep. 2014.
- DALTRO, M. R.; BUENO, G. Ludicidade e narrativa: estratégias de humanização na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 497-505, 2010.
- DANTAS FILHO, V. P.; SÁ, F. C. O cuidado na prática médica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 189-194, 2009.
- DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.
- DE MARCO, M. A. et al. Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 683-693, jul./dez. 2013.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- DOSSETT, M. L. et al. A medical student elective promoting humanism, communication skills, complementary and alternative medicine and physician self-care: an evaluation of the HEART Program. **Explore**, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 1-14, 2013.
- DRUMOND, J. G. F. Ética e inovação tecnológica em medicina. **Bioethikos**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 24-33, 2007.
- ELLIOT, T. S. **Choruses from the Rock**. 1934. Disponível em: <http://courseweb.lis.illinois.edu/~katewill/spring2011-502/502%20and%20other%20readings/eliot%20choruses_from_the_rock.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set./dez. 2004.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). **Escola Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre**. [200-]. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/esclifarqupa.htm>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- GALLIAN, D. M. C. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 33, n. 2, p. 1-6, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

GARBIN, H. **As implicações dos planos e seguros de saúde no trabalho médico: a questão da autonomia.** 2005. 64f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODET, M. **The art of scenarios and strategic planning: tools and pitfalls.** 1999. Disponível em: <http://en.lapropective.fr/dyn/anglais/articles/art_of_scenarios.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

GOMES, A. M. A. et al. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 435-446, out./dez. 2011.

HO, M-J. et al. A tale of two cities: understanding the differences in medical professionalism between two Chinese cultural contexts. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 89, n. 6, p. 944-950, Jun. 2014.

JANAUDIS, M. A. et al. Nos bailes da vida: a música facilitando a reflexão na educação médica. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 68, n. esp., p. 7-14, out. 2011.

JUNG, H-Y. et al. A study of core humanistic competency for developing humanism education for medical students. **Journal of Korean Medical Science**, [S.l.], n. 31, p. 829-835, 2016.

KESSELHEIM, J. C.; SECTISH, T. C.; JOFFE, S. Education in professionalism: results from a Survey of Pediatric Residency Program. **Journal of Graduate Medical Education**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 101-105, March 2012.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 37-51.

KOMATSU, R. S. Educação médica: responsabilidade de quem? Em busca dos Sujeitos da Educação do Novo Século. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 55-61, jan./abr. 2002.

LEE, W. K. et al. Enhancing student perspectives of humanism in medicine: reflections from de Kalaupapa service learning project. **BMC Medical Education**, [S.l.], p. 1-9, May, 2016. Disponível em: <<https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0664-7>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

LINDE, K.; WILLICH, S. N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **Journal of the Royal Society of Medicine**, [S.l.], v. 96, n. 1, p. 17-22, Jan. 2003.

MARQUES, N. M. **Concepções dos professores do Centro de Ciências da Saúde (CCS) sobre as práticas curriculares interdisciplinares.** Univali - Campus I. 2005. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

- MARTINS, A. F.; BELLODI, P. L. *Mentoring: uma vivência de humanização e desenvolvimento no curso médico*. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 715-726, 2016.
- MERIGO, F. L. **A oferta de disciplinas humanistas no ensino médico do Brasil**. 2014. 71f. Dissertação (Mestrado em Formação e Desenvolvimento Docente em Saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- MODI, J. N. et al. Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. **Indian Pediatrics**, [S.l.], v. 53, p. 497-504, June 2016.
- MORETO, G.; BLASCO, P. G. A erosão da empatia nos estudantes de Medicina: um desafio educacional. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 69, n. esp., p. 12-17, out. 2012.
- MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.
- NEVES, N. M. B. C.; NEVES, F. B. C. S.; BITENCOURT, A. G. V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, [S.l.], v. 75, n. 2, p. 162-168, jul.-dez. 2005.
- NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.
- OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.
- OPPERMANN, P. E. R. **A relação médico-paciente no "Cecil Textbook of Medicine"**: um estudo de uma obra de referência na formação médica geral. 2006. 131f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: par ao bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PARO, H. B. M. S. et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? **Plos One**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 1-10, April 2014.
- PEIXINHO, A. L. **Educação médica - O desafio de sua transformação**. 2001. 174f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.
- PEREIRA, H. C. P. **Educação médica a partir da perspectiva humanística de Carl Rogers: uma vivência de sala de aula**. 2013. 170f. Tese (Doutorado em Educação em Ciências) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.
- PRÄSS, A. R. **Teorias de aprendizagem**. 2008. 55f. Monografia (Disciplina Fundamentos Teóricos para a Pesquisa em Ensino de Física do Mestrado Acadêmico em Ensino de Física) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

- REATTO, D.; ARAÚJO, D. C. C. A. Estresse ocupacional: estudo multifuncional com profissionais da saúde de um hospital de Araçatuba (SP). **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 5, n. 3, p. 165-171, 2016.
- REZENDE, J. M. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina. São Paulo: Unifesp, 2009.
- RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1725-1732, 2010a.
- RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 263-261, 2009.
- RIOS, I. C. **Subjetividade contemporânea na educação médica**: a formação humanística na Medicina. 2010b. 319f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A relação professor-aluno em medicina – um estudo sobre o encontro pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 308-316, 2012.
- RIOS, I. C.; SIRINO, C. B. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.
- ROSENTHAL, S. et al. Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 86, n. 3, p. 350-358, March 2011.
- ROSEVICS, L. et al. ProCura – A arte da vida: um projeto pela humanização na saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 486-492, 2014.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.
- SERÓDIO, A. M. B.; ALMEIDA, J. A. M. Os elementos constitutivos da formação ético-moral do estudante de medicina: uma visão docente. **Bioethikos**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 65-72, 2008.
- SILVA, M. R.; GALLIAN, D. M. C.; SCHOR, P. Literatura e humanização: uma experiência didática de educação humanística em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 93-101, 2016.
- TAKAHAGUI, F. M. et al. MadAlegria – Estudantes de medicina atuando como Doutores-Palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 120-126, 2014.
- VARGAS, M. A imagem do mundo e as navegações ibéricas. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 81-96, 1995.
- WILKINSON, T. J.; MOORE, M. L.; FLYNN, E. M. Professionalism in its time and place – some implications for medical education. **New Zealand Medical Journal**, [S.l.], v. 125, n. 1358, p. 64-73, July 2012.

WOLTERS, F. J.; WIJNEN-MEIJER, M. The role of poetry and prose in medical education: the pen as mighty as the scalpel. **Perspectives on Medical Education**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 43-50, March 2012.

ANEXO A – Evolução do conhecimento médico

Continua

Evolução do conhecimento médico	
Local e período	Características
Início da civilização	Processos empíricos, baseados nas forças da natureza e nas crenças em magias. A medicina era um dom concedido pelos deuses aos seus praticantes.
China 2900 a.C.	Os textos médicos chineses são os mais antigos já conhecidos. Em 2900 a.C. foi inventada a filosofia fundamental do <i>yin</i> e do <i>yang</i> . Em 2700 a.C. foi elaborada a “Classificação das Raízes e Ervas” (farmacopeia vegetal). Em 2600 a.C. foi publicado o livro a “Doutrina do Interior”, que trazia a afirmação de que o sangue circularia de forma contínua no corpo humano, sob o controle e regulação do coração. Em 1247, os chineses introduziram a medicina legal.
Egito 2700 a.C.	A medicina ficava a cargo dos sacerdotes. Papiros de 2200 a 1800 a.C. tratavam apenas de doenças das mulheres. Outros, de 1550 a.C., apresentavam fórmulas mágicas, receitas para o preparo de remédios, observações clínicas e tratamentos para lesões causadas por traumas. A esquistossomose vesical já era descrita sob o nome de hematúria. A respiração era considerada a função vital mais importante. Os egípcios atribuíam especial importância à higiene, apresentando detalhes para o sepultamento dos mortos e regras estritas para a limpeza das habitações, o preparo de refeições e para as relações sexuais. A água só poderia ser bebida fervida ou filtrada. A especialização na medicina previa médicos para o tratamento de doenças das mulheres, doenças dos olhos, doenças causadas por traumas e especialistas em “doenças desconhecidas”, para as quais estariam indicadas as formulações mágicas. Para o tratamento de feridas eram utilizados mel e mirra. Para o controle da natalidade utilizavam o pessário. Utilizavam ainda purgantes, diuréticos, eméticos, sudoríferos e expectorantes, indicando a cauterização do local da incisão cirúrgica para combater sangramento.
Mesopotâmia 2158 a.C.	Primeiro texto médico da civilização ocidental, com instruções para tratamento de feridas à base de vinho, ameixas secas, zimbro e cerveja. Em 1948 a.C., na Babilônia, surgiu o primeiro código de responsabilidade civil e criminal médica, o 'Código de Hamurabi'.
Civilização hebraica (Palestina/Israel) 2000 a.C.	A doença é considerada resultado da ira divina, o que contribui para concentrar as chances de cura nas mãos dos sacerdotes. Estabelece o conceito de legislação sanitária, preconizando: práticas higiênicas, a prática da circuncisão e a proibição de comer carne de porco (pelo risco de teníase e cisticercose). Entre as rígidas medidas de higiene pode-se destacar: quem quisesse defecar tinha de se afastar do acampamento, levando uma pequena pá para enterrar suas fezes; todos deviam se lavar antes e depois das refeições, e após os contatos sexuais; qualquer tipo de secreção anormal dos órgãos sexuais tornava seu portador “impuro” e este tinha que abandonar o acampamento; de todo aquele que tocasse em uma pessoa, que se acreditasse ter morrido de alguma doença infecciosa, era exigido um isolamento por sete dias e depois deste período, devia purificar-se com uma solução de potassa, hissopo e cedro; os guerreiros que retornavam ao acampamento, devido ao contato com outros povos ou tribos, precisavam ficar isolados por oito dias.

Continuação

Evolução do conhecimento médico	
Local e período	Características
Índia 1500 a.C.	<p>Havia intensa ligação entre religiosidade e prática médica. São descritos mais de 500 remédios, classificados em cinco grupos: tônicos, sedantes, laxantes, purgantes, eméticos e afrodisíacos. Foram identificadas 1.120 doenças (entre elas, tuberculose, malária e varíola) e descrição de oito tipos de intervenções cirúrgicas: incisão, punção, sondagem, escarificação, extração, sutura, excisão, e drenagem. Foi escrito o tratado conhecido como “<i>Astanga Hrdaya</i>”, dividido em seis seções: Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia, Psiquiatria, Toxicologia, Cirurgia Básica, Terapia de rejuvenescimento e Geriatria, apresentando informações sobre longevidade, higiene pessoal, causas das doenças, influências das estações e do tempo sobre o organismo humano, gravidez e possíveis complicações durante o parto e várias indicações de como estabelecer um prognóstico e tratar determinadas doenças. O médico indiano foi o primeiro a descrever o <i>diabetes mellitus</i> e provava o gosto da urina de todos os pacientes. Faziam parte do exame físico o exame do pulso, do ouvido, a palpação e a ausculta. Introduziram a cirurgia de catarata e a cirurgia de litotomia, para retirada de cálculos da bexiga. Outra contribuição da medicina indiana foi no desenvolvimento da cirurgia plástica.</p>
Grécia 625 a.C.	<p>Thales de Mileto foi responsável por atribuir à água a origem material de todas as coisas. Pitágoras estabeleceu que os princípios da harmonia e proporção governavam o universo, e o mesmo devia ocorrer com o corpo humano. Aristóteles escreveu três grandes trabalhos de Biologia: A história dos animais, Partes de Animais e Geração de Animais, sendo considerado o fundador da anatomia comparada. O mais conhecido médico grego foi Hipócrates, que considerava que quem quisesse se dedicar à medicina deveria ter vocação e capacidade de dedicação ao trabalho e ao estudo. Hipócrates deu importância primordial ao contato com o paciente, sendo atribuída a ele a forma de se realizar uma consulta: interrogar de forma consciente, escutar, observar, fazer exame físico, estabelecer diagnóstico, fazer prognóstico e definir o tratamento. Foi Hipócrates quem deu as bases éticas da profissão. Outro médico grego foi Claudius Galen, ou Galeno, que escreveu quase 200 textos de medicina. Foi seguidor da teoria dos humores da escola hipocrática, e a expandiu classificando os temperamentos em quatro tipos: fleumáticos, relacionados com o flegma ou muco; melancólicos, relacionados com a bile negra; coléricos, relacionados com a bile amarela; sanguíneos, relacionados com o sangue. Sua atividade terapêutica baseava-se na teoria dos opostos: aplicava calor se a doença havia sido causada pelo frio, ou purgativos se fosse consequência de excesso alimentar. Também era pródigo no uso de medicamentos, que ele mesmo produzia. Galeno declarava que toda alteração na função do organismo resultava de algum tipo de lesão, e que toda lesão levava a algum tipo de alteração funcional. Foi, provavelmente, o primeiro a produzir lesões cerebrais em animais para estabelecer a distinção entre lesões dos lobos cerebrais e aquelas relacionadas ao tronco cerebral e cerebelo. Reconheceu sete dos doze pares de nervos cranianos e fez a distinção entre nervos motores e sensitivos.</p>

Evolução do conhecimento médico	
Local e período	Características
Alexandria 300 a.C.	<p>A escola de Alexandria teve como uma das principais causas de seu desenvolvimento a prática de dissecação do corpo humano, o que contribuiu para o desenvolvimento da anatomia e da cirurgia. Importantes médicos nessa época foram Asclepíades, Heróphilo e Erasítrato. Asclepíades dizia que o corpo era feito de átomos, que de forma contínua se moviam através dos poros e canais do corpo. Considerava que muito mais do que medicamentos, o que se deveria fazer era ter hábitos de vida saudáveis. Heróphilo foi considerado o maior anatomista da Antiguidade. Deixou uma detalhada descrição do cérebro, o descobrimento do significado da pulsação e de seu emprego no diagnóstico de doenças, a distinção entre tendões e nervos, e a relação entre eles e o cérebro. Heróphilo percebeu que era ao cérebro que deveriam ser creditadas as funções mais nobres do corpo. Erasítrato acreditou que a atividade dos átomos procedia do ar inspirado que se distribuía por todo o corpo, através das artérias. Foi dele a informação de que o coração era a origem das artérias e veias. Erasítrato, que deixou importante contribuição no campo da anatomia, foi acusado da prática de dissecação em criminosos vivos, a vivissecação. Sorano de Éfeso pode ser considerado o pai da Ginecologia e Obstetrícia, e seu principal trabalho, <i>Gynaecia</i>, descreve detalhadamente o aparelho genital feminino e as formas de evitar a gravidez, como o bloqueio do colo do útero com algodão, unguentos ou substâncias gordurosas. Apresentou várias causas que poderiam provocar a suspensão da menstruação, a amenorreia, e que poderiam ser consequência desde a amamentação até infecções genitais. Foi o introdutor da cadeira de parto, que tinha apoios para os braços e as nádegas e uma abertura em forma de crescente. Recomendou determinados procedimentos para os partos difíceis, detalhou a maneira de conduzir o parto nas apresentações anormais do feto, incluindo o que se considera sua maior contribuição, ou a versão podálica. Descreveu, ainda, como fazer frente às eventuais complicações do parto, e também abordou temas ligados à Neonatologia e à Pediatria.</p>
Roma 23 d.C.	<p>O mais importante dos médicos romanos foi Aulus Cornelius Celsus, ou Celso, que definiu os quatro sinais da inflamação: dor, calor, rubor e tumor. Também descreveu vários tipos de tratamentos ortopédicos, como redução de fraturas e luxações. Pedanius Dioscórides, médico dos exércitos de Nero, conheceu centenas de plantas, durante suas viagens com os militares. Catalogou as plantas de acordo com as doenças que curavam. Elaborou uma espécie de farmacopéia, com a lista das substâncias e remédios de que fazia uso a medicina para o tratamento das enfermidades. A obra de Dioscórides apresenta 500 remédios de origem vegetal, 35 de origem animal e 90 de origem mineral. Os romanos ficaram na história por suas contribuições na área da saúde pública. No século II d.C. foi criado um serviço público de saúde para atender aos cidadãos pobres que não tinham como pagar aos médicos.</p>

Fonte: Aguiar, 2010.

APÊNDICE A – Qualificação dos autores das publicações selecionadas

Continua

Qualificação dos autores das publicações selecionadas	
Autor	Instituição/Qualificação
1) Rosenthal, S. 2) Howard, B. 3) Schlussel, Y. R. 4) Herrigel, D. 5) Smolarz, B. G. 6) Gable, B. 7) Vasquez, J. 8) Grigo, H. 9) Kaufman, M.	Robert Wood Medical Scholl, New Jersey: 1) Professor de Pediatria Clínica; 4) Residente de Medicina Interna; 6) Instrutor do Depto. de Medicina; 8) Residente de Psiquiatria; 9) Residente de Anestesia. Brigham and Women's Hospital, Massachusetts: 2) Residente de Medicina Interna. Mount Sinai Medical School, New York: 3) Pesquisador, professor assistente. University Medical Center, New Jersey: 5) Médico endocrinologista. Swedish Hospital, Washington: 7) Residente de Medicina Familiar.
1) Byszewski, A. 2) Hendelman, W. 3) McGuinty, C. 4) Moineau, G.	University of Ottawa, The Ottawa Hospital: 1) Professor na Divisão de Geriatria. University of Ottawa: 2) Professor emérito. University of Toronto: 3) Postgraduate Training, Internal Medicine. Association of Faculties of Medicine of Canada: 4) Vice-presidente.
1) Kesselheim, J. C. 2) Sectish, T. C. 3) Joffe, S.	Dana-Farber Cancer Institute, Children's Hospital, Boston: 1) Doutor em Medicina, Mestre em Educação, Departament of Pediatric Oncology; 3) Doutor em Medicina, Mestre em Saúde Pública, Departament of Pediatric Oncology. Children's Hospital, Boston: 2) Doutor em Medicina, Departament of Medicine. Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts General Hospital: 1) Doutor em Medicina, Mestre em Saúde Pública. Santa Rosa Family Medicine Residency, University of California San Francisco, Santa Rosa: 2) Doutor em Medicina.
1) Dossett, M. L. 2) Kohatsu, W. 3) Nunley, W. 4) Mehta, D. 5) Davis, R. B. 6) Philips, R. S. 7) Yeh, G.	CareOregon and Oregon Health and Science University, Portland: 3) Doutor em Medicina, Mestre em Saúde Pública. Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston: 4) Doutor em Medicina, Mestre em Saúde Pública. Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Harvard School of Public Health, Boston: 5) Doutor em Ciências. Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston: 6) Doutor em Medicina; 7) Doutor em Medicina, Mestre em Saúde Pública.
1) Akhund, S. 2) Shaikh, Z. A. 3) Ali, S. A.	Dow University of Health Sciences, Karachi, Pakistan: 1, 2) Department of Community Medicine, Dow International Medical College; 3) Department of Research, Dow International Medical College.
1) Chou, C. M. 2) Kellom, K. 3) Shea, J. A.	University of Pennsylvania, Philadelphia: 1) Doutor em Medicina, professor associado da Clínica Médica; 2) Coordenador sênior de pesquisa, divisão de Saúde da Família; 3) PhD, professor de medicina, decano associado para pesquisa de educação médica, diretor de avaliação e chefe interino, Divisão de Medicina Geral. National Taiwan University College of Medicine, Taipei, Taiwan: 1) Doutor em Medicina, professor e assistente para assuntos internacionais.
1) Ho, M-J. 2) Yu, K-H. 3) Pan, H. 4) Norris, J. L. 5) Liang, Y-S. 6) Li, J-N. 7) Hirsh, D.	Stanford University School of Medicine, Stanford, Califórnia: 2) Doutor em Medicina, pós-graduando (PhD), Biomedical Informatics Training Program. Peking Union Medical College Hospital: 3) Doutor em Medicina, professor, Department of Endocrinology and Metabolism, vice-diretor, Department of Education. National Taiwan University College of Medicine, Taipei, Taiwan: 4, 5) Mestre em Saúde Pública, pesquisador assistente. Harvard Medical School, Boston, Cambridge Health Alliance, Cambridge, Massachusetts: 6) Doutor em Medicina, professor associado. 7) Doutor em Medicina, professor.

Qualificação dos autores das publicações selecionadas	
Autor	Instituição/Qualificação
1) Paro, H. B. M. S. 2) Silveira, P. S. P. 3) Perotta, B. 4) Gannam, S. 5) Enns, S. C. 6) Giaxa, R. R. B. 7) Bonito, R. F. 8) Martins, M. A. 9) Tempiski, P. Z.	Universidade Federal de Uberlândia, MG, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo: 1) Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Departamento de Medicina. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo: 2) Departamento de Patologia; 5) Centro de Desenvolvimento de Educação Médica; 8, 9) Departamento de Medicina, Centro de Desenvolvimento de Educação Médica 3) Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Curitiba. 4) Universidade da Cidade de São Paulo, São Paulo. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo: 6) Universidade de Fortaleza, Fortaleza. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG: 7) Departamento de Saúde Pública.
1) Ahrweiler, F. 2) Neumann, M. 3) Goldblatt, H. 4) Hahn, E. 5) Scheffer, C.	Witten/Herdecke University, Medizinische Klinik, Germany: 1) Integrated Curriculum for Anthroposophic Medicina, Institute for Integrative Medicine; 5) Integrated Curriculum for Anthroposophic Medicina, Institute for Integrative Medicine, Center for Educational Research. Witten/Herdecke University, Germany: 2) Faculty of Health. University of Haifa, Mount Carmel, Israel: 3) Department of Nursing, Faculty of Social Welfare & Health Sciences. Universitätsklinikum Erlangen, Germany: 4) Gesellschaft für Berufliche Fortbildung, Forschung und Entwicklung an der Medizinischen Klinik. University of Washington, Seattle: 1) Residente Medicina Interna.
1) Abedini, N. C. 2) Danso-Bamfo, S. 3) Kolars, J. C. 4) Danso, K. A. 5) Donkor, P. 6) Johnson, T. R. B. 7) Moyer, C. A.	Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston: 2) Mestre em Saúde Pública. University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan: 3) Professor, Decano Associado Sênior de Educação e Iniciativas Globais; 6) Professor e presidente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia; 7) Professor assistente dos Departamentos de Aprendizagem em Ciências da Saúde e Ginecologia e Obstetrícia. Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana: 4) Professor de Ginecologia e Obstetrícia, ex-reitor School of Medical Sciences; 5) Ex-vice-chanceler, professor de cirurgia maxilofacial.
1) Batley, N. J. 2) Nasreddine, Z. 3) Chami, A. 4) Debian, D. 5) Bachir, R. 6) Abbas, H. A.	American University of Beirut, Beirut, Lebanon: 1, 2, 3, 4, 5) Departamento de Medicina de Emergência. American University of Beirut, Beirut, Lebanon, University of Texas M D Anderson Cancer Center, Houston: 6) Doutor em Medicina, Departamento de Oncologia Molecular e Celular.
1) Jung, H-Y. 2) Kim, J-W. 3) Lee, S. 4) Yoo, S. H. 5) Jeon, J-H. 6) Kim, T-w. 7) Park, J. S. 8) Jeong, S-Y. 9) Oh, S. J. 10) Kim, E. J. 11) Shin, M-S.	Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea: 1, 2) Depto. de Psiquiatria e Ciências do Comportamento; 3) Depto. de Educação Médica; 4) Depto. de Medicina Forense; 5) Depto. de Fisiologia; 6) Depto. de Oftalmologia; 7) Depto. de Obstetrícia e Ginecologia; 8) Depto. de Cirurgia; 9) Depto. de Clínica Médica; 10) Depto. de Educação Médica; 11) Depto. de Psiquiatria e Ciências do Comportamento.
1) Lee, W. K. 2) Harris, C. C. D. 3) Mortensen, K. A. 4) Long, L. M. 5) Sugimoto-Matsuda, J.	The University of Hawai'i at Mānoa - John A. Burns School of Medicine, Honolulu: 1) Diretor de Pós-graduação; 2) Instrutor de Pós-graduação; 3, 4) Pesquisador; 5) Professor assistente.

Qualificação dos autores das publicações selecionadas	
Autor	Instituição/Qualificação
1) Daltro, M. R. 2) Bueno, G. 1) Rios, I. C. 1) Rios, I. C. 2) Schraiber, L. B. 1) Ayres, J. R. C. M. 2) Rios, I. C. 3) Schraiber, L. B. 4) Falcão, M. T. C. 1) De Marco, M. A. 2) Degiovani, M. V. 3) Torossian, M. S. 4) Wechsler, R. 5) Joppert, S. M. H. 6) Lucchese, A. C. 1) Rosevics, L. 2) Aguiar, D. A. 3) Borges, C. R. 4) Hasegawa Filho, R. 5) Yamashita, T. S. 6) Manchak, A. C. 7) Azevedo, V. F. 1) Takahagui, F. M. 2) Moraes, E. N. S. 3) Beraldi, G. H. 4) Akamine, G. K. 5) Basile, M. A. 6) Scivoletto, S. 1) Rios, I. C. 2) Sirino, C. B. 1) Silva, M. R. 2) Gallian, D. M. c. 3) Schor, P. 1) Martins, A. F. 2) Bellodi, P. L.	1, 2) Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 1) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1, 2) Universidade de São Paulo (USP). 1, 2, 3, 4) Universidade de São Paulo (USP). 1, 2, 3, 4, 5, 6) Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) Universidade Positivo, Curitiba. 1, 2, 3, 4, 5, 6) Universidade de São Paulo (USP). 1) Universidade de São Paulo (USP); 2) Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. 1, 2, 3) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Universidade Federal de Minas Gerais: 1) Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina. Faculdade de Medicina da USP: 2) Centro de Desenvolvimento de Educação Médica.

Síntese da qualificação dos autores das publicações selecionadas

Qualificação	Frequência*	Percentual (%)**
Professor	16	12,1
Doutor	15	11,4
Mestre	6	4,5
Residente	6	4,5
Pesquisador	5	3,8
Instrutor	2	1,5
Decano	2	1,5
Diretor	2	1,5
PhD	2	1,5
Médico	1	0,8
Presidente	1	0,8
Vice-presidente	1	0,8
Ex-reitor	1	0,8
Coordenador	1	0,8
Vice-diretor	1	0,8
Ex. vice-chanceler	1	0,8
Chefe interino	1	0,8
Assistente	1	0,8
Informou somente instituição, sem a qualificação	67	50,8
Total	132	100,3

*Alguns autores informaram mais de uma qualificação.

**Diferença decorrente de arredondamentos.

APÊNDICE B – Locais de realização dos estudos das publicações selecionadas

Locais de realização dos estudos das publicações selecionadas		
Locais	Frequência	Percentual (%)*
Brasil (São Paulo, Salvador, Curitiba, Belo Horizonte)	11	47,8
EUA (New Jersey, Pensilvânia, Honolulu)	4	17,4
Ásia (China, Coréia, Líbano, Paquistão)	4	17,4
Canadá (Ottawa)	1	4,3
África Ocidental (Gana)	1	4,3
Não informou	2	8,7
Total	23	99,99

*Diferença decorrente de arredondamentos.