



O contributo da PRIME para a humanização dos cuidados de saúde em Moçambique

La contribución de la PRIME para la humanización de los cuidados de la salud en Mozambique

The contribution of PRIME for humanizing healthcare in Mozambique

Jorge CRUZ¹
Luciana FERNANDES²
Celso BELO³

Resumo: A humanização deve ser uma das prioridades da prestação de cuidados de saúde em todo o mundo. Os autores apresentam o contributo da Associação PRIME – *Partnerships in International Medical Education* – para a humanização dos cuidados de saúde em Moçambique, desde 2009, através da realização de ações de formação em escolas médicas e de enfermagem.

Palavras-chave: Humanização – Cuidados de saúde – Educação médica.

Abstract: Humanization must be one of the priorities of healthcare worldwide. The authors present the contribution of the association PRIME – *Partnerships in International Medical Education* – for the humanization of healthcare in Mozambique since 2009 through courses on medical and nursing schools.

Keywords: Humanization – Healthcare – Medical education.

ENVIADO: 22/01/2019
ACEPTADO: 03/02/2019

¹ Membro do Conselho Internacional da PRIME – *Partnerships in International Medical Education*. E-Mail: falemosdesaude@gmail.com

² Formadora Internacional da PRIME – *Partnerships in International Medical Education*. E-Mail: luciana.fernandes@chln.min-saude.pt

³ Diretor da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio. Formador Internacional da PRIME – *Partnerships in International Medical Education*. E-Mail: cbelo@unilurio.ac.mz



Introdução

A humanização é, porventura, o problema ético principal na prestação dos cuidados de saúde à escala mundial. O termo “humanização” pode ser aplicado a todas as situações em que, além de se valorizarem os cuidados de saúde na sua vertente biomédica, essencialmente técnica e científica, se reconhecem os direitos dos pacientes, respeitando a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade, sem esquecer a dimensão humana do próprio profissional de saúde ou prestador de cuidados.⁴

As questões éticas envolvidas no princípio ou no final da vida, a pesquisa em seres humanos, ou o financiamento e alocação dos recursos de saúde, por muito importantes que sejam, afetam apenas um número limitado de pessoas. A humanização dos cuidados de saúde, pelo contrário, diz respeito a todas as pessoas, de todos os grupos etários ou condição social, e mais diretamente aos pacientes, seus familiares e aos próprios profissionais de saúde.⁵ A humanização – ou falha dela – é a mais candente de todas as que dizem respeito à saúde, pois afeta milhares de cidadãos.⁴ Deve, por isso, ser uma das prioridades da prestação de cuidados de saúde, em todo o mundo, bem como do ensino de medicina, de enfermagem e das outras ciências da saúde.

A PRIME – *Partnerships in International Medical Education* (www.prime-international.org) é uma associação cristã internacional de educação médica, sem fins lucrativos e de natureza humanitária, fundada oficialmente no Reino Unido no ano 2002. A visão da PRIME é que todas as pessoas devem ter acesso a cuidados de saúde globais que reconheçam a dimensão biológica, mental e espiritual do ser humano, e sejam prestados com competência, compaixão, respeito e integridade.⁶

⁴ ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C.; BRITO, J. H. ‘Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas’. In: *Revista Referência*. II Série, vol. 10, 2009, p. 89-96.

⁵ OSSWALD, W. *Cadernos do Mosteiro*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, 2007, p. 220.

⁶ MORGAN, H. «PRIME Partnerships in International Medical Education: Restoring a Christian ethos to medical education worldwide». *Christian Journal for Global Health*, 3(2), 134-139, 2016; CHAPUT DE SAINTONGE, D. *Whole person medicine: a manual for PRIME tutors*. St Leonards on Sea, UK: PRIME, 2009; CHAPUT DE SAINTONGE, D., SIMPSON, R. *The good teacher: a values-based approach*. St. Leonards on Sea, UK: PRIME, 2013.



O principal objetivo da PRIME é promover a humanização dos cuidados de saúde e melhorar a qualidade do ensino pré e pós-graduado de medicina e outras profissões da saúde, particularmente em países em desenvolvimento.⁷

Conta com um grupo de formadores de excelência constituído por cerca de 300 profissionais de saúde, incluindo Professores de várias disciplinas em Faculdades de Medicina do Reino Unido e de outros países, com experiência académica, pré e pós-graduada e comunitária. A PRIME trabalha em parceria com instituições académicas de ensino superior, designadamente escolas médicas e de enfermagem. Sendo uma associação sem fins lucrativos, a atividade docente internacional é exercida em regime de voluntariado.⁸

A primeira iniciativa da PRIME em língua portuguesa foi o Curso “Saúde Global – Desafios e Oportunidades em África”, que se realizou em Lisboa em 2008, no auditório do Hospital da Luz, em parceria com a AMI – Assistência Médica Internacional. Contou com a presença de representantes da Direção-Geral de Saúde, Ordem dos Médicos, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, entre outros, e de dignitários de países lusófonos. Nos anos seguintes realizaram-se outras ações de formação ou conferências da PRIME em países de língua portuguesa na Universidade Fernando Pessoa, no Porto (2009), no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa (2009 e 2010), na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (2010) e na Primeira Igreja Batista de Curitiba, Brasil (2017).

Em Moçambique, realizaram-se cursos ou conferências na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, em Maputo (2009, 2016, 2017 e 2018), na Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, em Nampula (2012, 2016, 2017 e 2018), no Instituto Camões – Centro Cultural Português, em Maputo (2012), na Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Católica, na Beira (2016), no Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA), em Maputo (2016, 2017 e 2018), no Hospital Militar de Maputo (2018) e nas XVI Jornadas Nacionais de Saúde, que se realizaram em Maputo em Setembro de 2018.

Em 2018, a nível mundial, foram realizados 77 cursos ou ações de formação da PRIME em 26 países da Europa, África, Ásia, América do Norte, América do Sul e Oceânia, envolvendo 115 formadores de 18 nacionalidades e 5364 participantes.

⁷ MORGAN, H., *op. cit.*

⁸ *Ibid.*



I. Humanização da saúde em Moçambique

Moçambique é um país em desenvolvimento localizado na costa leste do sul do continente africano. Um período prolongado de conflito armado durante a guerra da independência (1964-1974) e guerra civil (1977-1992), colocaram-no na cauda do índice do desenvolvimento humano e do índice global de prosperidade, entre os países mais pobres do mundo.⁹ As dificuldades económicas refletem-se na enorme carência de recursos humanos (0,041 médicos/1000 habitantes), falta de material médico e cirúrgico, escassez de medicamentos, e infra-estruturas degradadas e pouco satisfatórias dos serviços de saúde, apesar de algum crescimento económico e estabilidade política nos últimos anos.¹⁰

Segundo dados do Ministério da Saúde de Moçambique, em 2014 havia 1712 médicos no país, 29% dos quais não eram nacionais, e 6320 enfermeiros.¹¹ Apesar dos constrangimentos mencionados, tem-se observado melhorias nos indicadores de saúde do país, designadamente um aumento do acesso aos cuidados de saúde; redução da mortalidade materna, neonatal e infantil; aumento da cobertura de imunizações e partos institucionais; redução da mortalidade por malária; expansão do tratamento da tuberculose; e aumento do número de pacientes com acesso a tratamento anti-retroviral.¹²

Moçambique tem também reconhecidas carências formativas no âmbito da saúde, mas a motivação dos estudantes e profissionais para a aquisição de novos conhecimentos e competências clínicas é significativa. Alguns dos problemas de falta de humanização encontrados nas unidades sanitárias incluem tratamento desrespeitoso dos pacientes, falta de acesso a informações sobre diagnóstico e tratamento, falta de confidencialidade e privacidade, cobranças ilícitas e infra-estruturas inadequadas.¹³

⁹ DNEAP. *Pobreza e Bem-estar em Moçambique: Terceira Avaliação Nacional*. Maputo: Direcção Nacional de Estudos e Análise de Políticas (DNEAP), Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD), 2010. [Human Development Report 2016](#).

¹⁰ DGEDGE, M.; AUGUSTO, G.; MUDENDER, F. et al. «Taxa de perdas de recém-graduados das instituições de formação em saúde e suas razões no momento da colocação no serviço nacional de saúde em moçambique». *Revista Moçambicana de Ciências de Saúde*, 1, 44-52, 2015.

¹¹ MISAU. *5.º Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique - 2014*. Maputo: Ministério da Saúde (MISAU), 2014, p. 18.

¹² *Op. cit.*, p. 14.

¹³ [Programa Direito à Saúde](#). Namati Moçambique, 2017.



As ações de formação da PRIME, com o reconhecimento e certificação do Departamento de Medicina da Universidade de Brighton e Sussex, no Reino Unido (*Postgraduate Medical School*), têm contribuído desde há vários anos para colmatar algumas das necessidades formativas deste país, nomeadamente nas áreas da bioética e educação médica, tendo em vista a humanização dos cuidados de saúde prestados (Quadro I).

As ações de formação da PRIME são habitualmente realizadas num período de tempo curto, de 2 a 3 dias, sendo dirigidas preferencialmente a estudantes de medicina, enfermagem e outras ciências da saúde, corpo docente, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. A metodologia destes eventos inclui sessões expositivas com apresentação em formato PowerPoint, análise de estudos de caso, *Role Play* e discussão em grupo. Um aspeto característico da PRIME é o ensino através do exemplo de vida. O modo como os formadores trabalham em equipa e interagem com os formandos é considerado tão importante como os conteúdos programáticos.

No final dos cursos, cada participante é convidado a responder a um questionário de avaliação escrito, de forma anónima e confidencial, acerca dos conteúdos programáticos, qualidade das apresentações, bem como a classificar a formação numa escala de 1-10. Todas as formações obtiveram a classificação média global de 9/10 nos diferentes cursos realizados em Moçambique, o que está em sintonia com as avaliações muito positivas das ações formativas da PRIME em outros locais do mundo.¹⁴

Globalmente, participaram nas ações de formação da PRIME realizadas, até ao momento, em Moçambique, 970 pessoas, a maioria das quais alunos do último ano dos cursos de medicina e de enfermagem. O ensino em cada instituição universitária foi da responsabilidade de um número de 2 a 6 formadores, sobretudo de Portugal e Moçambique, mas também de países como o Reino Unido, Holanda e Zâmbia.

O resultado extremamente positivo das avaliações dos participantes tem sido um estímulo e encorajamento para os formadores, que trabalham em regime de voluntariado e muitas vezes necessitam de custear as suas despesas de viagem e alojamento, devido à dificuldade de obtenção de financiamento das entidades oficiais de cooperação para o desenvolvimento e às limitações orçamentais das instituições académicas locais.

¹⁴ FALKENHEIMER, S. A. «Equipping healthcare professionals to care for the whole person». *Christian Journal for Global Health*, 3, 129-133, 2016.



Quadro 1- Exemplo de Objetivos de Aprendizagem de um Curso PRIME

No final deste curso o participante deverá:

1. Saber definir saúde e doença;
2. Conhecer as limitações da definição de saúde da OMS;
3. Identificar os principais modelos de relação entre o médico e o paciente;
4. Conhecer a importância de uma abordagem integral do paciente (biopsicossocial e espiritual);
5. Conhecer os componentes que contribuem para o bem do paciente;
6. Descrever o modelo de doença (*disease-illness*) de MacWhinney;
7. Identificar o contributo das humanidades para a humanização dos serviços de saúde;
8. Descrever a importância da comunicação na relação médico-paciente;
9. Conhecer de forma sumária as principais teorias éticas;
10. Reconhecer a importância de valores e virtudes para a prestação de cuidados de saúde humanizados;
11. Desenvolver atitudes de compaixão, respeito e integridade no exercício da profissão;
12. Compreender o conceito de espiritualidade em saúde;
13. Saber fazer anamnese espiritual;
14. Identificar necessidades espirituais;
15. Formular diagnósticos espirituais;
16. Elaborar um plano de cuidados integrais ao paciente e família;
17. Citar os passos envolvidos na comunicação de más notícias;
18. Compreender o significado da esperança na dor e no sofrimento.

II. O modelo de ensino da PRIME

A definição de saúde de 1948 da Organização Mundial da Saúde (OMS), como sendo o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença ou enfermidade”, embora utópica e irrealista, teve a virtude de reconhecer que o ser humano é uma entidade biopsicossocial e espiritual, e não apenas um corpo físico.¹⁵ A abordagem da PRIME caracteriza-se por utilizar um modelo de relação, entre o médico ou profissional de saúde e o paciente, que valoriza não só a dimensão biológica, mas também os aspetos psicológicos, sociais e espirituais.¹⁶ Este modo de exercer medicina sempre existiu, na linha da tradição hipocrática, como o demonstram vários

¹⁵ World Health Organization. «[WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs: report on WHO consultation](#)». Geneva: WHO, 1998.

¹⁶ FALKENHEIMER, S. A. «Equipping healthcare professionals to care for the whole person». *Christian Journal for Global Health*, 3, 129-133, 2016.



clássicos da literatura universal e obras de arte, embora sejam também comuns exemplos inequívocos na literatura de falta de humanização nos cuidados de saúde.¹⁷

O ensino da PRIME destaca o modelo biopsicossocial e espiritual na relação com o paciente, em vez do modelo biomédico, ainda comum nos *curricula* das escolas de medicina e enfermagem das sociedades ocidentais, já considerado inadequado e insatisfatório pela OMS.¹⁸ O modelo biomédico dos cuidados de saúde, que tem sido o mais divulgado e dominante na sociedade contemporânea, está focado na doença, enquanto que o biopsicossocial e espiritual está centrado na pessoa doente. Este último modelo, que nas últimas décadas tem vindo a ser novamente valorizado, é designado nos países anglófonos por *whole person medicine*.¹⁹ Contudo, a noção de que os médicos se dedicam essencialmente às “doenças do corpo” está ainda bem enraizada na sociedade e encontramos muitos exemplos disso na literatura. A escritora moçambicana Paulina Chiziane, no seu livro *O Alegre Canto da Perdiz*, refere: “Os médicos são gémeos dos padres. Curiosos. Querem saber tudo o que os outros fazem. No consultório. No confessionário. Uns usam palavras para as doenças da alma e outros usam remédios para as doenças do corpo”.²⁰

O modelo biomédico dos cuidados de saúde trouxe inúmeros benefícios para o exercício da medicina e das outras profissões da saúde, com o extraordinário desenvolvimento científico e tecnológico que proporcionou em muitas áreas. No entanto, tem várias limitações.²¹ Para Edmund Pellegrino, um dos pioneiros da Bioética e das Humanidades Médicas nos EUA, tendo em conta as quatro dimensões geralmente envolvidas numa relação médico-paciente (biológica, mental, social e espiritual), qualquer modelo que apenas tenha em consideração uma delas será sempre insuficiente e inadequado. A limitação empírica mais grave do modelo biomédico é ser unidimensional, negar a complexidade de se estar doente e, portanto, a complexidade do tratamento e cuidado dos pacientes.²²

¹⁷ CRUZ, J. «A relação médico-paciente em algumas obras literárias». *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58, 272-275, 2012.

¹⁸ World Health Organization, *op. cit.*

¹⁹ CHAPUT DE SAINTONGE, D. *Whole person medicine: a manual for PRIME tutors*. St Leonards on Sea, UK: PRIME, 2009.

²⁰ CHIZIANE, P. *O Alegre Canto da Perdiz*. Lisboa: Caminho, 2008, p. 43.

²¹ SULMASY, D. *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Washington, DC: Oxford University Press, 2006, pp. xi-xii.

²² PELLEGRINO, E. D. «Medicine today: Its Identity, Its Role, and the Role of Physicians». In: ENGELHARDT, H. T.; JOTTERAND, F. (Eds). *The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader. Edmund D. Pellegrino*. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008, p. 128.



António Damásio, psiquiatra português radicado nos EUA, partilha dessa opinião:

Ao longo dos últimos três séculos, o objetivo da biologia e da medicina tem sido a compreensão da fisiologia e da patologia do corpo. A mente foi excluída, tendo sido em grande parte relegada para o campo da religião e da filosofia, e, mesmo depois de se ter tornado o tema de uma disciplina específica, a psicologia, só recentemente lhe foi permitida a entrada na biologia e na medicina (...) o resultado de tudo isto tem sido uma amputação do conceito de natureza humana”.²³

O ensino da medicina, da enfermagem e das outras profissões da saúde tem sofrido esta influência negativa. Os programas curriculares tradicionais, nos cursos de medicina, baseiam-se na perspetiva positivista introduzida por Abraham Flexner (1866-1959), privilegiando o ensino de competências científicas e técnicas em detrimento da formação ética e humana.²⁴ A reforma desenvolvida por Flexner no início do século XX teve um papel determinante na melhoria da qualidade científica do ensino médico nos EUA, na época desorganizado e em muitos locais deficitário em termos de conteúdos curriculares, formação dos docentes e disponibilidade de laboratórios bem equipados.²⁵

Contudo, a sua ênfase em bases científicas sólidas e aprendizagem de técnicas levou a uma desvalorização da formação ética e humanista dos futuros profissionais, que só nos últimos anos têm vindo a ser de novo reconhecidas, como a comunicação de más notícias ou a relevância de virtudes como a compaixão e a integridade para a humanização dos cuidados de saúde.

Raj Persaud, Professor de Psiquiatria em Londres, é muito esclarecedor ao referir que “uma parte substancial do ensino da medicina parece estar focalizada em como lidar com *coisas*, como um fígado ou o resultado de testes de função hepática, ao invés de como lidar com pessoas, como pacientes e colegas. Esta falta de formação acerca de como lidar com as pessoas poderá significar que os médicos estão mal preparados no que respeita a uma parte fundamental do seu trabalho e explica o motivo de muito

²³ DAMÁSIO, A. *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1994, p. 260.

²⁴ COOKE, M.; IRBY, D. M.; SULLIVAN, W.; LUDMERER, K. M. «American medical education 100 years after the Flexner Report». *New England Journal of Medicine*, 355, 1339-1344, 2006; WESTPHAL, E. M. «A Bioética no processo de humanização da medicina: Uma abordagem interdisciplinar». *Mirabilia Medicinae*, 2, 75-94, 2014.

²⁵ PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. «O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal». *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32, 492-499, 2008.



stress profissional”.²⁶ Não é, por isso, surpreendente que “hoy, los profesionales en formación seleccionan especialidades técnicas, sin paciente propio, sin urgencias ni consultas fuera de horario de asistencia, desestimando trabajar como médicos en lugares de mucho contacto con los pacientes”.²⁷

Nos cursos PRIME, é frequente o recurso a obras literárias e outras formas de expressão artística (as chamadas humanidades médicas), na reflexão acerca da relação complexa e desigual entre o médico ou outro profissional de saúde e o paciente.²⁸ As humanidades ajudam a refletir criticamente sobre as decisões clínicas, que envolvem quase sempre aspetos éticos, e o impacto que podem ter na vida dos pacientes. Facultam ao profissional de saúde instrumentos que lhe permitem fazer uma autoanálise séria e honesta sobre as decisões tomadas, tendo em vista o aperfeiçoamento da sua prática profissional, evitando o conformismo e a repetição de erros evitáveis.²⁹ A integração das humanidades nos programas curriculares de medicina e outras ciências da saúde promovem competências de grande valor para o futuro profissional, entre as quais a capacidade de reflexão crítica, de tomar decisões éticas, de apreciar a Arte e de compreender a História.³⁰

Outra das áreas lecionadas nos cursos PRIME é a ética das virtudes, como a integridade ou a compaixão, que quando presentes na relação clínica contribuem para a humanização dos serviços de saúde. Como sublinha Diego Gracia, “en el científico son imprescindibles virtudes, o si no se quiere utilizar esa palabra tan añeja y desgastada, hábitos o estilos de vida presididos por el amor al trabajo, la sinceridad, la integridad y la honestidad, entre otros”.³¹

Para Edmund Pellegrino, uma ética das virtudes tem por objetivo a procura da excelência, em que se pretende “acertar no alvo”, ou seja, cumprir o propósito de realizar da melhor maneira determinada ação.³² Esse propósito é muito mais exigente

²⁶ PERSAUD, R. «Faking it: The emotional labour of medicine». *BMJ Career focus*, 329, 87, 2004.

²⁷ CASTRO, L. R.; GUBERT, I. C.; DURO, E.A. *et al.* «Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal». *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8, 1-15, 2018.

²⁸ CRUZ, J. «A relação médico-paciente em algumas obras literárias». *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58, 272-275, 2012.

²⁹ CRUZ, J. «Bioética e Humanidades Médicas: Uma abordagem a partir de Edmund Pellegrino». *Mirabilia Medicinae*, 2: 38-48, 2014.

³⁰ *Ibid.*

³¹ GRACIA, D. «Investigación Clínica: balance y perspectivas». *Revista Iberoamericana de Bioética*, 1: 1-8, 2016.

³² PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1993, p. 173.



do que o cumprimento de normas deontológicas ou obrigações legais, colocando o alvo num patamar mais elevado do que a simples observância da letra da lei. A maior diferença entre a teoria ética das virtudes e as teorias deontológica e consequencialista manifesta-se na abordagem dos problemas éticos mais ambíguos e controversos. Os profissionais de saúde que regem os seus atos segundo uma perspetiva ética das virtudes, não irão participar em certas atividades acerca das quais a lei é omissa ou condescendente.³³

Por mais importantes que sejam os princípios éticos que balizam o comportamento dos profissionais de saúde em seu relacionamento com os doentes e por mais úteis que sejam os códigos deontológicos das regras resultantes desses princípios, o essencial para um bom relacionamento está nas virtudes dos profissionais de saúde.³⁴

Conclusão

O trabalho que a PRIME tem vindo a desenvolver em Moçambique continua a expandir-se a um ritmo acelerado. Os passos seguintes incluem a formação de docentes nacionais, tendo em vista a sua capacitação para a apresentação dos conteúdos das ações formativas da PRIME, bem como a incorporação destes conteúdos nos programas curriculares dos cursos de medicina, de enfermagem e de outras profissões da saúde.

Estamos convictos que a visão e metodologia da PRIME têm contribuído de forma ímpar e indelével para uma prestação mais humana dos cuidados de saúde em Moçambique, na medida em que os participantes se comprometem em promover a saúde e o bem-estar dos pacientes a quem servem e a serem agentes de mudança, apesar das limitações financeiras e estruturais. Estão, por isso, a ser preparados novos cursos PRIME em Moçambique e em outros países de língua oficial portuguesa.

³³ PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *For the Patient's Good: Toward the Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988, p. 122-123.

³⁴ SERRÃO, D. «Relações entre os Profissionais de Saúde e o Paciente». In: PATRÃO-NEVES, M. (Ed.). *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. Açores: Centro de Estudos de Bioética, 1996, p. 68.



Bibliografia

- ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C.; BRITO, J. H. «Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas». *Revista Referência*. II Série, 10, 89-96, 2009.
- CASTRO, L. R.; GUBERT, I. C.; DURO, E.A. *et al.* «Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal». *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8, 1-15, 2018.
- CHAPUT DE SAINTONGE, D. *Whole person medicine: a manual for PRIME tutors*. St Leonards on Sea, UK: PRIME, 2009.
- CHAPUT DE SAINTONGE, D., SIMPSON, R. *The good teacher: a values-based approach*. St. Leonards on Sea, UK: PRIME, 2013.
- CHIZIANE, P. *O Alegre Canto da Perdiz*. Lisboa: Caminho, 2008.
- COOKE, M.; IRBY, D. M.; SULLIVAN, W.; LUDMERER, K. M. «American medical education 100 years after the Flexner Report». *New England Journal of Medicine*, 355 (13), 1339-1344, 2006.
- CRUZ, J. «A relação médico-paciente em algumas obras literárias». *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58 (3), 272-275, 2012a.
- CRUZ, J. «Bioética e Humanidades Médicas: Uma abordagem a partir de Edmund Pellegrino». *Mirabilia Medicinae*, 2, 38-48, 2014.
- DAMÁSIO, A. *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1994.
- DNEAP. *Pobresa e Bem-estar em Moçambique: Terceira Avaliação Nacional*. Maputo: Direcção Nacional de Estudos e Análise de Políticas (DNEAP), Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD), 2010.
- DGEDGE, M.; AUGUSTO, G.; MUDENDER, F. *et al.* «Taxa de perdas de recém-graduados das instituições de formação em saúde e suas razões no momento da colocação no serviço nacional de saúde em moçambique». *Revista Moçambicana de Ciências de Saúde*, 1 (2), 44-52, 2015.
- FALKENHEIMER, S. A. «Equipping healthcare professionals to care for the whole person». *Christian Journal for Global Health*, 3 (2), 129-133, 2016.
- GRACIA, D. «Investigación Clínica: balance y perspectivas». *Revista Iberoamericana de Bioética*, 1: 1-8, 2016.
- MISAU. *5.º Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique - 2014*. Maputo: Ministério da Saúde (MISAU), 2014.
- MORGAN, H. «PRIME Partnerships in International Medical Education: Restoring a Christian ethos to medical education worldwide». *Christian Journal for Global Health*, 3 (2), 134-139, 2016.
- OSSWALD, W. *Cadernos do Mosteiro*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, 2007, p. 220.
- OSSWALD, W. «Para uma Humanização da Saúde», In: *Livro Branco da Humanização*. Porto: Serviço de Humanização do Hospital de S. João, 2008, pp. 25-28.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. «O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal». *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4), 492-499, 2008.
- PELLEGRINO, E. D. «Medicine Today: Its Identity, Its Role, and the Role of Physicians». In: ENGELHARDT, H. T.; JOTTERAND, F. (Eds). *The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader. Edmund D. Pellegrino*. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008, pp. 127-146.
- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1993.



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinae* 11 (2018/2)
Qualificação do Médico Docente
Qualification of the Medical Teacher
Cualificación del Docente Médico

Jul-Dez 2018/ISSN 1676-5818

- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *For the Patient's Good: Toward the Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988.
- PERSAUD, R. «[Faking it: The emotional labour of medicine](#)». *BMJ Career focus*, 329, 87, 2004.
- Programa Direito à Saúde. Namati Moçambique, 2017.
- SERRÃO, D. «Relações entre os Profissionais de Saúde e o Paciente». In: PATRÃO-NEVES, M. (Ed.). *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. Açores: Centro de Estudos de Bioética, 1996.
- SULMASY, D. *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Washington, DC: Oxford University Press, 2006.
- WESTPHAL, E. M. «A Bioética no processo de humanização da medicina: uma abordagem interdisciplinar». *Mirabilia Medicinae*, 2: 75-94, 2014.
- World Health Organization. «[WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs: report on WHO consultation](#)». Geneva: WHO, 1998.