

A medicina contemporânea pode fazer mal para os pacientes?

Can contemporary medicine damage patients?

José de Oliveira Campos¹, Enio Roberto Pietra Pedroso², Júlia Ribeiro Vaz de Faria^{3*}

RESUMO

O equilíbrio que o senso comum permite pode ser a resposta para que a interferência da ciência não incorra em transformação da ação médica, processo semelhante ao que ocorre em uma linha de montagem de uma fábrica. É preciso combinar ciência e arte, objetividade e subjetividade, em que a compaixão constitua a essência de toda a relação humana, princípio da medicina e necessária para que a prática médica conspire em busca do bem-estar que todos almejam e merecem.

Palavras-chave: Educação Médica; Educação em Saúde; Escolas de Medicina; Formação Médica, Sistema de Saúde.

ABSTRACT

The balance that the common sense allows can be the answer so that the necessary interference of science does not incur in the transformation of the medical action in the same process that occurs in an assembly line of a factory. It is necessary to combine science and art, objectivity and subjectivity, in which compassion constitutes the essence of the whole human relationship, the principle of medicine and necessary for medical practice to conspire in search of the well-being that everyone desires and desires.

Keywords: Medical Education; Health Education; Medical Schools; Medical Training; Health System.

¹ Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

² Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editor Associado Responsável:

Nestor Barbosa de Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia/MG, Brasil

Autor Correspondente:

Júlia Ribeiro Vaz de Faria
E-mail: juliaribeirovaz@gmail.com

Fontes Apoiadoras:

Não há.

Conflito de Interesse:

Não há.

Recebido em: 28 Dezembro 2021.

Aprovado em: 06 Fevereiro 2022.

Data de Publicação: 27 Maio 2022.

DOI: 10.5935/2238-3182.2022e32301

O QUE É MEDICINA?

A medicina (*medeo*: cuidar, *kline*: debruçar) constitui-se na forma como o ser humano inclina-se para o cuidado da pessoa com o objetivo de obter e manter a sua saúde, isto é, o seu bem-estar biopsicosocialculturalespiritual, e não trata apenas a doença. Expressa o esforço humano não só em entender a si mesmo, em seu contexto objetivo e subjetivo, mas também em entender sua inserção familiar e social, suas apreensões e necessidades, suas atitudes e crenças desde o nascimento até a sua morte. Trata-se de serviço humanístico e humanitário; e requer de quem a pratica esforço em busca da consciência de si, da natureza e da vida; e competência em ousar, transgredir e transformar a própria vida e de quem lhe pede ajuda em busca de bem-estar¹⁻⁵.

É fácil definir esse bem-estar? É provável que seja tão variável quanto sejam as pessoas e suas sociedades; e dependa da evolução histórica e das possibilidades decorrentes do desenvolvimento intelectual, tecnológico e da sensibilidade humana.

SER MÉDICO

O médico é o ser humano que assume esse debruçar sobre o cuidado, sobre o acolher, o cuidar do outro, como tarefa de sua própria vida^{1,3,6-9}.

A organização formal da sociedade em busca da formação do médico implica em vários pressupostos que buscam orientar como promover saúde, atenuar doença, aliviar desconforto, assistir incapacidade, evitar morte prematura e promover bem-estar. Seus recursos são os mesmos da relação humana apropriada, em que o exame clínico aproxima o médico do paciente e sua família, e permite a síntese e o julgamento sobre o que altera a relação saúde-doença, como prepara a terapêutica e estabelece o exercício da influência infinita em busca do bem-estar que todos procuram^{1,5}.

O estabelecimento do diagnóstico não significa, necessariamente, a melhora da saúde. É preciso entender a exposição e o desnudamento objetivo e subjetivo da pessoa ao médico, que permite o estabelecimento da cumplicidade nessa relação, em busca de vida melhor, respeitosa e digna. Representa a confiança e a solidariedade do médico ao seu paciente desde o momento em que o paciente nasce, experimenta-se, ajuíza a sua experiência, entende a existência, vive a sabedoria do juízo, busca o bem-estar na própria essência, conscientiza-se da própria morte e transcende a matéria. Representa sentir com o sentimento do outro – compaixão –, tarefa que não só envolve, mas ultrapassa a ciência e se revela na experiência, ânimo, caráter, trabalho e força das palavras; em fazer, inclusive, o doente sentir a doença em paz⁷.

A DIMENSÃO DA MEDICINA

A perspectiva da medicina, portanto, requer sentir e entender a natureza humana, o que é mais do que ciência, pois utiliza as ciências naturais para o seu exercício, mas nutre-se de humanismo em sua ação de perscrutar a multiplicidade humana; em sondar a angústia, a felicidade, a mentira, a verdade, a responsabilidade, o descuido, a regularidade e o acaso que acompanha cada pessoa. Busca a percepção da plenitude humana, e entende o que o objetivo e o subjetivo de cada pessoa expressa. Procura entender os

mecanismos que determinam as anormalidades objetivas e as influências subjetivas de tudo que afeta o ser humano, e enfrenta desafios desconhecidos não organizados pela ciência⁶⁻¹⁰.

Requer ainda intuição, senso crítico, percepção da validade da qualidade de vida; e entendimento dos fatores genéticos, epidemiológicos, antropológicos, psicológicos e sociais. O conhecimento da medicina estabelece-se pelo relato de caso, pela comparação de casuística, pelo estudo controlado, pela metanálise e por outras formas de busca da percepção científica do entendimento de como obter e perder o bem-estar^{6,11,12}.

O diagnóstico e a terapêutica anteriormente eram realizados, na maioria das vezes, com base no empirismo, na experiência pessoal e popular; e em alguns aforismos, como: “o que é comum é comuníssimo e raro raríssimo”; “o médico não pode ser ingênuo”; “o médico não pode machucar alguém”; “para o que não há remédio, e remediado está” e “não existem doenças, mas doentes”^{1-5,13}.

Esse sentido de avaliar a prática médica revela o quanto a observação pessoal, com o senso crítico de cada um, constituía a máxima da medicina. O objetivo diante dessa perspectiva constituía-se em contribuir, assessorar, estimular e conviver para que todos pudessem ter vida digna, solidária e de bem-estar.

A medicina contemporânea foi construída em função da contribuição da análise criteriosa dos postulados de Koch, baseados na observação da doença em humanos. A correlação com a ocorrência em animais de experimentação, a extrapolação em relação à observação humana anterior, a valorização da epidemiologia clínica, a análise de óbitos e a avaliação macro e microscópica de como a doença foi capaz de provocar a morte contribuíram para os avanços na medicina¹⁴⁻¹⁷.

Os estudos multicêntricos; a análise de múltiplas casuísticas; e os testes comparativos entre propostas clínicas, propedêuticas e terapêuticas fizeram a medicina avançar exponencialmente no último século. O conhecimento em medicina evoluiu hoje de forma que um fato ou fenômeno novo é apresentado em cada 48 horas! A publicação em medicina atinge mais de 400.000 trabalhos por ano! Como se comportar para contribuir para que o paciente se sinta personalizado e não uma engrenagem nesse sistema¹⁰⁻¹⁴?

É preciso não deixar que os avanços da biologia molecular - estrutural, imunologia e genética - impeçam a valorização do que pode contribuir a psicologia, antropologia e sociologia sobre a vida humana e a sua morbimortalidade.

É necessário abordar a doença e o doente. O paciente precisa sentir-se bem por ir à consulta. O sucesso terapêutico depende não só da doença resolvida, mas da relação entre o médico e seu paciente-família-comunidade. É preciso sensibilidade, atenção e cumplicidade para conspirar com o paciente, e não só explicar resultado, probabilidade, efeitos adversos e custos. O equilíbrio que o senso comum permite pode ser a resposta para que a interferência necessária da ciência não incorra em transformação da ação médica em mesmo processo que ocorre em uma linha de montagem de uma fábrica^{14,15}.

EVOLUÇÃO DA MEDICINA

Observa-se, desde os meados do século 20, evolução espantosa dos conhecimentos incorporados à medicina,

especialmente nas áreas da genética, da fisiopatologia das doenças, dos métodos diagnósticos e da terapêutica¹⁶.

O conhecimento avançou em velocidade extraordinária, iniciando-se em relação às patologias de órgãos, das células, como determinada por Virchow, Koch, Pasteur, Freud, Röntgen e Currie, ultrapassando as moleculares e cada vez mais se aproximando do genoma. Evoluiu para a visão científica baseada na observação das evidências, sob rigoroso controle dos dados, em que a demonstração de sua reprodutibilidade e de suas associações decorria de avaliações de ensaios controlados, como a revelação e sustentação da verdade, orientada pelos postulados de Koch. Esses avanços permitiram solucionar graves problemas de saúde, antes inimagináveis ou inatingíveis, entretanto, sem a compreensão de seu uso racional, sendo muitas vezes aplicado de forma inútil ou fútil ou com o prejuízo da saúde, sem considerar as necessidades aparentemente ilimitadas dos pacientes diante dos escassos recursos disponíveis^{10,14,15}.

O conhecimento cada vez mais particularizado requereu a divisão do corpo e da alma, do corpo em partes, cada vez menores, o que resultou em visão de técnicas, de especialidades, de doenças e de abordagens. A formação geral foi, por isso mesmo, pulverizada de forma a se desdobrar em infinitas especialidades, em decorrência da fragmentação do conhecimento. Essa característica conduziu o comportamento humano para a visão particularizada do todo, o que coincidiu com a tendência à solidão e ao individualismo da sociedade, instalando-se com plenitude a era da informação. Associou-se a isso a ganância, a busca desenfreada pelo acúmulo de patrimônio, o consumo, a valorização estética, a busca da eternidade e juventude, o individualismo, que determinam o aparente bem-estar da sociedade contemporânea^{9,11}.

EXAME CLÍNICO

Hipócrates ensinou que o médico deve examinar o paciente de forma a observar cuidadosamente os sintomas, fazer o diagnóstico e depois o tratar, estabelecendo os fundamentos da medicina clínica, conforme aconselha Osler: “escute o seu paciente, ele está fazendo o diagnóstico para você”^{12,15}.

O exame clínico revela a expressão da doença no paciente. Permite ao médico aproximação, conspiração e cumplicidade ao paciente. Trata-se de momento singular e especial, em que mais do que a objetividade da doença, está presente toda a sua representação no doente. Nada supera a “mensagem” que o médico transmite, nesse encontro, de sua disposição em ajudar ao paciente a obter vida melhor. Os primeiros encontros desencadeiam sentimentos fundamentais para os passos seguintes da missão médica, como: confiança, respeito e confidência. Esse encontro estabelece coerência, opinião, crença e harmonia; constituindo-se oportunidade ímpar de troca de experiências, inclusive com a família e a sociedade¹⁶⁻¹⁹.

O exame clínico é insubstituível em sua potencialidade de revelar particularidades não objetivas, possibilita confiança e concede privacidade²⁰. O raciocínio clínico é também consequência natural do exame clínico que revela lógica, equilíbrio e juízo, e se aplica na abordagem necessária para que o bem-estar seja restaurado^{4,8,11,13}.

O exame clínico constitui-se mais do que a ciência pode revelar: usa as ciências naturais, mas nutre-se da convicção,

sensibilidade, impressão, experiência e prática. Assim perscruta a multiplicidade e plenitude humanas; sonda a angústia, felicidade, mentira, verdade, responsabilidade, descuido, regularidade e acaso; entende a fisiopatologia, enfrenta desafios desconhecidos e não organizados pela ciência; combina realidade-esperança; ajuda no choque, negação, depressão e aceitação de doença fatal.

SUBSTITUIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Observa-se, na atualidade, a substituição abusiva do exame clínico pela propedêutica complementar. Considera-se como paradigma contemporâneo que o método clínico é insuficiente, incapaz diante da autossuficiência da propedêutica complementar em determinar a certeza do diagnóstico. Os avanços, especialmente direcionados para a cardiologia e as neurociências, foram conduzindo aleatoriamente para a superespecialização médica, tornando a medicina altamente competente em áreas cada vez mais limitadas – mas muito melhor remuneradas e respeitadas, do que as áreas gerais que passaram a ser consideradas de menos valia. Os pacientes passaram a ser “fatiados” em órgãos e sistemas¹⁷⁻²¹.

Os sintomas físicos são responsáveis por mais da metade de todas as consultas ambulatoriais, mas o modelo predominante de atenção focada na doença é inadequado para muitos desses encontros motivados por sintomas. Além disso, a quantidade de treinamento médico dedicado à compreensão, avaliação e tratamento dos sintomas comuns é desproporcionalmente pequena em relação à sua prevalência, comprometimento e custos com assistência médica²¹.

Esta revisão narrativa sobre sintomas físicos aborda quatro questões epidemiológicas comuns: causa, diagnóstico, prognóstico e terapia. É preciso considerar que: 1) pelo menos um terço dos sintomas comuns não têm explicação explícita e baseada na doença (5 estudos na atenção primária, 1 em clínicas especializadas e 2 na população geral); 2) a história e o exame físico por si só contribuem com 73% a 94% das informações diagnósticas, respectivamente, com testes e procedimentos dispendiosos contribuindo muito menos (5 estudos de múltiplos tipos de sintomas e 4 de sintomas específicos); 3) os sintomas são responsáveis por mais da metade de todas as consultas ambulatoriais ou mais de 400 milhões de consultas anuais nos Estados Unidos^{18,20}.

Qual estratégia mais adequada? Deve ser solicitado algum exame? A vigilância do paciente pode substituir exame complementar?

É essencial para o entendimento do todo, que sejam revalorizadas as áreas gerais da medicina como: clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia e cirurgia geral.

EXAME CLÍNICO COMO BASE PARA O RACIOCÍNIO CLÍNICO E A ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Excluídos os diagnósticos em que a competência para que sejam realizados é determinada pelo seu reconhecimento imediato, é fundamental que o médico exerça a investigação cuidadosa através da escuta do paciente, sua família e seus acompanhantes. Essa comunicação deve ultrapassar a visão de problemas orgânicos e deve permear o imponderável psiquismo, ainda não passível de comprovação à propedêutica complementar.

O médico bem treinado é capaz em poucos minutos, no decorrer da apresentação das queixas e por intermédio do método hipotético-dedutivo, de discernir duas ou três hipóteses diagnósticas, que poderão ser elaboradas, comprovadas, ou extrapoladas com a participação do exame físico, não necessariamente completo, mas conduzido pelas hipóteses sugeridas. Em geral, uma das hipóteses é verdadeira em 75% dos casos. Poderão entrar em cena, nesse momento, a propedêutica, que é complementar ao exame clínico, escolhida de acordo com sua capacidade de comprovação ou de fortalecer a possibilidade diagnóstica e também para excluir outras, através de sua sensibilidade e especificidade^{20,21}.

Nada supera a gratificação do encontro médico-paciente do que o diagnóstico bem conduzido, correto e com a mínima necessidade de intervencionismo.

PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR

Não existem exames complementares que apresentam 100% de sensibilidade ou especificidade. É fácil deduzir, portanto, que podendo fornecer resultados falso-positivos ou falso-negativos, a combinação de tantos exames, solicitados como se estivesse sendo caçado com uma cartucheira, poderá acertar o que não se quer e errar o alvo. Deve-se lembrar que exames de imagem podem ter interpretações diferentes por investigadores diferentes (discordância interpessoal), ou pelo mesmo investigador, quando a mesma imagem lhe for submetida em momentos diferentes (discordância intrapessoal)²²⁻²⁴.

Resultados “anormais” poderão exigir novas investigações que, em sua maioria, não têm qualquer significado para a saúde dos pacientes, mas que, podem determinar a realização de novos exames, o que inclui novas intervenções, muitas delas com sofrimento para o paciente. O paciente será transformado em “doente”, consumidor de remédios e de atenção médica desnecessária. O desperdício acarretado pelo uso de propedêutica complementar e procedimentos desnecessários produzem um gargalo impeditivo de seu uso, quando realmente são necessários²¹.

O diagnóstico correto enseja a aplicação do tratamento, que pode visar a prevenção primária, secundária, minorar o sofrimento ou curar; além de expandir para a família, vizinhos e comunidade a perspectiva do diagnóstico estabelecido, sua prevenção e profilaxia^{23,24}.

As associações médicas, especialmente nos países desenvolvidos, preocupam-se cada vez mais com o uso inadequado de métodos diagnósticos, tratamentos e procedimentos desnecessários e que podem comprometer a saúde, o que calculam comprometer 30% do que é praticado, com imensos prejuízos individuais e sociais. Exemplos desses movimentos são o *High Value Medicine* e *Wise Medicine* propostos, nos Estados Unidos e na Inglaterra, pela *ABIM Foundation American College of Physicians*; e pelo *Dont Do*, respectivamente. O desperdício no Brasil pode ser maior, como revelado por estudos feitos pela Agência Nacional de Saúde, de que o uso de ressonância magnética é, proporcionalmente, maior do que é realizado nos Estados Unidos, que também não representa exemplo positivo²⁴.

ENSINO MÉDICO

As considerações apresentadas ao longo deste texto remetem à responsabilidade na condução de toda a crítica e a transformação médica a ser acreditada pelas faculdades de medicina e associações médicas. Nesse sentido, as instituições devem abraçar a luta para a aplicação correta das conquistas da medicina contemporânea, com seriedade, competência e ética^{13,21}.

A escola médica é, naturalmente, onde a medicina é exposta ao seu aprendiz, responsável pelo desenvolvimento da crítica e pela criação de conhecimentos. É território que proporciona oportunidades de encontro com o controverso; em que a aplicação de novos processos técnico é desenvolvida, aplicada de forma plena e discutida, sem tendenciosidade; regida pelo balizamento ético e pela missão humanitária. É onde a visão do paciente não possui limites de órgãos-sistemas, corpo-alma e indivíduo-coletivo, além de permitir ultrapassar conhecimentos e técnicas e ampliar relacionamento interpessoal. É onde o transcender a capacidade técnica, o conhecimento científico constitui-se em tarefa comum, em compaixão, em interesse pela pessoa e pela vida¹¹⁻¹⁶.

É local onde é preciso estabelecer salvaguardas para quem terá como tarefa receber confiança, intimidade, autorização para atingir o aparente indevassável espírito humano de outrem, mesmo sem ter conseguido entrar no próprio. É local para perceber o limite da ciência; usar com equilíbrio e harmonia as maravilhas da tecnologia que são informadas como salvadoras de todos os males, sob a influência, nem sempre verdadeira, de que são sempre de muito benefício. É local de ser influenciado pelos valores que decorrem do patrimônio, beleza, juventude, troca de benesses, sem se influenciar a ponto de impedir a importância da percepção da singularidade de cada pessoa e favorecer a equanimidade das relações humanas²⁰.

É preciso saber que o médico nem sempre diagnostica ou trata, mas sempre alivia o impacto da enfermidade, ajuda a pessoa a se integrar nela mesma, em sua família e comunidade. É crítico e criativo, portanto, em compromisso com a inovação, a transgressão, a transformação da pessoa e da sociedade, em todos os locais onde se criam e se espalham experiências que respeitam a dignidade humana, sensível aos esforços da pessoa a se adaptar à perda de sua saúde e a conviver com suas limitações e a finitude da vida.

MODELO DE ENSINO MÉDICO

A mudança quanto ao ensino de medicina com base na aprendizagem em problemas; em equipes, com a participação interprofissional e que integram medicina clínica e ciência básica, parece ser mais apta a ampliar a visão crítica e criativa da vida e do mundo, do que a reforma curricular em andamento nas faculdades de medicina. Permanecem, no entanto, dúvida se o aprendizado é melhor realizado em sala de aula, no treinamento em serviço, no desenvolvimento de habilidades para resolver problemas, na discussão de pensamentos, na aferição de ideias; e como se deve proceder para que o aluno de medicina comece logo a pensar como médico^{3,7,11-15}.

As atividades que promovem a crítica, criação, proposição, enfrentamento de desafio real, exigem mais esforço do que a memorização de fatos, entretanto, são mais eficazes para a retenção de conhecimento. Essa abordagem, chamada de sala de aula invertida, é bem adequada para alunos da geração do século 21, que são digitais nativos, cresceram com a tecnologia, estão intimamente associados com a informação, acostumados com o trabalho em equipe, e familiarizados com o ambiente colaborativo. São afeitos a encontrar informações digitais e aprender melhor com conteúdo visualmente atraente que os mantém atentos e com a apresentação segmentar e de curta duração. A presença de tecnologia pessoal e institucional permite acesso rápido às informações médicas e possibilita que os educadores se concentrem em ajudar os alunos a compreenderem mais intensamente sobre a saúde e as doenças humanas¹⁰⁻¹⁶.

SITUAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA

Apesar do desenvolvimento e do impacto da tecnologia aplicada à medicina, questões humanas permanecem distinguindo a ação médica. Não é possível o exercício da medicina sem humanismo nem senso humanitário e, portanto, a definição da formação médica tem como princípio norteador as oportunidades curriculares de encontro com a fruição de ideias e como elas levam o espírito humano a agir em busca do bem-estar que todos almejam com equanimidade e justiça social^{11,13}.

A profissão, qualquer que seja, requer instrumentos práticos para saber fazer adequadamente o que se propõe, nos limites para o que se propõe a fazer. A formação do médico em qualquer nível em que seja proposta requer estabelecer o que se pretende em seu final, isto é, quais os conhecimentos teóricos e práticos; as habilidades psicossociais; e como promover a sua constante atualização, para que seja sempre terminal em seu propósito e não necessariamente apenas ponte para outro fim²².

A prática permite o desenvolvimento de relações com as pessoas em risco da perda do bem-estar, da função, da estética e da vida. É possível desenvolver relacionamento humano que permita a ausculta, a confidência, o respeito; em que a ética, a religião e as relações antropológicas e sociais estejam envolvidas e realçadas. Busca-se a construção do médico que percebe o outro com o olhar do outro, e consegue sensibilizar o outro para a busca de sua felicidade, com as limitações próprias do ser humano, sejam elas psíquicas ou sociais. Em todo esse processo é essencial o envolvimento do tutor, do professor, do modelo, do mestre, do educador, que percebe seu próprio limite, estabelece salvaguardas da profissão, e descortina no iniciante as dúvidas e dificuldades naturais, e infunde ânimo para enfrentar o desafio de, mesmo sem se entender, consegue buscar a percepção do outro²⁴.

É POSSÍVEL PREVER COMO SERÁ O FUTURO DA MEDICINA E DA PRÁTICA MÉDICA

Observa-se que o esforço médico em manter sua valiosa habilidade clínica com educação médica continuada e atualização, modificou-se profundamente com a abordagem da medicina baseada no desenvolvimento da inteligência artificial. Avanços na neurociência alcançaram modelagem computacional bastante precisa do cérebro humano,

vem permitindo o desenvolvimento de sistemas que imitam processos cognitivos, como a aprendizagem não supervisionada e a curiosidade²⁴.

A quantidade de dados decorrentes dos registros médicos eletrônicos, de sensores, da genética, de pesquisa; além da capacidade computacional dos sistemas de inteligência artificial (sistemas de *big data analysis*) têm aumentado em velocidade exponencial de forma que haverá momento em que os pacientes poderão preferir consultar estes dados em vez de seu médico, sendo sua principal limitação atual de uso, a falta de estrutura legal.

As escolas médicas e os programas de residência médica devem educar futuros médicos sobre o novo ambiente médico que está sendo formulado, o que inclui reestruturação de currículos e reconsiderar as práticas tradicionais de aprendizagem.

Qualquer que seja a tendência e o destino da prática médica no futuro, é essencial a proteção do paciente e sua família, em que o respeito, a segurança, a confidência e a compaixão permaneçam como propósitos da medicina que acolhe e cuida para o bem-estar que todos almejam e merecem¹⁹⁻²³.

CONCLUSÃO

Apesar do desenvolvimento, do impacto da tecnologia aplicada à medicina, permanecem questões humanas a distinguirem a ação médica. Não é possível o exercício da medicina sem humanismo nem senso humanitário e, portanto, o seu princípio depende das oportunidades de encontro com pessoas e ao desenvolvimento de ideias que propiciam o espírito humano a agir em busca do bem-estar que todos almejam e merecem, com equanimidade e compaixão e justiça social.

COPYRIGHT

Copyright© 2020 Campos et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons*. Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

REFERÊNCIAS

1. Katsambas A, Marketos SG. Hippocratic messages for modern medicine (the vindication of Hippocrates). *J EADV*. 2007;21:859-61.
2. Ceballos AGC. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde [Internet]. Recife: UFPE; 2017; [acesso em 2019 Nov 23]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3332?show=full>
3. Marketos SG. Medicine is an aspect of civilization: lessons from the Hippocratic medicine. *Microsurg*. 1994;14:2-5.
4. Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(2):283-8.
5. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DTT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciê Saúde Colet*. 2007;12(2):335-42.

6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(3):783-94.
7. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
8. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam ASA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(4):598-606.
9. Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2018; [citado 2019 Jul 20]; 11(1):79-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt
10. Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. *Interface* [Internet]. 2017; [citado 2020 Jan 10]; 60(21):177-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220160007.pdf>
11. Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, et al. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*. 2009;132:2878-88.
12. Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res*. 2011;71:325-34.
13. Skovenborg EL, Schröder A. Is physical disease missed in patients with medically unexplained symptoms? A long-term follow-up of 120 patients diagnosed with bodily distress syndrome. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:38-45.
14. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med*. 2014;174:399-407.
15. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2013;173:407-16.
16. Kroenke K. Diagnostic testing and the illusory reassurance of normal results: comment on "Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease". *JAMA Intern Med*. 2013;173:416-7.
17. Johns SA, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. Telecare management of pain and depression in patients with cancer: patient satisfaction and predictors of use. *J Ambul Care Manage*. 2011;34:126-39.
18. Teirstein PS. Boarded to death – why maintenance of certification is bad for doctors and patients. *N Engl J Med*. 2015;372:106-8.
19. Ioannidis JP. Stealth research: Is biomedical innovation happening outside the peer – reviewed literature? *JAMA*. 2015;313:663-4.
20. Wynia MK. The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract perspectives in biology and medicina. 2008;51(4):565-78.
21. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008; [citado 2019 Jul 19]; 32(3):333-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300008&lng=pt&nrm=iso
22. Roberts DH, Newman LR, Schwartz-Stein RM. Twelve tips for facilitating Millennials' learning. *Med Teach*. 2012;34:274-8.
23. Rossignol L. Relationship between participation in patient- and family-centered care training and communication adaptability among medical students: changing hearts, changing minds. *Permanente J*. 2015;19(3):54-8.
24. Pedrosa ERP. A Medicina e sua transdisciplinaridade. In: Polignano MV, Goulart EMA, Machado ATGM, Lisboa AH, eds. *Abordagem ecossistêmica da saúde*. Belo Horizonte: Instituto Guaicury; 2012. p. 163-78.

