



doi 10.7213/psicol.argum.33.080.AO06

ENSINO MÉDICO E HUMANIZAÇÃO: ANÁLISE A PARTIR DOS CURRÍCULOS DE CURSOS DE MEDICINA

Education and medical humanization: analysis from medicine
courses curriculum

Lucas Alves Silva^[a], Camila Muhl^[b], Maria Marce Moliani^[c]

[a] Acadêmico curso direito UEPG

[b] Graduada em Ciências Sociais; Mestre em Sociologia; Dra em Ciências Sociais. Profa Dra DEED-UEPG

[c] Mestre em Psicologia e doutoranda em Sociologia UFPR

Resumo

O objetivo desse artigo é discutir a humanização no ensino médico, a partir da análise do currículo de dois cursos de medicina. A necessidade de formar profissionais de saúde qualificados para o trato humano, levou o Ministério da Educação a instituir mudanças nas Diretrizes Nacionais para o curso de Medicina, incluindo orientações específicas para formação de profissionais humanizados. Tal necessidade vem da realidade que hoje estamos enfrentando: a tecnicidade excessiva frente ao resgate da real essência do ser humano. A batalha travada entre a relação médico-paciente e médico-máquina-paciente é um desafio que está sendo colocado para as escolas médicas. Nosso propósito é levantar algumas questões sobre os efeitos das mudanças curriculares e problematizar o alcance do currículo formal para a prática dos futuros profissionais de saúde.

Palavras-chave: Medicina. Humanização. Ensino médico

Abstract

The aim of this article is to discuss the humanizing of medical education, starting from the analysis of the curriculum from two medical courses. The need to form qualified healthcare professionals for the humane treatment led the Ministry of Education to establish changes in the National Guidelines for the medical school. Including specific guidelines to form humanized professionals. This need comes from the reality that we are facing today: excessive technicality against the rescue of the real essence of the human being. The battle between the doctor- patient relationship and medical - machine – patient, which is challenging the medical schools.

Our purpose is to raise some questions about the effect of the curriculum changes and problematize the reach of the formal curriculum for the practice of future health professionals.

Keywords: *Medicine. Humanization. Medical education*

Introdução

O ensino de saúde enfrenta o desafio de reformular seus objetivos e práticas, de maneira a responder às novas reivindicações que se afiguram do ponto de vista ético, humano e social. A criação do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir dos movimentos de Reforma Sanitária, recoloca os limites da formação tradicional e reforça a necessidade de um modelo formativo que priorize uma formação generalista, humanista e crítico-reflexiva, pois o novo modelo de saúde demanda um profissional que atente não apenas para as dimensões técnicas do trabalho, mas também para as dimensões políticas e éticas implicadas na práxis.

A formação em saúde pressupõe a necessidade de formar profissionais habilitados a compreender e comunicarem-se adequadamente com os seus pacientes. Nesse sentido, coloca-se a necessidade de que os Projetos Políticos Pedagógicos – PPP dos cursos de medicina, bem como suas políticas formativas, atendam a necessidade de capacitar os acadêmicos uma boa compreensão do homem em seu contexto social/cultural/econômico, a serem capazes de lidar com a alteridade, respeitando os indivíduos em suas particularidades, compreendendo o “outro” em sua singularidade. Essa tarefa não é fácil, pois os estudantes de medicina estão inseridos em um contexto social de classe média e média-alta, sujeitas a uma determinada percepção do mundo. E o modelo de ensino, focado no positivismo científico, reafirma constantemente a objetividade biológica, em detrimento das condições sócio- culturais do indivíduo enfermo.

Diante dessa situação, o objetivo desse artigo é pesquisar dentro dos Projetos Políticos Pedagógicos de cursos de Medicina quais são as disciplinas que contemplam em suas ementas questões relacionadas às práticas de humanização da saúde. Pretendemos ainda confrontar as Diretrizes Nacionais para o curso de medicina, com as reais práticas adotadas pelas universidades para a integralização do ensino objetivando melhorar a relação médico-paciente e apontar se as universidades estão atingindo este objetivo, ainda que do ponto de vista formal, uma vez que não pudemos observar na prática pedagógica o alcance efetivo do currículo.

MÉTODO

Sendo o objetivo deste trabalho verificar nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de medicina a presença de disciplinas voltadas a humanização das práticas optou-se por analisar os PPP de duas universidades públicas paranaenses com posições diferentes em relação a questão. Os PPP escolhidos foram o da Universidade Estadual de Londrina -

UEL, conhecida por sua modernidade e busca de um ensino mais focado na relação do médico-paciente em suas diversas dimensões e o PPP da Universidade Federal do Paraná - UFPR, portadora de um perfil mais conservador.

O caráter seminal desse trabalho não permitiu estudos de campo em relação a estes cursos, trabalho este que deverá ser feito na continuação da pesquisa ora em andamento. Apresentamos a seguir resultados preliminares obtidos a partir da análise de material bibliográfico e documental sobre os dois cursos, observando como eles respondem às demandas, tanto do MEC, que define as diretrizes curriculares mínimas consideradas importantes na formação médica, quanto às críticas e sugestões dadas por especialistas a respeito dessa formação profissional.

Projetos Políticos Pedagógicos e seu alcance

Parte-se agora para a análise mais profunda deste trabalho, onde primeiramente serão analisadas as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação para o curso de Medicina, e na sequência será feita a relação desta com os Projetos Políticos Pedagógicos da UFPR (Universidade Federal do Paraná) e da UEL (Universidade Estadual de Londrina).

As Diretrizes Curriculares são claras quanto à preocupação em formar médicos com características de atendimento humanizado, como vemos abaixo:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (Brasil, 2014, p.--).

E também:

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: [...]

III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos (Brasil, 2014, p.--).

As constantes críticas à ineficiência do modelo de ensino médico apontam saídas em modelos pedagógicos centrados na humanização do curso, através de uma maior interação do aluno com o paciente e sua realidade a fim de vir a facilitar a relação médico-paciente e conseqüentemente o processo diagnóstico-terapêutico. Uma dessas saídas é o modelo conhecido como “Educação Baseada em Problemas”.

A Educação Baseada em Problemas – EBP, na qual “os alunos são responsáveis pela busca de respostas às questões que lhe são impostas, sendo o agente principal da dinâmica ensino-aprendizagem” (Pereira e Almeida, 2005 p.76), é apontada como um caminho possível para superar a dicotomia entre teoria e prática, pois nesse modelo os alunos são confrontados constantemente com a realidade epidemiológica da população e

devem buscar soluções para os problemas vividos, tornando o aprendizado concomitante à prática.

O modelo EBP, bem como a adoção de grupos tutorais, e o ensino através da interdisciplinaridade, acentuam a participação de disciplinas formativas, como é o caso do grupo das humanidades, ressaltando a importância da superação da visão do doente e de seu corpo apenas como objeto de intervenção, inserindo o paciente, enquanto sujeito, numa relação dialógica com o futuro médico. O objetivo é ampliar a ação do médico para promotor da saúde e não apenas como agente de cura.

As dificuldades enfrentadas para a implementação dessas mudanças nos cursos de medicina são de várias ordens, referindo-se a essas barreiras, Pereira e Almeida (2005), salientam que:

(...) pode-se citar as barreiras à inserção das reflexões oriundas das Ciências Humanas nos temas dos grupos tutorais, os quais facilmente caem reféns dos discursos tradicionais sobre o corpo e sobre a relação saúde/doença. Isso se deve, principalmente, à impregnação, pelos atores da educação médica, de um imaginário social que concede ao saber médico tradicional o lugar privilegiado de produção da verdade. Tal imaginário, impregnado e expresso na formação desses tutores/facilitadores médicos, encontra-se refletido tanto no seu comportamento diante dos alunos quanto no destes últimos, cuja motivação para a escolha da medicina é muitas vezes a atração por essa posição de poder/saber conferida pelo ofício da medicina (PEREIRA e ALMEIDA, 2005, p. 77).

Assim, ainda segundo Pereira e Almeida (2005), os estudantes de medicina se mostram refratários as abordagens críticas das Ciências Sociais em relação ao corpo, a saúde e a doença e também em relação à própria medicina, descartando a “a relação do corpo com a cultura, com a sociedade e com trajetórias individuais” (PEREIRA e ALMEIDA, 2005, p. 77). Esse conteúdo crítico, muitas vezes denominado genericamente como psicossociais, são vistos então como de menor importância comparativamente aos conteúdos de base exclusivamente biológica.

Outro aspecto importante que notamos em nossa pesquisa a respeito do tema, sobre a dificuldade de apropriação dos conteúdos humanísticos, diz respeito não apenas à implementação das disciplinas da área de ciências humanas, mas mesmo àquelas que dizem respeito ao ‘eixo’ integrador dos conteúdos programáticos. Na tentativa das escolas médicas atenderem às diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura - MEC e as orientações das discussões da Associação Brasileira de Ensino Médico percebe-se uma importante tendência nas escolas médicas de que parte considerável da formação profissional, que é a mais valorizada tanto por estudantes, quanto por professores, seja feita nos locais de atendimento.

Essa formação no local de atendimento está em conformidade com o preconizado nos diversos documentos de orientação formativa, que compreende que o aprendiz deve ter contato precoce com o paciente a fim de diminuir ou eliminar a dicotomia teoria versus prática. Porém nesses locais prevalece a visão biocêntrica da saúde, baseado na tríade: queixa, diagnóstico e prescrição de tratamento. Assim sendo, as ponderações sobre o indivíduo enfermo, e o significado da enfermidade, feitos em outros momentos pedagógicos, não atingem o treinamento profissional.

A própria organização universitária aparece como entrave à uma formação mais integrada e generalista, isso acontece devido à organização das faculdades. Os departamentos têm práticas isoladas e, com frequência, departamentos ligados à formação generalista apresentam fraturas conceituais em relação aos departamentos especializados. Uma discussão reiterada nos congressos de Educação Médica, diz respeito à dificuldade em promover uma visão mais globalizante ao estudante quando o ensino de disciplinas específicas apresentam visões de prática médica tradicional.

A dificuldade de comunicação entre os docentes médicos e à categoria médica de modo geral, com os professores ligados à área de medicina social e a formação generalista é outro obstáculo importante a ser enfrentado nas mudanças dos cursos em saúde; pois conflitos ligados à política departamental, aliados a visões diferentes de como “deve ser” a formação em saúde, acabam por interferir nas questões pedagógicas.

Além disso, os professores que defendem modelos biomédicos que consideram o sujeito e seu corpo, a partir da experiência do próprio indivíduo e não apenas como hospedeiro de doença, têm uma grande dificuldade em contrapor-se ao ideal liberal e tecnológico defendido por médicos especialistas, que acreditam que a defesa de uma formação holística, ou mais humanística é ineficiente para atender adequadamente as necessidades do paciente e preparar o estudante para o mercado de trabalho. O indicado e desejável em termos de qualificação profissional, que além da educação formal pressupõe uma prática de interação e troca de informações com colegas de profissão, encontra dificuldades estruturais inerentes às configurações sociais.

Essa oposição entre as visões mais biologicistas da medicina e as visões humanísticas já foram bastante abordadas na literatura, revelando um conflito existente entre as ciências duras, mais técnicas como é o caso da medicina e as ciências sociais ou humanas. Os estudos fundamentados nas ciências sociais apresentam uma metodologia diferenciada para olhar uma pessoa que padece de uma enfermidade, diferente do olhar das ciências biomédicas, que concebem a doença como resultado de fatores morfo-fisiológicos. O contraponto ao modelo biomédico se dá diante da consideração de que também devem ser levados em conta os significados sociais que são atribuídos a uma doença (Alves, 1993).

Nesse sentido, Luz (2011) faz uma análise das características dos estudos produzidos nessa área:

A produção das ciências sociais se faz no sentido da compreensão e interpretação dos fenômenos da vida, do adoecimento e da morte humanas em sua relação com a cultura, com a sociedade, com os outros (seres humanos): com o outro, em última instância. Seu paradigma não inclui, de forma alguma, a eficácia, que supõe a intervenção, o que é típico do pragmatismo das ciências ligadas à vida, isto é, de sua conservação, ou sua recuperação, como é o caso da medicina (Luz, 2011, p. 26-27).

Entretanto, não defendemos aqui a hierarquia de um campo da ciência sobre o outro e sim que as duas possam se aliar, nesse sentido, um bom exemplo seria a comunicação entre médico e paciente, onde estão presentes tanto o conhecimento técnico do médico como também a cultura das duas pessoas da relação. Esta relação e a comunicação entre médico e paciente precisam ser constantemente incentivadas, seja por meio de ações sociais, seja por meio de acompanhamento de consultas onde é empregada, em efetivo, as

técnicas de humanização aprendidas nas poucas matérias da grade curricular destinada ao assunto.

O profissional humanizado é aquele que conhece a realidade do local onde está trabalhando, que escuta e mantém um diálogo entre iguais com seus pacientes, orientando-os e traçando conjuntamente as melhores estratégias para a solução de uma determinada enfermidade ou buscando soluções para contornar os problemas que possam surgir com o tratamento.

O paciente precisa ser compreendido como ser biopsicossocial, suscetível as alterações em seu meio ambiente ou em sua mente, e para o médico, compreender essa condição é derrubar todo e qualquer pensamento mecanicista, que reduz o tratamento apenas ao processo de restabelecimento da “normalidade” da máquina humana.

Canguilhem (2009) desconstrói a ideia de que exista um “normal” único, que valha para todas as pessoas, ou mesmo que depois de estar doente o sujeito possa voltar para essa normalidade. O autor ao rejeitar uma regra supra-individual coloca no sujeito o ponto de referência entre o normal e o patológico e propõe o conceito de normatividade vital onde o indivíduo doente passa a ser aquele que é incapaz de criar normas novas, que não consegue criar uma relação de flexibilidade com o ambiente.

Voltando as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação, as Universidades têm procurado incluir em seus Programas Político Pedagógicos (PPP) matérias tendentes a suprir esta necessidade de humanização do futuro profissional médico. Mas será que somente esta mudança “formal” é suficiente?

Apresentamos, abaixo, a análise da relação da carga horária de disciplinas puramente técnicas em relação à carga horária de disciplinas com conceitos humanísticos constantes nas grades curriculares das duas universidades do Paraná incluídas nesse estudo: UFPR e UEL.

Quadro 1:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL

1º SÉRIE

MATÉRIAS DE CONTEÚDOS HUMANÍSTICOS	CARGA HORÁRIA
Habilidades clínicas e atitudes I	132
Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade I	102
Demais matérias	970

2º SÉRIE

Habilidades Clínicas e Atitudes II	136
Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade II	132
Demais matérias	944

3ª SÉRIE

Habilidades Clínicas e Atitudes III	132
Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade III	132
Demais matérias	918
<u>4ª SÉRIE</u>	
Habilidades Clínicas e Atitudes IV	132
Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade IV	132
Demais matérias	892
<u>5º SÉRIE</u>	
Matérias técnicas	2391
<u>6º SÉRIE</u>	
Matérias técnicas	2613

Quadro 2:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ- UFPR

1º PERÍODO

MATÉRIAS DE CONTEÚDOS HUMANÍSTICOS

CARGA HORÁRIA

304

Matérias Técnicas 670

2º PERÍODO

Propedêutica Médica I 90
Matérias Técnicas 510

3ª PERÍODO

Propedêutica Médica II 80
Saúde e Sociedade 60
Matérias Técnicas 490

4ª PERÍODO

Propedêutica Médica III 120
Matérias Técnicas 426

5º PERÍODO

Matérias técnicas 580

6º PERÍODO

Atenção Integral à Saúde I 100
Matérias Técnicas 480

7º PERÍODO

Atenção Integral à Saúde II 160
Matérias Técnicas 500

	<u>8º PERÍODO</u>	
Bases filosóficas da prática médica		20
Matérias Técnicas		480
	<u>9º PERÍODO</u>	
Matérias Técnicas		200
	<u>10º PERÍODO</u>	
Matérias Técnicas		1760
	<u>11º PERÍODO</u>	
Matérias Técnicas		1760
	<u>12º PERÍODO</u>	
Matérias Técnicas		1080

Através das tabelas verifica-se que somente 10,55% da carga horária do curso de Medicina da UEL são de matérias com algum conteúdo humanístico, ao passo que na UFPR essa porcentagem cai para 6,58%.

Outro ponto a destacar é o momento em que as matérias são inseridas na grade curricular. Em ambas as Universidades, dos seis anos de graduação, consta na grade apenas até o quarto ano (4º série ou oitavo período) as matérias com algum fundamento humanístico. Durante o 5º e 6º ano de graduação, períodos em que o curso se torna completamente especializado e o contato com pacientes e seus familiares se tornam mais frequentes - através dos estágios supervisionados -, estas matérias são extintas. Tal seja, na hora em que o acadêmico começa o seu maior contato com o paciente, não há nenhuma disciplina que o apóie ou que o ajude a refletir sobre o indivíduo enfermo e nem mesmo sobre o efeito do contato com o sofrimento sobre os profissionais de saúde.

Tanto o seu ensino teórico quanto a observação e prática são essenciais para a formação de um profissional humanizado. Nesse sentido, a humanização do futuro profissional deve acompanhar a prática do atendimento o que não acontece tendo em vista que essas disciplinas cessam em determinado momento do curso.

Passemos agora a análise das ementas das disciplinas que focam na humanização. Na UEL durante os quatro primeiros anos de curso há na grade a matéria “Habilidades Clínicas e Atitudes”, onde de acordo com a ementa do curso o aluno é treinado para, dentre outras habilidades: reconhecer a importância da comunicação verbal e não verbal na relação médico-paciente; reconhecer a importância do toque (contato físico); desenvolver a capacidade de observar e ouvir; compreender o paciente no seu contexto social, cultural e familiar; desenvolver uma atitude facilitadora da comunicação frente aos diversos padrões de comportamento dos pacientes; saber orientar/educar a família e comunidade; discutir com o paciente sua situação clínica, entre outras.

Enquanto que na UFPR durante os primeiros períodos se faz presente o ensino da Propedêutica Médica que estabelece o trabalho da “Relação médico-paciente”, sem maiores explicações. No 3º período temos a matéria de “Saúde e sociedade”, com carga horária de 60h, que visa lecionar assuntos como: o processo saúde-doença, as correntes do pensamento sociológico e a saúde e o território no processo saúde-doença. No 6º e 7º período aparece a matéria “Atenção Integral à Saúde”, onde a ementa traz a orientação de ensino baseado na visão humanista, senso de responsabilidades social e compromisso com a cidadania. Quanto mais se aproxima do final do curso, o número de aulas com teor humanista cai até serem totalmente extintas.

Dias de Souza (1998) executou um trabalho de pesquisa com estudantes de medicina do 6º e 7º período. As discussões efetuadas com os alunos sobre suas experiências no hospital apresentam uma grande riqueza para a compreensão do que é o “fazer-se médico”. Se por um lado não surpreende os resultados obtidos, tendo em vista a discussão teórica sobre as peculiaridades da formação profissional do médico, por outro enriquece a discussão sobre a reprodução dessa categoria profissional e nos esclarece algumas características peculiares que podem levar a uma prática profissional tecnicista. O acompanhamento da formação dos estudantes mostra que a prática de ensino centrada na técnica leva os estudantes a desconsiderarem a interação com o paciente, devido à desvalorização dessa interação pelos docentes.

Os alunos querem ser ouvidos, sobretudo, quanto a seus conflitos que expressam a ambivalência do medo e do desejo de apropriação do saber e poder médicos. [...] Os alunos falam da incompatibilidade que descobrem no discurso de professores médicos, que enfatizam o escutar o paciente e, ao mesmo tempo, não se colocam disponíveis para ouvir os alunos sobre essa escuta. (Dias de Souza, 1998, p.91).

A discussão aqui proposta é: apenas constar nas ementas dos Projetos Políticos Pedagógicos conceitos sobre humanização não é suficiente para formar profissionais completamente humanizados. É importante observar que a inclusão das referidas disciplinas já é um avanço, mas a priori elas não são suficientes para garantir a concretização dessa humanização.

Há ainda outra questão a ser observada: os professores que dão essas disciplinas. A simples alteração das ementas e disciplinas com a inclusão da questão da humanização não faz com que a formação mude de imediato já que muito dessa mudança passa pelo comportamento e conteúdos acolhidos pelos professores em sala de aula. Professores esses que muitas vezes foram formados sem receber esses conteúdos e que assim não tem bagagem para administrá-los ou mesmo podem não ver sentido em falar sobre humanização para futuros médicos.

O que observa-se enraizado no pensamento hodierno é um ensino de visão concisa e objetivo o que torna as novas diretrizes e as ementas com balizas humanistas um desafio para os professores. Assim, “[...] muitos professores descartam qualquer possibilidade de argumentação que possa pôr em jogo ‘o reinado’ desse comportamento fortemente presente na sua formação por questões históricas e sociais” (Bozzo, 2010, p. 91) o que demonstra que as questões culturais estão muito mais imbricadas na formação médica do que esses mesmos professores apresentam em suas aulas.

A MEDICINA HODIERNA

Ao analisarmos as grades curriculares dos presentes cursos de medicina, percebemos, de forma muito clara, que o ensino médico, além de se dar de forma fragmentada é transmitido de um modo em que o aluno é obrigado a aprender “de tudo um pouco”. Aprende-se um enorme número de especialidades médicas em um curto espaço de tempo.

Há na medicina uma fragmentação do corpo humano, consequência da evolução tecnológica no campo médico que contribuiu para um cenário de hiper- especialização

médica brasileira. O ser humano é visto, pela medicina hodierna e pelos cursos de medicina, como um ser composto de várias engrenagens que se complementam, e que precisam ser tratadas em separado do todo. Isso pode ser observado no fato de que atualmente está em 53 o número de especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina. Entre elas encontramos: psiquiatria, neurologia, neurocirurgia, nutrologia, urologia, pediatria, geriatria, homeopatia, infectologia, cirurgia de mão, cirurgia de cabeça e pescoço, etc (Conselho Federal de Medicina, 2012).

Luz acredita que a fragmentação do homem é um reflexo “[...] do avanço da racionalidade científica sobre a sociedade moderna [...]” (Luz, 1988, p. 26) e que acaba por gerar uma prática e um ensino voltados, principalmente, para as doenças. Não se trabalha mais com a prevenção, mas sim, com o tratamento das enfermidades, visando retomar o funcionamento “normal”. O homem não é mais compreendido como um ser biopsicossocial.

Podemos ainda relacionar a prioridade que se dá aos órgãos em particular com a prioridade que se dá a doença em detrimento a pessoa que está doente. Nesse sentido, o que muitos autores propõem, entre eles Amarante (1996), é que se inverta essa lógica deslocando o foco da doença, sua nosologia e suas classificações para focar no sujeito que experiência a doença, já que qualquer enfermidade está necessariamente ancorada em uma experiência singular (Alves, 1993).

O Ministério da Educação, através das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, esboça sua vontade em inserir o tema da humanização nas pautas dos futuros médicos onde o ser humano possa ser visto como biopsicossocial. Isso pode ser observado no trecho abaixo:

IV - compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado (Brasil, 2014, p. --).

Outra questão que pode gerar o afastamento do médico de práticas mais humanistas é o excesso de tecnologia. Os diagnósticos não são mais feitos no encontro clínico, com o médico se debruçando sobre o leito do doente tal qual descrito por Foucault (2012) mas sim através de inúmeros procedimentos e exames, muitas vezes realizados por terceiros que não o médico que está realizando o diagnóstico.

De um lado, a existência de procedimentos diagnósticos sofisticados facilita e melhora a terapêutica, que obtém através dessas técnicas, grande precisão diagnóstica em uma enormidade de enfermidades. Por outro lado, a substituição quase que completa da anamnese pelos exames complementares, dificulta a compreensão do sofrimento e das causas e efeitos do estilo de vida sobre a doença.

O fator financeiro também merece destaque, já que os exames atuais exigem ter a disposição valores consideráveis onde, por exemplo, um exame de ressonância magnética chega a custar R\$ 1542,50, uma tomografia do joelho R\$ 750,00 e uma ultrassonografia da tireoide custa R\$ 345,00 (ABMED, 2014). O custo de exames laboratoriais tem sido um grande causador de endividamentos tanto de pacientes como de hospitais. Os exames complementares devem ser utilizados de maneira criteriosa e não apenas para apoiar a insegurança diagnóstica do médico. O uso excessivo de exames complementares leva a

medicina suplementar a colocar glosas para o uso dos mesmos e no caso do SUS, além de encarecer o sistema, causa uma série de problemas ao acesso aos mesmos.

Considerações finais

A inserção de matérias de conteúdos humanísticos nas grades curriculares dos cursos de medicina é um grande passo a ser considerado, porém, traz à tona a questão de sua completa eficiência. Nenhuma mudança formal, que venha desacompanhada de constante estímulo e prática, surte efeito. É preciso que seja incentivada, cumulativamente, ao aprendizado teórico, a observação e a prática até o último ano do curso.

As reflexões sobre o modelo de saúde e formação profissional estão inevitavelmente ligadas, uma vez que o processo de trabalho em saúde, apesar do grande aporte tecnológico apresenta uma dimensão subjetiva devido ao caráter do seu objeto, o que lhe permite não ser subsumido à tecnologia.

Uma prática de saúde de caráter mais social e humanizado é possível sem abandonar os avanços tecnológicos, porém é necessário uma profunda reflexão sobre o caráter dos profissionais que estão sendo formados, o que passa por necessidades de mudanças não apenas nas estruturas curriculares dos cursos médicos, mas também na formação dos professores-médicos que precisam estar preparados para repassar esses conteúdos em sala de aula.

Referências

- ABMED. (2014). Tabela comparativa de preços. São Paulo: Abmed. Recuperado em 10 de agosto de 2014 de: < <http://www.abmedconvenio.com.br/?id=tabela>>.
- Alves, P.C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cad. Saúde Pública, Set. vol.9, no.3, p.263-271.
- Amarante, P. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bozzo, W. A. (2010). Ciência, Tecnologia e Sociedade: e o contexto da graduação tecnológica. Florianópolis: UFSC.
- Brasil. (2014). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Educação. Recuperado em 10 de agosto de 2014 de: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>>.

Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense.

Conselho Federal de Medicina. (2012). Resolução CFM nº 2.005. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Recuperado em 10 de agosto de 2014 de: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/2005_2012.pdf>.

Dias de Souza, A. (1998) *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica*. Tese doutorado em Medicina (psiquiatria). Rio de Janeiro: UFRJ.

Foucault, M. (2012). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Luz, M. (1988). *Natural Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus.

Luz, M. (2011). Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. *Saúde soc., São Paulo*, v. 20, n. 1, Mar. Recuperado em 10 de agosto de 2014 de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000100004&lng=en&nrm=iso>.

Pereira, O. P. & Almeida, T. M. C. (2005). Medical education according to a resistance pedagogy, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.69-79.

Recebido/received: 08/09/2014

Aprovado / Approved: 14/12/2015