

Título

“Um gesto, um ato, uma atitude, uma relação e uma candidatura como fundamentos de uma profissão”

(a propósito de algumas importantes mensagens que podemos perceber na atenta observação de alguns quadros e a sua possível relação com o legado à Humanidade por parte de membros da comunidade sefardita da diáspora lusa)

Autor: José M. D. Poças

(Especialista em Medicina Interna e Doenças infecciosas, Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar e Diretor de Serviço de um Centro Hospitalar Público Português)

Texto

Resumo

(“É muito mais importante conhecer que doente é que tem a doença, do que saber a doença que o doente tem”, William Osler, médico canadiano, 1849-1919)

A dicotomia entre a tecnologia e o humanismo não deve supor a anulação de qualquer uma destas duas realidades, não só por razões de natureza ética, clínica e de gestão, mas também por razões pedagógicas relacionadas com as necessidades formativas das novas gerações de médicos. Este é o desafio conseqüente à reflexão que pretendo fazer neste artigo, na suposição de que as virtualidades da semiologia clínica, do respeito pela ética e da empatia na prática dos cuidados de saúde não são apenas do passado, mas fazem antes parte indissociável do ato médico e da relação médico-doente do presente, devendo assim permanecer para todo o sempre, porque o exercício da atividade médica tem como único verdadeiro protagonista o Ser Humano na sua globalidade e diversidade (1-3).

Gerd Leonard, um famoso e reconhecido futurólogo afirmou num dos seus livros o seguinte: *“... o meu objetivo ... é ampliar e acelerar o debate sobre como garantir que orientamos, aproveitamos e controlamos os desenvolvimentos da ciência e da tecnologia para que cumpram o seu primeiro objetivo, ou seja, servir a Humanidade e promover a prosperidade humana... A tecnologia não tem qualquer ética, pelo que a sua intrusão iminente na vida privada e nos processos biológicos deve ser negociada como uma prioridade a nível cívico ... Como podemos proteger as mais profundas formas de felicidade como a empatia, a compaixão ou a consciência... ?”*. Este é pois um contributo com um forte cunho pessoal para esta mesma causa (4).

Nota Introdutória

(“O bom médico trata a doença do doente, enquanto o grande mestre da medicina trata o doente que tem a doença”, William Osler, médico canadiano, 1849-1919)

De um recente repto lançado por um colega e amigo brasileiro para escrever algo que tivesse por vontade transmitir por escrito sob a forma de um artigo para uma Revista Médica do nosso País Irmão que tantas vezes visitei com imenso gosto e no qual tenho muitos familiares, amigos e colegas de profissão, começou por nascer no meu pensamento algo que se afigurou ser muito vago de início, mas que acabou depois por ir ganhando uma forma mais inteligível: Tentar relacionar alguns factos e certos conceitos aparentemente divorciados entre si, sobre os quais me tenho vindo a interessar de modo algo anárquico e ao sabor de momentâneos impulsos (consultar o sítio eletrónico *josepocas.com*, subordinado ao lema de “Medicina: Cultura, Ciência e Humanização”) (5), mas que no conjunto acabaram por constituir um corpo de ideias que espero seja reconhecido por outrem como minimamente coerente e sob uma perspectiva algo inédita. Este mero exercício especulativo acabou assim por permitir conjecturar algo que, embora plausível, está ainda envolto em polémica e certamente longe de já estar plenamente demonstrado, constituindo antes um esboço de uma tese que tem de ser mais aprofundada, até que possa ser considerada efetivamente credível...

A génese deste artigo e o modo como acabou por resultar do fluir de um certo encadeamento de pensamentos que estavam latentes no meu espírito, acabou por ter pois algumas semelhanças com o que Maria Gainza, uma jornalista especializada em pintura citou no seu primeiro e muito interessante romance recentemente traduzido para português, onde se mesclam de modo pouco vulgar, dados autobiográficos com os de alguns dos maiores vultos da pintura de diversos países (incluindo da sua amada terra natal também): *“... não sei porque estou a contar isto agora, mas suponho que é sempre assim: escrevemos uma coisa para contar outra”* (6).

O âmago da questão

(“A doença é a escuridão da vida... A compaixão é um sentimento instável. Necessita de se transformar em ação, ou então fenece”, Susan Sontag, escritora e ensaísta norte-americana, 1933-2004, falecida vítima de leucemia aguda, in “A doença como metáfora” e “A SIDA e as suas metáforas” de 1977 e de 1987)

Um gesto: A palpação do pulso. Uma atitude: A leitura da expressão facial. Um ato: O ato médico. Uma relação: A relação médico-doente. Uma candidatura: A da relação médico-doente a património imaterial da Humanidade. Uma profissão: A de Médico.

Comecemos pois pelo início deste intrincado novelo de conceitos, para depois conseguir desenvolver melhor um coerente fio condutor de raciocínio, como convém à sua almejada descodificação. Se há gesto que qualquer cidadão identifica de imediato

como sendo capaz de corporizar a atividade clínica é, sem sombra de dúvida, a palpação do pulso. Tal gesto, retratado desde os primórdios da Medicina na civilização andaluza e ao longo dos séculos seguintes em diferentes civilizações e culturas (Fig. 1) (7-8), é fundamental não apenas para fornecer certos dados semiológicos importantíssimos para um diagnóstico diferencial mais assertivo, mas também porque permite uma aproximação física com o doente que é capaz, por si só, de atenuar o natural receio deste perante a perspectiva de poder vir a ouvir da voz do seu médico a proclamação solene da sentença de que padece afinal de uma enfermidade com um prognóstico reservado e, logo, instintivamente percebido, *a priori*, como uma verdadeira antecipação da própria morte, como acontece em muitas circunstâncias e não tão raramente como se poderia pensar.



Fig.1- (“A palpação do pulso” de, respetivamente, sec. XVII, 1780, 1830 e 1890, de Canon de Avicena (Bucara, Síria), Winthrop Chandler 1737-1790, Connecticut, EUA, Livro de Medicina Ayurvédica (Índia) e Zhou Pei-Chun, 1880-1910, China)

Reação que, embora frequentemente desprovida de qualquer fundamento científico, é antes fruto da interiorização de um atávico espírito fatalista baseado na ignorância, nas crenças de índole mística, ou na extrapolação infundada de dolorosas experiências anteriormente vivenciadas. Serve ainda para esbater a tradicional posição de aparente subalternização do doente face ao seu médico, pois, presentemente, é impensável este último dispensar arrogantemente a partilha de opiniões com o primeiro, no exercício de um saudável princípio segundo o qual o êxito da estratégia a empreender, quer no que concerne ao diagnóstico, quer ao tratamento, será proporcional ao grau de colaboração mútua (9-10).

Desde que esse gesto seja espontâneo, poderá ser imediatamente sentido pelo doente como uma forma de calorosa linguagem gestual que carrega, em simultâneo, uma mensagem de competência profissional, de disponibilidade solidária e de afetividade relacional, podendo assim desencadear uma expressão facial que deve ser corretamente interpretada e contextualizada pelo médico, na qual a exteriorização de

todo um importante conjunto de sentimentos fica muitas vezes espelhada de forma fugaz, embora bastante significativa, na fâcies do doente (11-16).

Como é bem sabido por etologistas, antropólogos, psicólogos, psiquiatras e pediatras, se um recém-nascido for criado sem o terno estímulo tátil da sua mãe, tal como se provou previamente em símios e mesmo noutro tipo de animais, o seu adequado desenvolvimento psicológico fica irreversivelmente comprometido, com graves implicações posteriores para a sua própria saúde a prazo (17-18).

De modo similar, também os imunologistas conseguiram demonstrar que, se o sistema imunológico não for estimulado pelo contacto com o microbioma humano e com os microorganismos do meio ambiente que o envolve (19-20), bem como se for sujeito a sucessivos ciclos (indesejáveis) de antibioterapia (21-24), condiciona uma disbiose intestinal (25) (que facilita a ocorrência de doenças inflamatórias (como as auto-imunes) (26), alérgicas (27), e mesmo outras (como a obesidade), bem como a nefasta emergência das temíveis infeções oportunistas ou por microorganismos multirresistentes (28-33), que serão amplamente facilitadas, pois todos estes estímulos são verdadeiramente imprescindíveis à preservação da saúde e ao desenvolvimento em equilíbrio, quer do ponto de vista psicológico, quer orgânico, de todo e qualquer Ser Humano.

Acerca da indispensabilidade das relações humanas para a compreensão do Homem e da Humanidade, citaria apenas, a título de exemplo, pelas ilações atinentes que têm a ver indiretamente com toda esta temática, os incontornáveis filmes, “Eduardo, mãos de tesoura” de Tim Burton, “O Homem elefante” de David Lynch ou “Os Palhaços” de Frederico Fellini porque, como se pode constatar a seguir, sou da firme opinião de que o conhecimento de todas as formas de expressão artística pode ajudar, e muito, a formação de um clínico. Talvez por isso, seja tão comum utilizar-se a expressão “arte médica” em paralelo com a de “ciência médica” (34-37), e existam tantos médicos cultores de diversas formas artísticas, sobretudo da literatura (38) e da pintura (39-40) (na realidade portuguesa).

Estas considerações apenas põem em evidência a importância e a perene atualidade de toda uma milenar tradição dos nossos grandes Mestres (51-64) que vai de Hipócrates (o Pai da Medicina) a William Osler (o fundador e expoente máximo da Medicina Interna) e que se torna vital que seja lembrada a cada instante nos conturbados dias de hoje, e, até mesmo, reabilitada, dado ser o fundamento do nosso tão particular mister. Mas também porque, para além disso, deve corresponder ainda a uma necessidade vital de realização profissional sentida por parte dos clínicos baseada na sua capacidade de poder contribuir decisivamente para atenuar o sofrimento do seu semelhante, bem como ao correspondente colmatar de um mais do que nefasto vazio afetivo profundamente interiorizado e expresso pelos doentes sob múltiplas formas mais ou menos explícitas.

Se a capacidade de ter sentimentos e de exprimir emoções é um atributo perfeitamente identitário da espécie humana, como o demonstrou o neurocientista

português António Damásio (55-57), então isso deveria, por maioria de razão, assumir ainda maior relevância no contexto da relação médico-doente e na realização do ato médico, pressupostos que se impõe assim serem reconhecidos e divulgados (58-60).

Vivemos atualmente num mundo dual e cheio de intrínsecas contradições, no qual a utilização (muitas vezes imprescindível, deve contudo enfatizar-se) dos meios tecnológicos de diagnóstico e de terapêutica é de uma magnitude progressivamente crescente. O problema coloca-se porque esta realidade deveria, contudo, coexistir com uma preocupação constante pelo reforço das atitudes capazes de humanizarem a prestação dos cuidados de saúde, não só porque isso é imprescindível para o adequado aprofundamento daquela tão singular relação, mas também, porque é uma das maneiras mais eficazes de se racionalizarem os custos. Na verdade, os reconhecidos gastos excessivos com a utilização generalizada dos recursos disponíveis (e necessários!), que são cada vez mais onerosos para os cidadãos e para a sociedade, e também por isso mesmo com um grau de acessibilidade cada vez mais condicionado, contribuem para minar indesejavelmente e de forma irreversível a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde de todos os países desta pequena-grande aldeia, cada vez mais globalizada, onde todos nós habitamos (61-69), sendo ainda um dos fatores mais decisivos no diz respeito ao nefasto incremento da denominada medicina defensiva (70) e da promoção de inaceitáveis desigualdades (71).

O médico será, assim, como o afirmou lapidarmente o médico, psicanalista e bioquímico inglês de origem magiar, Michael Balint (), um verdadeiro (e um dos mais eficazes) medicamento(s) em si mesmo. Tal é o princípio básico em que se fundamenta a verdadeira Medicina Clínica (73) tal como ela deveria ser sempre entendida e praticada, sendo a recente denominação de Medicina Narrativa (74), ou as expressões anglo-saxónicas de *“slow medicine”* ou de *“two-persons-medicine”* apenas diferentes epítetos que pretendem promover a reflexão que se impõe fazer, na qual se tem de passar a considerar a empatia (75) e a ética (76) como as bases sólidas onde se deve estruturar todo o complexo edifício da prática das atividades relativas ao setor da saúde.

Daí que, pelo facto de os médicos sentirem que todo este intemporal e precioso capital de investimento intergeracional está ameaçado por muitas das políticas que se estão cada vez mais a implantar e a generalizar de forma sub-reptícia, ousaram propor a sua elevação à condição de Património Imaterial da Humanidade, porque a verdadeira Medicina não pode jamais ficar divorciada de todo esse valioso conjunto de valores civilizacionais. O Homem biónico (76-77), ou seja, aquele que até pode ser originado através da manipulação genética em laboratório ou que pode ter parte do seu corpo composto por um conjunto de dispositivos protésicos que conseguem suprir minimamente as suas mais diversas funções fisiológicas vitais por longos anos, se um dia vier mesmo a existir, atrever-me-ia a antecipar que jamais deixará de possuir alma. E, portanto, será sempre sensível ao prazer e à dor, continuará a ser capaz de se condoer com o próprio infortúnio tal como com o alheio, bem como de ser solidário para com o seu semelhante, não desistirá de lutar por ideais e de se revoltar a cada

passo contra a opressão e as injustiças, essencialmente impelido pela sua consciência cívica, tal como se pode ler no incontornável e visionário romance “O admirável mundo novo” do grande escritor britânico Aldous Huxley, no qual o autor profetizou magistralmente tal hipotético cenário.

Hillel Barude, um estimado filósofo da Medicina afirmou de uma forma inequivocamente hipocrática que “... a finalidade da moderna Medicina deve idealmente combinar tanto a preocupação com a cura como com o cuidar... compreendendo que isto significa tratar o sofrimento como um objetivo em si mesmo, postura que implica reconhecer que a prática médica deve pois tentar superar os próprios objetivos regulamentares que constam nos códigos de ética e na estrita realização profissional individual”. Objetivos sem sombra de dúvida exigentes, e na minha perspetiva não totalmente impossíveis de alcançar. Mas, certamente, de modo algum, no contexto das políticas para o setor que se têm vindo a implementar!!!

O contributo da pintura

(“... a Pintura pode, também, representar a enfermidade, desde o mais íntimo do ser humano, expondo inclusive as razões do sofrimento através das expressões faciais, dos gestos, dos comportamentos, e da relação com a sociedade, transmitindo um olhar transcendente... em definitivo, a Pintura engloba o Ser Humano, descreve-o, investiga-o, diagnostica-o, com a ideia de o embelezar e de lhe oferecer um meio de cura, de forma algo idêntica à Medicina...”, Pilar Seco, Médica Internista do Hospital Universitário de La Paz, Madrid, Espanha) (78

Saibamos contemplar pois, com olhos verdadeiramente capazes de “*ver claramente visto*”, como aludiu o nosso grande poeta Luís Vaz de Camões, algumas das mais significativas e intemporais obras pictóricas do património coletivo de toda a Humanidade. Embora os exemplos sejam muitos e diversificados (ver a conferência “Medicina e Pintura” em *josepocas.com*), começaria por destacar os retratos verdadeiramente pungentes relativos aos diversos estados de alma, legados pelo insigne pintor norueguês Edvard Munch (fig. 2), em cuja patobiografia se refere que padeceria eventualmente de doença psiquiátrica (Síndrome depressivo? Síndrome psicótico?), que esteve gravemente doente com a denominada “gripe espanhola” e com uma hemorragia intra-ocular, admitindo-se ainda que tenha tido hábitos de consumo excessivo de bebidas alcoólicas e mesmo de substâncias alucinogénias, para além de possivelmente ter também contraído, algures, o sempre temido *mal luético* (79-82). Razão, talvez, para ter sido impelido subconscientemente a pintar o quadro (Fig. 3) que representa, de forma comovente, o drama de uma criança de tenra idade completamente desfigurada ao colo de sua mãe, vítima da transmissão inocente do terrível *treponema pallidum* proveniente da sua própria progenitora, em plena era pré-antibiótica.



Fig. 2- (Da esquerda para a direita e de cima para baixo, respetivamente, “Melancholia” (x3), “Ciúme” (x2), “Separação”, “Desespero” (x2), “O Grito” e “Ansiedade”, entre 1892 - 1907, de Edvard Munch, 1863-1944, Adalsbruk, Noruega)



Fig. 3- (“Herança” de 1808, por Edvard Munch, 1883-1944, Adalsbruk, Noruega)

Era filho de um médico e perdeu, ainda jovem, tanto a mãe como uma das irmãs, ambas vítimas da *peste branca* que então grassava ameaçadoramente por toda a Europa, pelo que toda este trágico percurso de vida foi abundante e eloquentemente retratado em diversas obras da sua autoria, de entre as quais se destacam alguns autorretratos, as cenas de velórios, ou as que fez para retratar os profissionais de saúde que o trataram ao longo da vida, no decurso dos sucessivos internamentos a que se submeteu (Figs. 4, 5, 6 e 7).



Fig.4- (“Auto-Retratos” de 1875, 1902 e 1903, “Com o esqueleto do braço”, “ Na sala de operações” e “No inferno” por Edvard Munch, 1863-1944, Adalsbruk, Noruega)



Fig.5- (“A morte” de 1893-1897 por Edvard Munch, 1863-1944, Adalsbruk, Noruega)

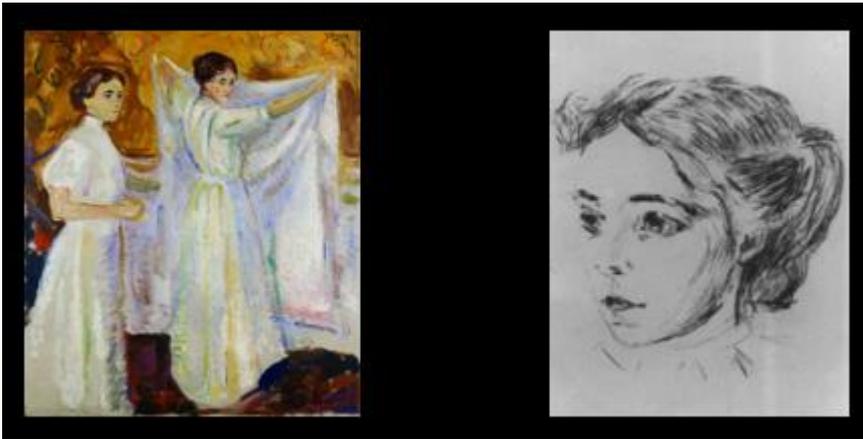


Fig. 6- (“As enfermeiras” e “A enfermeira” de 1905 e 1908, por Edvard Munch, 1863-1944, Adalsbruk, Noruega)



Fig. 7- (“Doutor Max Linde” e “Doutor Daniel Jacobson” de 1897 e 1908, por Edvard Munch, 1863-1944, Adalsbruk, Noruega)

O mesmo poderíamos concluir da riquíssima iconografia legada por outros grandes artistas que, para além de idêntico génio criativo, tiveram também vidas relativamente curtas e eivadas de enorme sofrimento, tais como Frida Kahlo (83-88), Vincent van Gogh (89-95), e muitos outros com complexas e polémicas patobiografias que ainda hoje alimentam debates mais ou menos apaixonados entre os seus muitos cultores (96-97).

Também muitos ensinamentos poderemos colher do abundante e riquíssimo espólio pictórico legado pela apelidada “geração de ouro” dos denominados “Países Baixos” (98-99), que estiveram na época alguns anos sob o jugo da coroa espanhola, tal como, de resto, o meu próprio país. Muitos das seus geniais criadores artísticos (100) legaram-nos para a posteridade notáveis “retratos” da vida mundana, impregnados de tocante simbolismo, onde os temas relativos à saúde assumiram curiosamente notável destaque, tal como nos casos referidos nas figuras que se anexam, ou ainda nos que constam do Quadro1, a maioria dos quais, como se constata, originários daquelas referidas paragens e que deixaram registados vários quadros sobre o motivo da “Visita

do médico” a casa do seu doente, nos quais este está frequentemente a fazer a palpação do pulso do paciente e a contemplar o seu fâcies ou o dos seus circundantes, ou então, em profunda introspeção, como o faria alguns anos depois, Pablo Picasso, num dos seus quadros mais icónicos no início da sua fulgurante e atribulada carreira artística (Figs. 8 e 9).

Joos Craesbeeck, 1606-1660, flamengo; Adriaen van Ostade, 1610-1685, holandês; David Teniers, 1610-1690, flamengo; Gerrit Dou, 1613-1675, holandês; Gerard Borch, 1617-1681, holandês; Quiringh Gerritsz, 1620-1668, holandês; Cornelis de Man, 1621-1706, holandês; Gabriel Metsu, 1629-1667, holandês; Jacob Ochtervelt, 1634-1682; holandês, Franz van Mieris, 1635-1747, holandês; Michiel van Musscher, 1643-1705, holandês; Godfried Schalcken, 1643-1706, holandês; Matthijs Naiveu, 1647-1728, holandês; Egbert van Heemskerk, 1676-1744, holandês; Focke Stapert, 1685-1735, holandês; Elisabeth Wassenbergh, 1729-1813. Holandês; Willem Laquy, 1738-1798, alemão; Karl Hubner, 1814-1879, alemão; Jules Leonard, 1827-1897, francês; Emma Brownlow, 1852-1867, inglesa; Sandor Bihari, 1855-1906, húngaro; e Arthur Miles, sec. XIX, inglês.

Quardo1



Fig. 8- (“Visita do Médico”, entre 1658 a 1670, por Jan Steen, 1625-1679, Leiden)



Fig. 9- (“Ciência e Caridade” de 1897, por Pablo Picasso, 1881-1973, Málaga)

O expoente máximo daquela grande gesta de notáveis artistas atrás referidos foi, sem sombra de dúvida, um outro holandês, Rembrandt van Rijn (mestre de muitos dos pintores referidos nos dois primeiros quadros deste artigo), que nos deixou muitas obras de inultrapassável qualidade estética, onde a beleza do contraste entre os sombreados de tonalidade escura e a mágica luminosidade dos dourados jamais foi ultrapassada por qualquer um dos seus pares. Neles preponderam, de entre outros (101-103), os famosos auto-retratos, os temas bíblicos (sobretudo relativos ao Velho Testamento) e a temática alusiva à atividade médica, de entre os quais destacaria os dois magníficos estudos anatómicos (um deles infelizmente parcialmente destruído num incêndio). Também Rembrandt, à semelhança de Edvard Munch, não ficou indiferente aos estados de alma, como se comprova ao observarmos, entre outros, o conjunto de quadros conhecidos sob a denominação comum de “Os sentidos” (Figs 10, 11 e 12).



Fig. 10- (“Auto-Retratos” de, respetivamente, 1628, 1652 e 1669, por Rembrandt von Rijn, 1606-1669, Leiden)



Fig. 11- (“As aulas de anatomia dos Doutores Tulp e Joan Deyman” de 1632 e 1656, por Rembrandt von Rijn, 1606-1669, Leiden)



Fig. 12- (“Os sentidos” de 1625 por Rembrandt von Rijn, 1606-1669, Leiden)

Robert Pope (100), um artista plástico americano que faleceu muito precocemente, vítima de um Linfoma de Hodgkin e que por isso criou uma Fundação que ainda hoje

existe (sob o lema, “Incutir esperança e promover a cura através da arte”), pôde beneficiar largamente do incondicional apoio psicológico e afetivo por parte da sua família e dos seus amigos nos momentos mais difíceis do penoso curso daquela doença, o que ficou bem espelhado em vários quadros cheios de significado simbólico (Fig. 13), deixou dito o seguinte: “... a arte é uma forma poderosa de medicina preventiva. Contemplar uma tela é como ir caminhando a abrir uma série infinita de sucessivas portas, o que conduz à vivência de uma profunda e enriquecedora experiência. Esta jornada estimula-nos o pensamento, a alma e os sentimentos. Faz-nos sentir ainda mais vivos. Em suma, esta sensação de índole estética torna-nos mais saudáveis e incorporando-se em nós próprios, engrandece o nosso eu”.



Fig. 13- (“Enfermidade familiar”, “O abraço” e “As visitas”, sec. XX, Robert Pope, 1956-1992)

Esta é uma mensagem pungente que não pode deixar de motivar a reflexão profunda por parte de todos acerca das múltiplas facetas do sofrimento humano e da forma de o minorar, o que implica o reconhecimento da validade da adoção de estratégias que podem ir muito para além da terapêutica estritamente farmacológica ou da utilização exclusiva de meios tecnológicos. A expressão artística ou a sua simples contemplação pode pois assumir um papel determinante em certos contextos e para certas pessoas, cabendo ao médico ter a intuição de o perceber e valorizar corretamente, dado o seu inegável potencial terapêutico (101-106), como o demonstrou inequivocamente, entre muitos outros, o famoso neuro-psiquiatra, Oliver Sacks (107).

Uma tese ousada (...!?): O contributo dos criptojudéus da diáspora portuguesa

(“A Medicina moderna é a síntese entre dois grandes movimentos criativos da civilização liderados pelos Gregos e pelos Judeus. De uns, herdamos a noção da importância de cuidarmos do amor ao nosso semelhante, dos outros, a valorização do espírito sobre o corpo”, William Osler, médico canadiano, 1849-1919 numa conferência realizada em 1914 na Sociedade Judaica Londrina de História)

Rembrandt van Rijn habitou (tal como outros pintores seus contemporâneos), durante vários anos, o bairro judeu de Amesterdão (108-110), local onde se fixou uma parte

significativa dos ditos cristãos-novos ou marranos, muitos deles retratados pelo seu próprio pincel. Aqueles haviam fugido aos pseudojulgamentos e torturas atrozes perpetradas por ordem do ignóbil Tribunal da Santa Inquisição que tinha sido implantado na Península Ibérica (primeiro em Espanha e, depois, em Portugal), o que justifica a vinda para o nosso país, de início, de muitos ilustres representantes daquela importantíssima comunidade. Alguns haveriam, posteriormente, aquando da transitória ocupação do nordeste brasileiro pelos holandeses, de fundar a primeira cidade intitulada de “Nova Amesterdão” (Natal) e, depois da reconquista desse mesmo território pelas tropas portuguesas, ao fugirem em busca de nova e mais segura terra de exílio, acabaram por ajudar a edificar outra cidade, denominada desta vez de “New Amsterdam” (futura Nova Iorque, na ilha de Manhattan, junto à foz do Rio Hudson, nos Estados Unidos da América do Norte) (111-132). Alguns deles, pelo caminho, deixaram também um decisivo rasto da sua passagem e presença nas Caraíbas, designadamente na ilha de Curaçau (Coração, em português) (133). Outras comunidades igualmente de grande importância se fixaram no Norte de África (designadamente em Marrocos), nas terras do Levante (sob o jugo do sultanato otomano) (134), nalguns outros países árabes do Médio Oriente, na Palestina (especialmente em Jerusalém), em Itália (135-136), na Alemanha (137), na Bélgica (sobretudo em Antuérpia, Flandres, onde Portugal chegou a ter uma feitoria no sec. XVI), em Inglaterra (138) e numa grande diversidade de outros países, para além de Amesterdão e de outras cidades dos Países Baixos.

Especula-se até que ponto esse grande génio da pintura universal terá sido influenciado pelo pensamento daquela próspera comunidade circundante, conhecida por *Mokum* (139), a mesma que construiu mais tarde um dos mais importantes templos judaicos da época (denominado de Sinagoga Portuguesa ou Esnoga de Amesterdão), que foi felizmente poupada da suposta inevitável destruição por parte da hedionda e voraz besta nazi. O seu médico pessoal, foi Ephraim Bueno ou Martim Alvarez, 1599-1665 (Fig. 14) (140), natural de Castelo Rodrigo e a principal figura da intelectualidade dessa mesma comunidade (e uma das maiores figuras da filosofia do seu tempo), com quem se admite que poderá ter tido algum convívio, foi Baruch (*Beneditus*) Espinosa, 1632-1677, filho de um comerciante da Vidigueira que se exilou primeiramente em França, antes de chegar a Amesterdão (denominada, na altura, de Nova Jerusalém), onde esse filósofo acabou por vir a nascer (56). Também, segundo alguns autores, se questiona se Rembrandt não seria também, ele próprio, de origem judaica. Do que ninguém tem dúvida, e tal é muito fácil de constatar, é que abordou abundantemente uma grande diversidade de temas de índole médica, havendo ainda quem admita que padecesse de cataratas na fase final da sua vida e que isso teria contribuído de modo decisivo para ter tido lógicas dificuldades acrescidas em poder desenvolver o seu génio criativo.



Fig. 14- “Ephraim Bueno” – Martim Alvarez – 1599-1665, de 1647, por Rembrandt von Rijn, 1606-1669)

De igual forma me parece passível poder estabelecer-se a mesma relação entre esta última suposição e o inusitado interesse de muitos outros artistas seus contemporâneos pela representação pictórica de estudos anatómicos, como aconteceu nos casos referidos no Quadro2. Esta mesma constatação, ou seja, de a sua grande maioria ter a mesma origem geográfica e ter pertencido à mesma escola pictórica, não será talvez fruto de algo mais do que uma simples coincidência, pergunto? (141)

Bartolomeu Passarotti, 1529-1592, italiano; Aert Pietersz, 1550-1612, holandês; Nicolaes Pickenoy, 1588-1656, holandês; Christiaan Coevershof, 1595-1659; holandês, Huibert Sporckmans, 1619-1690, belga; Jan Van Neck, 1634-1714, holandês; Adriaen Backer, 1635-1684, holandês, ou Cornelis Troost, 1697-1750, também holandês.

Quadro 2

Mas, para além destas, muitas outras personagens daquela mesma comunidade de luso-descendentes tiveram uma enorme importância na sociedade do seu tempo, uma parte significativa das quais, curiosamente, diplomadas pela Universidade de Salamanca na nossa vizinha Espanha. Incluem-se nelas, sobretudo, cientistas, médicos, filósofos, teólogos, comerciantes e banqueiros que exerceram a sua atividade, quer nos Países Baixos, em especial de Amsterdão, quer em muitos outros países. São exemplo disso, os clínicos referidos no Quadro3, bem como muitos outros membros integrantes da denominada “Nação” que seria fastidioso citar aqui exaustivamente (142-161).

Samuel Zacuto, Portugal, 1452, Turquia (?), 1525; Judá Abravanel ou Leão Hebreu, Lisboa, 1464, Itália, 1535; Manuel Brudus ou Dionysius Brudus, Portugal, 1470, Inglaterra (?), 1540; Joseph Abravanel, Lisboa, Ferrara (?), 1552; Garcia de Orta, Castelo de Vide, 1501, Goa, 1568; João Rodrigues Castelo Branco ou Amato Lusitano, Castelo Branco, 1511, Salónica, 1568; Garcia Lopes, Portalegre, 1520, Évora, 1572 (viveu e exerceu também em Antuérpia); Hector Nuñez, Portugal, 1521, Inglaterra (?) França (?), 1591; João Micas, Portugal, 1524, Istambul, 1579; Rodrigo Lopes, Crato, 1525, Tyburn (inglaterra), 1594; Rodrigo Aires Santilhana, Castelo Branco, 1534, Flandres, (?); Manuel Álvares, Beja, 1545, Toulouse, 1612; Henrique Jorge Henriques, Guarda, 1545, Espanha (?), 1622; Rodrigo de Castro, Lisboa, 1546, Hamburgo, 1629; Francisco Sanches, Braga, 1550, Toulouse, 1622; Luis Nunes ou Ludovicus Nennius, Antuérpia, 1553, Antuérpia, 1645 (amigo de Rubens e filho de Álvaro Nunes, médico português); Estevão Rodrigues de Castro, Lisboa, 1559, Florença, 1638; Filipe Montalto, Castelo Branco, 1567, Florença, 1616; Tomás da Fonseca, Covilhã, 1562, Espanha, (?); Samuel da Silva, Porto, 1570, Hamburgo, 1631; Miguel Silveira, Celorico da Beira, 1580, Nápoles, 1644; Manuel da Fonseca, Covilhã, 1584, México, (?); Gabriel da Fonseca, Itália (?), 1586-1668 (filho de Rodrigo da Fonseca); Manuel Francês ou Jacob Rosales, Lisboa, 1588, Florença, 1662; Benedito de Castro ou Baruch de Castro, Hamburgo (?), 1597, Suécia (?); 1684 (filho de Rodrigo de Castro); Fernando Cardoso ou Isaac Cardoso, Trancoso, 1603, Verona, 1683; André Rodrigues Franco, Idanha-A-Nova, 1610, Baía (Brasil) - (?); Isaac Orobio de Castro, Bragança, 1617, Amesterdão, 1687; Simão Pinheiro Morão, Covilhã, 1618, Brasil (?), 1686; Diogo Nunes Ribeiro ou Samuel Nunes, Idanha-A-Nova, 1668, Nova Iorque, 1744; Fernando Mendes ou Fernando Moses, Portugal, 1645, Inglaterra (?), 1724; Samuel Nunes Ribeiro, Portugal, 1667, Georgia (EUA), 1741; Daniel da Fonseca, Porto, 1672, Paris, 1740; João Nunes Viseu, Idanha-A-Nova, 1672, Brasil, (?); Isaac Samuda, Lisboa, 1681, Londres, 1729; Jacob Castro Sarmiento, Bragança, 1691, Londres, 1762; António Nunes Ribeiro Sanches, Penamacor, 1699, Paris, 1783; Benjamim Sola, Lisboa, 1735, Curacao, 1817; Manuel Joaquim Henriques de Paiva, Castelo Branco, 1752, Baía (Brasil), 1829; José Vizinho, Covilhã, Veneza (?), sec. XV; Rodrigo da Fonseca, Lisboa, sec. XVI, Itália; António Fonseca, Portugal, sec. XVI, Flandres (Louvain ?), sec. XVI; Joseph Diego, Porto sec. XVI, Flandres (?) sec. XVI (?); Jacob Zemah, Portugal sec. XVII (viveu m Damasco e Jerusalém); Abraham Ferrar, Porto, sec. XVII, Amesterdão, 1663; Gabriel Fonseca, Portugal, sec. XVII, Roma, 1668; Jacob Lumbroso, Lisboa, (?), Meryland (EUA), 1666.

Quadro 3

Esta extraordinária gesta de reconhecidos médicos, ao embarcar para o exílio, acabou por ter uma reputação enormemente reconhecida nos diversos países por onde passou ou naqueles em que se refugiou, uma parte importante dos quais nunca mais tendo voltado à Mãe-Pátria que, na realidade, tão madrastra foi em muitos momentos da sua vida. Trataram pois muitos dos elementos das mais influentes famílias da nobreza e da burguesia emergente de então, alguns destacados membros das casas da Realeza Europeia, e mesmo da hierarquia da Igreja Católica em Itália (incluindo vários Papas), para além de lecionarem em diversas e afamadas universidades, em algumas das Repúblicas Italianas, na vizinha Espanha, em França, na Bélgica, na Inglaterra, na Dinamarca, na Alemanha, na Suécia, na Polónia, na Rússia, na Índia, tal como também, no outro lado do Atlântico, no Brasil, no México, nas Caraíbas (sobretudo nas ilhas sob administração holandesa), nos EUA e, como já ficou bem destacado, na Holanda, pelo que não pode pois constituir motivo de surpresa alguma que tenha tido efetiva e marcada influência na sociedade dessa época histórica.

Quase todos os membros desta comunidade, depois de deixarem a Península Ibérica e retornarem à prática do judaísmo, alteraram os seus nomes, designadamente acrescentando ao mesmo *Lusitanus*, e ainda hoje muitos dos seus descendentes guardam para si e o transmitem religiosamente aos descendentes, um dos maiores tesouros da sua ancestral família: A chave da casa que habitavam primitivamente nos afortunados e saudosos tempos da relativa tolerância religiosa ibérica.

Nada melhor então do que meditar, no que toca à tremenda injustiça histórica e humana (para os próprios) e a conseqüente perda para o País (irreparável!?!...), nas palavras do Padre António Vieira (chamado numa tese de “O Paladino dos Hereges”) (162) acerca da perseguição a estes nossos “irmãos” de antanho: “... o sangue é o que Deus deu a cada um, sem eleição de quem o tomou; o procedimento é o que cada um fez em si com liberdade e livre alvedrio nas obras, e por isso é razão que seja defeito em cada um o mau procedimento. Mas o ter bons ou maus pais, ou descender deste ou daquele sangue, não é defeito nenhum em quem o tem... é possível, senhor, que para se castigar qualquer delinquente, posto que notoriamente o seja, e para se condenar alguém... não podem as justiças e não costuma Vossa Excelência dar sentença, nem tomar resolução, sem ouvir, e sem citar as partes ambas, e agora se castigam tantos milhares de pessoas na perda da honra, da pátria, dos ofícios e da fazenda, sem os ouvir, e sem lhes mandar que respondam? Sirva-se Vossa Alteza de considerar que quando se procede contra partes não ouvidas, ainda que se pronuncie o que é justiça, sempre se procede sem justiça... ”.

Mas haverá alguém que por esse mundo fora tenha pronunciado alguma vez um libelo mais apropriado contra a prepotência do poder e a discriminação para com quem é diferente do arbitrariamente tido por convencional? Duvido... Só mesmo uma pessoa com uma inultrapassável verticalidade de carácter, uma insuperável coragem de enfrentar os algozes responsáveis pelas trevas da hedionda Inquisição e com uma inabalável coerência de princípios o poderia ter feito (163). Que pena o seu enorme exemplo cívico não poder influenciar positivamente as novas gerações de políticos que por este mundo fora tão grandes desmandos fazem presentemente, sob a bandeira da mesma atávica intolerância, fazendo assim recair as terríveis conseqüências sobre tantos e tão inocentes cidadãos de forma assaz torpe!

Conclusões

(“A primeira missão de um médico é de ordem ... política: A luta contra a doença deve começar pela guerra contra as más políticas”, Michael Foucault, filósofo e pensador francês, vítima de SIDA, 1926-1984, in “O nascimento da clínica”, 1963)

Se tivermos que seleccionar dois exemplos muito recentes daquilo que Michael Foucault apelidou de más políticas, poderíamos citar o facto de o Grupo que foi nomeado pelo actual Governo para rever a Lei de Bases da Saúde não ter na sua composição um único médico ou sequer outro qualquer profissional de saúde e

também que o mesmo fez “*ouvidos de mercador*” à recomendação contida no relatório final da iniciativa comunitária denominada “*Health Parliament Portugal*” para que a contabilização média do tempo de cada consulta, sobretudo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, passasse a ser sensivelmente superior à cifra atual de 15mn (e que, logicamente, a capitação por Médico de Família se aproximasse dos inicialmente previstos 1500 doentes e não dos quase 2000 existentes, como muitos colegas - e doentes - justamente clamam de forma reiterada). O exercício da medicina é, (também) por isso, cada vez mais parecido, por força das circunstâncias e como consequência direta dos padrões organizativos vigentes, com uma linha de montagem de ver (não de observar!) doentes (184-165), do que com o exercício profissional segundo o figurino alternativo que aqui tenho vindo a defender (166-167) (e que expus detalhadamente no meu livro “*Ode ou Requiem*” que está disponível em formato digital em josepocas.com) (168), ou em “*Ser Mortal*” do incontornável cirurgião Atul Gawande (169).

A atividade clínica está assim, presentemente, numa acentuada crise de identidade, pois debate-se, em simultâneo, com a indesejável, mas inexorável desvalorização da importância da anamnese e da semiologia como elementos estruturantes do ato médico, bem como se caracteriza por estar cada vez mais submersa numa complexa, inoperante e absurda burocracia, implementada com a chancela oficial da hierarquia que tem liderado este complicado setor, com o (in)confessado e aparente propósito de rentabilizar o tempo despendido nessa atividade pelos seus profissionais, quando na realidade o que se pretende, acima de tudo, é ter um controlo obsessivo sobre todos os índices contabilizáveis (apesar de, na realidade, nem isso ser adequadamente conseguido em muitas das circunstâncias, pela gritante inoperacionalidade dos meios informáticos disponibilizados!). Cenário onde impera pois a sobrevalorização da utilização da (pseudo)tecnologia em detrimento da humanização nas atitudes e da empatia nas decisões entre os que supostamente deveriam ser os “únicos” e “verdadeiros” interlocutores desta singular relação: o Médico e o Doente.

O tempo transformou-se desta forma num bem tão escasso, que acabou por precipitar a disseminação de um avassalador estado de *burnout* coletivo quase generalizado (170-173), onde cada pessoa sente que quase só equivale a uma simples peça completamente descartável em qualquer momento no seio de toda a complexa e desumana maquinaria existente, porque o que conta é cada vez mais o apelidado e redutor “primado” do coletivo, em detrimento da saudável intercomplementaridade do conjunto das individualidades, sendo certo que estas últimas jamais serão passíveis de serem padronizáveis como se se tratassem de meros *robots* telecomandados por oculta e tenebrosa autoridade, tal como foi imaginado no inolvidável romance “1984” do grande romancista britânico, George Orwell.

Não seria então melhor meditarmos muito bem naquilo que Antoine de Saint-Exupery, um intrépido aventureiro, nos pretendeu transmitir ao afirmar “*Se a vida não tem preço, nós comportamo-nos sempre como se alguma coisa a ultrapassasse em valor... Mas o quê?*”.

Seria pois adequado passar a investir mais e em paralelo, a par do estudo da matéria médica propriamente dita (obviamente!), também no conhecimento de algumas disciplinas ligadas às humanidades (Ética, Filosofia, Sociologia, História, Literatura, Pintura ou Cinema) (174-192) para uma mais completa formação dos médicos, em vez de se endeusar permanentemente as capacidades onipotentes, omniscientes e omnipresentes da impessoal tecnologia, não deixando nunca de transmitir que existem, não apenas um, mas antes dois significados igualmente válidos para a agora tão usada expressão de “Medicina Personalizada” (193-194): A versão tradicional, ou seja, a de que o seu exercício deverá supor sempre o respeito pela ética e pelo conjunto de características (psicológicas, filosóficas, antropológicas, sociológicas e mesmo, religiosas) de cada indivíduo, na persecução do princípio segundo o qual “uma doença idêntica numa pessoa diferente é uma doença distinta”, e a mais recente, mas igualmente válida, em que o que se valoriza, acima de tudo, é a singularidade do património genético de cada pessoa, e assim se poder passar a explicar melhor porque é que um determinado fenómeno em doentes diferentes, produz efeitos distintos, porque é que, para a mesma doença, indivíduos diferentes reagem de modo desigual ao mesmo tratamento, ou algo muito semelhante ocorre com o prognóstico vital da enfermidade em causa.

Não foi o grande escritor Albert Camus que afirmou também de forma lapidar que “*um Homem sem ética é uma besta selvagem solta no mundo*” e que isso deveria constituir certamente uma preocupação cívica para todo o cidadão???

Quanto não se teria a ganhar com o aprofundado conhecimento da história da medicina ou com o contributo da pintura para o estudo das enfermidades, tal como se poderia obter idêntico proveito através do aperfeiçoamento dos conhecimentos em semiologia clínica como meio de rentabilizar a boa utilização dos meios tecnológicos, e não a sua generalização acéfala como se de uma panaceia universal se tratasse ou ainda a obsessão levada ao extremo em que esse é o único meio para apurar os apelidados índices de qualidade.

Foi o genial cientista Albert Einstein que afirmou de forma assaz provocativa que “*nem tudo o que pode ser contado, conta, e nem tudo o que conta, pode ser contado*”, e isso deveria ser motivo de permanente e óbvia meditação por parte dos governantes!!!!

Deverei referir nesta altura da exposição que a explicação algo filosófica capaz de fazer entender este novo paradigma de comportamento individual, e até mesmo coletivo, seria o de admitir que o Homem procura dessa forma, ainda que algo inconscientemente, apoderar-se dos poderes tradicionalmente reservados para serem propriedade exclusiva e distintiva das divindades, designadamente o do acesso à eternidade. Mais uma vez servindo-me da analogia com a pintura, questiono-me se não terá sido precisamente essa a simbologia oculta por trás do gesto do quase tocar as pontas dos dedos entre Deus e o Homem, legado à Humanidade por um dos expoentes máximos do renascimento italiano, o pintor Michelangelo, no teto da Capela Sistina do Vaticano, na intemporal obra intitulada “A criação de Adão”, que

levou cerca de quatro anos a ser concluída, após a formalização da respetiva encomenda papal? (195-197) (Fig. 15).

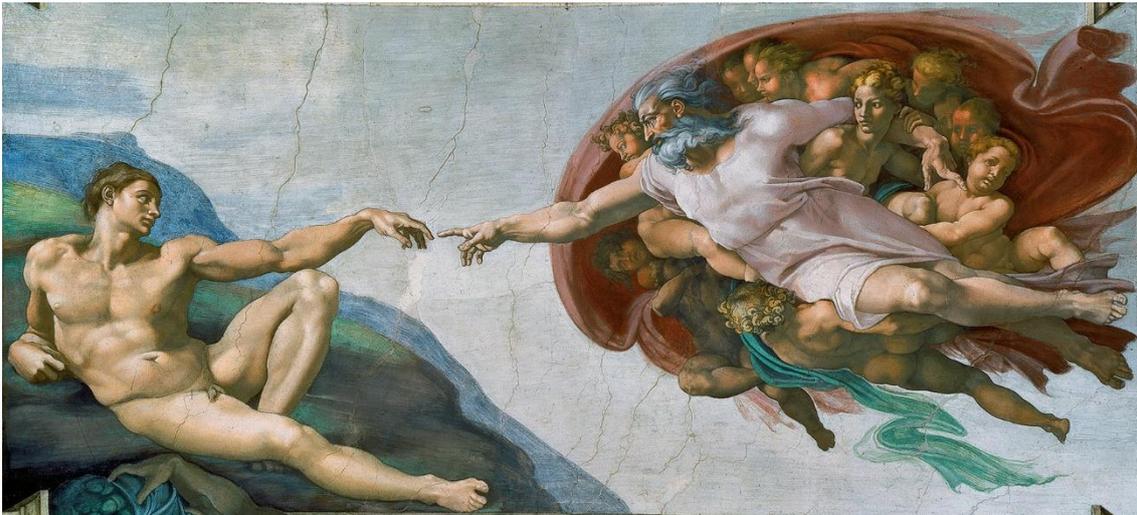


Fig. 15- (“A criação de Adão” de 1511 por Michelangelo Buonarroti, Caprese)

Existem conseqüentemente algumas questões que importaria, assim, ter capacidade, neste contexto, para se poder responder adequadamente: Para onde caminha afinal a Humanidade? Qual o papel que o Homem pretende desempenhar na Sociedade do futuro? Como será então o exercício da Medicina? Qual o papel nela reservado ao Médico?

Voltaire, um grande filósofo e pensador francês disse o seguinte: *“Os médicos são homens que prescrevem medicamentos sobre os quais conhecem pouco, para curar doenças que ainda conhecem pior, em seres humanos de quem efetivamente quase nada sabem”*. Iremos nós permitir que se concretize tão interpelante sentença?

A finalizar, citaria Karin Johannsson, uma sueca especialista em história das ideias e do pensamento, que afirmou de forma a meu ver muito lúcida e acutilante o seguinte (198): *“... o encontro entre o médico e o doente como símbolo da medicina foi ultrapassado pela imagem do cientista que examina um objeto. Dispõe-se atualmente de instrumentos ... que agudizam a capacidade diagnóstica, mas que também aprofundam distâncias”*. Ou seja, no meu entendimento, esta autora alude à distância entre o que distingue os conceitos e a prática da Medicina Clínica e da Medicina Tecnológica, algo que eu próprio também abordei recentemente num artigo intitulado “O fosso”, publicado na revista da OM (199) (e disponível em josepocas.com). Mas, efetivamente, não são apenas as distâncias desta natureza que nos devem preocupar, mas igualmente as que existem entre a Medicina Holística e a hiperespecialização desgarrada do contexto pluridimensional do doente, bem como entre os valores fundacionais da Medicina e a praxis do exercício profissional e entre aquilo que se diz ser o espírito genuíno da legislação e a consequência previsível dos seus efeitos (não raramente nefastos).

Aos cidadãos, sobretudo aos doentes, e aos profissionais de saúde, em particular aos médicos, caberá uma derradeira e decisiva palavra sobre estes assuntos. Aos políticos, caberá responder publicamente pela eficácia, pela coerência e pelas verdadeiras intenções das decisões que tomarem em função das suas efetivas consequências para os cidadãos e para a sociedade. Assim o espero.

Agradecimentos

Ao Vitor Laerte, pelo desafio. À Ana Rias e à Conceição Crispim, pela ajuda. Á Ana, à Joana, ao João, ao Simão e à Alice pelo muito que me inspiram.

Bibliografia

- 1)- Lu J. Will medical technology deskill doctors? *Int Educ Studies* 2016; 9 (7): 130-134
- 2)- Thimbleby H. Technology and the future of healthcare. *J Public Health Res* 2013; 2: e28: 60-67
- 3)- Alper J, Drossmann C. Integrating Research and Practice: Health System Leaders working toward high-value care- Workshop Summary. Washington 2015, The National Academies Press
- 4)- Leonhard G. Tecnologia versus humanidade: O confronto entre a máquina e o homem. Lisboa 2017, Gradiva
- 5)- <http://www.josepocas.com>
- 6)- Gainza M. O nervo ótico. Alfragide 2018, Publicações D. Quixote
- 7)- Ghasemzadeh N, Zafari AM. A brief journey into the history of the arterial pulse. *Cardiology Research in practice* 2011; 2011: 1-14
- 8)- Wallis F. Signs and senses: Diagnosis and prognosis in early medieval pulse and urine texts. *Soc Hist Med* 2000; 13 (2): 265-278
- 9)- Graig L. Alper J. Integrating the patient and caregiver voice into serious illness care: Proceedings of a Workshop. Washington 2017, The National Academies Press
- 10)- Bechtel C. Adirim T, Binder L, et al. Parthering with patients to drive shared decisions, better value, and care improvement: Workshop Proceedings. Washington 2014, The National Acedemies Press
- 11)- Darwin X. A expressão das emoções no Homem e nos animais. Santa Maria da Feira, 2006, Relógio de Água
- 12)- Lavater JC. Essays on physiogony. London 1858, William Teegg & Co
- 13)- Bell C. The anatomy and philosophy of expression as connected with fine arts. London 1865, Hanse
- 14)- Beckwith HS. Facies characteristic of disease. Tese apresentada ao College of Medicine, Universidade de Nebraska, 1939 (<file:///C:/Users/José%20Poças/Desktop/Para%20a%20presentar/Bibliografia/Facies/Beckwith.pdf>)
- 15)- Escobar IC. El dolor y el arte... Un acercamiento a la realidade. *Revista Cubana de Anestesiologia y Reanimación* 2012; 11 (1): 5-18
- 16)- Le Brun C. Methode pour apprendre a dessiner les passions, proposée dans une conference sur l'expression générale er particulière. Amesterdan 1702.
- 17)- Ardiel EL, Rankin CH. The importance of touch in development. *Paediatr Child Health* 2010; 15 (3): 153-156
- 18)- Sullivan R, Perry R, Sloan A, et al. Infant bonding and attachment to caregiver: Insights from basic and clinical science. *Clin Perinatol* 2011; 38 (4): 643-655
- 19)- Tanaka M, Nakayama J. Development of gut microbiota in infancy and its impact on health in latter life. *Allergology International* 2017; 66: 515-522
- 20)- Mueller Nt, Bakacs E, Combellick J, et al. The infant microbiome development: Mom matters. *Trends Mol Med* 2015; 21 (2): 109-117
- 21)- Landdon A, Crook N, Dantas G. The effects of antibiotics on the microbiome throughout development and alternative approaches for

- therapeutic modulation. *Genomic Medicine* 2016; 8: 39
- 22)- Tejeda BM. Antibiotic use and misuse during pregnancy and delivery: Benefits and risks. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 7993-8009
- 23)- Cotton C. Adverse consequences of neonatal antibiotic exposure. *Curr Opin Pediatr* 2016; 28 (3): 141-149
- 24)- Vangay P, Ward T, Gerber JS, Knight D. Antibiotics, pediatric dysbiosis, and disease. *Cell Host Microb* 2015; 17 (5): 553-564
- 25)- Carding S, Verbeke K, Vipond DT, et al. Dysbiosis of the gut microbiota in disease. *Microbial Ecology in Health and Disease*. 2015; 26: 26191
- 26)- Proal AD, Albert PJ, Marshall TG. The human microbiome and autoimmunity. *Curr Opin Rheumatol* 2013; 25 (2): 234-240
- 27)- Jordan S, Storey M, Morgan G. Antibiotics and allergic disorders in childhood. *The Open Nursing Journal*, 2008; 2: 48-57
- 28)- Tzialla C, Civerdi E, Pozzi M, Stroriat M. Antibiotics and multi-resistant organisms. *It J Ped* 2015; 41 (sup. 1): A45
- 29)- Zaman SB, Husain MA, Nye R, et al. A review on antibiotic resistance: Alarm bells are ringing. *Cureus* 2017; 9 (6): e1403
- 30)- Shah CM, Ogawa A, Nicholson A. Combating antimicrobial resistance: A one health approach to a global threat- Proceedings of a Workshop. Washington 2017, The National Academies Press
- 31)- Chaffnes ER, Relman DA, Mack A. Antibiotic Resistance: Implications for global health and novel intervention strategies. Washington 2010, The National Academies Press
- 32)- The Richard & Hinda Rosenthal Symposium: Antimicrobial resistance- A problem without borders. Washington 2014, National Academies Press
- 33)- Knobler SL, Lemon SM, Najafi M, et al. The resistance phenomenon in microbes and infectious disease vectors: Implications for human health and strategies for containment- Workshop Summary. Washington 2003, The National Academies Press.
- 34)- Sounders J. The practice of clinical medicine as an art and as a science. *J Med Ethics* 2000; 26; 18-22
- 35)- Herman J. Medicine: The science and the art. *J Med Ethics* 2001; 27: 42-46
- 36)- Chadwick J, Mann WN. The art and science of medicine. *JAMA* 1963; 184 (2): 156-157
- 37)- Anderson J, Barnes E, Shackleton E. The art of medicine: Over 2000 years of images and imagination. Chicago 2011, Tee University of Chicago Press
- 38)- Rocha CC. A caneta que escreve e a que prescreve. Lisboa 2011, Babel
- 39)- Silva AS, Martins GO, Veiga M, et al. Abel Salazar: O Médico, o Cientista, o Artista, o Cidadão. Porto 2010, O Modo de Ler Editores e Livreiros Lda
- 40)- O Pintor e o Mito de Mário Botas. Lisboa 2003, Edições Sá da Costa
- 41)- Lemos M. História da Medicina em Portugal, Doutrinas e Instituições. Lisboa 1991, D. Quixote
- 42)- Alves MV. História da Medicina em Portugal. Porto 2014, Porto Editora
- 43)- Namora F. Deuses e Demónios da Medicina. Lisboa 1997, Círculo de Leitores
- 44)- Sousa AT. Curso de História da Medicina: Das origens aos fins do sec. XVI. Lisboa 1981, Fundação Calouste Gulbenkian
- 45)- Cordeiro M. Príncipes da Medicina: A vida e Obra de alguns dos mais fascinantes e inspiradores Médicos da História. S. Pedro do Estoril 2016, Saída de Emergência
- 46)- Lyons AS, Petrucelli RJ. Medicine: An illustrated history. New York 1987, Abradable Press
- 47)- French R. Medicine before Science: The business of Medicine from the middle ages to the enlightenment. Cambridge 2003, Cambridge University Press
- 48)- Elmer P. The healing arts: Health, Diseases and Society in Europe 1500-1800. Vancouver 2004, UBC Press
- 49)- Conrad LI, Neve M, Nutton V, et al. The Western Medical Tradition: 800 BC to 1800. Cambridge 2011, Cambridge University Press
- 50)- Bynum WF, Hardy A, Jacyna S, et al. The Western Medical tradition: 1800 to 2000. Cambridge 2006, Cambridge University Press
- 51)- Loudon I. Western Medicine. Oxford 1997, Oxford University Press
- 52)- Porter R. A Medical History of Humanity: The greatest Benefit to Mankind. New York 1997, WW Norton & Co Inc

- 53)- Bliss M. William Osler: A life in Medicine. Oxford 1999, Oxford University Press
- 54)- Osler W. The evolution of Modern Medicine. Lectures delivered at Yale University on The Silliman Foundation, April 1913, Forgotten Books, 2017
- 55)- Damásio A. Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir. Lisboa 2012, Temas e Debates
- 56)- Nadler S. Spinosa: A life. Cambridge 1999, Cambridge Press
- 57)- Keestra M, Schwartz C. Emotions: Pain and pleasure in Dutch paintings of the golden age. Rotterdam 2014, Naio10 Publishers
- 58)- Nilsson MS, Pilhammar E. Professional approaches in clinical judgements among senior and junior doctors: Implications for medical education. BMC Medical Education 2009; 9: 25 (file:///C:/Users/José%20Poças/Desktop/Para%20apresentar/Bibliografia/M%20Clínica%20M%20Tecnológica/Nilsson.pdf)
- 59)- Ha JF, Anat DP, Longnecker N. Doctor-Patient communication: A review. The Ochsner Journal 2010; 10 (1), 38-43
- 60)- Mcintire N, Popper K. The ethical attitude in medicine: the need for new ethics. BMJ 1983; 287: 1919-1923
- 61)- O'Shea J. Compromising the Doctor-Patient relationship: The impact of the house health care bill. WebMemo 2009; 2563 (<https://www.heritage.org/health-care-reform/report/compromising-the-doctor-patient-relationship-the-impact-the-house-health>)
- 62)- Downey A, Gee AW, Claiborne AB. Real-World evidence generation and evaluation of therapeutics: Proceedings of a Workshop. Washington 2017, The National Academies Press
- 63)- Lehoux P, Roncarolo F, Poliveira RR, Silva HP. Medical innovation and the sustainability of health systems: A historical perspective on technological change in health. Health Services Management Research 2016; 29 (4): 115-123
- 64)- Liapoulos L, Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems. International Journal for Equity in Health 2015; 14: 80
- 65)- Scrutton J, Moore GH, Bamford SM. Creating a sustainable 21st century healthcare system: SOS 2020, 2015 (<file:///C:/Users/José%20Poças/Desktop/Para%20apresentar/Bibliografia/Farmacoeconomia/Scrutton.pdf>)
- 66)- Wizemann T. Building sustainable financing structures for population health: Insights from non-health sectors- Proceedings of a Workshop. Washington 2017, The National Academies Press
- 67)- Taylor RM, Alper J. Using technology to advance global health: Proceedings of a Workshop. Washington 2017, Tge Academies Press
- 68)- Collins J, Hettman E, Achee NL, et al. Gene Drives on the Horizon: Advancing science, navigation uncertainty, and aligning research with public values. Washington 2016, The National Academies Press
- 69)- Young PL, Olsen LA, McGinnis M. Value in health care: Accounting for cost, quality, safety, outcomes, and innovation- Workshop Summary. Washington 2010, The Academies Press
- 70)- Crane M. Does defensive medicine differ from careful medicine. <https://www.medscape.com/viewarticle/838357>
- 71)- Laender N. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? 2010-2011, Tese apresentada à Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade de Gent (<file:///C:/Users/José%20Poças/Desktop/Para%20apresentar/Bibliografia/Farmacoeconomia/Laender.pdf>)
- 72)- Lakasing E. Michael Balint- An outstanding medical life. Br J Gen Practice 2005; 55 (518): 724-725
- 73)- Stavropoulou C. The doctor-patient relationship: A review of the theory and policy implications. LSE Companion Health Policy: 2012: 314-326 (<http://dx.doi.org/10.4337/9781781004241>)
- 74)- Fernandes I, Martins CB, Reis A, Sanches Z. Creative dialogues: Narrative and Medicine. Newcastle upon Tyne 2015, Cambridge Scholars Publishing
- 75)- Halpern J. What is clinical empathy? JGIM 2003; 18: 670-674
- 76)- Steinbock B, Arras JD, London AJ. Ethical issues in Modern Medicine: Contemporary readings in Bioethics. New York 2009, McGraw Hill
- 76)- Jacob T. Bionic Man. EMBO Reports 2002; 3 (9): 821

- 77)- Casadio M, Ranganathan R, Ivaldi FAM. The body-machine interface: A new perspective on an old theme. *J Mo Behav* 2012; 44 (6): 419-433
- 78)- Seco P. Uma internista no Museu do Prado. A fábrias da pintura, espelho da alma. *Revista Clínica Espanhola* 2011, 211 (11): 591-594
- 79)- Azeem H. The art of Eduard Munch: A window onto a mind. *Br J Psych Advances*, 2015; 21: 51-53
- 80)- Malpas J. Art and illness: The life and work of Edvard Munch 1863-1944. *Trans Med Soc Lond* 2006-2007; 123: 15-24
- 81)- Miranda MM, Miranda EC, Molina MD. Edvard Munch: Enfermedad y genialidad en el gran artista noruego. *Rev Med Chile* 2013; 141: 774-779
- 82)- Salzman M. Death in the sick chamber by Edvard Munch. *Neurosurgery*, 1994; 34 (4): 762
- 83)- Kettenmann A. Frida Kahlo: Pain and Passion. Koln 2003, Taschen
- 84)- Rotas A. The diary of Frida Kahlo: An intimate self-portrait. New York 1995, Abrams
- 85)- Antelo F. Images of healing and learning: Pain and the paintbrush- The life and art of Frida Kahlo. *Am Med Ass J Ethics* 2013; 15 (5): 460-465
- 86)- Lomas D. Howell R. Medical imaginary in the art of Frida Kahlo. *BMJ* 1989; 299: 1584-1587
- 87)- Budrys V. Neurological deficits in the life and works of Frida Kahlo. *Europ Neurology* 2006; 55: 4-10
- 88)- Budrys V. Frida Kahlo's neurological deficits and her art. *Prog in Brain Research* 2013; 203: 241-254
- 89)- Walther IF. Vincent van Gogh: Visão e Realidade. Koln 1990, Benedikt Taschen
- 90)- Arnold WN. The illness of Van Gogh. *J Hist Neurociences* 2004; 13 (1): 22-43
- 91)- Blumer D. The illness of Van Gogh. *Am J Psychiatry* 2007; 159: 579-626
- 92)- Correa R. Vincent van Gogh: A pathographic analysis. *Med Hypotesis*. 2014; 82: 141-144
- 93)- Marrant JCA. The wing of madness: The illness of Vincent van Gogh. *Can J Psychiatry* 1993; 38 (7): 480-484
- 94)- Voskuil P. Diagnosing Vincent van Gogh, an expedition from sources to the present. *Epilepsy & Behavior* 2013; 28: 177-180
- 95)- Voskuil PHA. Van Gogh's disease in the light of his correspondence. *Front Neurol Neuroci* 2013, 31: 116-125
- 96)- <https://wellcomecollection.org/works?wellcomemlimagesUrl=/>
- 97)- <https://painthealth.wordpress.com/>
- 98)- Giltaj J. Dutch painting: The golden age book. Zwolle 2016, W Books
- 99)- Jong J. The Golden age and globalization: History and heritage, legacies and contestations. *Macalester International* 2011; 27 (1); 46-67
- 100)- https://en.wikipedia.org/wiki/Dutch_Golden_Age_painting
- 101)- Starcky E. Rembrandt. Lisboa 1992, Editorial Estampa
- 102)- Espinel CH. A medical evaluation of Rembrandt. His self-portrait: Aging, disease, and the language of the skin. *Lancet* 1997; 350: 1835-1837
- 103)- Conaty SM. Rembrandt's anatomical portraits. *JHR* 2016 (<https://scholarblogs.emory.edu/journalofhumanitiesinrehabilitation/2016/06/20/rembrandts-anatomical-portraits>)
- 104)- Robert Pope Foudation- <http://robertpopefoundation.com/about-robert-pope/the-artist/~>
- 102)- Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *Am J Public Health*. 2010; 100 (2): 254-263
- 103)- Botton A, Armstrong J. Art as Therapy. London 2013, Phaidon
- 104)- Samme JH. Medical art therapy: A useful supplement to classical medicine? *Advances in Relational Mental Health* 2005; 4 (2): 1-5
- 105)- Hass-Cohen N, Carr R. Art therapy and clinical neuroscience. London 2008, Jessica Kingsley Publishers
- 106)- Campbell D. Music: Physician for times to come. Wheaton 1991, Quest Books
- 107)- Sacks O. Musicophilia: Tales of music and the brain. New York 2008, Vintage Books
- 108)- Nadler S. Rembrandt's Jews. Chicago & London 2003, The University of Chicago Press

- 109)- Morgenstein SW, Levine RE. The Jews in the age of Rembrandt. Washington 1981, The Judaic Museum of the Jewish Community Center of Greater Washington
- 110)- Landsberger F. Rembrandt, the Jews and the Bible. Philadelphia 1997, The Jewish Publications Society of America
- 111)- Azevedo JL. Judeus portugueses na dispersão. Revista de História 1915; 14: 105-127
- 112)- Azevedo JL. Estudos para a história dos cristãos novos em Portugal. Revista de História 1912; 2: 65-73
- 113)- Azevedo JL. História dos cristãos novos portugueses. Lisboa 1989, Clássica Editora
- 114)- Costa JPO. Anais de História de além-mar. Lisboa, nº 14, 2013 (http://cham.fcsh.unl.pt/ext/files/AHAM%20XIV_in_dice_resumos.pdf)
- 115)- Ribeiro JS. Os judeus portugueses entre os descobrimentos e a diáspora. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1994 (<https://alpha.sib.uc.pt/?q=content/guarda-hist%C3%B3ria-e-cultura-judaica-museu-cat%C3%A1logo>)
- 117)- Pereira VS, Curado M. Judeus Portugueses no Mundo: Medicina e Cultura. VN Famalicão 2014, Húmus
- 118)- Tavim JARS, Barros MFL, Muccznik LL. In the Iberian Peninsula and Beyond: A history of Jews and Muslims- 15th – 17th Century. Cambridge 2015, Cambridge Scholars Publishing
- 119)- Keyserling M. História dos Judeus Portugueses. São Paulo 1971, Livraria Pioneira Editora
- 120)- Roth C. A History of the Marranos. New York 1974, Schocken Books
- 121)- Jews in the Netherlands 17th century Golden Age. Encyclopedia Judaica. Jewish Virtual Library (<http://www.jewishvirtuallibrary.org/the-netherlands-virtual-jewish-history-tour>)
- 122)- Bodian M. Hebrews of the Portuguese Nation: Conversos and Community in early modern Amsterdam. Bloomington Indianapolis 1997, Indiana University Press
- 123)- Snyder RE. The Portuguese Jewish community in Amsterdam during the first century of the Dutch Republic. Seminar for school teachers 2013 (<http://www1.umassd.edu/euro/2013/papers/snyder.pdf>)
- 124)- Vainfas R. La diaspora judia entre Amsterdam y el Brasil holandês. Revista de História e Sociedade, 2006; 12: 10-26
- 125)- Mendes DF, Remédios JM. Os judeus Portugueses em Amesterdão. Lisboa 1990, Edições Távola Redonda
- 126)- Levy DT. Judeus e marranos no Brasil holandês: Pioneiros na colonização de Nova York no sec. XVII 2008; Tese de Mestrado, São Paulo, Brasil
- 127)- Kaufman TN. A Presença Judaica em Pernambuco – Brasil. Recife, Ensol, 2005.
- 128)- Straus OS, Gross C, Rosendale SW, et al. Publications of the Jewish Historical Society nº 4, Washington 1896 (<https://archive.org/details/publicationsofam04amer>)
- 129)- Stern MH. Portuguese Sepharidin in the Americas. Am Jewish Arch 1992 (http://americanjewisharchives.org/publications/journal/PDF/1992_44_01_00_stern.pdf)
- 130)- Angel RM. Remnant of Israel: A portrait of Americas first Jewish congregation Shearith Israel. Reverside Book Company, New York, 2004
- 131)- Kayserling M. The colonization of America by the Jews. JSTOR 1894; 2: 73-76
- 132)- Cohen MA. Sepharidim in Americas. Cincinnati 1992, American Jewish Archives.
- 133)- Heller RJ. Diaspora atlântica: A nação Judaica no Caribe, séculos XVII e XVIII. Niterói. 2008
- 134)- Russell GA. Physicians at the Otoman court. Medical History, 1990; 34: 243-267
- 135)- Levi JA. Portuguese Jews of the diaspora: Italy and beyond. ABC-CLIO 2009; 3: 875-883
- 136)- Andrade AML. Os senhores do desterro de Portugal judeus Portugueses em Veneza e Ferrara em meados do sec XVI. Veredas. 2006; 6: 65-108

- 137)- Frade FVF, Silova SNS. Medicina e política em dois físicos judeus portugueses de Hamburgo. *Sefarad* 2011; 71 (1); 51-94
- 138)- Hyamson AM. *The Sepharidin of England*. London 1951, Methuen & CO. LTD
- 139)- Mokum – Wondrous Jewish Amsterdam (<https://www.geni.com/projects/Mokum-Wondrous-Jewish-Amsterdam/9182>)
- 140)- Weisz GM. Rembrandt's jewish physician- Dr. Ephraim Bueno (1599-1665): A brief medical history. *Rambam Maimonides Medical Journal* 2013; 4 (2): e0010
- 141)- Modlin IM, Kidd M. *The evolution of art in dutch medicine*. New Haven 2000, Nexthealth srl
- 142)- Graetz PH. *History of the Jews: From earliest times to present day*. London 1892, Edição do Autor (<file:///C:/Users/José%20Poças/Desktop/Para%20a%20presentar/Bibliografia/Judeus/Graetz.pdf>)
- 143)- Keller W. *História do povo judeu*. Alfragide 1996, Edições Acrópole
- 144)- Heynick F. *Jews and Medicine: An epic saga*. 2002, Ktav Publishing House
- 145)- Roth C. *Jewish contribution to civilization*, London 1938, Macmillan and Co
- 146)- Lewin H. *Judaísmo e Modernidade: Suas múltiplas inter-relações*. Rio de Janeiro 2009, Centro de Pesquisas Sociais
- 147)- Cohen SG. *Spain, Portugal, Christopher Columbus and the Jewish physician: Part III*. *Allergy Proc* 1993; 14 (3); 209-221
- 148)- Pelayo MRC. *Los judeoconvertos portugueses de la edad moderna en la historiografía española: Un estado de la cuestión*. *Revista de Historiografía* 2015; 23: 217-243
- 149)- Gonçalves LR. *Médicos no regresso da peregrinação académica: Mobilidade e conflito no Portugal Quinhentista* (<file:///C:/Users/José%20Poças/Desktop/Para%20a%20presentar/Bibliografia/Judeus/Goncalves.pdf>)
- 150)- Silva JC, Branco MSC. *Médicos portugueses nas índias*. *Cadernos de Cultura* 1998; 12: 27-31
- 151)- Silva JC. *Medicina e Inquisição na Beira Interior: Estudos de casos- Distrito de Castelo Branco*. *Cadernos de Cultura* 2001; 15: 46-58
- 152)- Assor M. *Judeus ilustres de Portugal*. Lisboa 2014, Esfera dos Livros
- 153)- Almeida AAM. *Dicionário histórico dos sefarditas portugueses: Mercadores e gente de trato*. Lisboa, Campo da Comunicação, 2009
- 154)- Mucznik LL, Tavim JARS, Mucznik E, Mea EA. *Dicionário do Judaísmo Português*. Barcarena, Editorial Presença, 2009
- 155)- Faiguenboim G, Valadares P, Campagnano AR. *Dicionário Sefaradi de sobrenomes*. São Paulo 2003, Fraiha
- 156)- Cohn-Sherbok D. *Dictionary of Jewish biography*. London New York 2005, Continuum~
- 157)- Koren N. *Jewish Physicians: A biographical index*. Oxford 1973, Transaction Publishers
- 158)- Freidenwald H. *The Jews and Medicine Vol I and Vol II*. Baltimore 1944, The Jonh's Hopkins Press
- 159)- Dubovsky H. *The Jewish contribution to medicine*. *SAMJ* 1989; 76 (1): 26-28
- 160)- Cohen SG. *Spain, Portugal, Christopher Columbus, and the Jewish physician: Part III*. *Allergy Proc* 1993; 14 (3): 209-221
- 161)- Frade FV. *Philoteo Elianus Montaltus Lusitanus two sides of the same coin: The man and his work*. *MEAH Hebreo* 2016; 65: 83-100
- 162)- Alves SP. *O paladino dos hereges: A defesa dos cristão-novos e judeus pelo Padre António Vieira*. Nitéroí 2007 (http://www.catedra-alberto-benveniste.org/fich/17/Dissert-2007_ALVES_Salomao_Pontes-S.pdf)
- 163)- Herculano A. *História da Origem e Estabelecimento da Inquisição em Portugal*. Maia 2017, 11 X 17
- 164)- Sinsky C, Colligan L, Prgomet M, et al. *Allocation of physician time in ambulatory practice: A time and motion in 4 specialities*. *Ann Int Med* 2016; 165 (11): 753-760
- 165)- Hingle S. *Electronic health records: An unfulfilled promise and a call to action*. *Ann Int Med* 2016; 165 (11): 818-819
- 166)- Gupta P. *Humanity in Medicine*. *J of Med Ethics and Hist of Med* 2011; 4 (3): 1-4
- 167)- Chao S, Anderson K, Hernandez L. *Woward Health Equity and Patient-Centeredness: Integrating Health Literact, Disparities Reduction, and Quality Improvement- Workshop Summary*. Washington 2009, The National Academies Press
- 168)- Poças J. *Ode ou Requiem*. Lisboa 2015, By the Book

- 169)- Gawande A. Ser mortal: Nós, a Medicina, e o que realmente importa no final. Alfragide, 2016, Lua de Papel
- 170)- Maróco J, Maróco AL, Leite E, et al. Burnout em profissionais de Saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. Acta Med Port 2016; 29 (1): 24-30
- 171)- Vala J, Pinto, AM, Morteira S, Lopes RC. Burnout na classe médica: Estudo nacional. 2016 (https://www.google.pt/search?safe=active&source=hp&ei=d17xWqfwPMYmMgWY1qmYDw&q=Vala+J%2C+Pinto%2C+AM%2C+Morteira+S%2C+Lopes+RC.+Burnout+na+classe+m%C3%A9dica%3A+Estudo+nacional.+2016+&oq=Vala+J%2C+Pinto%2C+AM%2C+Morteira+S%2C+Lopes+RC.+Burnout+na+classe+m%C3%A9dica%3A+Estudo+nacional.+2016+&gs_l=psy-ab.3...2677.2677.0.4035.3.2.0.0.0.142.142.0j1.2.0...0...1c.2.64.psy-ab..1.1.499.6..35i39k1.499.V_2OfyZDFEg)
- 172)- Dias S. Síndrome de burnout: Um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. Ver Soc Psicol Rio Grande Sul 2012; 12 (2): 35-47
- 173)- Pereira S, Teixeira CM, Ribeiro O, et al. Burnout em médicos e enfermeiros: Estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. Rev Enf Ref 2014; IV (3): 55-64
- 174)- Osler W. The old humanities and the new science. USA 1919, Hard Press
- 175)- Ahlzen R. Medical humanities: Arts and humanistic science. Medicine, Health Care and Philosophy 2007; 10: 385-393
- 176)- Meites E, Shafer A. Researching medicine in context: the arts and humanities medical scholars program. J Med Ethics Medical Humanities 2003; 29 (2): 104-108
- 177)- Park MP, Park, RHR. The fine art of patient-doctor relationships. BMJ 2004; 329: 1475-1480
- 178)- Ramai D, Goldin S. Humanities in medicine: Preparing for practice. Perspect Med Educ 2013; 2: 332-334
- 179)- Gupta P. Humanity in medicine. J Med Ethics and Hist Med 2011; 4: 3-6
- 180)- Couto J, Cardoso A, Alves, MV, et al. Arte Médica e Imagem do Corpo: De Hipócrates ao final do sec. XVIII. Lisboa 2010, BNP
- 181)- Palma-Carlos A. Os Médicos, a Ópera e a História. Lisboa 2017, Ideia Fixa
- 182)- Moreno A. A Medicina e a Pintura. Carcavelos 2012, Medilivro
- 183)- Bordin G, D'Ambrosio LP. Medicine in Art. Los Angeles 2010, Getty Publications
- 184)- Emery AEH, Emery MLH. Medicine and art. London 2003, Royall Society of Medicine Press
- 185)- Emery AEH, Emery MLH. Surgical and medical treatment in art. London 2008, Royall Society of Medicine Press
- 186)- Aris A. A Medicina na Pintura. Lisboa 2002, Chaves Ferreira Publicações SA
- 187)- Greenspan RE. Medicine: Perspectives in history and art. Alexandria 2006, Ponte Verde Press
- 188)- Shoham SG. Art, Crime and Madness. Brighton 2002, Sussex Academic Press
- 189)- Saunders C, Macnaughton J, Fuller D. The recovery of beauty: Arts, Culture, Medicine. New York 2015, Palgrave Macmillan
- 190)- Troisi A. The painted Mind: Behavioral Sciences reflected in great Paintings. Oxford 2017, Oxford University Press
- 191)- Middleton J, Middleton E. Doctors & Paintings: Insights and Replenishment for Health Professionals. Oxford 2016, Redcliff Publishing
- 192)- Kandel ER. The age of the insight from Viena 1900 to the present: The quest to understand the unconscious in art, mind and brain. New York 2012, Random House
- 193)- Redekop WK, Mladi D. The faces of personalized medicine: A framework for understanding its meaning and scope. Value in health 2013; 16: S4-S9
- 194)- Boname ML, Gee AW, Wizemann T, et al. Enabling Precision Medicine: The role of genetics in clinical drug development- Proceedings of a Workshop. Washington 2017, The National Academies Press
- 195)- Meshnerger FL. An interpretation of Michelangelo's creation of Adam on Neuroanatomy. JAMA 1990; 264 (14): 1837-1841
- 196)- Bella SD, Taglietti F, Lacobuzio A, et al. The delivery of Adam: A medical interpretation of Michelangelo. Mayo Clin Proc 2015; 90 (4): 505-508
- 197)- King R. Michelangelo and the pope's ceiling. London 2002, Chatto & Windus
- 198)- Johannsson K. Los signos: El medico y el arte de la lectura do corpo. Barcelona 2006, Editorial Melusina

