

**COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: ALGUMAS REFLEXÕES****COMMUNICATION IN MEDICAL TRAINING: SOME REFLECTIONS****COMUNICACIÓN EN FORMACIÓN MÉDICA: ALGUNAS REFLEXIONES**

*Hebert Luan Pereira Campos dos Santos*  
hebertluanvph@hotmail.com  
Graduando em Medicina (UFBA)

*Fernanda Beatriz Melo Maciel*  
fernandamlmcl728@gmail.com  
Graduanda em Medicina (UFBA)

**RESUMO**

Neste ensaio, propomo-nos refletir acerca dos seguintes questionamentos: como se estruturam os currículos médicos na abordagem da comunicação? Como possibilitar que o profissional assumira uma postura empática e estabeleça uma comunicação dialógica se, durante a graduação, pouco se estimula a escuta ativa? Ou ainda, é possível formar o médico para o exercício de uma comunicação menos paternalista e com práticas de saúde mais dialógicas? Metodologicamente, trata-se de um ensaio teórico construído a partir da articulação de ideias dispersas na literatura científica publicada acerca do tema comunicação em saúde e a formação médica, segundo nossos objetivos. Sendo assim pretendemos, com este estudo, contribuir para compreensão, reflexão e análise da formação médica e do papel do campo da comunicação neste processo formativo por intermédio de duas seções: a primeira, abrangendo a comunicação no currículo médico e a segunda, por sua vez, a prática paternalista e a prática médica compartilhada. Frente a isso, evidencia-se a inocuidade da inclusão puramente sistemática da comunicação enquanto componente curricular obrigatório apenas para atender diretrizes curriculares, desde quando o modo de incorporação isenta processos de aprendizagem e discussões acerca das concepções e perspectivas que um currículo calcado na comunicação em saúde possui para professores, alunos e instituições de ensino, a fim de avaliar, adaptar e readequar o currículo para abarcar a comunicação em saúde

superando a ideia de que a mesma se configura apenas como ferramentas ou um conjunto de técnicas de abordagem instrumental.

**PALAVRAS-CHAVE:** currículo médico; comunicação em saúde; educação médica; currículo em comunicação em saúde.

## ABSTRACT

In this essay, we suggest reflecting on the following questions: how to structure medical curricula in the communication approach? How to allow the professional to assume an empathic posture and establish dialogical communication, during graduation, little is stimulated in active listening? Or, is it possible to train a doctor to exercise less paternalistic communication and with more dialogical health practices? Methodologically, it is a theoretical essay built from the articulation of ideas dispersed in the scientific literature on matters of communication in health and medical training, according to the following objectives. Therefore, we intend, with this study, to contribute to the understanding, reflection and analysis of medical training and the role of the communication field in this training process through two sessions: the first, the communication of the medical curriculum and the second, in turn, paternalistic practice and shared medical practice. In view of this, the inoculation of the purely systematic inclusion of communication as a mandatory curricular component is evident only to receive curricula, since when the incorporation mode exempts learning processes and discussions about the conceptions and perspectives that a calculated curriculum in health communication has for teachers, students and educational institutions, in order to evaluate, adapt and reopen the curriculum to open a communication in health, overcoming an idea that it is configured only as tools or a set of techniques of instrumental approach.

**KEYWORDS:** medical curriculum; health communication; medical education; curriculum in health communication.

## RESUMEN

En este ensayo, proponemos reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿cómo se estructuran los planes de estudios médicos en el enfoque de la comunicación? ¿Cómo hacer posible que el profesional asuma una postura empática y establezca una comunicación dialógica si, durante la graduación, hay poco estímulo para la escucha activa? ¿O es posible capacitar al médico para que

ejerza una comunicación menos paternalista y con prácticas de salud más dialógicas? Metodológicamente, es un ensayo teórico construido a partir de la articulación de ideas dispersas en la literatura científica publicada sobre el tema de la comunicación en salud y capacitación médica, de acuerdo con nuestros objetivos. Por lo tanto, pretendemos, con este estudio, contribuir a la comprensión, reflexión y análisis de la capacitación médica y el papel del campo de la comunicación en este proceso formativo a través de dos secciones: la primera, que cubre la comunicación en el plan de estudios médicos y la segunda, a su vez, , práctica paternalista y práctica médica compartida. En vista de esto, la inocuidad de la inclusión puramente sistemática de la comunicación como un componente curricular obligatorio se evidencia solo para cumplir con las pautas del plan de estudios, ya que cuando el modo de incorporación exige los procesos de aprendizaje y las discusiones sobre las concepciones y perspectivas de un plan de estudios basado en la comunicación de la salud. tiene para docentes, estudiantes e instituciones educativas, con el fin de evaluar, adaptar y reajustar el plan de estudios para abarcar la comunicación en salud, superando la idea de que está configurado solo como herramientas o un conjunto de técnicas de enfoque instrumental.

**PALABRAS CLAVE:** currículum médico; comunicación de salud; educación médica currículum de comunicación en salud.

## INTRODUÇÃO

A urgência de reconstrução e aprimoramento do currículo formal em medicina tem sido uma pauta global. No Brasil, o processo de avaliação das escolas médicas por parte do Ministério da Educação (MEC), ainda durante a década de 90, constatou uma série de problemas que perpassavam os currículos: os saberes teórico-práticos dissociados; a pouca articulação entre os ciclos básico e o clínico; as práticas formativas individualizadas e impessoais; o predomínio de modelo conteudista baseado na transmissão do conhecimento e no papel passivo dos discentes no processo de aprendizagem; dificuldades na comunicação em saúde; entre outros (MOURÃO *et al.*, 2009).

Nos últimos anos, mudanças curriculares importantes têm sido implementadas com a finalidade de garantir um novo perfil de profissional médico, o qual corrobora para efetivação do modelo de atenção à saúde voltado para as necessidades da população. Nesse sentido, a elaboração de currículos por competências tem sido uma aposta para tal reorientação, já que este se propõe a partir da análise de situações concretas e da definição de competências requeridas no fazer profissional, recorrendo às disciplinas somente na medida das necessidades exigidas pelo desenvolvimento destas (DELUIZ, 2001).

Desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), documentos de referência que orientam as instituições de ensino superior na organização e construção dos seus programas e serve de base para elaboração dos Projetos Políticos Pedagógico (PPP) dos cursos de graduação, estabelecem a comunicação em saúde como uma de suas competências gerais no processo formativo dos futuros profissionais médicos.

As competências e habilidades preconizadas pelas DCNs de 2014 para a graduação em medicina reforçam e incluem aspectos que envolvem direta e indiretamente a comunicação em saúde, dentre as quais destacam-se: a assistência centrada na pessoa, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e os saberes das pessoas assistidas (BRASIL, 2014).

O processo comunicativo na área da saúde, desse modo, deve ser entendido por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014). Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre profissionais de saúde e usuários do Sistema de Saúde (BRAGA; SILVA, 2007; SILVA *et al.*,

2000). A comunicação em saúde então concretiza-se como uma prática social, a qual resulta da interação humana (FIRMINO; CARVALHO, 2007).

Ao partir dessa compreensão, a comunicação se faz como um elemento determinante na oferta da assistência em saúde, influenciando significativamente a avaliação que os pacientes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestado, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental (TEIXEIRA; VELOSO, 2006). Essa é ainda um elemento chave no relacionamento dentro das equipes de saúde, a qual necessita urgentemente de construção de relações mais horizontais pautadas no trabalho interprofissional e colaborativo.

No entanto, no âmbito das políticas públicas brasileiras, tanto do campo da saúde como no campo da educação, "[...] ainda é preciso superar a visão instrumental e simplista da comunicação como um processo de transmissão de informações de um emissor a um receptor" (REVISTA REDE CÂNCER, 2007, p.16). Os desafios que envolvem os novos currículos médicos, no campo da comunicação em saúde, são justamente garantir e efetivar a introdução de disciplinas nestes currículos que a reconheçam como campo de conhecimento.

Neste ensaio teórico, propomo-nos a refletir sobre alguns questionamentos: como se estruturam os currículos médicos na abordagem da comunicação? Como possibilitar que o profissional assuma uma postura empática e estabeleça uma comunicação dialógica se, durante a graduação, pouco se estimula a escuta ativa? Ou ainda, é possível formar o médico para o exercício de uma comunicação menos paternalista e com práticas de saúde mais dialógicas?

Metodologicamente, ensaiamos uma articulação de ideias dispersas na literatura científica publicada acerca do tema comunicação em saúde e a formação médica, segundo nossos objetivos. Esta análise é construída a partir

de duas seções: a comunicação no currículo médico e a proposta de uma prática médica compartilhada. A partir de nossas reflexões pretendemos, com este artigo, contribuir para a compreensão, reflexão e análise da formação médica e do papel do campo da comunicação neste processo formativo, como capaz de transladar de um *modus operandi* paternalista à uma prática compartilhada, dialógica e colaborativa.

## **A COMUNICAÇÃO NO CURRÍCULO MÉDICO**

A lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 promoveu para além da expansão da oferta de cursos de graduação em medicina permitiu também discussões sobre novas possibilidades de mudança de currículo nas escolas médicas brasileiras. As mudanças desencadeadas pelas diretrizes de 2014 apontam para reorientação na concepção dos novos e antigos currículos médicos. Nesse sentido, as escolas médicas seguem através dos seus currículos e metodologias com um compromisso social de formar profissionais com competência técnica, humanística e socialmente comprometidos:

A formação do profissional do século XXI impõe a superação de uma visão puramente instrumentalista ou tecnicista do conhecimento, rejeitando os reducionismos inerentes à linearidade e fragmentação do saber. Cabe à instituição acadêmica, matriz dessa mudança paradigmática, promover modelos mais abertos, interdisciplinares e engajados de processos educativo, cultural e científico. (DE MELLO; ALMEIDA FILHO; JANINE RIBEIRO, 2009, p. 295)

O currículo médico formal, de modo geral, se estrutura a partir dos conteúdos programáticos e das atividades práticas definidas oficialmente pelas instituições de ensino superior. Esse currículo deve refletir a maneira como as diretrizes curriculares serão desenvolvidas naquele curso e até mesmo em

determinado componente curricular, almejando “clarificar como o perfil do médico egresso proposto pelas DCN é contemplado pelas disciplinas e como esses elementos do aprendizado baseado em competências são efetivados na prática” (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014, p.222).

Enquanto competência estabelecida pela diretriz, a inserção da comunicação tornou-se imperativa dentro dos currículos médicos buscando, principalmente contribuir para uma prática clínica eficiente e humanizada. Ainda que estabelecida como competência importante na formação médica desde 2001, o que se percebe é que o campo da comunicação enquanto área de conhecimento segue sendo renegado.

Rossi e Batista em estudo realizado em 2006 que buscou analisar o processo de ensino/aprendizagem da comunicação na relação médico-paciente durante a graduação médica, discutindo concepções de alunos e de coordenadores sobre esse processo e identificando como e quando o currículo o contempla evidenciou que em parte das escolas médicas a comunicação não constava no programa pedagógico do curso e não havia referências que pudessem identificar o propósito curricular no desenvolvimento dessa competência.

Ao analisar o conteúdo dos planos de ação das disciplinas do currículo de um curso de medicina, Franco, Cubas e Franco (2014) demonstraram que quando analisada a distribuição das competências por semestre ao longo do curso a competência comunicação, como referida pelas DCNs de 2001 para o curso de medicina, aparece apenas no 6º semestre.

Alguns estudos apontam que o aprendizado de tal competência ocorre através da observação da prática do profissional seja ele enquanto preceptor, residente ou docente (TURINI *et al.*, 2008; AGUIAR *et al.*, 2014). O currículo

oculto, como é reconhecida essa dimensão informal do processo educativo, é evidenciado por De Benedetto e Gallian (2018, p.1203):

Para o bem ou para o mal, comportamentos e atitudes de professores, tutores, residentes e veteranos os afetam profundamente, servindo de exemplos ou contraexemplos passíveis de nortear o estabelecimento de prioridades em relação aos temas a serem estudados e à forma como será conduzida a futura vida profissional.

Considera-se que o aprender a ser médico “opera no conhecimento tácito à beira do leito, nas consultas supervisionadas, nas sessões clínicas e na maneira de como se estabelece a comunicação com o outro, seja com o paciente ou outros profissionais de saúde” (STELET; CASTIEL; MORAES, 2017, p. 7). A esse respeito Turini *et al.* (2008) reforçam o impacto que este currículo possui na valorização da comunicação como competência pelos alunos:

O interno espelha seu comportamento nas posturas dos demais membros das equipes, convivendo com docentes e demais médicos do HU formados em cursos tradicionais, os quais não consideram a comunicação na prática médica. Isso leva os estudantes a reduzir a valorização dos assuntos relacionados a esse tema e que foram abordados nos módulos de habilidades nos anos anteriores. (TURINI *et al.*, p. 269)

Nesse contexto adquire força o impacto que o docente possui na construção do futuro profissional, uma vez que, “os alunos, pela observação dos mestres, “modelam” comportamentos e, assim, de certa forma, constroem uma identidade médica” (RIOS; SCHRAIBER, 2012, p. 309). A educação permanente para os docentes é um nó crítico para implementação de novas propostas curriculares, sobretudo, porque parte destes docentes foram formados em modelos de currículo tradicional, valorizam e acreditam pouco nas novas propostas curriculares e consideram a comunicação como uma “atribuição não médica, relacionada ao senso comum” (TURINI *et al.*, 2008, p. 268).

Ao relatar a experiência de um grupo de docentes de um curso de medicina Turini *et al.* (2008) destacam algumas dificuldades no processo de inclusão do ensino de habilidades em comunicação em um currículo integrado, dentre elas: a existência de poucas referências sobre a estratégia pedagógica a ser adotada no processo de ensino da comunicação no curso; a baixa carga horária disponibilizada para o componente, o que dificulta execução das atividades propostas; pouca correlação entre as atividades de habilidades de comunicação e os módulos temáticos; pouca participação dos estudantes nas atividades propostas; descontinuidade do programa de comunicação durante o internato.

Dentre as recomendações de um consenso publicado em 2008 construído por líderes de habilidades de comunicação de 33 escolas médicas do Reino Unido e conduzidas sob os auspícios do UK Council of Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education estabelece que a comunicação seja ensinada em todas as etapas da formação, devendo seu conteúdo programático ser planejado para possibilitar que haja revisão, refinamento e construção de graus crescentes de complexidade, integrando as demais disciplinas clínicas da graduação (VON FRAGSTEIN *et al.*, 2008).

Vale notar que mesmo com propostas curriculares inovadoras e não tradicionais, que trazem a competência da comunicação no currículo, dificuldades inerentes ao processo de implementação e/ou mudança surgem. Relatos como este tornam-se extremamente necessários para reflexão da prática pedagógica e divulgação das experiências didáticas. Se faz ainda mais importante ao considerar a existência de uma carência de literatura específica sobre o ensino da comunicação nos cursos de medicina do país (ROSSI; BATISTA, 2006; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Nesse sentido, entendemos que não se faz suficiente apenas a inclusão sistemática da comunicação enquanto componente curricular obrigatório, mas enfatizamos também a necessidade de apreender e discutir quais as concepções e perspectivas que um currículo calcado na comunicação possui para os professores, alunos e para as instituições de ensino, possibilitando um processo de avaliação, adaptação e readequação do currículo médico.

De acordo com os autores e estudos supracitados, destacamos que as diretrizes curriculares passam dentro do seu arcabouço, por um processo de recontextualização, demonstrando que nem sempre as intenções oriundas do nível central alcançam os sentidos e efeitos desejados. Ao mesmo tempo, reconhecemos a urgência de incorporar a comunicação na formação médica seja através da “inserção no currículo, metodologias participativas de ensino-aprendizagem – e no conteúdo” (AGUIAR *et al.*, p.76), mas principalmente com o comprometimento de refletir sobre a comunicação que se pretende ensinar (AGUIAR *et al.*, 2014).

## **DA PRÁTICA PATERNALISTA À UMA PRÁTICA MÉDICA COMPARTILHADA**

A origem da medicina paternalista ou de práticas médicas paternalistas se confundem com a própria história evolutiva da práxis médica. Paternalismo aqui entendido de forma análoga de como o fazer médico, ao longo de sua constituição, teve o caráter de tomar para si a posição de autoridade sob o paciente para determinar quais as melhores formas de andar a vida, como a um filho. Tal conduta pode ser explicada pelo poder social detido pela profissão “gerado tanto pelo domínio técnico de um conhecimento específico quanto pela sua legitimidade social e, a partir disso, o compartilhar decisões médicas junto

com o paciente deixou de ser uma prática habitual, tornando o princípio da beneficência absoluto” (BEIER, 2010, p. 247).

Comumente, o profissional de saúde visualiza o paciente como um ser deficitário, os quais carecem de conhecimentos e cabe ao profissional preencher as lacunas por meio do seu conhecimento científico e, por vezes, descontextualizado a fim de “dar” aquilo que o paciente “precisa”. O estilo da comunicação adotada pelo profissional é, em geral, imperativo, coercitivo, punitivo e marcado pelo local do que “sabe” e o local do que “não sabe” ou do de quem “manda” e o de quem “obedece”. Tal fato também foi destacado por Rossi e Batista (2006, p.97): “explicar, transmitir, passar, expressar, esclarecer e fazer-se entender são verbos de ação que denunciam o caráter impositivo do papel de “emissor da mensagem” que o médico assume nessa relação de comunicação”.

Sales e Figlie (2011) ao se referir sobre o estilo de comunicação coloca que esse “diz respeito a postura e abordagem utilizadas pelo terapeuta para ajudar seus clientes, uma maneira de estruturar o diálogo que caracteriza o relacionamento entre eles” (SALES; FIGLIE, 2011, p. 270) . Ainda segundo as mesmas autoras, é preciso que os profissionais da saúde mudem o seu estilo da comunicação se “desejam ter resultados diferentes em relação à mudança de comportamentos dos clientes”.

Diversos modelos propostos buscam dar conta de encontrar um estilo de comunicação ideal, no entanto, Cardoso (2006, p. 50) destaca que:

[...] qualquer modelo de comunicação é uma simplificação da realidade, mas esse deixa de fora, ou dá muito pouca importância a aspectos que são fundamentais em qualquer prática comunicativa: os contextos, as situações concretas em que a comunicação acontece, as pessoas reais que dela participam, com suas histórias de vida, ideias, interesses, preocupações, disposições, indisposições.

Vale notar que a visão instrumental atribuída a comunicação para execução do ato médico permanece em diversas propostas de abordagem comunicacional voltadas para o ensino destes profissionais, incluindo tais concepções nos currículos médicos. Muitas delas seguem focando na competência da comunicação como um meio para alcançar o que profissional julga como melhor para o paciente. Essa visão instrumental demonstra que ainda existe “uma compreensão bastante frágil a respeito de seu status de saber ou conhecimento que aborda searas específicas e necessita ser incorporado à formação mais ampla do profissional da saúde nas demandas que lhe são exigidas hoje” (AGUIAR *et al.*, 2014, p.73).

Por outro lado, uma prática médica compartilhada deve partir da ideia de que o encontro clínico, considerado como o momento principal da práxis médica, consiste numa etapa marcada, sobretudo, pelo relacionamento, o qual encontra-se imerso em contextos culturais, históricos e sociais envolvendo médico, paciente e instituições. Compreender a consulta como um encontro entre dois especialistas é um dos caminhos possíveis, isto é, encontro entre o profissional que é especialista em sua área e que mesmo assim não sabe tudo e é passível de erros e os pacientes que são especialistas acerca de suas próprias vidas e das suas escolhas.

Essa concepção tem como fundamento uma visão de que o ato médico deve ser construído pelo partilhamento, através de um processo horizontal, caracterizado pelo diálogo e constituído de “relações de cooperação, respeito e aceitação, entre diferentes culturas e sujeitos” (SANTOS *et al.*, 2019, p.57). Assim a comunicação assume um local constituído de “produção de significados de ambos os lados e que a cultura de cada grupo social estará igualmente sempre presente” (OLIVEIRA, 2002, p. 65). O diálogo deve ser estabelecido de modo colaborativo e ativo, sendo o processo de decisão construído em conjunto,

partindo do pressuposto de que apenas o paciente poderá executar qualquer mudança proposta. Dohms (2011) reconhece que a formação médica pautada numa relação dialógica, imbuída de escuta e compartilhamento de saberes é crucial para realização de práticas de saúde individuais e coletivas. *Pari passu*, De Benedetto e Gallian (2018) demonstraram que durante a formação, o acadêmico é desencorajados a assumir uma escuta ativa tanto por residentes como por profissionais mais experientes.

Nesta lógica, o desafio para construção de uma prática médica compartilhada perpassa pela urgência de incluir nos currículos médicos assuntos e teóricos do campo da comunicação, bem como educação permanente de docentes e preceptores. Mesmo há décadas se desenvolvendo estudos e técnicas para identificar a melhor maneira de ensinar conhecimentos de habilidades comunicativas na formação do médico deve-se reconhecer que os currículos pouco focalizam nos mecanismos de funcionamento da língua e da linguagem, dos atores sociais envolvidos e do próprio ato da comunicação na perspectiva de autores do campo da linguística (AGUIAR *et al.*, 2014).

As inquietações aqui trazidas ainda nas primeiras páginas deste trabalho também nortearam outros pesquisadores: mas será que o(a) médico(a) pode aperfeiçoar de forma eficaz e profunda as suas competências comunicacionais através da formação pré ou pós-graduada? (SILVA, 2008) Melhorar o conhecimento e as habilidades de entrevista clínica é suficiente para a produção de um cuidado em saúde mais integral? Como permitir que o ensino sobre comunicação clínica seja um questionador do modelo reducionista e “objetificante” da Biomedicina? Como evitar que o treinamento de habilidades comunicacionais nos torne burocratas repetidores de frases feitas? (STELET; CASTIEL; MORAES, 2017)

Tais questionamentos tornam-se um convite para que possamos questionar até que ponto as escolas médicas têm compreendido e incorporado a comunicação em seus currículos, superando a ideia de que a mesma se configura apenas como ferramentas ou um conjunto de técnicas de abordagem instrumental. Assim, acreditamos que para migrar de um *modus operandi* paternalista à uma prática compartilhada, dialógica e colaborativa urge repensar e reposicionar os currículos. Currículo aqui entendido enquanto produto de tensões e, sobretudo, enquanto um instrumento político.

## **CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS**

Embora se reconheça os avanços alcançados com a inclusão da comunicação como competência necessária para formação médica pelas diretrizes nacionais, acreditamos que algumas considerações fazem-se necessárias: os currículos médicos trazem, no seu escopo, a necessidade de efetiva reflexão e planejamento no processo de formação dos estudantes, integrando forças entre discentes, docentes e coordenação do curso. Tal movimento não se aplica apenas para reflexão sobre a efetivação da comunicação dentro das propostas curriculares das instituições, mas sobretudo a noção de que as habilidades e competências necessárias para formação deste médico fazem parte de um todo.

Assim, ao pautar a construção de novos currículos médicos, cabe refletir sobre quais resultados se pretende alcançar. Além disso, importa pensar sobre qual concepção de comunicação os currículos em saúde têm se vinculado, pois acreditamos que é impossível pensar a alteração da organização curricular sem que haja alteração do conteúdo que é abordado.

Diante do que discorreremos até aqui, pensar e repensar sobre os percursos traçados e propor novas possibilidades diante a introdução da comunicação nos currículos médicos são fundamentais. Concluindo, sugerimos que estudos sobre experiências curriculares voltadas para o ensino da comunicação possam ser realizados e divulgados no contexto das escolas médicas brasileiras.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; KALIL, Irene Rocha; MARTÍNEZ-SILVEIRA, Martha Silvia; BORGES, Wilson Couto; MOTTA, Pedro Henrique de Freitas Martins; BORGES, Guilherme Canedo. O ensino da comunicação na formação profissional em saúde no Brasil: análise da literatura especializada posterior à homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Cadernos ABEM**, v. 10, Dezembro 2014.

BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da. Competent communication: a view of nurse experts in communication. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, Dec. 2007

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais da graduação em medicina**. Brasília, DF, 2014.

CAPRARA, Andrea.; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico, **Ciência e saúde coletiva**. v. 9, n. 1, 2004. p. 139-146.

CORIOLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de Queiroga; RUIZ-MORENO, Lidia; DE LIMA, Luciane Soares. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1356-1369, Dec. 2014 .

DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. The narratives of medicine and nursing students: the concealed curriculum and the dehumanization of health care. **Interface** (Botucatu). 2018; 22(67):1197-207

DE MELO, Alex Fiúza; ALMEIDA FILHO, Naomar de; RIBEIRO, Renato Janine. Por uma universidade socialmente relevante. **Atos de pesquisa em educação -PPGE**. ISSN 1809-0354, v.04, nº03, p.292-302, set.2009

DELUIZ, Neize. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**, mar., 2001 (Número especial).

DOHMS, Marcela Ceci. Ensino aprendizagem da comunicação médico-paciente, na percepção de estudantes, em uma escola brasileira e duas européias [dissertação]: desafios e perspectivas para a educação médica brasileira / Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva especialistas em comunicação. **Acta Paulista de Enfermagem** , São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.

FERMINO, Tauani Zampieri; CARVALHO, Emilia Campos de. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem** , Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

FRANCO, Camila Ament Giuliani dos Santos; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato Soleiman. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 2, p. 221-230, June 2014 .

MOURÃO, Maria das Graças Mota; CALDEIRA, Antônio Prates; RAPOSO, José J. B. Vasconcelos. A avaliação no contexto da formação médica brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (3) : 452 – 464 ; 2009.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 6, n. 10, p. 63-74, Feb. 2002.

REVISTA REDE CÂNCER. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, v.2, n. 1, p. 1 -44, 2007.

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilia Blima. A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 3, p. 308-316, Sept. 2012 .

ROSSI, Pedro Santo; BATISTA, Nildo Alves. The teaching of communication skills in medical schools - an approach. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.93-102, jan/jun 2006.

SALES, Cristiane; FIGLIE, Neliana Buzi. Entrevista Motivacional. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos; MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; FLORES, Ruth Ellery Lima e FERREIRA, Paulo Rogers da Silva. Antropologia e saúde caminhos possíveis para (re)pensar a prática médica. **Revista De Educação Da Universidade Federal Do Vale Do São Francisco**, 9(20), 50-64 (2019).

SILVA, Ana Luisa Aranha.; GUILHERME, Maria; ROCHA, Sandra Souza Lima.; SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, outubro 2000.

SILVA, Pedro Ribeiro da. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. **Rev Port Clin Geral**, v. 24, p. 505-512, 2008.

STELET, Bruno Pereira; CASTIEL, Luis David; MORAES, Danielle Ribeiro de. Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00154016, 2017.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto contexto - enferm., Florianópolis**, v. 15, n. 2, p. 320-325, June 2006.

TURINI, Barbara; MARTINS NETO, Daniel; TAVARES, Marcelo de Sousa; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; SILVA, Vera Lucia Menezes da & THOMSON, Zuleika. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 264-270, June 2008.

VON FRAGSTEIN, M; SILVERMAN, J; CUSHING, A; QUILLIGAN, S; SALISBURY, H; WISKIN, C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. **Medical Education**, v. 42, p. 1100–1107, 2008.

*Recebido: 31/03/2020*

*1ª Revisão: 05/04/2020*

*Aceite final: 05/05/2020*