

QUEM É O MÉDICO? COMPARAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES DO MÉDICO ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA E USUÁRIOS DO SUS

WHO IS THE DOCTOR? COMPARISON OF PHYSICIAN REPRESENTATIONS BETWEEN MEDICAL ACADEMIC AND SUS USERS

Letícia Zanutim¹; Mayara Macedo Trindade¹; Nathália Dell Eugênio Costa¹; Lila Maria Spadoni Lemes²

1- Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil.

2- Docente Titular do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil. Docente adjunto da Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Doutora em Psicologia na Paris 5.

Resumo

Objetivos: conhecer a representações sociais do médico e compará-la entre acadêmicos de medicina do quarto ano e usuários do sistema único de saúde(SUS). **Métodos:** este trabalho utilizou uma pesquisa de campo através de aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas. **Resultados:** a representação social do médico é distinta pra os grupos estudados. **Conclusão:** a pesquisa concluiu que para os acadêmicos de medicina o médico é um profissional responsável e trabalhador e para os usuários do SUS inseridos na Estratégia Saúde da Família o médico é um profissional de saúde. Concluiu, também, que o paciente não é mais passivo frente ao processo saúde doença e procura sempre conhecer seus direitos e cobrá-los. Com isso o modelo biomédico ainda vigente não é mais satisfatório abrindo espaço para o modelo biopsicossocial.

Abstract

Objectives: to know the social representation of medical and compare it among medical students of the fourth year and users of the Unified Health System (SUS). **Methods:** this study used a field survey by questionnaire with open and closed questions **Results:** social representation of the doctor is different for the groups. **Conclusion:** The research concluded that for medical students the doctor is a professional and responsible worker and SUS users entered in the Family Health Strategy is a medical health professional. It also concluded that the patient is no longer passive against the health-disease process and seeks always know their rights and collect them . With this, even the biomedical model is no longer satisfactory making room for the biopsychosocial model .

Palavras-chave:

Relação Médico-Paciente. Sistema Único de Saúde. Processo Saúde-Doença.

Keyword:

Physician-Patient Relationship. Health System. Health- disease process.

*Correspondência para/ Correspondence to:

lilaspadoni@gmail.com

INTRODUÇÃO

Antigamente, o cuidado e o tratamento dos pacientes eram realizados exclusivamente pelo médico porque o mesmo detinha conhecimentos científicos para tal, já o paciente que não possuía esses mesmos conhecimentos tinha sua autonomia privada por esse médico paternalista. Paternalismo significa expressão de poder sobre o outro almejando sempre o bem, se aproximando da figura de um pai. ¹

Na atualidade os pacientes, assim como os médicos, buscam o conhecimento e já não aceitam mais uma posição pacífica frente ao processo saúde doença. ² Isso gera um conflito, pois enquanto os pacientes querem exercer sua autonomia muitos médicos continuam autoritários e arrogantes. ³

Pressupõe-se que a relação medico paciente tem sofrido mudanças nos últimos anos, ao ponto de atualmente ser considerada pelo campo jurídico enquanto uma relação de

consumo, regida pelo código de defesa do consumidor (CDC). Os médicos historicamente eram vistos com admiração e respeito, mas atualmente são vistos como simples prestadores de serviço.³ Esse fato da inclusão da relação médico-paciente no CDC, acrescido da observação de outros tantos divulgados pela mídia ou presenciado nas unidades de saúde, bem como no número crescente de processos éticos ou legais de pacientes contra médicos, nos levou ao problema dessa pesquisa: Como o médico é visto na atualidade?

Esta pesquisa propôs-se investigar os elementos que compõem o núcleo central e a periferia das representações sociais do médico para dois grupos distintos: acadêmicos de medicina do quarto ano com método de ensino *Problem Based Learning* (PBL) e nos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de compará-las. Isto porque as representações sociais mudam de pessoa para pessoa de acordo com o grupo ao qual a pessoa participa.⁴

É de extrema importância sabermos qual a representação social do médico para esta classe para que possamos identificar possíveis conflitos na construção da relação médico paciente. Acreditamos que as diferenças nas representações sociais desses dois grupos podem ser foco de conflitos na relação médico paciente e na eficácia da política nacional de humanização.

METODOLOGIA

Participantes

Foram entrevistados 60 acadêmicos. Destes 56,7 % do sexo feminino e 43,3% do sexo masculino. A média de idade dos entrevistados foi 23 anos com desvio padrão de 3,02, sendo que a idade máxima foi 33 anos e a mínima 19 anos.

Também foram entrevistados 60 usuários do SUS sendo que 78,3% do sexo feminino e 21,7%

do sexo masculino. A média de idade dos entrevistados foi 37,2 anos com desvio padrão de 14,06, sendo que a idade máxima foi 65 anos e a mínima 18 anos.

Instrumentos

Para identificar a estrutura das representações sociais foi utilizada a técnica de evocação simples utilizada para identificar os possíveis componentes do núcleo central ou da periferia⁵. Nessa técnica é solicitado aos participantes as três primeiras palavras ou expressões lembradas após o conhecimento de um termo indutor, que nesse caso foi “médico”.

A análise foi feita através do cruzamento da frequência das respostas e da rapidez com que foram proferidas, produzindo uma tabela composta por quatro casas. Os itens com maior frequência e menor média de ordem de citação (casa1) podem ser elementos que caracterizam o núcleo central de uma representação.⁶ Os itens com frequência baixa, mas com alta média de ordem de citação podem caracterizar os elementos periféricos (casa 4).⁶ E os itens das duas casas restantes são considerados uma zona de instabilidade, que possivelmente estão em processo de mudança.⁶

As análises das respostas das evocações foram efetuadas manualmente. O valor 3,0 foi adotado como referencial de média de ordem de citação. Como frequência mínima, definiu-se o valor de duas respostas, sendo excluídos os itens citados menos de duas vezes. Definiu-se também, como frequência média, um valor equivalente à 10% do número total de participantes, o que significa que os itens considerados com alta frequência foram citados por pelo menos 10% da amostra. Esse valor foi definido com o objetivo de reter, na primeira casa, apenas os elementos com o maior nível de consenso.

Além da evocação foi utilizado também a técnica da escala de Likert que transforma uma variável nominal em ordinal pedindo o participante que indique o grau de concordância ao invés de responder sim ou não. As perguntas nesse formato Likert foram

tratadas estatisticamente através do programa SPSS Statistics.

Aspectos éticos

Esse trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA com o número CAAE: 31436414.0.0000.50.

RESULTADOS

A técnica da evoção foi utilizada para identificar a representação social do médico e em seguida foi utilizada como um recurso para identificar as principais qualidades e defeitos dos médicos. As mesmas perguntas foram aplicadas tanto nos acadêmicos de quarto período quanto nos usuários do SUS.

A tabela 1 demonstra uma comparação entre os elementos centrais e periféricos da representação social do médico nesses dois grupos.

Tabela 1- Tabela de Vèrgés da Expressão Médico em Acadêmicos de Medicina.

	Ordem de citação (OC) menor que 2	Ordem de citação (OC) maior que 2
Frequência de citação (F) Maior que 6	Responsabilidade (23*; 1,26**) Trabalho (7*; 1,71**)	Ética (9*; 2**) <ul style="list-style-type: none"> Compromisso (6*; 2**) Dedicação (17*; 2,11**) Saúde (9*; 2,22**) Conhecimento (9*; 2,22**) Respeito (7*; 2,14**) Cuidado (6*; 2**)
Frequência de citação (F) Menor que 6	Competência (5*; 1,6**) <ul style="list-style-type: none"> Confiança (3*; 1,66**) Profissionalismo (5*; 1,66**) Doença (3*; 1,66**) 	Status (3*; 2,33**) <ul style="list-style-type: none"> Dinheiro (3*; 2**) Estudioso (4*; 2,25**) Cura (5*; 2,4**) Atenção (3*; 2**) Sacrifício (3*; 2,33**) Humanização (3*; 2,66**) Hospital (4*; 2,75**) Empatia (5*; 2,6**)

*Frequência, **Ordem de citação.

Para os acadêmicos de medicina a representação social do médico é a de um profissional responsável e trabalhador. O mesmo deve munir-se de conhecimento, ética, empatia, dedicação, paciência e responsabilidade e não pode ter falta de educação, preguiça, arrogância, egocentrismo e impaciência.

Em relação aos usuários do SUS, pode-se perceber que a palavra saúde e remédio apenas descrevem as atividades do médico. Entretanto as palavras confiança e desinteresse, que aparecem no sistema periférico, denotam que alguns grupos dos usuários partilham ideias que

discutem a necessidade de confiança no médico e a falta de interesse de alguns.

Percebe-se que acadêmicos e usuários não tem a mesma representação social do médico. Enquanto o núcleo central da representação social, ou seja, aquilo que o médico realmente representa para acadêmicos, está relacionado a responsabilidade e trabalho, os usuários o relacionam à saúde. As diferenças são ainda maiores quando se compara o sistema periférico, composto por aqueles elementos que poderão se modificar de pessoa para pessoa ou entre grupos. Para acadêmicos de medicina aparece a questão financeira relacionada ao status e dinheiro, como uma

recompensa pelos anos de estudos. Aparece ainda aspectos do cuidado tais como a cura, atenção, sacrificio, humanização, empatia e hospital. Os usuários pensam em remédio, e discutem o interesse e confiança dos seus médicos.

Foi perguntado aos participantes quais as principais qualidades que os médicos atuais devem possuir. Apesar da pergunta ter sido feita sob forma de evocação, não recebeu o tratamento como tal, pois não se trata de identificar elementos centrais e periféricos, mas apenas de identificar as qualidades que foram citadas com maior frequência (f) e menor média de citação (OC), partindo do pressuposto que essas respostas são as mais disponíveis nos processos mentais dos participantes no momento em que foram solicitadas.

Nesse sentido, as principais qualidades citadas pelos acadêmicos foram: conhecimento (f=23; OC=1,65), ética (f=12; OD=1,83), empatia (f=28; OC=1,75), dedicação (f=9; OC= 1,33), paciência (f=12; OC= 1,75), responsabilidade (f=13; OC=1,84). Enquanto que para os usuários do SUS foram: atenção (f= 26; OC=1,5), educação (f=29; OC=1,82), paciência (f=16; OC= 1,87), competência (f= 8; OC=1,75). Tantos

acadêmicos quanto usuários parecem concordar que os médicos devem possuir tanto qualidades técnicas tais como competência, dedicação e responsabilidade quanto qualidades humanitárias como paciência, atenção e educação.

Em seguida, foi perguntado aos participantes quais os principais defeitos que eles percebem no médico atual. Essa pergunta foi tratada da mesma forma que a anterior, pois apesar de ter sido em forma de evocação, foi verificado apenas a frequência e ordem de citação.

Para os acadêmicos de medicina, os médicos possuem os seguintes defeitos: falta de educação (f= 11; OC= 1,8), preguiça (f=11; OC= 1,5), arrogância (f=17; OC=1,4), egocentrismo (f=7; OC=1,8), impaciência (f=12; OC=1,91).

Para os usuários, eles possuem: arrogância (f=8; OC=1,8), falta de educação (f= 39; OC=1,7). Esses dados demonstram que os principais defeitos percebidos tanto por acadêmicos quanto por usuários se relacionam ao trato com o paciente.

Em seguida, apresentou-se aos participantes uma série de questões em escala Likert, de 01 a 05, demonstradas na tabela 2.

Tabela 2 - Tabela de Vèrgés das Qualidades dos Médicos por Acadêmicos de Medicina.

	Ordem citação (OC) menor que 2	Ordem citação (OC) maior que 2
Frequência de citação (F) Maior que 6	Conhecimento (23*; 1,65**) Ética (12*; 1,83**) Empatia (28*; 1,75**) Dedicação (9*; 1,33**) Paciência (12*; 1,75**) Responsabilidade (13*; 1,84**)	Humanidade (10*; 2**) Respeito (10*; 2,4**)
Frequência de citação (F) Menor Que 6	Estudo (4*; 1,33**) Atenção (4*; 1,75**) Habilidade (3*; 1,66**)	Comprometimento (3*; 2,3**) Humildade (4*; 2,5**) Determinação (3*; 2,66**) Amor (4*; 2,5**)

*Frequência, **Ordem de citação.

Pedi-se aos participantes que dessem uma nota de 01 a 05 para os médicos atuais. A média da nota dada para os médicos foi 3,255, demonstrando que a maioria dos acadêmicos e

dos usuários não acham os médicos ruins, mas também não os consideram bons, ficando apenas um pouco acima da média. Essa mesma tendência apareceu ao comparar os médicos de

antigamente aos atuais, pois a média foi 3,71, demonstrando uma tendência dos acadêmicos e dos usuários a considerarem que houveram poucas mudanças no perfil dos médicos.

Os acadêmicos e os usuários do SUS acham importante o médico conhecer o doente e não só a sua doença, passar seu telefone para o paciente e escutar as opiniões do mesmo sobre os procedimentos adotados. Percebeu-se ainda que os acadêmicos e usuários consideram que o médico deve dar atestado e passar receita medicamentosa.

Ao comparar os resultados das perguntas em escala Likert entre os usuários e os acadêmicos, através do teste *t student de amostras independentes*, conclui-se que há diferença de opiniões em apenas duas questões: o cuidado do médico ao dar más notícias, os usuários acham o médico mais cuidadoso que os acadêmicos; e a confiança na prescrição médica, acadêmicos confiam mais que os usuários.

Também foi perguntado aos participantes o que eles acreditavam que incomodava mais na

relação entre tempo de espera e tempo de consulta. Tanto usuários quanto acadêmicos concordam que esperar muito e ser atendido em uma consulta rápida é a pior situação (78,3%, 61,7%). Ambos os grupos se incomodam bem menos quando esperam muito e são atendidos em uma consulta longa (10%, 23%) mas preferem esperar pouco e ser atendido em uma consulta rápida” (1,7%, 8,3%). Alguns usuários se absteram de responder essa questão (1,7%).

Em resumo, esses resultados demonstram que os médicos brasileiros são vistos como medianos, se diferenciando pouco dos médicos de antigamente. E apontam para uma conscientização de que a relação médico-paciente deve ser melhorada passando por mudanças tais como conhecer o paciente como um todo, prestar uma assistência mais próxima com gestos de atenção, passar o seu telefone, se esforçar em ser delicado ao dar más notícias, dar atestados e receitas médicas, serem educados e tentar administrar o tempo de espera pelo atendimento.

Tabela 3 - Tabela de Vêrgés dos Defeitos dos Médicos por Acadêmicos de Medicina.

	Ordem de citação (OC) menor que 2	Ordem de citação (OC) maior que 2
Frequência de citação (F) Maior que 6	Falta de educação (11*; 1,8**) Preguiça (11*; 1,5**) Arrogância (17*; 1,4**) Egocentrismo (7*; 1,8**) Impaciência (12*; 1,91**)	Negligência (8*; 2**) Falta de ética (11*; 2,27**) Pressa (8*; 2**) Prepotência (8*; 2,25**) Falta de conhecimento (8*; 2,5**) Irresponsabilidade (10*; 2**) Falta de compromisso (4*; 2**) Desatenção (4*; 2,25**) Imperícia (3*; 2**) Desumano (3*; 2**) Desrespeito (3*; 2,3**) Antipatia (4*; 2,5**) Desinteresse (3*; 3**)
Frequência de citação (F) Menor que 6	Imprudência (4*; 1,7**) Capitalista (3*; 1,6**)	

*Frequência, **Ordem de citação.

Tabela 4 - Tabela de Vêrgés da Expressão Médico por Usuários do SUS.

	Ordem de citação (OC) menor que 2	Ordem de citação (OC) maior que 2
Frequência de citação (F) Maior que 6	Saúde (10*; 1,7**)	

Uma comparação sobre representações sociais do médico

Frequência de citação (F) Menor que 6	Necessidade (2*; 1,5**)	Remédio (4*; 2**)
	Cura (3*; 1,6**)	Desinteresse (3*; 2**)
	Solução (4*; 1,7**)	Confiança (3*; 2**)
	Consulta (4*; 1,7**)	
	Medo (3*; 1,3**)	
	Hospital (4*; 1,25**)	
	Bom médico (2*; 1,0**)	
	Espera (3*; 1,6**)	
	Humanizado (2*; 1**)	
Profissionalismo (4*; 1,7**)		

*Frequência, **Ordem de citação

Tabela 5 - Tabela de Vêrgés das Qualidades dos Médicos por Usuários do SUS

	Ordem de citação (OC) menor que 2	Ordem de citação (OC) maior que 2
Frequência de citação (F) Maior que 6	Atenção (26*; 1,5**)	Responsabilidade (6*; 2,33**)
	Educação (29*; 1,82**)	
	Paciência (16*; 1,87**)	
Frequência de citação (F) Menor que 6	Competência (8*; 1,75**)	Ética (4*; 2**)
	Respeito (4*; 1,5**)	Conhecimento (4*; 2,25**)
	Profissionalismo (5*; 1,8**)	Interesse (3*; 2,66**)
	Pontualidade (3*; 1,66**)	Amoroso (4*; 3**)
	Humanizado (4*; 1,75**)	Empatia (3*; 2,66**)

*Frequência, **Ordem de citação

Tabela 6 - Tabela de Vêrgés dos Defeitos dos Médicos por Usuários do SUS

	Ordem de citação (OC) menor que 2	Ordem de citação (OC) maior que 2
Frequência de citação (F) Maior que 6	Arrogância (8*; 1,8**)	Impaciência (11*; 2,18**)
	Falta de educação (39*; 1,7**)	Grosseria (7*; 2,14**)
Frequência de citação (F) Menor que 6	Ignorância (4*; 1,5**)	Falta de ética (7*; 2,7**)
	Mau humor (5*; 1,4**)	Desinteresse (3*; 2,3**)
	Descaso (4*; 1,75**)	Demora (4*; 2**)
	Brutalidade (4*; 1,25**)	Falta de profissionalismo (5*; 2,6**)
	Irresponsabilidade (3*; 1**)	Descuido (3*; 2,3**)
	Falta de atenção (5*; 1,6**)	
	Pressa (5*; 1,6**)	
Falta de conhecimento (4*; 1,5**)		

*Frequência, **Ordem de citação

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que tanto os estudantes quanto os usuários avaliam os médicos apenas um pouco acima da média. O mesmo acontece em relação à educação dos médicos com os pacientes, que também foi considerada mediana.

Com relação aos acadêmicos, esse dado pode ser explicado pela formação mais humanizada que o método *PBL* traz aos acadêmicos em questão. Um estudo de revisão de literatura, obteve como um de seus resultados que o *Problem-Based Learning* é um método que forma médicos que se sentem mais à vontade em construir uma relação médico paciente mais

sólida e pautada na humanização, sempre levando em conta aspectos psicossociais do adoecer.⁷

Aos usuários podemos atribuir esse resultado ao fato de os mesmos estarem cada dia mais críticos e cientes de seus direitos, não se calando mais frente a posturas que julgam incorretas. Um trabalho que avaliou as denúncias por erro médico no estado de Goiás, discutiu a mudança no comportamento dos pacientes que na atualidade buscam os seus direitos e exercem sua cidadania enquanto muitos médicos mantem a postura autoritária e paternalista.³ Isso gera um desgaste na relação medico paciente que culmina com o fim do respeito entre médico e paciente, dilui a admiração devotada a medicina e transforma a relação medico paciente em um serviço comum regido pelo código de defesa do consumidor.

Nesse sentido os tópicos dar o telefone ao paciente, atender o paciente como um todo e não apenas focar na sua doença, dar atestado e receita medicamentosa e escutar a opinião do paciente sobre as condutas médicas, foram considerados importantes para um bom médico, tanto por acadêmicos quanto por usuários.

Com relação ao tópico se os médicos atuais são diferentes dos médicos de antigamente foi notado que há uma tendência de considerar que há pouca diferença. Relacionando-se isso com os itens avaliados anteriormente há um reforço da evidência de que o modelo médico atual não tem sido satisfatório e continua sendo percebido como o modelo biomédico. Alguns autores acreditam que o modelo biomédico, predominante na educação e na prática médica, não é mais eficaz atualmente.^{2,8,9}

Enquanto o modelo biomédico visa principalmente os processos anatomopatológicos não se atentando para os aspectos psicossociais, o modelo biopsicossocial surge com uma nova proposta, que objetiva uma visão integral do paciente, abrangendo as suas dimensões físicas, psíquicas e sociais.^{2,9}

Tanto acadêmicos quanto usuários disseram que o que mais incomoda em uma consulta é esperar muito e ser atendido em uma consulta rápida. Há doze anos a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do já tentava solucionar este problema sendo suas marcas a redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade.¹⁰

Com relação à confiança na prescrição médica há uma divergência entre usuários e acadêmicos, os primeiros confiam menos. Essa divergência pode ser baseada no fato de os acadêmicos acreditarem que médicos estudam o suficiente para fazer uma prescrição correta, já os usuários podem ser influenciados pelos inúmeros erros médicos noticiados todos os dias.

Ao avaliar o cuidado dos médicos ao dar más notícias nota-se que tanto acadêmicos quanto usuários acham que os médicos são pouco cuidadosos, porém usuários acham o médico um pouco mais cuidadoso. Provavelmente os acadêmicos acreditam que falta humanização e empatia dos médicos.

A política de humanização visa que os diferentes sujeitos implicados no processo saúde doença sejam valorizados. Os eixos norteadores desta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.¹⁰

Com relação à representação social do médico enquanto os elementos do núcleo central da representação social do médico para acadêmicos estão relacionados à responsabilidade e trabalho, os usuários os relacionam a saúde. Já os elementos do núcleo periférico para acadêmicos estão relacionados à status, dinheiro, estudos, cura, atenção, sacrifício, humanização, empatia e hospital, enquanto para usuários relacionam-se com remédio, interesse e confiança.

Com relação às qualidades tanto usuários quanto acadêmicos acreditam que o médico deve ter paciência, porém discordam com relação às outras qualidades. Os usuários

acreditam que o médico deve ter atenção, educação e competência, enquanto os acadêmicos dão mais enfoque ao conhecimento, a ética, a empatia, a dedicação e a responsabilidade.

Analisando os defeitos do médico percebe-se que há concordância quando ao fato de não poder existir falta de educação e arrogância. Os acadêmicos acreditam ainda que não deve existir preguiça, egocentrismo e impaciência.

Não há na literatura referências com as quais comparar a representação social do médico encontrada nesta pesquisa, por isso este trabalho sugere que outras pesquisas deverão ser realizadas a fim de confirmar ou contradizer os resultados encontrados.

Com isso, conclui-se que está acontecendo uma transformação na relação médico paciente. O paciente não é mais passivo frente ao processo saúde doença e procura sempre conhecer seus direitos e cobrá-los. Com isso o modelo biomédico ainda vigente não é mais satisfatório abrindo espaço para o modelo biopsicossocial.

Apesar das inúmeras políticas propostas, como a política de humanização, ainda há uma grande diferença entre a teoria e a prática e, portanto, muito a ser feito.

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Beier, M; Iannotti, G. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v.10, n.2, p.383-389, dez., 2010.
2. Rocha, B. V et al. Relação Médico-Paciente. Revista do médico residente, v. 13, n.2, p. 114-118, 2011.
3. Fujita R. R; Santos I. C. Denúncias por erro médico em goiás. Revista Associação Medica Brasileira, São Paulo, v.55, n.3, p.283-289, 2009.
4. Spadoni, L. Psicologia Realmente Aplicada ao Direito. São Paulo. Editora: RTR, 2009.
5. Abric J.C. L' étude et l'artisanat: analyse de contenu de la structure d'une représentation sociale. Bulletin de Psychologie, n.37 p. 861-75, 1984.
6. Vèrgés, P. L'évocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie, v. 405, p.203-209, 1992.
7. Gomes, R; Brino, R. F.; Aquilante, A. G; Avo, L. R. S. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. Revista brasileira de educação médica. São Paulo, v.33, n.3, p. 433-440, 2009.
8. Nogueira, M. I. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. Revista brasileira de educação médica, Rio de Janeiro, v.33, n.2, Apr-June, 2009.
9. De Marco, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Revista brasileira de educação médica, São Paulo, v. 30, n.1, p. 60-72, 2006.
10. Brasil. Ministério Da Saúde. HumanizaSUS Política Nacional de Humanização. Brasília 2003.