

Oliveira, Clara Costa (2009). Humanidades na Formação Médica: Realidade ou Farsa?  
*Reflexão e Acção*, vol. 17, 2: 225-242. UNISC (Brasil). ISSN: 1982-9949.

# HUMANIDADES NA FORMAÇÃO MÉDICA: REALIDADE OU FARSA?

Clara Costa Oliveira

(Univ. Minho, Portugal)

*Relacionado com o grego morfé do qual, em português, recebemos morfema, morfologia, metamorfose, etc. e derivado do latim forma do qual recebemos forma e seus derivados, formoso, formulários, etc., o lexema **formação** no sentido de acto, efeito ou modo de adquirir determinada forma, pode entender-se de duas maneiras:*

*– como processo exógeno, de impressão de uma forma numa matéria a partir do exterior, à maneira adoptada pela generalidade das artes [...] e, neste sentido, Plotino, para definir a educação, utiliza a expressão metafórica ‘esculpir a estátua de homem’;*

*– como processo endógeno, próprio dos seres vivos, em que a forma brota do interior e implica as fases de germinar, nascer, crescer, florescer, frutificar, amadurecer no reino vegetal, ou desenvolver-se até se tornar adulto, tantas vezes através de inesperadas transformações ou metamorfoses, no reino animal (Ribeiro-Dias, 2009:40).*

1. Durante muito tempo, na cultura europeia, a Medicina era considerada como um ofício, uma arte, em linguagem medieval. Aprendia-se pela experiência, acompanhado pelo saber de um mestre. O famoso Dr. João Semana, do escritor português Júlio Dinis, representa bem essa tipologia que ainda existia no início do século XX, na Europa. Não tinha o João Semana um curso superior? Certamente, onde tinha aprendido a recitar os ossos do corpo humano, a localização das vísceras, etc. Fazia também parte da sua formação médica, contudo, esta aprendizagem com um mestre, em serviço domiciliário aos doentes e suas famílias. Era uma formação em que a arte de ser médico era parte integrante da sua formação académica, na qual o saber fazer e o saber conhecer se interligavam e inter-constituíam no saber de um médico.

Tal representava uma grande evolução na formação de médicos, dado que na Europa, até ao século XVIII, pelo menos, ser médico significava não utilizar as mãos, mas só o intelecto.

A Medicina foi uma das primeiras áreas a fazer parte das universidades medievais europeias (lembramos que as universidades surgiram inicialmente

no espaço islâmico não europeu, como Fez, em Marrocos), no âmbito da escolástica, com uma forte ligação à Teologia cristã que proibia, tal como as outras religiões do Livro, a dissecação de cadáveres por objecto penetrante. A anatomia humana que se aprendia era a galénica e custa a perceber como foi possível, com este tipo de médicos e os cataclismos naturais, manter população viva na Europa!

A explicação para a manutenção nossa espécie face a esta situação de arrogância e diletantismo em que vivia imersa a maior parte dos médicos (nesta zona geográfica do mundo), advém-nos do bom senso das populações.

Assim, o homem comum (não sendo príncipe, nem clérigo, nem um burguês rico) recorria usualmente a endireitas, barbeiros, açougueiros e bruxos, entre outros. Os primeiros endireitavam o que estava fora do sítio, os segundos e os terceiros eram os únicos cirurgiões existentes (dado que a utilização da mão para cortar era praticamente um anátema para o prestígio de um médico); de salientar que os açougueiros eram importantes para o diagnóstico, dado o conhecimento anatómico pormenorizado que detinham de vários mamíferos. Os bruxos tratavam de tudo o resto, como ainda hoje acontece, aliás.

Entretanto, nas universidades, a formação dos médicos girava em torno de exercícios tortuosos (de diagnóstico e tratamento) com as teorias dos humores, e de fundamentações ontometafísicas que validavam as teorias criacionistas e as de geração espontânea.

A criação, no século XIX, de centros de pesquisa laboratorial e técnica (as *academias*) veio colocar a formação médica num outro patamar; a secularização social aproximara as universidades de profissões que revelassem saber-fazer. Os paradigmas da formação médica caíam face à divulgação meteórica da teoria darwinista e, muito mais tarde, da lei de Mendel.

Daí que a formação médica do século XIX interligasse a sua dimensão de arte (que lhe vinha da prática dos barbeiros, açougueiros e endireitas) com a formação teorizante. Esta educação formal de médicos manteve-se até meados do século XX. O que de mais micro se estudava eram os embriões humanos, pois a Medicina não era confundida com a Física ou com a Química! O estatuto epistemológico de ciência

aplicada da Medicina (Caraça, 2001) era já uma realidade, mas de uma Medicina humana. A pesquisa sobre antibióticos e vacinação dava os seus primeiros passos. Observar os doentes, ouvi-los atentamente e em silêncio era a base da profissão médica. Dela se aprendia todos os dias lições de humildade face ao que se desconhecia!

*Audi, vide, tace. Listen carefully, look and be silent. These are the traditional prerequisites of good doctoring. However, studies have shown that nowadays many doctors listen to their patient for less than 20 seconds before interrupting them –even though if the patient is given the chance to tell his or her story uninterrupted it will take only about 20 seconds more (Louhiala, in Evans, Louhiala e Puustinen, 2004:146).*

2. Em meados do século XX, porém, todo este quadro se alterou, e muito rapidamente. O darwinismo fundiu-se com a genética de Mendel; a construção de microscópios electrónicos e atómicos possibilitou a pesquisa intra-celular; recorreu-se à teoria da informação para construir um *corpus* teórico que explicasse o que era observado a nível intra-celular; identifica-se o DNA, como estrutura físico-química, sendo que a compreensão do seu funcionamento e função celular é efectuada pela teoria da informação (*código* genético; RNA *mensageiro*, etc). Assim se constituiu o paradigma da biologia molecular, que permanece vinculado à causalidade mecanicista de tipo newtoniano, mesclado de uma causalidade teleonómica não assumida (advinda da sua base evolucionista darwinista) (Oliveira, 2004).

A este quadro temos que juntar o desenvolvimento alucinante de técnicas ligadas à Medicina e à Biologia como as ecografias, as Tac's, os PET's, etc. Muito rapidamente, face a este cenário, o sofrimento humano esbateu-se como preocupação milenar da Medicina.

A formação médica no Ocidente passou a centrar-se cada vez mais nas áreas científicas ditas 'básicas', como 'moléculas e células', ou seja, um médico é envolvido na linguagem bioquímica até à exaustão, durante anos consecutivos,

deixando-se usualmente algum tempo no final da sua formação para o contacto com doentes, geralmente em contexto hospitalar.

A formação bioquímica dos médicos faz todo o sentido para aqueles que querem seguir a pesquisa científica, mas fragiliza imensamente aqueles que, maioritariamente, querem exercer medicina clínica. Em continuidade lógica com a sua formação de base, existe uma tendência em se escolher áreas de especialização cada vez mais próximas das técnicas ou dos laboratórios (imagiologia, por exemplo) do que das pessoas que precisam de médicos que delas cuidem.

Esta situação resulta também do facto de a biologia molecular não ser só o paradigma dos bioquímicos, mas ser o único modelo explicativo que lhes é fornecido, e que eles obviamente depositam como verdade na cabeça dos futuros médicos (é, aliás, impressionante o número de bioquímicos usualmente contratados numa Faculdade de Medicina ocidental). Existem teorias e modelos biológicos contemporâneos, muitos deles posteriores à biologia molecular (como aqueles que se enquadram no Movimento da Auto-organização, ou no paradigma da complexidade) que simplesmente não são divulgados na formação de médicos.

O que diferencia estes outros posicionamentos teóricos do da biologia molecular é o facto de neles não se esgotar a compreensão do ser humano (enquanto ser biológico) na constituição, e processamento, físico-químico celular e intra-celular, o que faz a biologia molecular. Nas concepções biológicas do paradigma da complexidade (como a teoria da autopoiesis -de Maturana e Varela - a teoria da complexidade pelo ruído - de H. Atlan - ou ainda as concepções evolucionistas auto-organizativas de Stuart Kaufman, entre outros), a dimensão bioquímica dos seres humanos não pode ser desenquadrada da dimensão bio-comunitária, por exemplo.

O objectivo da instauração do paradigma da biologia molecular dentro da Medicina dirige-se para o desprezo e o escamoteamento da dimensão

comunitária dos doentes, mas também das suas volições, afectos, espiritualidade, etc. A finalidade da Medicina deixou de ser cuidar do sofrimento humano para passar a ser investigação dos processos e componentes físico-químicos desencadeadores de doenças. Interesses económicos fortíssimos subjazem este paradigma, como denunciou, entre outros, Ivan Illich (1997).

Tal empreendimento tem tido tanto sucesso que todos nós conhecemos muitos médicos que não tocam nos seus doentes, não os ouvem, às vezes nem para eles olham; o que eles reconhecem da pessoa que está à sua frente são os exames laboratoriais e tecnológicos que analisam, antes de diagnosticar e prescrever. A pessoa tornou-se a soma dos dados físico-(bio)químicos que os exames 'auxiliares' de diagnóstico fornecem! Os médicos estão preocupados com doenças, e não com os doentes!

3. Nem todos os médicos estão, contudo, contentes com esta situação, ainda que muitos não possuam formação epistemológica que lhes permita compreender a situação que se criou. Sentem-se, no entanto, desconfortáveis face a ela, sobretudo quando a doença lhes toca à porta de casa e se vêem necessitados de cuidadores de saúde pacientes, compassivos e que minorem o seu sofrimento (e não só a sua dor). Muitos médicos formados antes do domínio absoluto do paradigma da biologia molecular têm tentado melhorar esta situação (Oliveira e Pinto-Machado, 2008).

É assim que, sobretudo a partir da década de 70 do século passado, se começam a ouvir muitas vozes no sentido de se (re) 'humanizar a medicina'; emergindo desse movimento, surgiu a Bioética. Várias universidades em todo o mundo decidiram incluir uma dimensão explicitamente humana na formação dos seus alunos. Em muitas foi um sucesso, em muitas outras, um desaire; em algumas, uma farsa. Pretendemos deixar aqui um pequeno contributo conceptual para o esclarecimento desta questão.

4. A consulta dos *curricula* formativos de faculdades de Medicina, permitem-nos detectar disciplinas das humanidades completamente isoladas e

descontextualizadas face ao resto do *curriculum* do curso; o caso talvez mais significativo seja o de 'Ética'.

*Pellegrino asserts that ethics, as a distinct subject matter with its own body of literature and methodology, is as teachable as any other discipline. Nonetheless, he does assert that the knowledge of ethics cannot be expected to guarantee virtue.*

*He also comments [...] that students arrive at medical school with their own values – values that are not changed much by a course in ethics, a viewpoint widely held in clinical medicine and frequently endorsed by basic science faculty (Hafferty and Franks, 1994:864).*

5. Em outros cursos, o que surge são *curricula* tradicionais aos quais se junta uma formação em arte médica, ou em artes. Trata-se geralmente de matérias relacionadas, de facto, com as artes, como sessões de literatura, de artes plásticas, de movimento e drama, de cinema, etc. Em alguns casos, as artes tentam articular-se directamente com questões importantes para os médicos, como a observação clínica, e respectiva história do doente. Encontramos também essa conexão na escolha de textos, pinturas e esculturas, por exemplo, produzidas por médicos.

Noutros casos, porém, a ligação à Medicina não é estabelecida, pois a ideologia subjacente é que a formação da sensibilidade artística dos estudantes os tornará melhores profissionais, por os ter tornado melhores pessoas. A expressão 'as humanidades na Medicina' aparece usualmente neste contexto de desenvolver a sensibilidade humana nos futuros médicos.

*[...] The medical arts or humanities are regarded as what is left over after the medical sciences have been defined, so that if the medical sciences become revised and redefined so as to be more inclusive, they will gradually expand and take over areas which were previously the territory of the medical humanities. The second difficulty is with the impression that the role of medical humanities is principally to provide a counterweight to biomedical science, in such a way as to humanise the medical enterprise but without producing any fundamental challenge to it (Greaves, in Evans e Finlay, 2001:15).*

Num outro extremo, encontramos a expressão 'humanidades na Medicina' com um significado muito diferente. O que acontece, nestes casos, é a criação de todo um curso de Medicina dirigido para a formação humanista de profissionais de saúde. Nestes casos, não se conceptualizam as humanidades como algo que se junta ao *curriculum* forte das disciplinas básicas; o que existe é um plano formativo no qual a dimensão científica de base está integrada numa educação humanista: existe um todo formativo articulado no qual se encontram distinções, apenas observacionalmente.

Entre estes dois posicionamentos, construíram-se vários outros; entre eles, aqueles que apelidei de 'farsa'. São aqueles que aparentemente possuem uma ideologia humanista integrada, mas nos *curricula* existe uma desvantagem enorme nas áreas das humanidades, nomeadamente ao nível dos créditos atribuídos, dos recursos humanos e físicos disponibilizados, no tipo de contrato estabelecido com os docentes destas áreas, no clima de discriminação criado pelos docentes das áreas básicas, que se reflecte no (não) acolhimento por parte dos estudantes. Neste ambiente académico, raramente uma administração toma partido por reforçar o poder e o prestígio das humanidades, pois o poder efectivo encontra-se usualmente em quem tem na biologia molecular o credo único da sua existência. Quando este cenário existe, vale a pena perguntar o que estão as humanidades a fazer num curso de Medicina a não ser legitimar uma farsa. Em termos de aprendizagem dos estudantes, o resultado é nulo, ou quase nulo, potencialmente inútil e hostil.

*Only a fraction of medical culture is to be found or can be conveyed within those curriculum-based hours formally allocated to medical students' instruction. Most of the initiates will internalize in terms of values, attitudes, beliefs, and related behaviors deemed important within medicine takes place not within the formal curriculum but via a latent one, a 'hidden curriculum', with the later being more concerned with replicating the culture of medicine than with the teaching of knowledge and techniques. In fact, what is 'taught' in this hidden curriculum often can be antithetical to the goals and content of those courses that are*



*formally offered. The result can be a progressive decline of moral reasoning during undergraduate medical school training (Hafferty e Franks, 1994: 864-865).*

6. Cada uma das três posições acima mencionadas acarreta questões organizacionais e metodológicas específicas que terão que ser consideradas antes da adoção de qualquer um dos tipos referidos. Por uma questão de economia de texto, enunciarei apenas algumas dessas questões.

A posição que maiores problemas levanta é, sem dúvida, a terceira, dado que nela existe formalmente um modelo favorecedor das humanidades, mas vive-se no cotidiano institucional formas de organização não oficiais que impossibilitam o alicerçamento e o reconhecimento dessa área face às outras. Um dos problemas utilizados para criação do clima discriminatório é o que respeita à avaliação dos alunos no âmbito dessa área.

A avaliação usual dos estudantes dos cursos de Medicina é de tipo quantitativo, sendo que dificilmente se reconhece às humanidades a capacidade de assim proceder; usualmente, aliás, são os próprios docentes desta área que se recusam a utilizar este tipo de avaliação. Este é um dos pretextos mais utilizados por estudantes e docentes de outras áreas para acusar a avaliação dos estudantes na área de humanidades como sendo de tipo 'subjectivo', considerando tal adjetivação uma acusação de incompetência científica!

*As an attending physician working with a student for a week, you receive a form that asks you to evaluate the student's fund of knowledge, procedural skills, professionalism, interest in learning and 'system-based-practice'. You wonder which of these attributes you can reliably assess and how the data you provide will be used to further the student's education. You also wonder if whether other tests of knowledge and competence that student must undergo before they enter practice are equally problematic (Epstein, 2007:387).*

A questão da avaliação constitui, aliás, talvez a principal razão pela opção, por parte de várias universidades, da inserção das artes, tal como acima descrito. O

estabelecimento de um estatuto complementar na formação dos estudantes possibilita que lhes seja reconhecida uma forma de avaliação diferenciada.

A contrapartida mais usual é a não integração efectiva no *curriculum* normal dos estudantes. Isto traduz-se, por exemplo, por os estudantes fazerem este tipo de formação nas faculdades de letras e/ou de artes, onde adquirem créditos, mais ou menos envergonhados, que juntam aos seus créditos obtidos nas áreas ditas básicas. Outras universidades optaram por condensar este tipo de formação em módulos leccionados no final do ano lectivo, quando já não existem aulas das áreas básicas. Em alguns casos, os módulos são opcionais; outras vezes, opcionais entre si (por exemplo, os estudantes podem optar por um modelo sobre 'Ética e deontologia' ou 'Psiquiatria e Literatura'); existem também situações em que os alunos podem escolher, no final do ano lectivo, a realização de módulos ligados às humanidades ou de módulos de especialização das disciplinas básicas. Em muitas destas situações, a formação em artes (ou *das* humanidades) é inserida como formação extra-curricular no diploma do aluno; em geral são certificadas e acreditadas, mas nem sempre.

Num encontro que estive com colegas norte-americanos que colaboram todos em humanidades em Medicina, foi para mim claro que o funcionamento de todas estas hipóteses depende em grande parte se a pessoa responsável por elas é, ou não, um médico das básicas, ainda que a maior parte das sessões não seja leccionada por ele. Encontrei colegas de ciências da educação que estavam contratadas nas escolas de Medicina para assegurar competências pedagógicas e comunicacionais, mas são casos raros!

Todos eles referiram que o tipo de arranjo institucional não integrado lhes garantia a permanência na formação médica, dado que a integração dos módulos no *curriculum* normal dos alunos lhes trazia problemas institucionais graves, sobretudo devido à avaliação.

*Analyzing the hidden curriculum is neither easy nor free from controversy. What is revealed by such an analysis may appear decisively strange, shocking, or outlandish to insiders. Findings and conclusions will run counter to the group's prevailing wisdom*

*and therefore will stand a good chance of being rejected out of hand. This is one of the core challenges (and frustrations) of working within this domain (Hafferty, 1998: 405).*

A lição a tirar é que esta questão é de tal modo importante nas faculdades de Medicina que quem queira instituir o modelo integrado, tem que seriamente pensar o que fazer acerca dela e instituir critérios de avaliação em continuidade entre todas as disciplinas, independentemente da sua tipologia.

7. Ligada à questão anterior, coloca-se a importância de se pensar calmamente sobre a organização institucional que se pretende garantir, ou modificar, quando queremos propor uma (ou mais) área de humanidades num curso de Medicina.

Existem várias hipóteses, e importa garantir condições de trabalho e de progressão na carreira em iguais condições aos colegas das áreas básicas, isto no modelo integrado, ou em modelos em que a formação é certificada como obrigatória.

Caso isso não possa, ou não se queira, garantir, talvez seja melhor optar por formação directamente fornecida por outras faculdades.

Integrar a área de humanidades em áreas já se si desfalcadas em termos de recursos humanos e físicos e/ou com poucos créditos curriculares, é um sinal claro de estarmos perante uma farsa institucional.

*Functions and Structure of a Medical School contains a number of core statements about values that (should) underlie the structure and process of medical education [...]. It specifies that schools 'should' [...] educate physicians who will meet the 'total medial needs of patients' [...]. When we turn to the Database, a somewhat different set of concerns and foci appears to be emphasized. In this document, vice presidents for health sciences, provosts, deans, department chairs and faculty are instructed to focus on courses: their hours, their scheduling, and, to a lesser degree, their content. There are a few (actually very few) references to ethics, and even then the emphasis is on the course [...]. There are other sections on career guidance and academic guidance [...] but there is nothing that directly highlights the goal of 'dedication to service, and the values and attitudes consistent with a compassionate profession' [...] (Hafferty, 1998: 406).*

8. Com os avanços que a biologia molecular, em conjunção com a tecnologia, trouxe à Medicina do século passado, tornou-se possível prolongar a existência de muitos seres humanos. O preço que tivemos que pagar foi o das doenças crónicas, dado que o que se conseguiu foi sobretudo diminuir o desenvolvimento das doenças (com excepção das bacterianas, onde o sucesso é notável), e não tanto a cura das mesmas.

Novas drogas e novos tratamentos que emergiram da tecnologia (como a radioterapia, os transplantes, a hemodiálise, etc) possibilitaram que doenças com um prognóstico de morte a breve prazo passassem a ser doenças para toda a vida, significando isto que estas disfunções orgânicas, ainda que não possam ser eliminadas dos organismos, podem, contudo, ser controladas no que se refere ao seu desenvolvimento, pelo que a pessoa por ela afectada pode inclusivamente vir a morrer de qualquer outra causa que não a da doença crónica. Problemas coronários, circulatórios, reumatismais, auto-ímmunes, etc, fazem parte desta classificação, desde que diagnosticados em fase não crítica da doença. Algumas neoplasias estão também incluídas neste grupo, se identificadas em fase inicial, como sabemos.

A maior parte das pessoas diagnosticadas como doentes crónicos vive, no entanto, um quotidiano com bastantes dores e uma atenção desmesurada ao controle da sua doença, bem como aos efeitos que o tratamento da mesma acarreta.

Esta situação de dor permanente traz consigo um mundo de sofrimento muito grande. Antes de mais, o sofrimento de sentir que incomoda os outros com as suas queixas dolorosas contínuas; a incapacidade que a dor provoca, por exemplo, no que respeita à mobilidade; as alterações de humor contínuas, resvalando muitas vezes para a tristeza e agressividade; a incapacidade de interagir socialmente, por exemplo, no que respeita a momentos festivos; a impossibilidade de sermos tão produtivos quanto gostaríamos, etc.

Ora, estes são predominantemente os doentes do futuro, tanto quanto é possível prever; doentes ao longo da vida, que vão conviver com os seus médicos decénios, que algumas vezes lhes vão sobreviver apesar das suas mazelas tão prolongadas no tempo.

Que valerá aos seus médicos o saber bioquímico molecular aprendido na academia face a esta tipologia de pacientes?

*Mais concretamente no ser humano, dotado de consciência e liberdade, o processo de desenvolvimento não poderá decorrer sem rumo, sem norte, sem regra, sem lei (anomia), mas de acordo com a direcção, a linha recta, directa ou direita ou ética, que implica a aquisição das competências para explorar os recursos do universo e os pôr ao serviço das pessoas, no sentido de lhes proporcionar as melhores condições para elas acederem aos Valores em que se completam e realizam (Ribeiro-Dias, 2009:41).*

Competências comunicacionais, empáticas, compassivas, éticas, enfim...humanas, determinarão o bom médico (e também o médico bom), pelo menos na perspectiva do doente e da sociedade em geral. A questão das humanidades em Medicina não é pois uma falsa questão, eu diria até que as universidades que não assumam esta preocupação na formação dos seus estudantes virão a ser preteridas no mercado deste tipo de negócio, pois estarão desactualizadas face às exigências dos consumidores de saúde (e de doença).

*Consideramos correntemente que a formação humana é integrada por três dimensões fundamentais: profissional, social, pessoal.*

*No que respeita à formação profissional, não será aceitável que, pela pressão dos interesses imediatos de ganhos, lucros ou proveitos na vida concreta, privilegiemos apenas a obtenção do conjunto de competências e atitudes que permitam e legitimem o exercício de determinada actividade (agricultor, comerciante, engenheiro, médico, jurista, etc [...]) (Ribeiro-Dias, 2009:41).*

Existe ainda um outro tipo de público que exige cada vez mais versatilidade auto-organizativa aos médicos. Trata-se de um público bastante heterogéneo, mas que aqui o vamos englobar na designação genérica de 'grupos de inclusão'. Neles podemos incluir os imigrantes, os deficientes, os indigentes, os desempregados, as crianças vítimas de maus-tratos, os profissionais do sexo, etc.

Com efeito, a tentativa de inclusão de populações outrora marginalizadas socialmente (e praticamente excluídas dos serviços de saúde) vem exigir à classe médica conhecimentos e competências sociais, organizacionais e até políticos até bem pouco tempo impensáveis!

*No que se refere à formação social, não poderemos, nos dias de hoje, deixar-nos reduzir a dimensões limitadas do passado [...], mas, no horizonte da abertura da Declaração Universal dos Direitos do Homem, importa assumirmos o pleno estatuto de cidadãos do Mundo ou, melhor e nos próprios termos desse texto, de membros da Família Humana.*

*Finalmente e no que diz respeito à formação pessoal, impõe-se ter presente que interessa ainda e sobretudo aspirarmos ao desempenho consciente, livre e responsável do mister de Homem.*

*A formação assim entendida, na sua tríplice dimensão, obtida ao longo de todo o processo da educação ao longo da vida [...] (Ribeiro-Dias, 2009:42).*

---

## BIBLIOGRAFIA

Caraça, João (2001). *Ciência*. Coimbra. Quimera.

Cassell, Eric (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford. Oxford University Press.

Epstein, Ronald M. (2007). Assessment in Medical Education. *The New England Journal of Medicine*, vol. 356.

Evans, Martyn e Finlay, Llorca (ed.) (2001). *Medical Humanities*. Londres. BMJ Books.

- Evans, Louhiala e Puustinen (ed.) (2004). *Philosophy for Medicine*. Oxford. Radcliffe.
- Hafferty, Frederic W. (1998). Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Academic Medicine*, vol.73, nº 4; 403-407.
- Hafferty, Frederic W. and Franks, Ronald (1994). The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of medical Education. *Academic Medicine*, vo. 69, nº 11; 861-871.
- Illich, Ivan (1997). *Limites para a Medicina*. Lisboa. Sá da Costa.
- Jonas, Hans (1994). *Ética, Medicina e Técnica*. Lisboa. Vega.
- MacIntyre, Alasdair (1999). *Dependent Rational Animals. Why Human Beings Need the Virtues*. Londres. Duckworth.
- Medical Professionalism Project (MPP) (2002). Medical Professionalism In The New Millennium: A Physician's Charter. *Lancet*, vol. 359; 520-522.
- Nagel, Ernest (1961). *The Structure of Science. Problems in the Logic of Scientific Explanation*. Londres. Routledge.
- Oliveira, Clara Costa (1993). "A Autopoiesis e as Ciências Humanas". In *Revista de Educação*. Faculdade de Ciências de Lisboa. Vol. III, nº 2.
- Oliveira, Clara Costa (1996), "Bateson e Bateson: da Aprendizagem Biológica à Educação ao Longo da Vida". In *Actas do II Congresso Luso-Galaico de PsicoPedagogia*. Braga. Universidade do Minho.
- Oliveira, Clara Costa (1999). "Linguagens da Comunicação Humana". In *Sonhar. Comunicar. Repensar a Diferença*. V. 2-3. [Setembro-Abril] 1998-1999.
- Oliveira, Clara Costa (2000). "Biologia e Cultura: retomando a girafa de Lamarck – bases de uma cultura científica para crianças". In *Actas do Congresso Internacional Mundos Sociais e Culturais da Infância*. Braga. Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho.

- Oliveira, Clara Costa (2000). "Holismo: Aprender e Educar". *Diversidade e Diferença*. Porto. Faculdade de Letras - Universidade do Porto.
- Oliveira, Clara Costa (2002). "A Importância da Interdisciplinaridade na História da Ciência: o caso da Cibernética e da Escola de Palo Alto". In *LaMusa Digital*. UCLM (Universidade de Castela e da Mancha), Monográfico nº 2.
- Oliveira, Clara Costa (2002). "Perspectivas Holistas na Educação para a Saúde". In *Revista galego-portuguesa de Psicología e Educación*, n. 6 (vol. 8), ano 6º.
- Oliveira, Clara Costa (2003). "A Lógica da Observação – Contributos para o Esclarecimento do Conceito de Construtivismo". In *DiaCrítica*, nº 17/3.
- Oliveira, Clara Costa (2004). "Auto-organização, Educação e Identidade Pessoal". In Sumares, M. e Teixeira, F. (org.). *Identidade Pessoal: Caminhos e Perspectivas*. Porto. Quarteto.
- Oliveira, Clara Costa (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra. Ariadne.
- Oliveira, Clara Costa (2005). "Síndrome de Fadiga Crónica: Aprender, Educar e Agir". In *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.6, nº 1.
- Oliveira, Clara Costa (2006). "A Importância do Sofrimento na Educação para a Saúde". In *Pessoas e Sintomas*, nº 1.
- Oliveira, Clara Costa (2006). "Uma Perspectiva Salutogénica das Doenças Crónicas". In *edit on web.com*.
- Oliveira, Clara Costa (2007). "Integração e Diferença Em Educação Comunitária: Missão Impossível?". In *Reflexão e Ação*, volume 15, nº 1 (Sta Cruz do Sul . Brasil).
- Oliveira, Clara Costa (2007). Verbetes "Educação para a Saúde" do livro *Dicionário de Filosofia da Educação*. Porto. Porto ed.
- Oliveira, Clara Costa (2008). "A Medicina é uma Ciência? Uma Interrogação Filosófica". In *Pessoas e Sintomas*, nº 3.
- Oliveira, Clara Costa e Pinto-Machado, Joaquim (2007). "Contributos das Humanidades na formação de médicos cuidadores de famílias (e) de doentes". *Actas II Congresso Família, Saúde e Doença*. Braga.Univ. do Minho.



Oliveira, Clara Costa e Pinto-Machado, Joaquim (2008). "Formação Personalista No Curso De Medicina Da Universidade do Minho". In *Acção Médica*.

Oliveira, Clara Costa. "Autopoiesis". *Dicionário de Termos Literários* (org. Carlos Ceia): <http://www.fcsh.ueml.pt/edtl>.

Ribeiro-Dias, J. (2009). *Educação. O Caminho da Nova Humanidade. Das coisas às pessoas aos valores*. Porto. Papiro.

Santos, Boaventura de Sousa (1987). *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto. Afrontamento.