

Artigo Original

Entre o Estetoscópio e o Diagnóstico: A Experiência de Médicos Angolanos como Pacientes

Aurora Cassoco ¹, Evódia Zassala ¹, António Helder Francisco ¹, Catarina David ¹, Adilson Oliveira ¹, Mário Fresta ¹, Mauer Gonçalves ^{1,*}

¹ Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

* Correspondência: mauergoncalves@gmail.com.

Resumo: As experiências de médicos enquanto pacientes revelam uma tensão singular entre o papel profissional de cuidador e a vivência da vulnerabilidade de ser cuidado. Essa dualidade desafia tanto a identidade profissional quanto a pessoal. Este estudo investigou percepções, desafios e consequências emocionais da doença entre médicos angolanos, examinando suas implicações para a prática médica e a humanização do cuidado. Foi realizado um estudo descritivo e transversal em Luanda, Angola, entre março e maio de 2024. Um total de 139 médicos respondeu a um questionário culturalmente adaptado com base no modelo da Medscape. Os dados quantitativos foram analisados no Epi Info (v.7.2.6.0) e apresentados em frequências absolutas e relativas. As respostas abertas foram examinadas tematicamente para complementar os achados quantitativos. A maioria dos participantes era composta por mulheres (64,8%) e atuava no setor público (60,4%). A revelação da identidade profissional durante consultas ocorreu “às vezes” para 64,3% dos respondentes. Quase 70% relataram aumento do medo de adoecer, embora 48,9% não tenham percebido repercussões na carreira. Enquanto 71,2% não esperavam tratamento preferencial, 46,8% perceberam ter recebido melhor atendimento devido à sua condição. Importante destacar que 42,5% indicaram que a experiência pessoal de adoecimento aumentou sua empatia em relação aos pacientes. A doença afeta os médicos para além da dimensão física, remodelando a identidade profissional e estimulando a empatia na prática clínica. Este estudo pioneiro em Angola ressalta a necessidade de políticas institucionais voltadas à saúde, confidencialidade e apoio psicológico aos médicos. Promover espaços reflexivos para narrativas de adoecimento médico pode fortalecer o cuidado humanizado e centrado no paciente.

Palavras-chave: Médicos-Pacientes; Empatia; Identidade Médica; Humanização da Assistência; Angola.

Citação: Cassoco A, Zassala E, Francisco AH, David C, Oliveira A, Fresta M, Gonçalves M. Pacientes com Injúria Renal Aguda Submetidos a Hemodiálise: Epidemiologia e Fatores Associados à Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada ao Cateter. Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review. 2026;Jan-Dec; 04(1):bjcmr42.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcmr.2026.4.1.bjcmr42>

Recebido: 27 Julho 2025

Aceito: 5 Outubro 2025

Publicado: 14 Outubro 2025



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Médicos que se tornam pacientes precisam conciliar duas identidades que frequentemente parecem inconciliáveis: a do cuidador clinicamente competente e a do receptor vulnerável de cuidados. Embora a doença seja tradicionalmente considerada uma realidade exclusiva dos pacientes, o envolvimento dos médicos em sua própria jornada de adoecimento desafia essa dicotomia e revela dificuldades práticas e éticas encontradas ao atravessarem para o “outro lado” do cuidado. Ao longo da carreira, os médicos desenvolvem um “eu médico” marcado pela sensação de grandeza, muitas vezes alimentada pelo caráter exaltado da profissão. Paradoxalmente, isso pode dificultar a aceitação da vulnerabilidade inerente à doença [1]. Essa resistência em adoecer e buscar ajuda é fre-

quentemente impulsionada por fatores como estigmatização, medo de enfraquecer a própria imagem profissional, receio de decepcionar colegas, além de barreiras culturais e pessoais [2–4].

Para os médicos, em especial, o processo de se tornar paciente exige uma mudança significativa de perspectiva. Para muitos, essa transformação envolve não apenas enfrentar a doença fisicamente, mas também realizar uma profunda reavaliação de seu papel no mundo e de sua identidade profissional. O movimento entre a prática médica centrada na competência técnica e a experiência de ser paciente cria um terreno fértil para reflexões sobre o impacto do adoecimento na vida dos médicos. Como propõe Charon [5], a narrativa médica, ou autopatografia, é uma ferramenta essencial para explorar essa experiência, oferecendo uma nova perspectiva sobre a relação entre médicos e pacientes e possibilitando uma visão mais empática e holística da doença [5–7].

Esta pesquisa tem como objetivo investigar as experiências de médicos enquanto pacientes, destacando as percepções e os desafios enfrentados por médicos angolanos de diferentes especialidades e estágios de carreira, com ênfase no sofrimento físico e emocional vivenciado durante o adoecimento. Ao explorar essa experiência, busca-se compreender as barreiras que os médicos enfrentam no acesso ao cuidado e refletir sobre as implicações desse processo para a prática médica e para a humanização do cuidado no contexto da medicina baseada em narrativas. Por meio dessa análise, o estudo pretende contribuir para uma compreensão mais ampla do impacto que a doença pode exercer sobre a vida e a identidade profissional dos médicos.

2. Métodos

2.1 Desenho do Estudo e Contexto

Foi realizado um estudo descritivo transversal em Luanda, Angola, entre março e maio de 2024. O estudo foi aplicado a médicos de diferentes unidades hospitalares de Luanda por meio de um questionário adaptado da versão portuguesa do Medscape [8].

2.2 Participantes e Critérios de Elegibilidade

Os participantes elegíveis eram médicos em exercício, registrados na Ordem dos Médicos de Angola, que forneceram consentimento informado. A inclusão exigiu $\geq 80\%$ de preenchimento do questionário. Cinco formulários incompletos foram excluídos.

2.3 Amostragem e Tamanho da Amostra

Foi utilizada amostragem de conveniência não probabilística. A amostra final compreendeu 139 médicos, aproximadamente 1,39% dos cerca de 10.000 médicos registrados no país. Devido à concentração urbana dos respondentes, a validade externa para áreas rurais é limitada.

2.4 Coleta e Processamento de Dados

O instrumento baseado no Medscape (edição portuguesa) foi adaptado para o contexto angolano por meio de: (i) ajustes linguísticos e culturais, (ii) revisão por três médicos seniores, e (iii) teste piloto ($n=5$) para otimizar a clareza. O questionário final continha 14 itens (13 fechados e 1 aberto). As principais variáveis incluíram: dados demográficos (sexo, faixa etária), setor de atuação, área de prática; divulgação da identidade médica durante consultas; medo de adoecer após experiência pessoal de doença; repercussões percebidas na carreira (ex.: redução de carga horária, menos pacientes, licença, nenhuma); expectativas de atendimento preferencial; percepção de atendimento diferenciado (médico-paciente vs paciente não médico); empatia em relação aos pacientes após adoecimento; preferência por prestador de cuidados (conhecido, desconhecido, recomendado, nenhum); e confiança nas prescrições de colegas.

O questionário foi administrado via Google Forms e divulgado por e-mail e WhatsApp, acompanhado de uma ficha de informações sobre o estudo e termo de consen-

mento. Os dados foram exportados para o Epi Info (v7.2.6.0) para análise. Nenhum identificador pessoal foi coletado; os conjuntos de dados foram armazenados em dispositivos protegidos por senha, acessíveis apenas à equipe de pesquisa.

2.5 Análise Estatística

Os dados quantitativos foram analisados no Epi Info v.7.2.6.0. Variáveis categóricas foram resumidas em contagens e percentagens. O item aberto foi analisado de forma indutiva para gerar temas descritivos que complementassem os resultados quantitativos. Considerando o caráter exploratório do estudo e a estratégia de amostragem, nenhum teste de hipótese foi realizado.

3. Resultados

3.1 Características dos Participantes

Um total de 139 médicos participou do estudo. Houve predominância do sexo feminino, representando 64,8% da amostra. A faixa etária mais frequente foi de 24 a 34 anos (46,0%), com 64 participantes, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos médicos por faixa etária.

Grupo de Idade	Total	
	n	%
24-34	64	46.0
35-44	42	30.2
45-54	19	13.7
55-64	6	4.3
≥ 65	8	5.8
Total	139	100

3.2 Emprego e Área de Atuação

A maioria dos respondentes trabalhou exclusivamente no setor público (n=84; 60,4%), enquanto 31 (22,3%) combinaram atuação nos setores público e privado, conforme mostrado na Figura 1. Quanto à área de atuação, 64 (46,4%) eram especialistas, 49 (35,3%) residentes e 26 (18,7%) médicos generalistas, conforme mostrado na Figura 2.

Figura 1. Distribuição dos médicos por faixa etária.

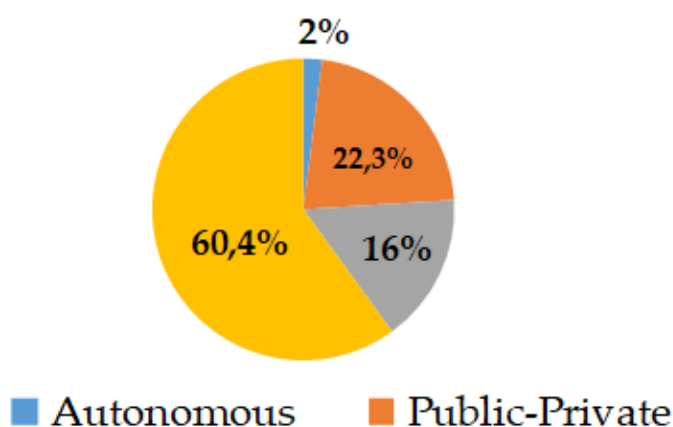
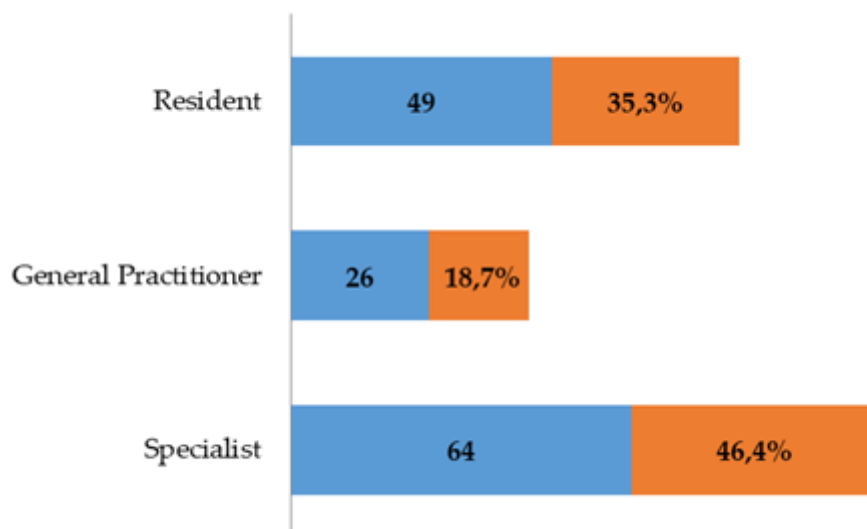


Figura 2. Prevalência de profilaxia adequada para TVP em 2020.

3.3 Identidade Profissional e Impacto Emocional

Em relação à divulgação da identidade profissional durante as consultas, 89 participantes (64,3%) relataram fazê-lo “às vezes”, 33 (23,7%) “nunca” e 17 (12,2%) “sempre”. Após vivenciarem sua própria doença, 97 (69,8%) relataram aumento do medo, enquanto 42 (30,2%) relataram diminuição do medo (Tabela 2).

3.4 Repercussões na Carreira

No geral, 68 participantes (48,9%) relataram não ter sofrido repercussões significativas na carreira. Entre aqueles que relataram algum impacto, 34 (24,5%) tiraram licença, 32 (23,0%) reduziram a carga horária de trabalho e 5 (3,6%) atenderam a menos pacientes (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos médicos segundo a declaração de sua identidade profissional durante consultas, o medo da doença e as repercussões da doença em suas carreiras.

Declaração de Identidade Profissional Durante a Consulta	Total (N=139)	
	N	%
Sempre	17	12.2
Às vezes	89	64.0
Nunca	33	23.7
Medo da Doença		
Aumentado	97	69.8
Diminuído	42	30.2
Repercussões da Doença na Carreira		
Redução da Carga Horária	32	23.0
Redução no Número de Pacientes	5	3.6
Licença	34	24.5
Sem Repercussões	68	48.9

3.5 Percepções sobre o Atendimento e Empatia

Enquanto 90 participantes (71,2%) não esperavam receber atendimento preferencial, 40 (28,8%) esperavam. Ao comparar a qualidade do atendimento entre médicos-pacientes e pacientes não médicos, 65 (46,8%) perceberam que os médicos recebiam melhor cuidado, 59 (42,4%) perceberam o mesmo atendimento e 15 (10,8%) perceberam atendimento inferior para médicos. A doença pessoal foi relatada como fator de aumento da empatia em 59 médicos (42,5%); 37 (26,6%) relataram “um pouco” de impacto e 43 (30,9%) relataram nenhum impacto (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos médicos segundo percepção de atendimento privilegiado: médicos versus pacientes não médicos.

Atendimento Privilegiado	Total (N= 139)	
	N	%
Não	99	71.2
Sim	40	28.8
Médico vs. Paciente Não Médico		
Mesmo	59	42.4
Melhor	65	46.8
Pior	15	10.8
Empatia		
Muito	59	42.5
Não	43	30.9
Pouco	37	26.6

3.6 Preferência por Prestador de Cuidados e Confiança nos Colegas

Vinte participantes (14,4%) preferiram consultar um médico desconhecido, 31 (22,3%) um médico conhecido, 33 (23,7%) um médico recomendado e 55 (39,6%) não tinham preferência. A confiança nas prescrições dos colegas foi alta (n=125; 89,9%), enquanto 5 (3,6%) relataram falta de confiança e 9 (6,5%) selecionaram “outro” (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos médicos segundo preferência por prestador de cuidados e segurança das prescrições médicas.

Preferência no Atendimento Médico	Total (N=139)	
	n	%
Médico conhecido	31	22.3
Médico desconhecido	20	14.4
Médico recomendado	33	23.7
Sem preferência	55	39.6
Segurança nas Medicações Prescritas		
Sim	125	89.9
Não	5	3.6
Outro	9	6.5

4. Discussão

Este estudo buscou compreender a experiência de médicos enquanto pacientes em Luanda, um tema ainda pouco explorado na literatura africana. Os resultados revelaram

múltiplas dimensões pessoais, profissionais e institucionais, em consonância com evidências internacionais, mas também levantaram questões específicas do contexto angolano.

4.1 Perfil sociodemográfico e feminização da medicina

A população estudada era predominantemente jovem (24–34 anos) e do sexo feminino (64,8%). Esses dados confirmam a tendência global de feminização da medicina, já documentada em diversos países [9-11] e evidenciada em estudos realizados em Angola, onde a maioria dos estudantes de medicina são mulheres. Esse fenômeno pode influenciar a experiência da doença, por exemplo, devido ao estigma durante a gravidez e às dificuldades adicionais em equilibrar a vida pessoal e profissional [12].

4.1.2 Situação profissional e área de atuação

A maioria dos participantes (60,4%) trabalhava na administração pública, enquanto 22,3% atuavam no setor público-privado, confirmando o predomínio do setor estatal como principal esfera de inserção profissional. Quanto à área de atuação, 46% eram especialistas e 18,7% clínicos gerais, uma distribuição semelhante à observada no estudo de Fawibe et al. na Nigéria [1], mas divergente daquela relatada por McKevitt & Morgan no Reino Unido, onde predominavam os clínicos gerais [12].

4.1.3 Identidade profissional e vulnerabilidade

Os resultados revelam a dificuldade dos médicos em assumir o papel de pacientes, fenômeno já descrito na literatura [6,13]. Muitos recorrem à automedicação, ao autodiagnóstico ou adiam consultas. No presente estudo, 64,3% revelaram sua identidade médica durante as consultas, uma estratégia que pode facilitar a comunicação, mas também comprometer a relação terapêutica.

4.1.4 Medo, conhecimento e doença

Quase 70% dos médicos relataram aumento do medo diante da doença, em consonância com estudos internacionais [14]. O conhecimento médico, em vez de proporcionar segurança, agravou a ansiedade. Esse achado sugere a necessidade de preparar os médicos para lidar com sua própria vulnerabilidade e reduzir o estigma associado à doença. Os dados indicam que médicos em Angola, embora muito informados sobre enfermidades, também podem internalizar altos níveis de ansiedade em relação à própria saúde. Esse medo pode ser amplificado pelas fragilidades do sistema de saúde angolano, como o acesso limitado a recursos diagnósticos e terapêuticos avançados, restrições financeiras e estigmas culturais relacionados a certas doenças.

Diferentemente de países de alta renda, onde existem programas estruturados de apoio à saúde do médico, em Angola eles frequentemente enfrentam a doença com pouca assistência institucional. Ademais, as repercussões profissionais relatadas, como redução do número de pacientes ou mudança de responsabilidades, evidenciam a vulnerabilidade dos médicos ao conciliar doença pessoal com atividade profissional. Esses achados reforçam a necessidade de políticas organizacionais que protejam o bem-estar médico, incluindo programas de saúde ocupacional, apoio psicológico e diretrizes claras para reintegração após a doença.

4.1.5 Percepções sobre o cuidado e equidade

As percepções sobre o cuidado foram ambivalentes: 46,8% sentiram ter recebido tratamento diferenciado, enquanto outros relataram igualdade ou até negligência. Foram descritos tanto zelo excessivo quanto descuido após a revelação da identidade médica, situação também observada em Portugal [8] e no Brasil [14]. Esse achado é consistente com a literatura internacional que descreve o “privilegio médico-paciente” em diferentes contextos [13,18]. No entanto, em Angola, essa percepção pode ser moldada por dinâmicas sistêmicas e culturais. O tamanho relativamente pequeno e a interconectividade da

comunidade médica, aliados às relações hierárquicas, podem favorecer uma cultura em que colegas, consciente ou inconscientemente, oferecem tratamento preferencial a seus pares.

O acesso limitado a serviços especializados no setor público pode exacerbar essa percepção, já que médicos costumam saber onde e como mobilizar recursos com mais eficiência que os leigos. Embora isso possa refletir solidariedade profissional, também pode indicar desigualdades no acesso à saúde, nas quais o status profissional influencia a qualidade do cuidado. Enfrentar essas dinâmicas requer reflexão sobre a equidade no sistema de saúde angolano, garantindo que todos os pacientes, independentemente de sua origem ou profissão, recebam o mesmo nível de atendimento.

4.1.6 Empatia e prática clínica

Embora 42,5% dos médicos tenham relatado aumento da empatia após vivenciarem uma doença, a maioria não mostrou mudança significativa. Esse resultado, também observado em outros contextos [17,18], sugere que a experiência de vulnerabilidade pode ser transformadora para alguns, mas não é universal. Assim como em outros países, adoecer pode sensibilizar médicos para as vulnerabilidades dos pacientes, mas, no contexto angolano, pressões sistêmicas, como alta carga de trabalho, escassez de recursos e suporte institucional limitado, podem restringir a tradução dessas experiências pessoais em maior empatia. Além disso, expectativas culturais de resiliência podem desencorajar o reconhecimento explícito da vulnerabilidade, limitando o impacto da experiência pessoal sobre a prática clínica. Essa dualidade indica que, embora alguns médicos aprofundem uma abordagem centrada no paciente após adoecer, barreiras sistêmicas impedem mudanças mais amplas. O ensino médico e o desenvolvimento profissional contínuo em Angola poderiam integrar práticas de reflexão estruturada sobre experiências pessoais de adoecimento, promovendo a empatia como competência profissional.

4.1.7 Repercussões profissionais

A maioria não relatou impacto significativo na carreira, mas alguns reduziram a carga horária ou tiraram licença antecipada, achado semelhante ao de Henderson et al. [6] e Tarantino [8]. Esse presenteísmo é preocupante em Angola, dada a escassez de recursos humanos, pois pode aumentar o risco de erros e comprometer a saúde dos próprios profissionais.

4.1.8 Preferências de cuidado e confidencialidade

Predominou a ausência de preferência quanto ao médico assistente (39,6%), diferindo de achados no Brasil e em Portugal [8,14]. Esse padrão pode refletir receios relacionados a quebras de confidencialidade, tema recorrente nos relatos, indicando fragilidades éticas no sistema de saúde angolano.

4.1.9 Confiança nas prescrições

Apesar da prática frequente de automedicação, 89,9% afirmaram confiar nas prescrições dos colegas, em consonância com estudos portugueses e brasileiros [8,14]. Contudo, também foram identificadas situações de aceitação acrítica de prescrições inadequadas, revelando dilemas hierárquicos e de vulnerabilidade que podem comprometer a segurança clínica.

4.1.10 Dimensões éticas e sistêmicas

Os relatos apontaram violações de confidencialidade, cuidado excessivo ou insuficiente e falta de humanização, confirmando achados anteriores [1,6,16]. Esses resultados reforçam a urgência de políticas específicas voltadas à saúde dos médicos, incluindo apoio psicológico, programas de confidencialidade e medidas institucionais que promovam maior equidade e sensibilidade ética. No contexto angolano, marcado por fragi-

lidades estruturais, tais medidas poderiam mitigar riscos à saúde dos profissionais e à qualidade do atendimento à população.

4.1.11 Implicações para o contexto de saúde em Angola

Em conjunto, esses achados sugerem que médicos-pacientes em Angola enfrentam uma intersecção complexa de privilégio, vulnerabilidade e limitações sistêmicas. O cuidado preferencial reflete tanto solidariedade quanto desigualdade. O aumento da empatia, embora relevante, é limitado por barreiras estruturais. O medo exacerbado da doença evidencia a fragilidade do bem-estar médico em um sistema de saúde com recursos limitados. Essas descobertas apontam para a necessidade de integrar o bem-estar dos médicos às agendas de políticas de saúde, promovendo equidade no acesso ao cuidado e incorporando práticas reflexivas na formação médica. Fortalecer o suporte institucional aos médicos — por meio de programas de saúde ocupacional, mentoria e espaços seguros para diálogo — pode mitigar as consequências negativas da doença e reforçar a empatia e a solidariedade profissional. Em última análise, este estudo não apenas documenta experiências, mas também revela desafios estruturais e culturais na saúde em Angola. Enfrentar esses desafios requer ação coordenada nas áreas de educação, regulação profissional e política de saúde.

4.1.12 Limitações do estudo

Esta pesquisa pioneira apresenta limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostragem não foi probabilística e baseou-se em participação voluntária por meio de questionário online (Google Forms) distribuído por e-mail e grupos de WhatsApp. Essa abordagem pode ter introduzido viés de seleção, pois os respondentes podem não representar adequadamente os médicos da província de Luanda ou de Angola como um todo, o que limita a generalização dos resultados. Em segundo lugar, o uso de questionário autoaplicado pode ter resultado em viés de desejabilidade social e subnotificação de informações sensíveis, especialmente sobre vulnerabilidade, saúde mental e experiências pessoais de adoecimento. Como consequência, alguns resultados podem ter sido subestimados ou apresentados de forma mais favorável.

Em terceiro lugar, o desenho do estudo não permitiu análises estratificadas por especialidade médica, local de trabalho ou tempo de experiência profissional. Tais análises poderiam oferecer uma compreensão mais detalhada das diferenças entre subgrupos de médicos, o que limita a profundidade interpretativa dos resultados. Por fim, por se tratar de um estudo transversal e descritivo, os resultados capturam percepções em um único momento. Assim, não é possível estabelecer inferências causais nem avaliar como experiências e percepções podem mudar ao longo do tempo. Apesar dessas limitações, o estudo oferece percepções originais e valiosas sobre a experiência de médicos enquanto pacientes em Angola e destaca áreas que merecem investigações futuras mais amplas e representativas.

5. Conclusão

Este estudo lança luz sobre uma dimensão pouco explorada na literatura angolana: a experiência de médicos enquanto pacientes. Os resultados demonstram que adoecer impacta significativamente não apenas a esfera física, mas também a identidade profissional e emocional do médico. Os principais achados incluem o predomínio de participantes do sexo feminino e uma alta proporção de médicos jovens (24–34 anos), refletindo a crescente feminização e a renovação geracional da medicina em Angola. Observou-se também que a maioria dos médicos não espera receber tratamento preferencial, embora uma proporção significativa reconheça diferenças no atendimento quando revela sua identidade profissional.

O medo da doença aumentou para quase 70% dos participantes, reforçando a ideia de que o conhecimento técnico pode amplificar a ansiedade relacionada ao adoecimento.

No entanto, a maioria afirmou não ter sofrido repercussões diretas em suas carreiras. Apesar disso, a experiência de fragilidade relatada por muitos contribuiu para maior empatia, com 42,5% relatando mudanças positivas na forma como tratam seus pacientes.

Outro ponto relevante foi o elevado nível de confiança (89,9%) nas prescrições de outros profissionais, indicando maior abertura para cuidados compartilhados e uma valorização crescente do trabalho em equipe. Esses achados demonstram que experienciar a doença em primeira mão permite aos médicos repensar sua abordagem e desenvolver uma compreensão mais profunda das experiências alheias. A criação de espaços para reflexão sobre essas vivências pode levar a uma prática médica mais humana, empática e centrada no paciente, mesmo quando o paciente é o próprio médico.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: A aprovação ética foi obtida junto ao Centro de Estudos em Educação e Formação Médica (CEDUMED), Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto. O estudo seguiu os princípios da Declaração de Helsinque. A participação foi voluntária e anônima.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. Fawibe A, Odeigah L, Akande T, Salaudeen AG, Olanrewaju I. Self-reported medical care seeking behaviour of doctors in Nigeria. *Alexandria J Med*. 2016;53. doi:10.1016/j.ajme.2016.04.003.
2. Andrade RP. Narrative medicine in medical diagnosis. *Colomb Med (Cali)*. 2020;51(1). Available from: <https://www.redalyc.org/journal/283/28364384006/html/>.
3. Elwyn G, Gwyn R. Narrative based medicine: Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ*. 1999;318(7177):186–8. doi:10.1136/bmj.318.7177.186.
4. Zaharias G. What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1. *Can Fam Physician*. 2018;64(3):176–80.
5. Charon R. Narrative medicine: Attention, representation, affiliation. *Narrative (Durham N C)*. 2005;13(3):261–70. doi:10.1353/nar.2005.0017.
6. Delory-Momberger C, Alheit P, Johnson-Mardones D. Pesquisa (auto)biográfica em educação na Europa e América. *Rev Bras Pesqui (Auto)biogr*. 2018;3(9):745–8. doi:10.31892/rbpab2525426X.2018.v3.n9.p745-748.
7. Spanò V. Michele Cometa (ed.), *Autopatografie. Cura e narrazioni di sé*. Between. 2023;13(25):319–24. doi:10.13125/2039-6597/5739.
8. Tarantino M. A experiência do médico como paciente — Portugal. Medscape [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 20]. Available from: <https://portugues.medscape.com/slideshow/65000169>.
9. Pickel L, Sivachandran N. Gender trends in Canadian medicine and surgery: the past 30 years. *BMC Med Educ*. 2024 Jan 30;24(1):100.
10. Ferrinho P, Nkanga G, Fronteira I, Helga F, Fresta M. Formação inicial em ciências da saúde em Angola: comparação dos perfis dos alunos de diferentes cursos (medicina, enfermagem e TDT), em diferentes níveis de ensino (básico, médio e superior). *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2020 Oct 28;19:87–96.
11. Mendes MMJ, Carteador EMFL. Processo de ensino-aprendizagem no ensino superior: o caso específico da unidade curricular de Ginecologia-Obstetrícia na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2021 Nov 18;20:48–9.
12. McKeivitt C, Morgan M. Illness doesn't belong to us. *J R Soc Med*. 1997 Sep;90(9):491–5.
13. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract*. 2009 Nov 1;59(568):811–8.
14. Tarantino M. A experiência do médico como paciente — Brasil. Medscape [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 17]. Available from: <https://portugues.medscape.com/slideshow/65000171>.
15. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3161–6.
16. Adshead G. Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors. *Adv Psychiatr Treat [Internet]*. 2005 Jan 1 [cited 2025 Jul 19]. Available from: https://www.academia.edu/1627359/Healing_ourselves_ethical_issues_in_the_care_of_sick_doctors.
17. Park KH, Park KH. Medical professor as a patient. *Korean J Med Educ*. 2020 May 28;32(2):151–4.
18. Morishita M, Iida J, Nishigori H. Doctors' experience of becoming patients and its influence on their medical practice: A literature review. *Explore (NY)*. 2020;16(3):145–51.

19. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008 Jul 1;58(552):501–8.
20. Arroyave CA, Téllez M. Patient-physicians: Identities and expertise brought into the light of diagnosis and treatment. *J Patient Exp [Internet]*. 2019 Mar 26 [cited 2025 Jul 20]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374373519836468>