



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Especialidades médicas e relação médico-paciente

Rozeane Santiago de Oliveira

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Biblioteca Gonçalo Muniz: Memória da Saúde Brasileira/ SIBI – UFBA/FMBUFBA)

Oliveira, Rozeane Santiago de
O48 Especialidades médicas e relação médico-paciente / Rozeane Santiago de
Oliveira. Salvador: RS, de Oliveira, 2014.

viii; 35 fls.

Professora Orientadora: Claudia Bacelar Batista.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Relação médico-paciente. 2. Especialização. 3. Ensino médico. 4. Tecnicismo. 5. Empatia. I. Batista, Claudia Bacelar. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 614.253



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Especialidades médicas e relação médico-paciente

Rozeane Santiago de Oliveira

Professor orientador: Cláudia Bacelar Batista

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

Monografia: *Especialidades médicas e relação médico-paciente*, de **Rozeane Santiago de Oliveira**.

Professor orientador: Cláudia Bacelar Batista

COMISSÃO REVISORA:

- **Cláudia Bacelar Batista**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lísia Marcílio Rabelo**, Professora do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Rafaela Cordeiro Freire**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Melissa Moura Costa Abbehusen**, Doutoranda do Curso de Doutorado Programa de Pós-Graduação em Patologia Humana e Patologia Experimental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

“Não precisamos saber apenas que doença a pessoa tem, mas que pessoa tem essa doença”. (William Osler)

À minha mãe Ednalva, aos meus irmãos Eliel e Rosinete e a Gabriel, todo amor e gratidão.

EQUIPE

- Rozeane Santiago de Oliveira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: rozesantiago@hotmail.com.
- Cláudia Bacelar Batista, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

- | |
|---|
| 1. Recursos próprios, contando com a contra-partida da FMB/UFBA |
|---|

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha professora orientadora, **Cláudia Bacelar Batista**, pela marcante presença e pela atenção e cuidado em cada etapa o trabalho, aliando, em sua forma de orientar, o comprometimento de um mestre com o apoio amigo.
- ◆ Aos membros da Comissão Revisora, **Professora Lísia Marcílio Rabelo, Professora Rafaela Cordeiro Freire e Doutoranda Melissa Moura Costa Abbehusen**, meus especiais agradecimentos pelas sugestões que contribuíram na elaboração final desse trabalho e pela disponibilidade em aceitar o convite.
- ◆ Aos amigos **Karine Carneiro, Talita Marins, Vanessa Franca, Amanda Lima, Felipe Lima, Ítala Gomes e Íris Aleluia** pela parceria, companheirismo e comprometimento com o desempenho do outro, desde o início dessa jornada. À colega **Mirella Magaldi** pelo auxílio na construção deste trabalho.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
III.1. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	
III.2. O SURGIMENTO DAS ESPECIALIDADES	
III.3. AS ESCOLAS MÉDICAS E OS MODELOS DE ENSINO	
III.4. ESPECIALIZAÇÃO E O USO DA TÉCNICA	
III.5. ESPECIALIZAÇÃO E EMPATIA	
IV. METODOLOGIA	11
V. RESULTADOS	11
V.1. BUSCA E TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS	
V.2. OS 30 ARTIGOS SELECIONADOS	
V.3. DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	
V.3.1. Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a equipe de saúde da família na graduação	
V.3.2. Especialidade médica: Escolhas e influência	
V.3.3. Do pensamento crítico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva	
V.3.4. Medicina defensiva: Uma prática necessária?	
V.3.5. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica	
V.3.6. Acolhimento e humanização na visão dos anestesiológicos	
V.3.7. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular	
V.3.8. 25 anos de ABCD Relação cirurgião-paciente no passado e no presente	
V.3.9. Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado	
V.3.10. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado	
V.3.11. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno	
V.3.12. Relação Médico-Paciente	
V.3.13. Dificuldades do trabalho médico no PSF	

V.3.14. Projeto político pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA

V.3.15. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão

V.3.16. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica

V.3.17. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização

V.3.18. Empatia, Relação Médico-Paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo

V.3.19. O cuidado na prática médica

V.3.20. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano

V.3.21. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde.

V.3.22. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?

V.3.23. Bioética clínica - Cuidando de pessoas

V.3.24. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do ensino médico no Panorama Atual e Perspectivas

V.3.25. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal

V.3.26. Proposta de um Programa para formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade

V.3.27. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde

V.3.28. Relação médico-paciente: A essência perdida

V.3.29. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico

V.3.30. Princípios da relação contratual entre o médico e o paciente

VI. DISCUSSÃO	27
VII. CONCLUSÕES	31
VIII. SUMMARY	32
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

QUADROS

QUADRO 1. Os artigos selecionados	12
QUADRO 2. Fatores que influenciaram a escolha da especialidade por alunos de medicina do Cesupa. Estudo de Souza et al. (2014)	15

I. RESUMO

ESPECIALIDADES E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE. A relação médico-paciente passou por mudanças ao longo dos anos. Incentivado pelo modelo de ensino flexneriano, o surgimento de especialidades médicas contribuiu para essas mudanças, de maneira nem sempre positiva. **Objetivo:** Avaliar o papel das especialidades sobre a relação médico-paciente. **Metodologia:** Revisão sistemática de artigos científicos publicados entre 2007 e 2014 nas bases de dados LILACS, PUBMED e Scielo. **Resultados:** Com o advento das especialidades médicas ocorreram modificações na prática médica, tais como perda da empatia, redução do tempo das consultas, utilização excessiva da tecnologia, desconsideração da autonomia do indivíduo, fragmentação do saber, com repercussões negativas sobre a relação médico-paciente. **Discussão:** As especialidades médicas representam um conhecimento mais específico sobre as doenças e métodos terapêuticos, mas favorecem o distanciamento entre médicos e pacientes e o exercício da medicina de maneira tecnicista, defensiva e sem as habilidades necessárias para o comprometimento humanístico. **Conclusões:** Os estudos apontam que a especialização da prática da medicina interfere negativamente na relação médico-paciente.

Palavras-chaves: Relação médico-paciente; Especialização; Ensino médico; Tecnicismo; Empatia.

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivo principal

Avaliar o papel das especialidades médicas sobre a relação médico-paciente no Brasil.

II.2 Objetivos secundários

1. Compreender como a especialização da Medicina interfere no esgarçamento da relação médico-paciente;
2. Indicar quais fatores do atendimento médico especializado acentuam o distanciamento na relação médico-paciente.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III.1. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente (RMP) começa desde a hora em que o paciente entra em contato com o médico, passando pela parte em que este vê o paciente como um todo, um sujeito de direitos e vontades, inserido numa sociedade, com conhecimento e opinião sobre a sua enfermidade (Rocha et al., 2011).

A RMP passou por transformações ao longo dos séculos. Nos primórdios da medicina o aspecto religioso estava intimamente relacionado à figura do médico, muitas vezes visto como dotado de superioridade, uma espécie de divindade. Com o passar do tempo e a busca por explicações racionais sobre os fenômenos da natureza, a relação médico-paciente se afasta dessa divinização e a medicina passa a ser exercida à beira do leito. O médico é considerado amigo e conselheiro da família (Rocha et al., 2011).

A partir do século XIX começa o grande avanço das ciências biomédicas que influencia a implantação no século XX de modelo de ensino médico calcado na técnica, no conhecimento segmentado e na especialização cada vez mais precoce, o chamado modelo flexneriano. Esse dois fatores contribuiram para as modificações da RMP, tornando-a distante. O paciente passa a ser visto apenas como uma engrenagem biológica, consumidor de técnicas complexas.

Responsável pela transformação do ensino médico em quase todo o mundo ocidental, o modelo flexneriano é de natureza hospitalocêntrica, visto que seu ponto de partida é a doença e o uso de técnicas complexas e invasivas. Essa prática de ensino levou o médico a distanciar-se do perfil epidemiológico da população, pelo afastamento entre o hospital e a comunidade (Rocha et al., 2011). De acordo com Coelho Filho (2007), o contato com o humano e todas as suas dimensões, objeto de desejo do jovem estudante de medicina, na formação médica vai sendo sufocado por uma prática com ênfase na doença, fomentando uma prática repetitiva, sem dar conta das singularidades inerentes ao encontro médico-paciente.

Com o envelhecimento da população, a necessidade da mudança de foco para a saúde e não para a doença, o distanciamento da relação e a consequente desconfiança entre pacientes e médicos, passa-se a exigir do médico do século XXI competências que vão além da técnica, a saber: habilidades éticas e humanísticas (Rocha et al., 2011).

Críticas ao comportamento dos médicos (frios, distantes, desinteressados pelo paciente, ainda que tecnicamente interessados na sua doença), somam-se aos

aspectos situacionais que caracterizam a prática médica atual como uma prática tecnológica apoiada em equipamentos e protocolos (guidelines), pouco articulada com o humano inerente ao seu corpo (Schraiber, 2008).

A RMP é construída pela empatia e escuta atenta do paciente. Rocha et al. (2011) afirmam que o fator mais relevante na dinâmica da relação médico-paciente diz respeito à observação da autonomia do paciente e o fato de que ele tem cada vez mais acesso às informações sobre a sua doença, haja vista a ampliação e popularização dos meios de comunicação. De fácil disponibilidade, a exemplo das redes de informações virtuais, esse arsenal faz com que o paciente não se comporta mais passivamente frente ao médico, querendo interagir com os modos diagnósticos e a escolha terapêutica. De um lado, o médico tecnicista e distante dos aspectos humanísticos, do outro o paciente informado e ciente de seus direitos, gerando desconfianças e conflitos que culminam, às vezes, em processos ético-profissionais e/ou judiciais.

III.2. O SURGIMENTO DAS ESPECIALIDADES

A arte médica é antiga e a relação do médico com seus pacientes passou por várias fases, ora de maneira harmoniosa, ora caracterizada por um esgarçamento. Nos primórdios da medicina e revestido como representante dos deuses, o médico aparentava uma espécie de superioridade em relação ao paciente. Com o tempo, o aspecto divino dá lugar ao médico da família, sempre acessível, presente e compassivo. Como apontado por Dantas Filho & Sá (2009), o médico até o início do século XX exercia a medicina sem grande arsenal terapêutico, exames sofisticados ou equipamentos de imagem. Para ser bom médico, era necessário utilizar a anamnese e o bom relacionamento como forma de construir uma boa comunicação e encontrar o diagnóstico. Entretanto, se por um lado a relação ocorria de forma harmoniosa, por outro lado o conhecimento era limitado com poucos resultados terapêuticos.

Como acima afirmado, o relatório flexneriano revolucionou o ensino e o cuidado médico. Dentre as suas vantagens estão a uniformização da entrada e do currículo no curso médico, a ligação do laboratório com a teoria, a verticalização e conseqüente ampliação do conhecimento. Todavia, há distorções e prejuízos. Entre eles, a crença de que a técnica seria suficiente para o exercício ético da profissão e o afastamento da medicina como política pública e luta pela equidade do acesso à saúde. Além disso, o médico generalista torna-se ultrapassado. Agora a formação volta-se para o médico especialista, que vê o paciente de forma fragmentada, como um sistema anatomofisiológico, um órgão, reduzido aos aspectos

biológicos da doença. Dessa forma, poucas foram as especialidades médicas que conseguiram manter uma visão mais integral do paciente, a exemplo da ginecologia e obstetrícia e da pediatria (Pagliosa & Da Ros, 2008).

Porém, mesmo com os avanços da ciência biológica, maior capacidade resolutiva no diagnóstico e tratamento das enfermidades, a medicina contemporânea vive uma crise ética que perpassa também a relação médico-paciente. Nunca se interviu no corpo humano de forma tão eficaz e no entanto nunca foi tão grande a desconfiança do paciente para com o médico. Em detrimento dos conhecimentos humanísticos, a ênfase apenas na excelência técnica distancia o profissional da medicina de uma abordagem integral do ser humano, o entendimento de que o processo saúde/doença é determinado pelo contexto social, econômico, político, cultural e espiritual do indivíduo ou da comunidade. Exercida apenas como técnica, deforma-se a medicina como arte, ou seja, perde-se a visão de que cada caso clínico é singular, afasta-se das políticas públicas e sociais, desumaniza o emprego da técnica.

O novo paradigma da integralidade para a formação médica busca interligar os setores que se complementem e se potencializem em benefício do ser humano, haja vista as novas Diretrizes Curriculares para o Ensino de Graduação Médica (BRASIL, 2014). Em busca da consideração do indivíduo como um ser biopsicossocial, tais diretrizes recomendam a formação médica generalista, humanista, voltada para o perfil epidemiológico da população e para a atenção básica da saúde.

III.3. AS ESCOLAS MÉDICAS E OS MODELOS DE ENSINO

O ensino médico com a formação voltada para a visão integral dos indivíduos sofreu modificações com o aprendizado por especialidades. Desde os primeiros semestres do curso, o estudante é estimulado para a especialização. Ora com uma abordagem holística, ora com uma abordagem mais fragmentada, essas oscilações estiveram presentes na história do ensino da arte médica. Datada em torno século IV a.C, a medicina centrada no paciente, considerando as particularidades de cada paciente, teve sua origem na escola médica grega de Cós. Nesse mesmo período porém, a escola de Cnidians preocupava-se em classificar as doenças, vistas como um desvio da natureza a ser corrigido (Ribeiro & Amaral, 2008).

Surgido no século XX, o método de ensino baseado em modelo biomédico tecnicista se trouxe avanços para a ciência médica, por sua vez centrou o foco na doença, desconsiderando a singularidade de cada paciente. Como nem todos adoecem da mesma

forma ou se enquadram em uma doença bem definida, esse modelo passou a ser questionado. Um método de ensino centrado apenas em aspectos biomédicos não foi capaz de garantir a reflexão ética e suscitar o crescimento moral do estudante de medicina, no desenvolvimento de seus sentimentos de compaixão e empatia (Ribeiro & Amaral, 2008).

De acordo com Formigli et al. (2010), mais adequado às demandas de saúde dos países centrais do capitalismo, o modelo flexneriano teve repercussões perversas no Brasil. O mercado de trabalho médico mostrava a necessidade de profissionais generalistas a fim de suprir as exigências da atenção primária e dos demais níveis de atenção, a atuação em um modelo de saúde que tem a prevenção como fator primordial. Para tanto, “o desafio é formar profissionais com uma boa base de clínica e de saúde coletiva, com capacidade de articular esses dois campos”. Pagliosa e Da Ros (2008) recomendam que em consonância com o sistema público brasileiro de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) – e com as diretrizes curriculares, a escola médica deve preparar o graduando para uma prática de saúde integral, para a humanização do cuidado por meio de uma assistência contínua, “capaz de construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde”. Necessário se faz portanto uma formação mais generalista.

III.4. ESPECIALIZAÇÃO E O USO DA TÉCNICA

No começo do século XX inicia-se uma revolução nos campos do saber que se dedicavam a entender as doenças, quais sejam: fisiologia, microbiologia e farmacologia, entre outros. Surgem os novos métodos de diagnósticos cada vez mais precisos e junto com eles a crença de que só os exames complementares garantiriam a precisão do diagnóstico e a segurança da terapêutica instituída. Ser um bom médico dependeria tão só da quantidade e da qualidade da tecnologia incorporada à prática (Dantas Filho & Sá, 2009).

Assim, várias são as críticas a esse modelo de formação médica, quais sejam: o primado do emprego excessivo da tecnologia, uma formação médica incompleta em face da compartimentalização do corpo humano e o desprezo por aspectos subjetivos dos pacientes. O cientificismo exagerado das práticas de saúde conduz a ligação entre médicos e pacientes baseada mais no consumo do arsenal técnico diagnóstico e terapêutico do que no relacionamento humanizado e solidário (Rodríguez et al., 2008).

Antes visto como alguém próximo, agora o médico mostra-se ao paciente como um profissional dotado de uma razão técnica, objetiva. Reduzida às questões científicas, a relação estabelecida é com a doença e não com o paciente. Desse modo, estudos de enquete mostram que a queixa do paciente não é sobre a falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e empatia em torno de si e do seu problema. Em regra, os pacientes sentem-se inseguros, desinformados, desrespeitados (Barros & Gomes, 2011).

III.5. ESPECIALIZAÇÃO E EMPATIA

Com o surgimento das especialidades médicas e a fragmentação do saber, o desenvolvimento de habilidades para a empatia passou a ser tratado de maneira secundária. A empatia pode ser definida como a capacidade de compreensão, compartilhamento e consideração dos sentimentos, necessidades e perspectivas do outro, de forma que este se sinta acolhido e respeitado (Falcone et al., 2008).

Ao se questionar a importância da empatia para a consolidação da RMP, observou-se que variáveis como qualidade do atendimento, confiança e acreditação na conduta médica se correlacionam com a prática da empatia no contexto de uma consulta médica. Contudo, surge uma questão muito interessante que denominamos paradoxo técnica-empatia: alguns entrevistados pontuam o temor de, ao serem empáticos, se distanciarem da técnica existente na identidade médica, um distanciamento do profissionalismo (Costa & Azevedo, 2010)

Com o envelhecimento da população houve uma conseqüente mudança no perfil epidemiológico. Até meados do século XX predominavam as doenças infecciosas, ao contrário dos dias atuais com aumento das doenças crônico-degenerativas. Assim, enfrenta-se um problema, a saber: como obter a adesão ao tratamento e o sucesso terapêutico sem a colaboração do paciente (Rocha et al., 2011). Contudo, nas escolas médicas dá-se pouca atenção ao tema, embora seja reconhecida a importância da relação médico-paciente na fidelização do acompanhamento, na adesão terapêutica e na promoção e respeito à autonomia.

Dessa forma, torna-se necessário o ensino de habilidades humanísticas nas escolas médicas. O papel do docente no aprendizado da empatia se daria pelo estímulo às experiências que aumentassem o autoconhecimento, o poder da escuta, o respeito e a tolerância, ao tempo que ajudaria os estudantes a entender suas fraquezas, reconhecer seus medos e enfrentar seus preconceitos, junto com uma reflexão crítica sobre a prática médica, os dilemas e os problemas éticos daí suscitados (Costa & Azevedo, 2010).

IV. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão sistemática de trabalhos científicos em meio eletrônico sobre o modo como a especialização da medicina interfere na relação médico-paciente.

Teve como critérios de inclusão: Publicações que versam sobre a realidade brasileira; no período de 2007 a 2014, visto que foi por volta dessa época que surge uma maior crítica ao modelo de ensino flexneriano no Brasil.

Como critérios de exclusão: Artigos em língua estrangeira, que não versam sobre a realidade brasileira e fora do período acima estabelecido; textos não disponibilizados de forma completamente gratuita.

Foram utilizadas fontes bibliográficas, tais como livros e artigos científicos, disponíveis nas seguintes fontes de dados: Lilacs, Pubmed/MedLine, Scielo. A fim de corroborar os resultados encontrados na literatura, usou-se dados disponíveis em sites de órgãos públicos, tais como o Ministério da Educação, Ministério da Saúde, assim como o portal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, além de 4 artigos que não constam nas fontes de busca supracitadas e que foram considerados relevantes.

A estratégia de pesquisa nas fontes de dados envolveu os seguintes termos: “relação médico-paciente” e “especialização”. As bases científicas utilizadas para pesquisa foram: PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), o SCIELO (<http://search.scielo.org/index.php>) e o LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org>). Para pesquisa de literatura na base SCIELO utilizou-se os descritores “relação médico-paciente” e “especialização,” com o operador booleano “and”. Com base na análise do título e resumos foi possível selecionar os artigos pertinentes à proposta da pesquisa.

V. RESULTADOS

V.1. BUSCA E TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS

Utilizados os termos da pesquisa acima descritos e a partir dos resultados filtrados por idioma e período de tempo, foram escolhidos 651 artigos. Descartados 578 artigos cujos títulos e/ou resumos não corresponderem ao objetivo dessa revisão e 4 publicações duplicadas. Dos 73 artigos selecionados, após leitura e avaliação segundo os critérios de inclusão e de exclusão foram eleitos 30 artigos, dispostos no Quadro 1.

V. 2. OS 30 ARTIGOS SELECIONADOS:

QUADRO 1. Os artigos selecionados

AUTOR	TÍTULO	FONTE DE DADOS
Makabe & Maia (2014)	Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a equipe de saúde da família na graduação	SciELO
Sousa et al. (2014)	Especialidade médica: Escolhas e influência	SciELO
Cruz et al. (2013)	Do pensamento crítico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva	SciELO
Minossi & Silva (2013)	Medicina defensiva: Uma prática necessária?	SciELO
Porto et al. (2012)	Retratos da relação médico-paciente na atenção básica	revistabioetica.cfm.org.br
Santos et al. (2012)	Acolhimento e humanização na visão dos anesthesiologistas	SciELO
Stock et al. (2012)	Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular	SciELO
Andreollo et al. (2011)	25 anos de ABCD Relação cirurgião-paciente no passado e no presente	SciELO
Barros et al. (2011)	Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado	SciELO
Barros & Gomes (2011)	Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado	SciELO
Rios & Schraiber (2011)	Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno	SciELO
Rocha et al. (2011)	Relação Médico-Paciente	SciELO

QUADRO 1. [continuação].

Vasconcelos & Zaniboni (2011)	Dificuldades do trabalho médico no PSF	SciELO
Formigli et al. (2010)	Projeto político pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA	fameb.ufba.br
Goulart & Chiari (2010)	Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão	SciELO
Jucá et al. (2010)	A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica	SciELO
Salles (2010)	Transformações na relação médico-paciente na era da informatização	revistabioetica.cfm.org.br
Costa & Azevedo (2009)	Empatia, Relação Médico-Paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo	SciELO
Dantas Filho & Sá (2009)	O cuidado na prática médica	Saocamilo-sp
Gonçalves et al. (2009)	Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano	SciELO
Rios (2009)	Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde.	SciELO
Ciuffo & Ribeiro (2008)	Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?	SciELO
Marques Filho (2008)	Bioética clínica - Cuidando de pessoas	SciELO
Lampert (2008)	Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do ensino médico no Panorama Atual e Perspectivas	SciELO
Pagliosa & Da Ros (2008)	O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal	SciELO

QUADRO 1. [continuação]

Rodriguez et al. (2008)	Proposta de um Programa para formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade	SciELO
Ferreira et al. (2007)	Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde	LILACS
Coelho Filho (2007)	Relação médico-paciente: A essência perdida	SciELO
Ribeiro & Amaral (2007)	Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico	SciELO
Tizzot (2007)	Princípios da relação contratual entre o médico e o paciente	Febrasgo.org

V.3. DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

V.3.1. Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a equipe de saúde da família na graduação

O trabalho buscou avaliar como a formação dos estudantes de medicina da Universidade de São Paulo (USP) é influenciada pela inserção precoce na Atenção Básica e qual a interferência dessa inserção na humanização da prática. Obteve-se como resultado da percepção do estudante: compreensão da relação médico-paciente como uma interação baseada na empatia; importância da horizontalidade da relação, ou seja, da igualdade entre as duas pessoas para o estabelecimento da relação; a Unidade Básica de Saúde serve como exemplo prático de acolhimento; o conhecimento das reais condições e do perfil epidemiológico da população contribui para a empatia e, por consequência, para uma prática humanista da medicina; por fim, o reconhecimento de uma formação incompleta e desumanizada, caso não houvesse a inserção precoce na atenção primária.

V.3.2. Especialidade médica: Escolhas e influência

Estudo tipo transversal e descritivo com estudantes do primeiro, quarto e sexto anos do curso médico do Centro Universitário do Estado do Pará. Para os autores, os fatores que mais influenciavam na escolha desses estudantes acerca da especialização foram: a afinidade pela área; a influência dos pais e as especialidades com possibilidades de maior ganho financeiro. Nos primeiro e quarto ano, a afinidade foi o fator preponderante de escolha, porém

no sexto ano o ganho financeiro lidera entre as opções. Houve mudança da preferência da especialização ao longo do curso, dependente do avanço nas disciplinas práticas. O estudo conclui que a formação médica e o exemplo prático dado pelo docente contribuem para a escolha precoce da especialidade e pelo desinteresse do acadêmico por uma formação mais generalista, independente dos fatores externos à educação médica, tal como a opinião da família.

QUADRO 2. Fatores que influenciaram a escolha da especialidade por alunos de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará de novembro de 2012 e março de 2013.

	<i>1º ano</i>	<i>4º ano</i>	<i>6ª ano</i>
	n (%)	n (%)	n (%)
Pais	12 (17,2)	4 (7,8)	8 (14)
Renda financeira	11 (15,8)	12 (23,5)	13 (22,8)
Prestígio da especialidade	9 (12,8)	5 (9,8)	5 (8,8)
Professores	7 (10)	7 (13,8)	5 (8,8)
Tempo livre	6 (8,5)	7 (13,8)	11 (19,3)
Duração do treinamento	2 (2,9)	3 (5,8)	6 (10,5)
Afinidade	23 (32,8)	13 (25,5)	9 (15,8)
Total	71 (100)	51 (100)	57 (100)

Fonte: Sousa et al. (2014)

V.3.3. Do pensamento crítico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva

O trabalho baseia-se nos estudos de Michael Foucault para apresentar a passagem da medicina clássica para a medicina moderna. Para Foucault, à medida que a medicina deixa de ser exercida à beira do leito, como uma relação próxima entre o médico e o paciente e seus familiares, ela passa a ser exercida como biopoder. O indivíduo é reduzido ao corpo

biológico, cujo valor está na força de trabalho e capacidade de consumir, determinado pela política social dos modos de produção da então emergente sociedade capitalista. Assim, a medicina perde o seu lado humanista de promoção da saúde, passando para uma prática tecnicista e curativa, exercida como poder. O paciente é visto por partes, reduzido às alterações anatomofisiológicas, desconsiderado em sua singularidade, nos seus aspectos psicológico, social, econômico e cultural. Para o autor, produto da ambiência do exercício da medicina como biopoder e com repercussão em quase todo o mundo, o relatório Flexner de 1910 provoca uma mudança no currículo do ensino médico, reforçando o saber fragmentado e por isso voltado para uma prática médica cada vez mais especializada. Se trouxe benefícios como ampliação do conhecimento e avanço em técnicas diagnósticas e terapêuticas, por outro lado o profissional médico trata agora doenças e não mais o indivíduo, levando ao distanciamento da relação médico-paciente.

V.3.4. Medicina defensiva: Uma prática necessária?

O texto reflete sobre a prática da chamada “medicina defensiva.” Caracterizada pelo alto emprego de exames complementares, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos complexos, o paciente é acompanhado por diversos especialistas para cada um dos sistemas fisiológicos do corpo humano. Tal prática passa a ser vista como suposta medida de proteção contra processos legais. Como consequências da “medicina defensiva” estão: alto custo da prática; privilégio da técnica em detrimento dos aspectos éticos e humanísticos da medicina; relação médico-paciente menos amistosa e empática; receio do atendimento aos pacientes graves; manutenção de terapêutica sem resposta clínica nos casos terminais; aumento do sofrimento do paciente. Contudo, é a vigilância, a abstenção de abuso e o dever de atualização permanente que se leva em consideração quando a questão da responsabilidade médica está em jogo e não propriamente uso indiscriminado de técnicas caras e complexas. Desse modo, a “medicina defensiva” não encontra qualquer justificativa, nem mesmo no nome.

V.3.5. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica

Artigo baseado em pesquisa de campo qualitativa e quantitativa sobre a satisfação de usuárias e profissionais com os serviços de saúde ofertados pela rede pública, em cinco regiões do país. Para as usuárias foi questionado sobre o que elas consideram um bom atendimento de saúde. Os profissionais de saúde responderam a questões sobre o cotidiano

laboral. A escassez de recursos infra estruturais e a pressão de demanda do sistema foram apontados como fatores de insatisfação em relação à qualidade do trabalho. Quando perguntados da sua percepção sobre as usuárias, para os médicos entrevistados metade dessas mulheres que procuram os serviços demonstram a necessidade de falar sobre si mesmas, ser escutadas e esclarecidas nas suas dúvidas. Por sua vez, a usuária do serviço de saúde quer ser percebida como uma pessoa dotada de sentimentos, valores e direitos. Em relação ao grau de satisfação com o serviço, as usuárias reclamaram das filas de atendimento e do curto tempo que os médicos dedicam às consultas. O estudo mostra que a qualidade da relação médico-paciente pode influenciar na percepção da satisfação do usuário, bem como na satisfação do profissional de saúde com o trabalho cotidiano.

V.3.6. Acolhimento e humanização na visão dos anesthesiologistas

Estudo exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa com 16 médicos anesthesiologistas em um hospital universitário de João Pessoa – PB. Por meio de entrevista, responderam que a prática do acolhimento é uma estratégia para estabelecer uma boa relação médico-paciente e se dá quando o paciente é visto integralmente; como prática adotada para humanizar a relação citaram a obtenção da confiança; a entrevista pré-anestésica e a comunicação como diálogo foram consideradas habilidades necessárias para o cuidado humanizado. Esse trabalho ressalta assim a importância da educação ética-humanística para o desenvolvimento das habilidades necessárias para a relação médico-paciente, baseada no acolhimento, no respeito à autonomia e no cuidado responsável.

V.3.7. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular

Trata-se de uma abordagem qualitativa realizada com 25 estudantes do último semestre do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Questionados sobre o valor e como se dá a relação médico-paciente, os estudantes reconheceram as práticas na rede básica de saúde como essenciais para a construção da relação médico-paciente, haja vista a consideração do paciente de maneira integral. Esta relação foi reconhecida pelos estudantes como a base da medicina e sem a qual não seria possível um bom trabalho. Identificaram a importância de estabelecer uma relação empática entre o médico e a pessoa que busca seus cuidados, bem como um vínculo de confiança. Porém quando perguntados

sobre as situações que envolvem más notícias, informaram estar despreparados para a comunicação. Vale ressaltar que consideraram a atitude dos professores como o elemento mais eficaz para a aprendizagem das habilidades necessárias para a relação médico-paciente. Desse modo, a educação ética tem maior possibilidade de ser efetiva se a teoria estiver em consonância com a *práxis* docente.

V.3.8. 25 anos de ABCD Relação cirurgião-paciente no passado e no presente

O artigo compara as publicação dos Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva com os conceitos atuais dos elementos necessários à relação-médico paciente, tais como respeito à autonomia, consentimento informado, decisão compartilhada. Mostra que pouca coisa mudou quanto ao acolhimento humanizado dos pacientes, ao longo dos últimos 25 anos. Além da medicina estar mais onerosa para o paciente e para os sistemas de saúde público e privado, o cirurgião tem um período de formação mais longo, tornando-o mais especializado e com propensão ao uso de técnicas caras e sofisticadas. Por sua vez, com a popularização dos meios de comunicação, o paciente tem mais acesso à informação, rejeitando assim uma prática paternalista, ou seja, a tomada de decisão exclusiva do médico. Assim, o artigo mostra como a relação médico-paciente é fundamental no reforço do vínculo terapêutico, ao tempo que mostra a necessidade do resgate de uma educação médica humanística, ao lado do preparo para o bom uso da técnica.

V.3.9. Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado

Este artigo foi realizado por meio de um estudo com 40 médicos (20 profissionais da rede pública e 20 da rede privada) e 40 usuários dos serviços de saúde (20 usuários do serviço público e 20 usuários do setor privado). No setor público, estes médicos eram cardiologistas de um ambulatório de hospital filantrópico no Rio de Janeiro. No setor privado, participaram médicos cardiologistas, dermatologistas, pneumologistas, clínicos e endocrinologista atuando em consultórios particulares. Aplicou-se um questionário em que cada um dos grupos avaliava a consulta médica com enfoque à atenção e empatia prestadas pelo médico a seus pacientes. O estudo indicou baixo percentual de concordância entre médicos e pacientes acerca da empatia médica. Destaca que a prática da empatia foi maior no

setor privado do que no público, sugerindo que as condições do trabalho médico interferem na relação com seus pacientes.

V.3.10. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado

Este artigo propõe pensar o cuidado a partir de outras diretrizes, como uma clínica ampliada, formulada pela Política Nacional de Humanização. Aponta que muitas vezes o desprezo ao sofrimento ocorre porque o médico estabelece uma relação com a doença e não com o paciente. Desse modo, muitas são as reclamações dos usuários de saúde a respeito da falta do cuidado médico, restrito às rígidas prescrições, inviabilizando encontros intersubjetivos. A prática do cuidado é uma prática de escuta que abrange o zelo e a consideração da intersubjetividade.

V.3.11. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno

Estudo qualitativo em uma escola médica em São Paulo, observando o encontro professor-aluno no internato do médico, ou seja, 5º e 6º ano do curso médico. Por meio da técnica de observação participante, foram feitas entrevistas com 19 alunos e 9 professores. Foi observado que a especialização em áreas clínicas ou cirúrgicas interfere na valorização profissional e o especialista em clínica médica é visto como “médico de verdade”. Entre os alunos, o perfil médico idealizado é aquele que salva, tem bons ganhos financeiros, qualidade de vida e notoriedade social. O discurso médico frio e distante foi evidenciado pelo modelo biomédico especializado durante as consultas clínicas. Esse modelo parece impedir o acolhimento humanizado ao tratar o paciente como um estranho. A visão do paciente como partes de um corpo a ser tratado de maneira especializada, cria um ambiente de alienação para com a singularidade de cada sujeito e distanciamento na relação médico-paciente. Por exemplo, na clínica cirúrgica a escuta como recurso técnico parece não existir. O ambiente de ensino e a atitude dos alunos se mostrou professor-dependente, com transmissão vertical dos conteúdos, o que contribui para o aprendizado de uma prática médica apenas tecnicista.

V.3.12. Relação Médico-Paciente

Os autores apresentam a mudança da relação médico paciente ao longo do tempo, diferenciando os quatro modelos da relação: o sacerdotal, o engenheiro, o colegial e o

contratualista. O sacerdotal é o mais arcaico e propõe a completa submissão do paciente ao médico. Inverso do sacerdotal, o médico engenheiro tem apenas como função informar e executar procedimentos. O modelo colegial ocorre em uma relação mais horizontal, porém entende o respeito à autonomia como delegação ao paciente da responsabilidade do ato médico. Nesse entendimento, o modelo contratualista seria o adequado pois as habilidades dos médicos são levadas em conta no compartilhamento das decisões.

V.3.13. Dificuldades do trabalho médico no PSF

O estudo buscou identificar o perfil dos médicos que atuam no PSF, suas dificuldades e a percepção da importância no programa. Foi aplicado um questionário aos médicos que atuam ou atuaram no PSF no município de São Paulo. Em 54 entrevistas, 44% dos médicos referem afinidade com o programa, mas foi alta a quantidade de médicos que trabalham no programa pelo salário ou porque não conseguiram fazer a residência em uma especialidade médica. O estudo mostrou pontos positivos e negativos. Entre os positivos estão a relação harmoniosa com a equipe, vínculo com a população, carga horária adequada e boa remuneração salarial. Entre os pontos negativos estão pouco tempo destinado às atividades individuais e coletivas, grande demanda, alta incidência de casos complexos e falta de incentivo à atualização profissional.

V.3.14. Projeto político pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA

Discussão e elaboração de um Projeto político-pedagógico para a Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (FMB/UFBA), como resultado de debates do ensino-aprendizagem da medicina no Brasil, desencadeados nas propostas de mudanças curriculares das DCNs de 2001. Os autores ressaltam que o exercício profissional médico deve se organizar em torno das necessidades do indivíduo, levando em consideração seu contexto biológico, psíquico e social. A formação tradicional baseada em especialidades tem conduzido ao estudo fragmentado dos problemas de saúde, bem como a inserção do estudante de medicina nos serviços de saúde sem a referência de um projeto pedagógico. O novo currículo do curso de medicina da FMB/UFBA teve sua implantação no ano de 2007, com a modularização dos componentes curriculares para ligação da teoria com a prática, visão mais holística do paciente, formação mais generalista e criação do Eixo Ético-Humanístico para o

ensino de habilidades éticas. Embora em vigor na instituição, esta mudança ainda não está incorporada ao sistema acadêmico da UFBA.

V.3.15. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão

Com artigos publicados no período de 1987 a 2007, esta revisão de literatura discute a humanização da saúde, concebendo a humanização como política de saúde e prática profissional. Uma prática humanizada não se refere à prestação de favores ou qualquer tipo de assistencialismo. Compreende uma política transversal que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir dos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema. O artigo retrata a dificuldade de prática da humanização no modelo biomédico, uma vez que a visão compartimentada do paciente leva à perda da atenção integral. Não considerar as dimensões comunicativas na relação médico-paciente é não compreender as palavras usadas pelos pacientes, não transmitir informações adequadas e prejudicar a adesão ao tratamento. Aqui a solução para o problema a ser considerada é a possibilidade do ensino médico humanizado. Para tanto, o exemplo de professores e tutores se faz importante. Instituições que contam com o ensino de humanidades tem maior probabilidade de desenvolver concepções e práticas de saúde humanizadas entre seus egressos.

V.3.16. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica

Através de metodologia qualitativa, 24 estudantes interpretaram o papel de médico e paciente, para vivenciar a realidade dos dois lados. Ao atuarem como pacientes, os estudantes revelaram sentir angústia, impotência, medo, tristeza e ansiedade. No papel de médico sentiram-se despreparados e com dificuldade de comunicação, principalmente quando envolvia más notícias. Essa técnica de troca dos papéis parece ser efetiva para despertar um olhar mais humanizado no atendimento.

V.3.17. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização

O autor questiona o papel do médico na medicina tecnicista oriunda do modelo biomédico especializado. No primeiro momento, as atividades profissionais foram alteradas, o

modelo de produção em série foi adotado e a medicina foi dividida em especialidades. A era da informatização, reforça o modelo fragmentado de praticar a medicina, ao tempo que cada vez mais faz uso de técnicas caras e sofisticadas. Assim o objetivo da medicina passa a ser unicamente o diagnóstico, em detrimento do zelo e do bem estar do paciente.

V.3.18. Empatia, Relação Médico-Paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo

Esta é uma pesquisa qualitativa e transversal com médicos docentes da Universidade Estadual de Campinas de especialidades diversas. Embora cientes da importância da relação médico-paciente, os profissionais ao serem questionados sobre a importância da empatia para a consolidação da relação demonstraram o paradoxo técnica-empatia, isto é, a crença errônea de que atitude empática leva a perda da objetividade necessária ao uso racional da técnica. Mostrando assim que quanto mais fragmentado é o saber, menos crítica e reflexiva é a prática médica.

V.3.19. O cuidado na prática médica

Com a crescente conscientização da população sobre seus direitos e a crítica ao paternalismo médico, a sociedade contemporânea exige dos médicos uma postura cada vez mais humanizada. Ser bom médico vai além da quantidade e da qualidade de técnica empregada. Assim, a formação dos futuros médicos deve incluir os aspectos éticos e humanísticos inerentes à profissão, essenciais para o estabelecimento da confiança, base da relação médico-paciente.

V.3.20. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano

Criada pelo Ministério da Saúde para enfrentar a crise do setor na prática assistencial primária, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta dificuldades de concretização e ampliação ao contrapor-se ao modelo hospitalocêntrico. Do tipo exploratório, descritivo e qualitativo, neste estudo foi possível conhecer o cotidiano dos médicos que atuam na ESF em um município do interior paulista, a cidade de Botucatu. Os profissionais mostraram-se satisfeitos com as atividades de visitas domiciliares e com o trabalho em equipe. Como aspecto negativo apontam a alta rotatividade dos profissionais em cada

unidade. Porém, de acordo com os médicos entrevistados falta na graduação do curso médico enfoques na atenção primária da saúde, mostrando como um projeto político pedagógico adequado pode efetivamente contribuir para a formação de médicos com visão mais generalista.

V.3.21. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde.

A humanização na área da saúde passou por uma mudança de conceito, sendo agora compreendida como: princípio de conduta prática baseada na ética; contra a violência institucional na área da saúde; conhecimento das políticas públicas para atenção e gestão no SUS; gestão participativa e multiprofissional; cuidado integral na assistência, isto é, na prevenção, na promoção e na recuperação da saúde. A humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatam a dignidade humana e o exercício da ética na área da saúde. O tecnicismo característico do modelo biomédico descartou os aspectos humanísticos do cuidado à saúde. Os pacientes se tornam peças manipuláveis e os profissionais são as engrenagens que fazem funcionar a máquina institucional. Dessa forma, torna-se necessário resgatar a humanização solidária do cuidar, mesmo que pareça objetivo difícil de ser atingido na época atual.

V.3.22. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?

Ainda que basicamente enraizadas no ensino técnico e científico, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES No. 4, de 7 de novembro de 2001) orientam os cursos de medicina para uma formação baseada nas reais necessidades da população, em acordo com o sistema público de saúde e integrando saberes. Partindo dessa premissa, o artigo avalia a formação médica e sua articulação com as demandas do Sistema Único de Saúde. Mostra que escolas médicas brasileiras ainda possuem organização curricular fragmentada, focada em especialidades e com campo de prática predominantemente em ambiente hospitalar. Na maioria das vezes, quando colocadas em ação, as Diretrizes foram incorporadas sem uma discussão político-pedagógica entre o corpo docente e o alunado. Na avaliação de professores e estudantes de medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), esse estudo aponta que, segundo os estudantes, há uma desvinculação entre a teoria e a prática e as atividades são cobradas de modo dissociado, ainda que se trate do mesmo assunto. Por sua

vez, os professores mostraram desconhecer uma forma de inovar o aprendizado, não sabendo ao certo como fazer para implementar as mudanças necessárias. O autor também observou que, tanto entre os estudantes quanto entre os professores, houve poucas referências às discussões sobre posturas e valores éticos condizentes com o exercício da profissão.

V.3.23. Bioética clínica - Cuidando de pessoas

Se avançamos no conhecimento das doenças, esquecemo-nos do ser humano enfermo e passamos a tratar doenças e não pessoas circunstancialmente doentes. Segundo o autor, para que este quadro mude se faz necessário o ensino da bioética clínica. A bioética pode ser um dos caminhos para resgatar a arte de cuidar das pessoas, a humanização perdida com a visão reducionista da medicina apenas como técnica e a compreensão da relação médico-paciente como a pedra basilar do ato médico.

V.3.24. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do ensino médico no Panorama Atual e Perspectivas

Trata-se de uma retrospectiva histórica da medicina brasileira. Praticada no século XIX, a medicina dos físicos e cirurgiões, denominada pré-científica, dura até o início do século XX, com a criação de novas escolas médicas e aumento da produção científica no país. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro assume o compromisso de organizar um sistema de saúde único – SUS - de acesso universal e igualitário, em acordo com o perfil epidemiológico da população. Isso faz com que haja a necessidade de reformulação do atendimento, diante de uma prática médica de alto custo e divisão em especialidades. Em paralelo à criação do SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001 estabelecem a formação generalista médica, bem como aponta a necessidade de qualificação do corpo docente para esse novo processo ensino-aprendizagem da formação médica. O Ministério da Saúde junto com o Ministério da Educação lançam o Programa de Incentivo às mudanças curriculares no ensino médico – PROMED (BRASIL, 2002) – e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005). As metas dos programas visam aproximar a formação profissional e científica das necessidades reais do SUS.

V.3.25. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal

O artigo afirma que o modelo flexneriano de ensino médico implantado em quase todo o mundo, foi essencial para os avanços educacionais advindos pelas especialidades médicas. Por um lado, buscou a excelência dos futuros médicos, com promoção da racionalidade científica, ênfase na técnica e a ligação do ensino laboratorial com a prática. Por outro lado, trouxe desvantagens, como a especialização precoce, visão reducionista aos aspectos biológicos do paciente, uso exagerado da técnica, prática de alto custo, centrada no hospital, distanciamento da ética e dos valores humanísticos. Sem negar os aspectos positivos do Relatório Flexner, aponta para a necessidade de criação de novo modelo de educação que agregue as vantagens do modelo flexneriano e corrija as distorções.

V.3.26. Proposta de um Programa para formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade

Este estudo é um ensaio teórico-reflexivo que discute a formação de um programa de residência médica para formação do médico da família e comunidade (MFC). Para tanto, objetiva mudar a concepção que o residente traz da graduação acerca da saúde e da doença, a visão hospitalocêntrica e tecnicista, com ações curativas e centradas na atenção por especialidade. Os professores/preceptores são responsáveis pela supervisão e orientação do residente. Em uma proporção de um preceptor para cada dois residentes, conta também com a existência de um coordenador especialista em MFC. A proposta do programa de aproximar o residente do modelo de ensino baseado no paciente e não em sua doença, mostra-se como uma boa estratégia de formação generalista e humanista.

V.3.27. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde

O trabalho analisou a percepção sobre a atenção básica de 160 acadêmicos da primeira e segunda séries de medicina da Faculdade de Medicina de Marília, cidade do interior paulista. Observou-se que: a prática é um elemento motivador para a construção do conhecimento criando um elo entre o estudante, o serviço de saúde e o paciente, contribuindo para a melhoria das condições de saúde das pessoas e a aprendizagem dos estudantes; o trabalho com a comunidade favorece o desenvolvimento das relações interpessoais, essenciais para a formação médica; reforça o entendimento do estudante sobre a importância das características individuais, sociais e culturais na determinação do processo saúde-doença, no

estilo de vida e no mundo do trabalho. Conclui assim que para transformação curricular no curso médico é necessária a diversificação dos cenários, aproximando os estudantes da vida cotidiana das pessoas.

V.3.28. Relação médico-paciente: A essência perdida

O estudante de medicina dos primeiros períodos do curso veem o médico como um profissional dotado de habilidades humanistas e próximo do seu paciente. À medida que vai avançando no curso, essa relação com o paciente, pensada de maneira tão próxima, vai sendo deixada de lado por causa da ênfase em uma medicina centrada na doença. Enfatizar o ensino da relação médico-paciente é uma valiosa medida para superar este descompasso. Para isso, deve haver um enfoque nas habilidades comunicativas para o acolhimento do paciente, o preparo para a escuta atenta das queixas e o exemplo na prática do compartilhamento de decisões.

V.3.29. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico

Há dois componentes principais da medicina centrada no paciente: um se refere ao cuidado da pessoa, identificando suas idéias e emoções a respeito do adoecer; o segundo está relacionado à identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades. As vantagens daí advindas são a satisfação do paciente, a maior adesão ao tratamento e uma melhor resposta à terapêutica. A necessidade da prática desta medicina se evidencia no contexto social atual. A mudança do predomínio de doenças agudas para doenças crônico-degenerativas torna obrigatório o exercício da medicina como arte, ou seja, o cuidado das pessoas de modo singular levando em consideração a subjetividade.

V.3.30. Princípios da relação contratual entre o médico e o paciente

O paciente é agente ativo no relacionamento com seu médico e existem regras claras que norteiam essa relação, a exemplo do Código de Ética Médica, do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor. Exercer o ofício de médico exige uma prática crítica e responsável, tendo em vista o benefício do paciente, a promoção da saúde e a prevenção dos

riscos. Para tanto, é necessária a ampliação do referencial teórico no curso de graduação em medicina, para além das disciplinas estritamente biomédicas, haja vista as exigências das habilidades para comunicação clara, o comportamento empático e solidário, o respeito à autonomia, o emprego da técnica como média ponderada entre a beneficência e a não maleficência.

VI. DISCUSSÃO

Desde os primórdios da medicina o modelo do cuidado esteve ancorado na relação médico-paciente, sustentado na confiança do paciente e na dedicação do médico. Exercida à beira do leito, essa prática perdura até o século XVII (Rocha et al. 2011). A medida que as ciências biomédicas avançam, a figura do médico de cabeceira é substituída pela prática paternalista, onde o paciente passa a exercer um papel secundário e os protagonistas são o médico e a doença. Com a Revolução Industrial e a necessidade de mão de obra, o hospital passa a ser o centro principal do cuidado. No século XX, com a ampliação do modo de produção capitalista e a ligação entre o consumo e a práxis da medicina, o paciente passa a ser visto como objeto a ser manipulado e consumidor de novas técnicas, com mudanças na relação médico-paciente, caracterizada pelo enfraquecimento da confiança e distanciamento dos seu atores (Salles, 2011). Dentre os 30 estudos avaliados, apenas o estudo de Andreollo et al. (2011) discorda deste distanciamento nos últimos anos. Circunscrito à uma pesquisa com cirurgiões do aparelho digestivo, os autores explicam que pouca coisa mudou na relação médico-paciente no tempo referido.

Os estudos selecionados ressaltam a maneira como o ensino médico especializado contribuiu para diagnósticos mais rápidos e precisos, melhor sucesso do tratamento de diversas enfermidades. Por outro lado, reconhecem que a visão fragmentada do paciente promove o distanciamento entre médico e paciente, provocado pelas consultas rápidas e acompanhado por diversas especialistas que não dialogam entre si. Esse modelo de formação profissional conduz o médico a considerar o paciente como consumidor de técnicas.

Com a popularização das mídias sociais e democratização de acesso aos meios de comunicação, o paciente passou a ter maior informação sobre saúde e sobre a sua doença. Tal fato gerou a crença de que o médico fica vulnerabilizado, pois fica com a sua soberania abalada e a sua capacidade técnica questionada. Por causa disso, aumenta-se a prescrição medicamentosa e a solicitação de exames complementares, às vezes desnecessários, como forma de evitar críticas e prevenção do erro (MINOSSI & SILVA, 2013).

Assim, surge a medicina defensiva, medida de proteção dos profissionais médicos contra processos legais, mas que onera e desgasta o paciente diante da quantidade de exames complementares, muitas vezes desnecessários diante de uma clínica eficaz e de maior resolutividade.

O momento atual exige uma reflexão sobre os elementos que interferem na relação médico-paciente. Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, há maior incidência das doenças crônico-degenerativas, com mudanças no perfil da morbimortalidade. Segundo Rocha et al. (2008) para que haja efetiva adesão ao tratamento, é necessário melhorar e fortalecer a parceria entre o cuidador e seu assistido e as várias especialidades médicas devem convergir sua atenção para a integralidade. A exemplo disso, o estudo de Santos et al. (2012) mostra que médicos anestesistas ao utilizarem na consulta pré-anestésica a escuta atenta e cuidadosa, avaliaram que o bom relacionamento com o paciente é primordial para melhorar a interação entre os dois grupos. Deixar o paciente confortável para expressar seus medos e angústias e com isso poder prestar os devidos esclarecimentos. Por uma lado acalma e tranquiliza o paciente, pelo lado do profissional contribui para uma prática técnica mais segura e confiante.

A empatia foi avaliada como uma atitude primordial para a efetividade do atendimento médico, em um período em que há intensa necessidade da participação mútua de médicos e paciente. Assim, Costa & Azevedo (2010) referem que a empatia é vista pelos médicos como sinônimo de simpatia e o instrumento pedagógico mais efetivo de transformação para o exercício de uma relação médico-paciente mais humanizada seria através do exemplo vivenciado nos docentes e preceptores. Muitos médicos saíam das escolas médicas mais bem formados se devidamente treinados na escuta atenta de uma relação empática, sem que isso signifique perda da objetividade ou diminuição do uso adequado da técnica. Barros et al. (2011) ao avaliarem a prática da empatia nos setores de saúde público e privado, constataram que os médicos têm a percepção pouco acurada de seus comportamentos e da reação de seus pacientes durante as consultas, principalmente no setor público. Isso se explica pela diferença nas condições de trabalho e a exigência da clientela entre os dois ambientes. Quando o médico não desarma-se do arsenal técnico e terapêutico para praticar a escuta atenta, encorajando o paciente para uma posição autônoma e também responsável pela prevenção, promoção e recuperação da sua saúde, cria-se uma lacuna na relação, com a perda do sentido do processo saúde-doença.

O paradoxo técnica-empatia também foi apontado em alguns dos estudos aqui avaliados como fator negativo ao estabelecimento de uma relação médico-paciente satisfatória. Em pesquisa de Costa & Azevedo (2010), com médicos de diversas especialidades sobre a prática da empatia nas consultas, alguns pontuaram que temem ao serem empáticos se distanciarem da técnica ou da objetividade necessária ao ato médico. Dantas Filho & Sá (2009) afirmam que no último século iniciou-se um processo de desvalorização da empatia. Para ser considerado um bom profissional, o médico devia conhecer profundamente os aspectos científicos da medicina, dominar o uso dos equipamentos terapêuticos e diagnósticos e não se envolver emocionalmente com os seus pacientes ou familiares. Não devia se preocupar de forma alguma com qualquer outro aspecto que o “não-científico” da relação médico-paciente. Quanto melhor era considerado o médico, mais frio e distante ele devia se apresentar aos que o procuravam.

A especialização tem início na vida do estudante de medicina bem antes da escolha da residência, ainda na fase dos primeiros estudos. O ensino de disciplinas de conteúdo científico, sem consideração dos aspectos humanitários em uma profissão que lida diretamente com vidas humanas, induz de maneira precoce a especialização do futuro médico, sem avaliar quais habilidades éticas e humanistas são necessárias para exercer esta ou aquela especialidade, durante toda a sua trajetória profissional (Ribeiro & Amaral 2008). Esta afirmação corrobora com o atual cenário do ensino médico brasileiro, uma vez que os estudantes têm formação inadequada à formação generalista e o contato com as especialidades cada vez mais cedo.

No período da graduação, cada vez mais especialidades foram incorporadas aos currículos, multiplicando-se disciplinas e conteúdos em sala de aula, diminuindo o tempo para o estudo extra classe e dificultando o aprendizado. O conhecimento especializado se perde das ações e políticas públicas de saúde, o objetivismo tecnológico e o uso abusivo de exames complementares de diagnóstico substitui o subjetivismo da relação médico-paciente. Nesse sentido, o estudo de Ferreira et al. (2007) mostra que os estudantes com vivência na Atenção Básica de Saúde consideram esta forma de aprender de maneira positiva, pois este tipo de cenário de prática constrói saberes condizentes com as reais necessidades da população, possibilita o exercício da medicina de maneira mais integral, desenvolve habilidades para a escuta e mostra uma relação mais próxima entre o médico e o seu paciente. Para Ribeiro & Amaral (2008), se a boa prática clínica não pode existir separada do comportamento ético-profissional, esse modelo centrado apenas em aspectos biomédicos tende a inibir ou

desconsiderar o crescimento moral do estudante de medicina, comprometendo sua capacidade de sentir compaixão, ou seja, a solidariedade diante do sofrimento.

No Brasil, as Novas Diretrizes Curriculares de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014) trazem que o graduando em medicina deverá ter formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética para atuar nos diversos níveis de atenção à saúde. Em outras palavras, o médico formado no Brasil deve possuir conhecimentos mais amplos, tendo em vista as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia esta adequação está sendo construída. A proposta é um currículo integrado, organizado por módulos interdisciplinares que desenvolvam nos estudantes as competências essenciais à sua formação, alcançadas pela prática supervisionada (Formigli et al., 2010).

Diante da crise de uma educação apenas cientificista e tecnicista, aumentam as críticas ao modelo quase hegemônico de educação médica proposto por Flexner há mais de 100 anos. Com a participação de amplos setores – profissionais, estudantes, instituições representativas da categoria, instâncias reguladoras e a sociedade organizada – esta transformação já está em curso.

O médico do século XXI vê-se dividido entre a necessidade de especializar-se cada vez mais e ao mesmo tempo ser capaz de estabelecer um bom relacionamento com seus pacientes. No entanto, como o saber técnico não implica em uma conduta humanizada, parece que esse médico precisa de educação continuada também sobre o cuidado humanizado. Nesta revisão notou-se que apesar de diversos trabalhos versarem sobre a dificuldade do médico especialista em desenvolver um comportamento empático, nada foi apontado sobre um caminho ou uma solução para o profissional em atividade. Como e quem oferecerá tal educação permanece uma questão em aberto. Portanto, há necessidade de aprofundar as discussões com estudos dirigidos à esta temática.

VII. CONCLUSÕES

1. Apesar de sua importância para ampliação do conhecimento, com intervenções mais eficazes e de maior resolutividade no exercício da medicina, a especialização do saber médico interfere negativamente na relação médico-paciente.
2. Advindos de especialização médica, os principais fatores que contribuem para o esgarçamento da relação médico-paciente são: inabilidade para a escuta atenta; ausência de empatia; perda da solidariedade diante do sofrimento; desrespeito à autonomia do paciente; visão reduzida às alterações orgânicas; desconsideração dos aspectos psicológicos, sociais, culturais do indivíduo; o tempo de consulta inadequado; o uso irracional da técnica.
3. Em relação ao ensino médico de modelo flexneriano, os fatores que contribuem para uma má relação médico-paciente são: formação apenas cientificista e tecnicista; afastamento ou desconsideração do ensino da ética médica; o saber fragmentado da especialização precoce; formação centrada basicamente no hospital e por isso embasada no uso de técnicas de alta complexidade; atividades práticas não supervisionadas.
4. Para o desenvolvimento das habilidades necessárias para a boa relação médico-paciente durante o período de formação do futuro médico aponta-se: a inserção precoce na atenção primária de saúde; a prática docente como exemplo do exercício humanizado da medicina; o ensino da ética médica e humanidades.
5. As escolas médicas devem adequar-se às Diretrizes Curriculares Nacionais e avançar na implementação de um modelo de ensino que priorize a formação generalista do estudante de medicina.
6. A literatura é pródiga em apontar caminhos durante a graduação que possam corrigir uma formação deficiente no desenvolvimento de habilidades para a boa relação médico-paciente. No entanto, quase nada é dito sobre uma intervenção eficaz na postura do médico em atividade no mercado de trabalho. O que mostra a necessidade de estudos específicos nesta questão.

VIII. SUMMARY

MEDICAL SPECIALTIES AND THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP.

Background: The doctor-patient relationship underwent deep changes over the years. Encouraged by the flexnerian teaching model, the emergence of medical specialties contributed to these changes, not always in a positive way. **Objective:** To evaluate the role of specialties on doctor-patient relationship. **Material and Methods:** By means of a systematic review of scientific literature published from 2007 to 2014. Data was obtained through search for articles available at Lilacs, Pubmed and SCielo. **Results:** With the advent of medical specialties there were changes in medical practice, such as loss of empathy, reduced time of medical appointments, excessive use of technology, disregard of individual autonomy, fragmentation of knowledge, with negative repercussions on the doctor-patient relationship. **Discussion:** Medical specialties represent a more proficient knowledge about diseases and therapeutic methods, but lead to a degree of detachment between doctors and patients and to the practice of a technician and defensive medicine that lack important skills to provide a humanistic approach. **Conclusions:** Studies indicate that the specialization of medical practice negatively interfere in the doctor-patient relationship, leading to the need to rethink the pedagogical model of training future physicians.

KEY WORDS: 1.Doctor-patient relationship 2.Specialization 3.Medical education 4.Technicality 5. Empathy.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreollo NA, Cecconello I, Kruehl CDP, Malafaia O. *25 anos de ABCD Relação cirurgião-paciente no passado e no presente*. Arq Bras Cir Dig 2011; 24(4): 259-261.
2. Barros MEB, Gomes RS. *Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado*. Rev Psic 2011 Set-Dez; 23(3): 641-658.
3. Barros PS, Falcone EMO, Pinho VD. *Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde*. Arq Ciênc Saúde 2011 Jan-Mar; 18(1): 36-43.
4. Boff, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
5. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
6. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Diário Oficial da União 23 jun 2014; 1: 8-11. [acesso 15 junho 2014]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/RES_CNE_CES_3_2014.pdf
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE* [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005. [acesso 15 jun 2014]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro_saude.pdf
8. Camargo Júnior KR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
9. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. *Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?*. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2008 Jan-Mar; 12(24): 125-40.
10. Coelho Filho JM. *Relação médico-paciente: A essência perdida*. Interface - Comunic., Saúde, Educ 2007 set-dez; 11(23): 619-35.
11. Costa FD, Azevedo RCS. *Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo*. Rev Bras Edu Med 2010; 34 (2): 261–269.
12. Cruz CSS, Fernandes DRF, Pimenta MLP, Oliveira LC. *Do pensamento crítico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva*. Rev Univ Vale do Rio Verde 2013 Jan-Jul; 11(1): 30-39.
13. Dantas Filho VP, Sá FC. *O cuidado na prática médica*. O Mundo da Saúde São Paulo 2009; 33(2): 189-194.
14. Drane JF. *Ethical workup guides clinical decision making*. Health Progress 1988; 69: 64-67.
15. Falcone EMO, Ferreira MC, Luz RCM, Fernandes CS, Faria CA, D'Augustin JF, et al. *Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira*. Aval Psicol 2008;7(3):321-34.
16. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. *Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde*. Rev Bras Edu Med 2007; 31 (1): 52–59.

17. Flexner A. *MEDICAL EDUCATION IN THE UNITED STATES AND CANADA*. The Carnegie foundation for the advancement of teaching; Bulletin Number Four, New York. 1910: Reproduced in 1972. [acesso 13 mai 2014]. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf.
18. Marques Filho M. *Bioética Clínica – Cuidando de pessoas*. Rev Bras Reum 2008 jan-fev; 48(1): 31-33.
19. Formigli VL, Barbosa HS, Lima MAG, Araújo IB, Fagundes NC, Macedo RSA. *Projeto político-pedagógico em medicina da FMB/UFBA*. Gaz Med Bahia 2010 Jan-Abr; 79(1): 3-47.
20. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cirino EG. *Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano*. Rev Bras Edu Med 2009; 33(3): 393 – 403.
21. Goulart BNG, Chiari BM. *Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão*. Rev Cienc Saúde Col 2010; 15 (1): 255-268.
22. Gracia D. *Teorias e pratica de los comités de ética*. Comités de bioética. Madri: Universidad Pontificia Comillas, 2003.
23. Jucá NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGC, et al. *A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica*. Rev Bras Edu Med 2010; 34 (1) : 57 – 64.
24. Lampert JB. *Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas*. Gaz Med da Bahia 2008; 78 (1): 31-37.
25. Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.
26. Makabe MLF, Maia JA. *Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a equipe de saúde da família na graduação*. Rev Bras Educ Med 2014; 38 (1): 127-132.
27. Meirelles NS. *Gazeta Médica da Bahia* 2004 Jan-jun; 74(1): 9-101.
28. Minossi JG, Silva AL. *Medicina defensiva: Uma prática necessária?* Rev Col Bras Cir 2013; 40(6): 494-501.
29. Pagliosa FL, Da Ros MA. *O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal*. Rev Bras Educ Med 2008; 32 (4): 492–499.
30. Piancastelli CH. *Saúde da família e formação de profissionais de saúde*. In: Arruda BKG, org. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, [IMIP]; 2001. p. 121-40.
31. Porto D, Schierholt SR, Costa AM. *Retratos da relação médico-paciente na atenção básica*. Rev bioética 2012; 20 (2): 288-99.
32. Resolução CNE/CES 3/2014. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
33. Ribeiro MMF; Amaral CFS. *Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico*. Rev Bras Educ Med 2008; 32 (1): 90 – 97.

34. Rios IC, Schraiber LB. *Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2011 Jan-mar; 15(36): 39-51.
35. Rios IC. *Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde*. Rev Bras Educ Med 2009; 33 (2): 253-261.
36. Rocha BV, Gazin CC, Pasetto CV, Simões JC. *Relação Médico-Paciente*. Rev Med Res 2011; 13 (2): 114-118.
37. Rodríguez CA, Cassias AL, Kolling MG. *Proposta de um Programa para a Formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade*. Rev Bras Educ Med 2008; 32 (1): 40 – 48.
38. Salles AA. *Transformações na relação médico-paciente na era da informatização*. Rev Bioética 2010; 18 (1): 49 – 60.
39. Santos MFO, Fernandes MGM, Oliveira HJ. *Acolhimento e Humanização na Visão do Anestesiologista*. Rev Bras Anest 2012 Mar-Abr; 62 (2): 199-213.
40. Schraiber, L.B. **O médico e suas Interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.
41. Sousa IQ, Silva CP, Caldas CAM. *Especialidades médicas: Escolhas e influências*. Rev Bras Educ Med 2014; 38 (1): 79-86.
42. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. *Percepção dos estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular*. Rev Bras de Educ Med 2012; 36 (1): 5-13.
43. Tizzot ELA. *Princípios da relação contratual entre o médico e a paciente*. Femina 2007 ago; 35 (8).
44. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. *Dificuldades do trabalho médico no PSF*. Rev Cien e saúde col 2011; 16 (1): 1494-1504.