



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

CRISTIANO HAYOSHI CHOJI

**A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL A PARTIR DAS DIRETRIZES
CURRICULARES NACIONAIS DE 2014: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES
CIENTÍFICAS**

Presidente Prudente - SP
2020

CRISTIANO HAYOSHI CHOJI

**A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL A PARTIR DAS DIRETRIZES
CURRICULARES NACIONAIS DE 2014: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES
CIENTÍFICAS**

Dissertação apresentada à Pró Reitoria de Pesquisa de Pós-Graduação da Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação – Área de concentração: Educação.

.

Orientador:
Prof. Dr. Sidinei de Oliveira Sousa

Coorientadora:
Prof.^a Dr.^a Raimunda Abou Gebran

378
C547e Choji, Cristiano Hayoshi
 A educação médica no Brasil a partir das Diretrizes
Curriculares Nacionais de 2014: análise das produções
científicas. / Cristiano Hayoshi Choji. -- Presidente
Prudente, 2020.
 90 f.: il.

 Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade
do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente, SP,
2020.
 Bibliografia.
 Orientador: Sidinei de Oliveira Sousa.

 1. Educação Médica. 2. Medicina – Estudo ensino. 3.
Diretrizes Curriculares Nacionais. 4. Ensino superior. I.
Título.

CRISTIANO HAYOSHI CHOJI

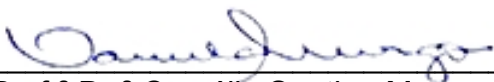
**A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL A PARTIR DAS DIRETRIZES
CURRICULARES NACIONAIS DE 2014: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES
CIENTÍFICAS**

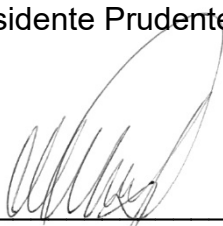
Dissertação apresentada à Pró Reitoria de Pesquisa de Pós-Graduação da Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação - Área de concentração: Educação.

Presidente Prudente, 10 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA


Orientador: Prof. Dr. Sidinei de Oliveira Sousa
Universidade do Oeste Paulista – Unoeste
Presidente Prudente – SP


Prof.^a Dr.^a Camélia Santana Murgos
Universidade do Oeste Paulista – Unoeste
Presidente Prudente - SP


Prof. Dr. Klaus Schlünzen Junior
Universidade Estadual Paulista - UNESP
Presidente Prudente - SP

DEDICATÓRIA

**A minha Família: Eliana, Eduardo e Pedro.
Aos meus pais Tetsuo e Toshiko.**

AGRADECIMENTOS

Aos professores que me guiaram nessa jornada em busca do saber Educacional, Professora Raimunda Abou Gebran e Professor Sidinei de Oliveira Sousa, sem os quais não seria possível alcançar o objetivo de tamanha complexidade.

A José Bressa, minha inspiração para a trilhar o caminho da Educação, quem nos ofereceu tantos caminhos a seguir em seu trabalho inicial mostrando o quanto havia a ser estudado.

À Dr.^a Jadete Barbosa Lampert, pois, embora eu nunca tenha sentado à frente em sua aula, impactou minha pesquisa com sua obra, de modo que a reconheço e a “adoto” como minha professora.

Aos professores do Programa de Educação que tornaram possível trilhar o caminho dos estudos. Aos colegas e amigos que dividiram comigo a companhia e as dificuldades juntos.

À minha coordenadora Priscila Buosi Rodrigues Rigolin que não poupou esforços para auxiliar minha participação no programa de Mestrado em Educação.

À Jakeline Margaret de Queiroz Ortega, responsável pelo fichamento de todos os artigos utilizados na pesquisa. Sempre presente para ajudar.

Aos meus assistentes discentes de Medicina Unoeste, Campus de Presidente Prudente, Caio Henrique Nobre Cabral e Carolina Moraes Faria, que dividiram comigo todo o fardo de pesquisa e digitação desta dissertação, de tal modo que se reconhece de igual forma o trabalho deles no texto, assim essa dissertação pode se dizer nossa, redigida a seis mãos.

“Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe.
A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância.”

Hipócrates

RESUMO

A educação médica no Brasil a partir das diretrizes curriculares nacionais de 2014: análise das produções científicas

Este estudo se atém à Linha de Pesquisa 2: Formação e ação do profissional docente e práticas educativas, uma vez investiga os processos institucionais de ensino e aprendizagem abordando estudos teóricos e a análise das práticas pedagógicas relacionadas à Educação Médica. Historicamente, a Educação Médica evolui por meio de mudanças significativas, nas concepções e paradigmas referentes ao profissional que se deseja formar, bem como no que tange à ação docente relativa a esse processo profissionalizante e socializante. Portanto, esta pesquisa tem por objetivo analisar as produções acadêmico-científicas publicadas nos últimos cinco anos pela Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) – após a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Médica (2014) – que estejam articuladas com proposições acerca da implantação das diretrizes na educação médica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa caracterizada por uma abordagem que permite realizar descrições detalhadas do objeto pesquisado, ou seja, as produções científicas dos últimos cinco anos pertinentes ao tema, publicadas na Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) que cite em seu texto as DCN 2014. Assim, para a execução deste estudo bibliográfico, foram selecionados 117 artigos, dos quais verificou-se que 10 deles tratam especificamente das DCN de 2014. Sendo assim, este estudo analisou os 10 artigos e constatou que há poucas publicações científicas focadas na implementação curricular das DCN de 2014 na formação em medicina, evidenciando um processo de evolução dinâmica e acidentada, estando ainda mais próximo de uma situação de adequação metodológica de ensino dos cursos do que propriamente da análise dos resultados na formação profissional proposta pela nova Diretriz Curricular Nacional para o curso de Medicina. O agrupamento de textos semelhantes permitiu a criação das seguintes classes analisadas com base no conteúdo dos artigos: 1) Resistência ao novo Currículo; 2) Perfil do Estudante; 3) Processo Pedagógico; 4) Proposta do Curso e Atuação Profissional 5) Integração Curricular.

Palavras-chave: Educação Médica, Integralidade, DCN, RBEM.

ABSTRACT

Medical education in Brazil from the 2014 national curriculum guidelines: analysis of scientific productions

This study is in line with Research Line 2: Training and action of the teaching professional and educational practices, as it investigates the institutional processes of teaching and learning involving theoretical studies and analysis of pedagogical practices related to Medical Education. Medical Education has historically evolved through significant changes in the conceptions and paradigms related to the professional to be trained, as well as with regard to the teaching action related to this professionalizing and socializing process. Thus, this research aims to analyze the academic-scientific productions published in the last five years by the Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), after the promulgation of the National Curriculum Guidelines for Medical Education (2014) that are articulated with propositions about the implementation of guidelines in medical education. This is a qualitative research that is characterized as an approach that makes it possible to carry out descriptions with details of the researched object, that is, the scientific productions of the last five years, relevant to the theme, published in the Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) that they cite its text the DCN 2014. Thus, for the execution of this bibliographic study, 117 articles were selected, of which it was found that 10 of them deal specifically with the 2014 DCN. Therefore, this study analyzed the 10 articles and found that there are few scientific publications focusing on the curricular implementation of the 2014 DCN in medical training, which demonstrates that it is still a dynamic and rugged evolution process, being even closer to a situation of methodological adequacy of teaching courses, than to the analysis of results in the professional training proposed by the new National Curricular Guideline for the medical course. The grouping of similar texts allowed the creation of the following classes analyzed based on the content of the articles: 1) Resistance to the new Curriculum; 2) Student Profile; 3) Pedagogical Process; 4) Course Proposal and Professional Practice 5) Curricular Integration.

Keywords: Medical Education, Comprehensiveness, DCN, RBEM.

LISTA DE SIGLAS

ABEM	- Associação Brasileira de Educação Médica
APS	- Atenção Primária à Saúde
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
IES	- Instituições de Ensino Superior
MEC	- Ministério da Educação
MFC	- Medicina de Família e Comunidade
OME	- Ordem média da evocação de palavras
PBL	- Problem Based Learning
RBEM	- Revista Brasileira de Educação Médica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNOESTE	- Universidade do Oeste Paulista

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos resumos.....	53
Quadro 2 - Análise Prototípica das Palavras-Chave	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Linha do Tempo da Educação Médica.....	25
Figura 2 -	Marcos históricos de Políticas Públicas para a formação médica...	36
Figura 3 -	Marcos Referencias Históricos da formação médica por década, centrados no Brasil.....	37
Figura 4 -	Nuvem de palavras dos resumos.....	52
Figura 5 -	Dendograma dos resumos.....	61
Figura 6 -	Gráfico de similitude das palavras-chave.....	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA	18
2.1	História da educação médica geral no contexto histórico brasileiro.....	18
2.2	Desenvolvimento da Educação Médica no Brasil contemporâneo	26
3	A EDUCAÇÃO MÉDICA A PARTIR DA DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN).....	38
4	METODOLOGIA.....	48
5	ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN 2014 A PARTIR DE UMA NOVA PERSPECTIVA PARA EDUCAÇÃO MÉDICA	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A - ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISES.....	75
	ANEXO A - DCN 2014.....	77

1 INTRODUÇÃO

A prática docente no âmbito da Graduação Médica apresenta diversos desafios educacionais próprios, dentre eles, podemos destacar os efeitos da cisão ocorrida historicamente entre a formação promovida pela escola médica e o trabalho, distanciando cada vez mais a formação profissional da complexa interação de processos sociais e dos meios de produção dos serviços, bem como dos papéis exercidos pelas instituições frente as condições do mundo do trabalho e das políticas de saúde representadas pela intervenção do Estatal a nível educacional e de trabalho.

Embora extremamente proveitosa como meio de crescimento dentro de sua própria área de atuação, via de regra a prática docente se realiza a partir da reprodução dos meios e metodologias de predileção do próprio docente durante sua formação, mostrando-se como o caminho lógico a ser seguido no ofício da docência. A evolução profissional carrega consigo, portanto, a tentativa de resolução de suas próprias fragilidades de formação como uma nova meta a ser alcançada. Contudo, esse caminho revela a complexidade oriunda da falta de formação específica de professor, fazendo com que estes profissionais estejam suscetíveis de se embrenhar no senso comum e pouco científico da equivalência entre profissional liberal e docente. Esse panorama parece predominar na educação universitária em nossa realidade nacional carente de profissionalização da atividade médica docente, bastante distanciada da epistemologia educacional (LAMPERT *et al.*, 2019). Assim, emerge o equívoco bastante comum de se considerar o bom profissional naturalmente um bom professor, o que não corresponde à realidade docente, visto apresentar uma outra dimensão de atuação profissional de igual ou maior complexidade em termos de fundamentação teórica.

A busca por ferramentas funcionais para uma adequada prática profissional docente leva, via de regra, a cursos de extensão, congressos ou até mesmo cursos Lato Sensu. Amiúde produtivos e engrandecedores, estes processos demonstram claramente ao professor o quanto é necessária a formação específica na área de educação, e a essa descoberta abre-se um mundo novo a ser explorado. Em outras palavras, apresenta a necessidade de ressignificar seu papel enquanto médico na atuação docente. Nesse processo de descoberta da fragilidade de sua fundamentação científica tecnicista, antes vislumbrada como inabalável, é agora

entendida como produto do meio onde foi ensinado, passando nesse momento a catalisar a necessidade cada vez mais premente de compreender o processo de ensino e de aprendizagem para deste modo revisar seus conceitos (LAMPERT *et al.*, 2019; BATISTA *et al.*, 2015).

Na contextualização histórica do século XX tem-se a dimensão da forma de educar no século XXI – forma que exige dos educadores da medicina esforços de criatividade para não só transmitir, como também construir conhecimentos frente às situações-problema dos mais variados graus de complexidade, para mudanças no perfil do egresso (LAMPERT, 2014, p. 292).

A tentativa de compreensão do meio no qual ocorreu a formação médica inspira uma necessidade inicial de revisão histórica, num primeiro momento de forma genérica, depois em âmbito nacional, a fim de se compreender o modo e as circunstâncias da graduação em medicina, bem como identificar a motivação que levou à necessidade de evolução da formação, a fim de atender, simultaneamente, tanto as necessidades de formação dos alunos quanto o perfil profissional necessário ao atual mundo do trabalho médico dentro do paradigma da integralidade, sob o risco de tornar não funcional os estudos do recém formado em medicina devido à necessidade de articulação para solução de problemáticas que fogem à retórica de uma formação compartimentalizada e tecnicista (SHON , 2000; LAMPERT *et al.*, 2019; BATISTA *et al.*, 2015).

O pesquisador teve declarada como completada, a sua formação enquanto aluno de graduação na escola médica no ano de 2001, não tendo sido assim formado na dimensão da integralidade curricular proposta inicialmente nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN 2001), reafirmadas, evoluídas e implementadas nas DCN 2014 (Anexo A) e que tiveram então como marco temporal legal de implantação nacional o ano de 2018. Como ocorre importante dedicação a carreira como educador dentro de Faculdade de Medicina, a qual prima por metodologias inovadoras bem como formação ativa por parte do corpo discente, foi motivado a buscar cada vez maior engajamento com a formação no eixo educacional . Sendo que a dimensão dessa pesquisa se enquadra na própria vivência do pesquisador, enquanto profissional da educação nesse período de implantação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais nas escolas médicas do Brasil.

Entendendo a motivação sócio-política que guia a criação das diretrizes curriculares em seu momento histórico e social, é necessário proceder à análise do modo pelo qual as instituições de ensino, como faculdades e universidades, reagiram a fim de se adequar às normas legais que passaram a determinar o modelo de formação do graduando em Medicina a partir da promulgação das mesmas em 2014; bem como se deu a evolução educacional de um paradigma tecnicista e fragmentado especializado para outro pautado no enfoque da integralidade e articulado com uma formação humanista no contexto social atual (BURSZTYN, 2015; LAMPERT *et al.*, 2019).

Nos últimos anos, a Educação Médica no Brasil vem passando por mudanças significativas, quer seja no tocante às concepções e paradigmas relacionados ao profissional que se deseja formar, quer seja com relação à ação docente, à abordagem do conhecimento, às proposições metodológicas, práticas avaliativas, enfim, ao processo de ensino e de aprendizagem como um todo. Nesta pesquisa, optou-se por uniformizar o termo Educação Médica por abranger todas as dimensões de sua proposta, como ponto de catarse, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicadas em 2001 e reconfiguradas para uma nova promulgação do Curso de Graduação em Medicina – instituídas pela Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014 – a qual resultou em mudanças significativas no processo do ensino médico, definindo em seu objetivo:

[...] proporcionar ao graduado em Medicina uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, para que o mesmo seja capaz de 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. 1).

Assim, para a consecução desse objetivo, proponente de um novo olhar e uma nova concepção para a formação médica Brasileira dentro do paradigma da integralidade, estabeleceu-se a necessidade de readequação curricular dos projetos pedagógicos das Escolas de Medicina, ressignificando também muitos dos processos didáticos e pedagógicos para que se pudesse garantir a formação do profissional médico articulado a esse novo paradigma de adequação ao perfil

profissional necessário para a atuação como médico no âmbito do mundo de trabalho contemporâneo (LAMPERT *et al.*, 2019; BATISTA *et al.*, 2015).

Esse novo olhar para a educação médica tem favorecido reflexões e ações por parte dos pesquisadores e propiciado publicações sobre as mudanças possíveis e necessárias a serem realizadas nos cursos de graduação de Medicina a fim de atingir os objetivos de adequação profissional ao novo mundo de trabalho, bem como o de romper com paradigmas anteriores que não mais são compatíveis com as necessidades sociais e profissionais atuais. Além disso, deve-se ter em vista que, por meio da escola, ocorre a passagem do saber espontâneo para o saber sistematizado, da cultura popular para a cultura erudita (LAMPERT, 2019; BATISTA *et al.*, 2015; SAVIANI, 2012).

Dessa maneira, temos a seguinte questão de pesquisa: como estão estruturadas as pesquisas científicas da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) após a promulgação das DCN de 2014?

Objetivo geral

Visando responder essa questão e compreender como esse processo de mudanças se viabiliza ou se concretiza dentro das pesquisas científicas na realidade nacional, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral:

Analisar as produções acadêmico-científicas publicadas nos últimos cinco anos pela Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) – após a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Médica (2014) – que estejam articuladas com proposições acerca da implantação das diretrizes na educação médica.

Objetivos específicos

A RBEM apresenta-se como o órgão oficial de divulgação científica da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, 2015), proporcionando discussões e reflexões sobre a Educação Médica no Brasil e na América Latina tanto na dimensão da Educação como do exercício médico. Por essa razão, buscamos, ao analisar as produções selecionadas, atender aos seguintes objetivos específicos:

- Identificar o impacto das DCN 2014 na educação médica a partir de artigos que tratem especificamente sobre esse tema;
- Caracterizar as regularidades existentes nas proposições de mudanças rumo à humanização frente ao paradigma da integralidade no processo de Educação Médica.

2 HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

2.1 História da educação médica geral no contexto histórico brasileiro

Para uma adequada análise das produções científicas aqui focadas perante as mudanças atuais na adequação da formação em medicina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais 2014 para a Educação Médica, é necessário identificar essas transformações no panorama do que era a proposta anterior de formação profissional oferecida nas instituições e como ela evoluiu historicamente até a proposta atual, fundamentando assim a necessidade de vislumbrar as origens da formação médica em suas diferentes fases históricas. Por fim, vamos dispor numa, de forma sistematizada, as principais leis regulamentares da profissão médica no Brasil a fim de melhor dimensionar aspectos do desenvolvimento histórico com base nas regulamentações (LAMPERT *et al.*, 2019; MENEZES JÚNIOR; BRZEZINSKI, 2018; BATISTA *et al.*, 2015).

Antes criação das universidades medievais, a metodologia de formação médica estava intimamente relacionada com a aprendizagem no trabalho. O aprendiz seguia os passos do mestre como ajudante até adquirir a capacidade de exercer o ofício de maneira autônoma. Deve-se ter em mente que, tanto durante a idade média para a clínica médica, quanto no século XVIII para cirurgia, houve uma mudança estrutural com a separação da educação do trabalho médico. Há, portanto, uma importante cisão na divisão do trabalho manual e intelectual, de modo que a atividade do estudante de medicina passou a ser vista como experiência pedagógica, desconsiderando tanto sua contribuição para a transformação da realidade no setor de saúde quanto o trabalho acadêmico na produção de saber científico. Essa dissociação de estudo e trabalho ainda se mostra um dos grandes problemas da educação médica atual (LAMPERT, 2009).

Historicamente, devemos pontuar que no Brasil colonial havia poucos atrativos aos médicos formados nas universidades europeias, por outro lado, para seus contemporâneos homens de ofício, como “cirurgiões”, trabalhar na colônia representava a possibilidade de ascensão social e econômica; assim, os cirurgiões exerciam no Brasil colonial a totalidade das funções assistenciais que na Europa cabia aos médicos (chamados então de físicos). Importante explicar que nesse período histórico coexistiam quatro formações distintas no exercício da medicina em

níveis técnicos também distintos. Assim, havia os físicos (que estudavam na Universidade de Coimbra e centravam-se em entender os autores gregos clássicos comentados pelos árabes) e os cirurgiões, orientados a um aprendizado mais prático da Medicina e, para exercer seu ofício, necessitavam receber uma carta de autorização expedida pelo Cirurgião-Mor do reino. Com formações ainda mais práticas e rudimentares, havia ainda a figura do cirurgião-barbeiro que era, na realidade, um barbeiro que acompanhava um cirurgião habilitado e que, depois de realizar uma prova, recebia deste uma carta de cirurgião-barbeiro formado (considerando que a atividade de barbeiro era muitas vezes executada por escravos com praticamente as mesmas funções do cirurgião); por fim, havia o ofício de barbeiro que, devido à sua habilidade de lidar com navalhas, executava sangrias em edemas sem possuir qualquer tipo de formação médica. Devido a conflitos na Europa (França de Napoleão Bonaparte), temos a chegada dos portugueses a Salvador, onde o príncipe regente D. João VI funda a primeira escola de Medicina do Brasil. Antes deste período, imperava a visão da metrópole em manter a colônia incapaz de ensinar e cultivar letras, desmotivando o ensino superior no Brasil. Fato que, historicamente, colabora com o atraso em direção à uma formação inovadora na graduação médica. Com o início do funcionamento da Escola de Cirurgia da Bahia (1808) e do Curso de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro (1809), transformadas posteriormente em Academias, inaugura-se o verdadeiro início da Medicina Brasileira, visto que anteriormente os médicos brasileiros em sua totalidade provinham da Europa ou eram filhos de nobres brasileiros que iam à Lisboa estudar, retornando posteriormente à colônia para exercer seu ofício (MENEZES JÚNIOR; BRZEZINSKI, 2018; BRESSA, 2016).

No Brasil, portanto, a história da medicina se inicia, como já mencionado, a partir da criação da primeira escola médica em fevereiro de 1808 por Dom João XI, na cidade de Salvador na Bahia, tão somente após ser alertado pelo cirurgião-mor da corte José Correia Picanço a respeito das dificuldades sanitárias locais; nesse mesmo é instalada no Rio de Janeiro a segunda escola médica. A reforma das duas escolas de medicina brasileiras em outubro de 1832 marca o reconhecimento das atividades médicas, unificando assim as profissões de cirurgião boticário e físico, bem como alterando as condições de formação médica através do fortalecimento da corporação, finalmente contemplada com a competência exclusiva na arte de curar (MENEZES JÚNIOR; BRZEZINSKI, 2018; LAMPERT, 2009).

O uso da palavra doutorando para se referir ao aluno de medicina em seu último ano de curso replica uma manifestação tradicional da cultura profissional que persiste desde o início do século passado (XX), quando os diplomados em medicina recebiam o título de “Doutor em Medicina” (MOURA, 2004).

Assim, a hegemonia histórica da medicina não foi conquistada sem esforços e sacrifícios. Antes de se configurar como profissão acadêmica, a formação médica competiu com diversas categorias de práticos que também se dedicavam ao tratamento e à cura de pessoas doentes e feridas. Barbeiros, curandeiros, bruxos, sacerdotes, druidas e “cirurgiões” (tratados aqui antes de sua integração à Medicina) são exemplos históricos que buscavam o status hoje conferido aos Médicos. A construção da hegemonia da medicina veio a se consolidar com o discurso científico do conhecimento. Ela constituiu-se apenas após a consagração do paradigma científico moderno como formulação epistemológica dominante e que culminou na medicina ocidental científica moderna. A identidade sociocultural médica se sobrepõe a outros elementos, inclusive àqueles de nacionalidade. Médicos são instruídos, treinados e socializados no interior de uma cultura profissional para um projeto coletivo de poder e mobilidade social. Segundo tradições religiosas e também ditas hipocráticas, a medicina deveria clamar para si o domínio sobre a doença e, conseqüente, a morte. Diferentemente de outras profissões, a necessidade de atenção médica se realiza em circunstâncias que extrapolam o controle humano (MOURA, 2004).

A formação acadêmica médica mantém uma correspondência histórica com as práticas sociais predominantes em determinado período, portanto, nos séculos XVI e XVII, na Educação Médica prevaleceu uma compreensão da educação em saúde como um ato normativo, prescritivo, dentro de um modelo biomédico de concepção fragmentária que trata o corpo em partes cada vez menores, no âmbito de uma lógica mecanicista que considera o médico especialista como uma espécie de mecânico do corpo humano, para assim intervir no corpo-máquina com defeito – doença. Já no século XXI, a educação na saúde se vê diante de uma proposição muito mais avançada, atualmente a formação médica transcende a instituição da escola e passa a ser discutida dentro do contexto social como um todo. Neste contexto, emergem as contradições sociais existentes entre os anseios do ser humano por uma saúde mais plural e a busca pela dignidade da vida humana com foco na formação em saúde. Há, portanto, o surgimento de uma nova concepção,

anteriormente mais baseada na racionalidade técnica e no conhecimento científico voltado para o “cuidar da doença” que muito contribuiu para criar uma insatisfação da sociedade com o desempenho das profissões de saúde, dentre elas a medicina (ARAÚJO, 2015; LAMPERT, 2009).

Neste sentido, a racionalidade técnica é uma epistemologia da prática derivada da filosofia positivista, decorrente da construção da universidade moderna dedicada à pesquisa. No âmbito desta configuração, os profissionais são vistos dentro de uma racionalidade técnica como solucionadores de problemas instrumentais através de meios técnicos apropriados para problemas específicos, numa perspectiva cartesiana (SCHÖN, 2000). A educação médica é uma fração da educação geral, destinada especificamente a treinar e a produzir novos membros para a manutenção e sobrevivência do grupo profissional. A isto se vinculam também a atitudes e disposições devido à socialização de sujeitos anteriormente leigos que se submetem ao processo de treinamento profissional médico, de modo a abrir mão de sua autonomia intelectual mediante a reorganização da visão de mundo e consciência perante conceitos éticos e morais, incorporando assim ideologia – uma cultura estruturada através do conjunto de valores específicos do grupo profissional que não serve em sua totalidade a nenhum outro (MOURA, 2004).

Os médicos, assim como outros profissionais, conservam sua posição na estrutura social com base no valor que a sociedade atribui ao seu trabalho, e em virtude da necessidade que ela tem do mesmo, devido também ao monopólio da categoria profissional em função de seu conhecimento específico sobre a matéria (MOURA, 2004). A educação, nesse contexto, assume mecanismos de reprodução da desigualdade social, fato que contribui especificamente para a sua reprodução social (SAVIANI, 2012). Uma medicina socialmente segmentada não contempla as necessidades de atenção básica, pelo contrário, sua prática alimenta e contribui para o retrocesso no conceito de saúde como direito social, sendo esse incorporado apenas aos discursos, em detrimento de sua real efetivação (LAMPERT, 2009; BATISTA *et al.*, 2015).

Consideradas como propostas históricas para a formação médica, temos, no rol dos referenciais históricos do século XX, marcos conceituais que deram norte a diversas iniciativas. Inicialmente, o Relatório Flexner, de 1910, impulsionou a pesquisa e promoveu avanços científicos e tecnológicos, não obstante, dividiu o conhecimento e enfatizou a especialização decorrente da discussão sobre o

processo saúde-doença. Esse paradigma educacional médico dito “Tecnicista”, provocou posteriormente uma ausência de competência na solução para problemas de saúde da população, apesar dos avanços científicos. (LAMPERT, 2009).

A publicação do trabalho de Abraham Flexner em 1910, no estudo “*Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*”, mais conhecido no meio profissional por Relatório Flexner (*Flexner Report*), é considerado o provocador da maior reforma das escolas médicas realizada nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações na formação médica e na medicina mundial, e que se refletem até os dias atuais em nossa concepção de educação aplicada à medicina (MEIRELES, 2019). Para Flexner, os critérios para distinguir profissão de outras formas de trabalho seriam: intelectual; aprendida; prática; técnica; fortemente organizada e, por fim, altruísta. Daí emerge a comparação entre profissionais e homens de negócio, uma vez claramente diferenciadas as características profissionais, sendo que, para os homens de negócios, há o objetivo da busca pelo lucro em um contraponto extremo aos profissionais que servem interesses de outros, a despeito de sua própria frustração. Portanto, é nítido o contraste das atitudes e comportamentos, algo que atualmente tende a parecer confuso (MOURA, 2004).

Flexner, após seu comissionamento na *Carnegie Foundation*, em dezembro de 1908, vistoriou pessoalmente todas as 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá num período de 180 dias. Importante frisar que Flexner era graduado em Artes e Humanidades e não possuía formação médica ou de saúde. Seu processo de avaliação abriu mão de qualquer instrumento padronizado ou validado de coleta de dados e acabou se transformando no principal – e praticamente único – instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; LAMPERT, 2009; BRESSA, 2016).

Importante compreender o contexto em que o estudo de Flexner foi realizado, ou seja, numa época e circunstância cuja situação das escolas médicas nos EUA era caótica, uma vez que não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, dispensada em meados do século XIX, o que gerou uma proliferação de escolas de Medicina, desde abordagens terapêuticas às mais diversas, abertas indiscriminadamente e sem nenhuma padronização ou vinculação a instituições universitárias, com equipamentos sucateados e carentes de critérios

de admissão ou tempo de duração diferenciados, independentemente de sua fundamentação teórico-científica da (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Na prática, utilizou-se critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional do médico e, com isso, provocou também o fechamento de muitas escolas à época (BRESSA, 2016). Propondo uma reforma da Educação Médica com uma concepção tecnicista e positivista com controle de admissão; redução no número de alunos nas salas de aula; dedicação exclusiva dos docentes, além de um currículo segmentado em ciclo básico seguido de ensino clínico no hospital, o qual passa a centralizar a formação profissional (ARAÚJO, 2015; LAMPERT, 2009).

Para Flexner, a prática foi eleita como técnica de ensino e o hospital passou a ser o ambiente ideal para o processo de ensino e aprendizagem dos estudantes de medicina. Não na condição de mero observador, e sim para realizar práticas laboratoriais e clínicas como principais fatores de sua instrução e disciplina (MOURA, 2004). O Relatório Flexner pode ser considerado como o responsável pela disseminação de um modelo de formação tecnicista e focado na especialização do atendimento em saúde, que não se mostra adequado às necessidades da sociedade Brasileira. Outrossim, o adjetivo “Flexneriano” pode atualmente ser aplicado de forma pejorativa, demonstrando currículos formatados com uma divisão clara entre o período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Muito embora não se restrinjam a estas propostas, este modelo organizacional tem se mostrado o mais influente e reconhecido, resistindo a quase cem anos e ainda vigente em muitas das escolas médicas Brasileiras que ainda apresentam dificuldades na implementação do ensino pautado na integralidade (LAMPERT *et al.*, 2019; BATISTA *et al.*, 2015).

Há assim uma distorção na formação médica que, por considerar a medicina hospitalar a mais aperfeiçoada e, por conseguinte, a que solucionaria o problema de doenças das pessoas, têm por consequência o surgimento de grandes hospitais escolas que acabaram por tragar a escola médica e subordiná-la aos seus interesses. Os hospitais que nasceram para suprir a necessidade de educação se tornaram robustos e poderosos, e culminaram na reorientação da educação médica de acordo com seus interesses de planejamento e diretrizes de gestão (MOURA, 2004). Isto perpetuou por muitos anos o modelo de assistencialismo em saúde no País, focado no atendimento hospitalocêntrico. Tal paradigma levou a um modelo

reducionista de educação Médica, ensejando o desenvolvimento de escolas médicas que formavam o aluno sob uma abordagem exclusivamente anátomo-clínica de seus pacientes.

A publicação e a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a área de saúde – em nosso caso, para o curso de Medicina – reduziam a importância do hospital como cenário de prática, em especial o hospital terciário, que constituía, então, a maioria no conjunto da rede de hospitais reconhecidos como "de ensino". Este seria apenas mais um dos múltiplos cenários e não o mais importante, uma vez que deveria se dar "ênfase aos atendimentos primário e secundário" como níveis prioritários para a formação médica (LAMPERT *et al.*, 2013, p. 155).

Ainda de maneira incipiente, na década de 60 se inicia o debate, em várias partes do mundo, discutindo a determinação econômica e social da saúde, buscando uma melhor abordagem nessa dimensão, no intento de superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade, destacando-se, nesse contexto, o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), demonstrando um novo direcionamento conceitual da abordagem da doença com a caracterização do campo da saúde. O Movimento evidenciou que o tradicional padrão assistencial era o componente deste campo que menos efeito parecia ter para promover uma melhor saúde, contribuindo posteriormente para mudanças conceituais na Saúde (FERREIRA, 2002). O Relatório produzido pelo Ministério de Bem-Estar e Saúde do Canadá sintetizou um ideário que preconizava como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuravam intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis (CARVALHO, 2004).

Grande marco na Educação Médica, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS, 1978), levou à reformulação de políticas de saúde para reorientar a Educação Médica no que se refere à nova abordagem dos conceitos de saúde, enfatizando a importância da atenção primária, e que culminou em um conceito de saúde reconfigurado. Em outras palavras, o conceito de saúde extrapolou ausência de doença a passou incorporar também a qualidade de vida. Por fim, expressa na carta de Ottawa (Canada) em 1986, emerge uma nova reflexão sobre o equilíbrio na oferta de serviços sanitários básicos e especializados, voltando-se para o conceito de promoção da saúde (LAMPERT, 2009).

A figura de linha do tempo para a educação médica, demonstra de maneira gráfica, mas não com proporções temporais em sua linha, os marcos históricos que

impactaram na educação dentro da perspectiva de educação médica dessa pesquisa.

Figura 1 – Linha do Tempo da Educação Médica.



Fonte: O autor.

2.2 Desenvolvimento da Educação Médica no Brasil contemporâneo

Inicialmente, o modelo de Educação Médica predominante no Brasil estava alinhado ao modelo de ensino Europeu, sobretudo o Francês e o Inglês. Contudo, no início do século XX, com as mudanças de influência geopolíticas do pós-guerra, o Brasil passou a sofrer forte influência do modelo americano de Educação Médica (BRESSA, 2016). Por conseguinte, o modelo de Educação Médica pautado no dito paradigma Flexneriano começou a ser implantado no Brasil por volta da década de 50, influenciando os novos cursos de Medicina. O contexto da época indicava um acelerado desenvolvimento comercial e científico-tecnológico, o que levou à prevalência deste modelo, tendo como consequência um aumento de gastos, além do consumo desenfreado das possibilidades de diagnóstico e tratamento, em contraponto à falta de recursos para a manutenção do sistema de saúde no contexto brasileiro (CANDIDO; BATISTA, 2019).

Importante conceituar que, durante todo o século XX, o chamado paradigma Flexneriano foi hegemônico como modelo que buscava a formação de um médico tecnicista, com a valorização do modelo biomédico e curativo, voltado para o indivíduo, hospitalista e com a fragmentação em especialidades. Essa organização curricular chega ao Brasil na década de 1950 e foi responsável pela alteração da organização institucional dos cursos de Medicina em ciclo básico e ciclo clínico, pela reorganização das disciplinas em Departamentos e pela valoração do Hospital-Escola como principal cenário de aprendizagem da prática clínica também no âmbito da realidade nacional. Neste período, o estudante de Medicina vinculava-se a algum serviço desprovido de planejamento pedagógico, e nele era submetido à uma especialização precoce (BRESSA, 2016).

Para alguns autores como Franco, Cubas e Franco (2014), a evolução da educação contemporânea (considerados aqui os séculos XX e XXI) médica no Brasil passou por três fases distintas:

Ao traçar um panorama histórico, notam-se marcos relevantes, retratados pela evolução da educação médica em três fases : a primeira, de 1950 a 1970, de planificação por objetivo, direcionada à gestão; a segunda fase, de 1970 a 1990, marcada pela busca da pertinência, ou seja, de um médico em concordância com as necessidades locais de saúde, quantitativa e qualitativamente; e a terceira fase, a partir dos anos de 1990 até os dias atuais, que busca o impacto da educação médica sobre a saúde da população (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014, p. 222).

Para esses autores, a fase inicial, relacionada à gestão, remete ao Relatório Flexner de 1910, que como já anteriormente explicado provocou uma drástica revisão da Educação Médica vigente até então, promovendo critérios científicos e tecnicistas de roupagem acadêmica, consolidando uma formação segmentada em ciclos de formação profissional, tal como a arquitetura curricular que até hoje predomina na rede universitária dos países industrializados.

As estruturas curriculares dos cursos de graduação médica que seguem esse paradigma tecnicista, com a fragmentação dos conhecimentos em especialidades e em departamentos de disciplinas isoladas, tendem a provocar no estudante uma especialização precoce em sua formação. Isso se justifica pelo avanço científico e tecnológico proporcionado por um modelo denominado paradigma Flexneriano, que conduz a um distanciamento da prática social dos docentes, do real exercício profissional da medicina de futuros médicos e atuais estudantes. Isso, a despeito do ato de não se reconhecer socialmente a fragmentação da prática médica, faz prevalecer um discurso inadequado de profissão única, criando ilusoriamente uma concepção de que qualquer profissional possa se inspirar na mais valorizada prática profissional liberal.

Somente após um longo período após as reformas oriundas do relatório Flexner, já na década de 60, houve a introdução da disciplina de Medicina Preventiva na graduação médica brasileira, em contraponto ao processo de formação médica segmentada e especializada, mas todavia de forma parcial e incompleta, com uma inversão da lógica das relações dominantes de prática médica/educação médica que demonstrou o problema crucial da racionalidade econômica a fim de buscar um custo benefício favorável e viável (LAMPERT *et al.*, 2019).

As escolas brasileiras perceberam a importância da atenção primária e reforçaram tanto a experiência dos Departamentos de Medicina Preventiva quanto as atividades fora do serviço-escola, na tentativa de modificar o ensino hospitalocêntrico com sua prática fragmentada em especialidades, apontando para o fato de que o avanço se daria tão somente através de iniciativas abrangentes mais integradas e focadas (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018). A prática médica está intimamente ligada às transformações históricas dos processos de produção econômicos, sendo necessário analisar as características da educação médica inserida dentro de uma reflexão das tendências políticas e sociais, bem como do

modelo econômico dominante. Adotou-se a Atenção Primária em Saúde APS, como estratégia para atender a adequação das metas no desenvolvimento dos profissionais de saúde (LAMPERT, 2009; MENEZES JÚNIOR; BRZEZINSKI, 2018; BATISTA *et al.*, 2015).

A pedagogia articulada com os interesses populares valoriza a escola, não sendo diferente ao que ocorre em seu interior e, para que funcione bem, deve demonstrar interesse em métodos de ensino eficazes (SAVIANI, 2012). Não reconhecer socialmente a fragmentação da prática médica, deixando prevalecer um discurso de profissão única, abre espaço para que qualquer profissional possa se inspirar no modelo ideológico por ele mais valorizado e pautado em maiores lucros como se fosse o modelo ideal a ser um dia concretizado (LAMPERT, 2009).

Desde sua fundação em 1962, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) desenvolve trabalhos de análise e recomendações às escolas médicas para a reformulação de conceitos e métodos para a formação médica na graduação. Isso é evidente em nosso panorama, pois além dos marcos internacionais como Lalonde, Alma-Ata e Ottawa, anteriormente discutidos, existem desde a década de 1960 estudos e recomendações nacionais para a formação do médico geral na graduação (LAMPERT, 2009).

Adicionalmente, é mister ressaltar que, na primeira metade do século XX, inexistia o estágio formal denominado de Internato Médico no Brasil. À época, o estudante de Medicina se submetia a um estágio em algum serviço, todavia desprovido de um planejamento pedagógico, apresentando assim uma especialização precoce. O estagiário acabava por se incorporar aos serviços médicos ou às universidades. Nesse processo de formação na década de 50, ainda incipiente, o estudante de medicina acabava por se especializar sem ter a visão abrangente necessária da Medicina para exercê-la com a devida formação generalista. As escolas médicas nessa época não ofereciam o estágio de internato; os estagiários acompanhavam algum serviço especializado ou, ainda, subespecializados, o que em nada contribuía para a formação de um médico generalista e apenas consolidava uma formação médica de visão tecnicista e compartimentada do ser humano. Este fenômeno levou o Conselho Federal de Educação a editar, em 1969, a regulamentação de estágios em serviço, conferindo um primeiro objetivo para o Internato no Brasil (BRESSA, 2016; LAMPERT *et al.*, 2019; BATISTA *et al.*, 2015). Deste modo, promoveu-se a incorporação dos

postulados flexnerianos a partir da Reforma Universitária de 1968, através de políticas, programas e projetos para a articulação das relações entre ensino e serviços de saúde (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

[...] estágio obrigatório em Hospitais e Centros de Saúde adaptados ao ensino das profissões de Saúde, em regime de Internato, no qual se faculta ao aluno adestrar-se, por sua escolha, nas tarefas, específicas abrangidas pelo gênero de atividade que irá exercer logo após a formatura e ao longo da vida profissional, atribuindo-se-lhe responsabilidade crescente na assistência ao doente, porém ainda sob a supervisão do pessoal docente, compreendendo o mínimo de dois semestres (BRASIL, 1969, p.9).

Essa importante resolução do Conselho Federal de Educação buscou a equivalência na formação dos internatos nas Universidades e modificou, ao longo da década de 1960, a estrutura das escolas de Medicina em todo o Brasil, passando a oferecer o estágio em serviço com supervisão e organização mínimas. Já durante a década de 70, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) produz outro documento importante para a estruturação do internato que hoje conhecemos, ou seja, o relatório final da XII Reunião Anual da ABEM, realizada em 11 a 14 de setembro de 1974, responsável pela publicação de recomendações para a educação médica (BRESSA, 2016; LAMPERT, 2009).

O internato médico consiste no estágio curricular obrigatório da graduação médica sob supervisão docente e de preceptoria, realizado nos dois últimos anos do curso em serviços próprios ou conveniados, a fim de proporcionar aos estudantes a aproximação com a realidade profissional e aprimorá-lo em sua formação técnica e pedagógica, de modo a prepará-lo para o exercício da medicina cidadã. Foi regulamentado no Brasil através de uma resolução de 1969 do Conselho Federal de Educação (CFE) – órgão submetido ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) – que o tornou obrigatório como período especial de aprendizagem. Atualmente regulamentado por resolução do CFE de 1983, consiste no período de estágio obrigatório de ensino e aprendizagem, sendo também regido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina estabelecidas em 2014. Apesar da tentativa de ruptura do paradigma da especialização precoce, os alunos ainda o consideram como uma oportunidade de profissionalização na qual subjaz uma visão mais clara e ampla do que realmente é a especialidade e o que deles será exigido no mundo do trabalho (TELES FILHO, 2019).

Antes da organização curricular, as atividades práticas extracurriculares se postulavam como uma verdadeira face reversa da educação médica, onde a escola formal delegava a formação prática do profissional, como se houvesse uma divisão em que a escola formal se encarregasse de ensinar medicina e a escola paralela, sem a presença de um professor formal, se encarregasse de ensinar a ser médico. Muitos estágios ofereciam experiências de aprendizagem para o estudante como forma de substituição de mão de obra profissional mais dispendiosa (MOURA, 2004; LAMPERT *et al.*, 2019). A profissão de professor de medicina pode amiúde ser desempenhada por um profissional sem carreira acadêmica ou ainda aspirante, um médico residente ou mesmo um monitor (estudante mais graduado, onde há uma forte hierarquia e tradição no meio acadêmico médico). Considerada como uma face reversa da formação médica, essa escola médica paralela se consolida sem o controle institucional da escola médica formal (MOURA, 2004).

Muitas atividades extracurriculares se dão em virtude da busca ativa dos estudantes, usualmente nos primeiros anos do curso, instigados por uma compulsão de ver como funciona a verdadeira medicina prática, diferentemente das aulas essencialmente teóricas e laboratoriais, típicas do ciclo básico tradicional (MOURA, 2004). Visto que a prática social dos docentes é distinta da prática social médica em geral, há uma fragilidade estrutural no processo educativo médico, dificultando o ensino de conteúdos técnicos desligados da realidade social onde serão empregados. Agravados ainda pelo fato de somente décadas após as reformas oriundas do relatório Flexner, na década de 1960, houve a introdução da Medicina Preventiva e Social no currículo da graduação médica (LAMPERT, 2009).

Autores como Franco, Cubas e Franco (2014), consideram uma segunda fase, de 1970 a 1990, em que a formação médica busca seu direcionamento de formação de acordo com as necessidades locais de saúde sob uma ótica quantitativa e qualitativa. Busca-se uma formação prática mais robusta e generalista, de modo que a formação ideal seja inicialmente generalista, ao passo que internato seja formatado a fim de se evitar especialização precoce no decorrer da formação. Por último, chegamos ao período que se inicia na década de 1990 até os dias atuais, marcado por uma educação médica fundamentada na formação geral e humanística sobre a saúde da população.

Portanto, no contexto brasileiro, a partir da década de 1970 há uma transformação nos campos da saúde e educação rumo à uma integração do ensino

e serviço, o que aproximou as universidades e as instituições de saúde por meio da reorganização do ensino e da assistência à saúde. Essa integração de ensino e serviço se concretiza através de um trabalho coletivo, pactuado e integrado entre os estudantes e professores dos cursos de formação na área e os trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se aqui também os gestores, visando uma melhor qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, bem como a formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores destes serviços. Nesse contexto histórico, persistem ainda grandes desafios, sobretudo em relação ao compartilhamento de objetivos entre estes dois mundos, já que a integração ensino e serviço não é possível se realizada de forma unilateral, necessitando, para tanto, de articulação política, social e econômica.

Esta década de 1970 também é responsável pelo surgimento de dois grandes movimentos pró-mudança na formação médica: o da Medicina Comunitária, cuja principal estratégia era o estímulo à participação comunitária e aquele da Integração Docente Assistencial (IDA), para dar início a um processo de articulação entre instituições de Educação Médica e serviços de saúde, de modo a se obter a adequação da formação às reais necessidades da população, promovendo uma produção de conhecimento alinhada à formação de recursos humanos (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018). Perante a necessidade de a escola médica sair de seus muros para interagir com os serviços e a comunidade e formar o profissional médico adequado para atender nas necessidades básicas de saúde, a dimensão educacional da escola médica deve estar diretamente relacionada à sua finalidade (LAMPERT, 2009).

Com a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), essa conformação profissional tornou-se incapaz de atender as exigências necessárias, não atendendo às demandas de saúde da população atendida pelo SUS, tendo em vista a inoperante personalidade generalista que esses médicos carregavam consigo devido a sua formação (MEIRELES, 2019). Concomitantemente a essa situação, emergiu a discrepância entre especialistas e clínicos gerais, com a hegemonia dos primeiros na vida profissional, fazendo que a população desse preferência ao atendimento especializado, num processo que, ao fim e ao cabo, levou os clínicos gerais a uma situação de subemprego. Outrossim, houve um exponencial crescimento no número de profissionais médicos ao passo que agravou-se a escassez de enfermeiros e demais profissionais (LAMPERT, 2009). A formação

médica ainda atrai grande número de alunos em busca de recompensas históricas, de posição social, segurança e prosperidade, pressionando a criação de serviços tradicionais para estudantes que procuram as recompensas tradicionais (SHON, 2000).

A partir da constituição brasileira de 1988, a saúde torna-se um direito de todos e dever do estado através do sistema único de saúde (SUS) que, dentre suas atribuições, compete coordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, não obstante, em termos práticos, é o Ministério da Educação (ME) quem mantém o controle do pessoal da saúde, visto que o papel regulador deste ministério estendeu-se até mesmo através do controle de um sistema de residência médica e de especialização, sendo importante ressaltar que o setor de educação assumiu, ainda, a responsabilidade pelos Hospitais Universitários (HU). A modo de ilustração, o Ministério da Educação dispõe de mais leitos hospitalares que o próprio setor de saúde. Há uma aproximação entre a formação e a atuação profissional através do ordenamento concebido pela gestão do sistema único de saúde (SUS) na formação de recursos humanos para a saúde (LAMPERT, 2009; MENEZES, JÚNIOR, 2018).

Segundo ainda com autores como Gonzalez e Almeida (2010), o panorama da saúde pública brasileira sofreu grandes mudanças no decorrer das décadas de 1980 e 1990, concomitante à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), referenciado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990 que dispõem os princípios democráticos de seu acesso. Isso também repercutiu no modelo de formação profissional, agora baseado no acesso universal e com modelos de atenção que valorizam a integralidade do indivíduo e a busca de uma humanização. Esse modelo se contrapõe ao modelo Flexneriano até então predominante na atenção à saúde – centrado na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, sob a ótica de interesses econômicos e corporativos não necessariamente alinhados com as necessidades da população atendida.

Durante década de 1990, destaca-se na América Latina a iniciativa da fundação W. K. Kellogg, responsável pela realização do programa denominado *“Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”* (Programa UNI). Esse programa tentava articular a implantação de uma prática pedagógica inovadora na formação de profissionais de saúde pela Universidade, promovendo uma mudança da prática de atenção à saúde no âmbito de seus Serviços Locais através da participação social com vistas à promoção da

saúde e à melhora da qualidade de vida. Focado no desenvolvimento de melhorias nas relações de seus três componentes, a saber, Universidade, Sistema Local de Saúde e Comunidade, propunha-se a fundamentar e a projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade (MACHADO *et al.*, 1997).

Para Machado *et al.* (1997) esse programa da fundação W. K. Kellogg buscava articular a implantação de uma prática pedagógica inovadora na formação de profissionais de saúde pela Universidade, em direção a uma mudança da atenção à saúde local para um novo tipo de participação social com vistas à promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.

Desde modo, podemos determinar o encontro destas três gerações de reformas na Educação Médica atual. Inicialmente, houve uma mudança paradigmática desencadeada a partir da publicação do Relatório Flexner, onde se consolida a formação em ambientes hospitalares com cenários privilegiados para o exercício da prática médica; seguida de uma segunda reforma que introduziu inovações pedagógicas, tais como o *Problem-Based Learning* (PBL), contemplando as metodologias ativas e o trabalho em pequenos grupos. Nesse ínterim, as faculdades de Medicina foram estimuladas a romper com estruturas hierarquizadas e modelos tradicionais de ensino para adotarem metodologias de ensino e aprendizagem centradas na aprendizagem do aluno.

Assim, para a aplicação do processo do PBL, inicia-se a atividade com a apresentação de uma situação-problema aos estudantes, sem qualquer instrução prévia acerca de informações relacionadas à sua solução, tendo como finalidade instigar a necessidade de estudar determinados conteúdos. A seguir, os estudantes trabalham em pequenos grupos para analisar o problema e determinar quais questões se apresentam e quais informações são necessárias para solucioná-lo. Uma vez identificadas as questões de aprendizagem, os estudantes realizam um estudo autônomo antes de retornar ao grupo para compartilhar suas descobertas e aplicá-las na resolução do problema proposto. O ciclo se encerra com uma atividade reflexiva, de modo que os estudantes avaliem tanto a si próprios como também a seus pares no que se refere à construção de conhecimentos e à aquisição de habilidades (SOUSA, 2018).

O PBL é uma metodologia que visa integrar várias disciplinas na busca de soluções de questões práticas (*Problem solving mode*) de uma pessoa ou sociedade. O PBL objetiva a educação em saúde, subdividindo-se em três focos:

aquisição de um corpo integrado de conhecimentos; aplicação de habilidades em solução de problemas; e, por fim, o desenvolvimento do raciocínio clínico. O professor atua como facilitador, ao passo que o estudante realiza uma busca ativa de informações e habilidades (SOUSA, 2018). Os alunos aprendem através da prática, os professores assumem o papel de orientadores, ensejando uma transição gradual para a convergência de significado mediada por diálogo distinto entre estudante de professor na descrição da prática (SCHÖN, 2000).

Por último, uma terceira geração de mudanças ganha força nos sistemas educacionais a partir do conceito de “*social accountability*”, termo ainda novo que se refere ao compromisso de prestação de contas, de uma relação que se inicia no acolhimento das preocupações sócio--sanitárias das comunidades, regiões ou nações para o direcionamento das atividades de ensino, pesquisa e serviço da medicina. O projeto educacional baseado na comunidade considera o envolvimento de estudantes e sua presença no atendimento da população durante sua experiência educativa como componente chave de sua formação humanística (FERREIRA *et al.*, 2019).

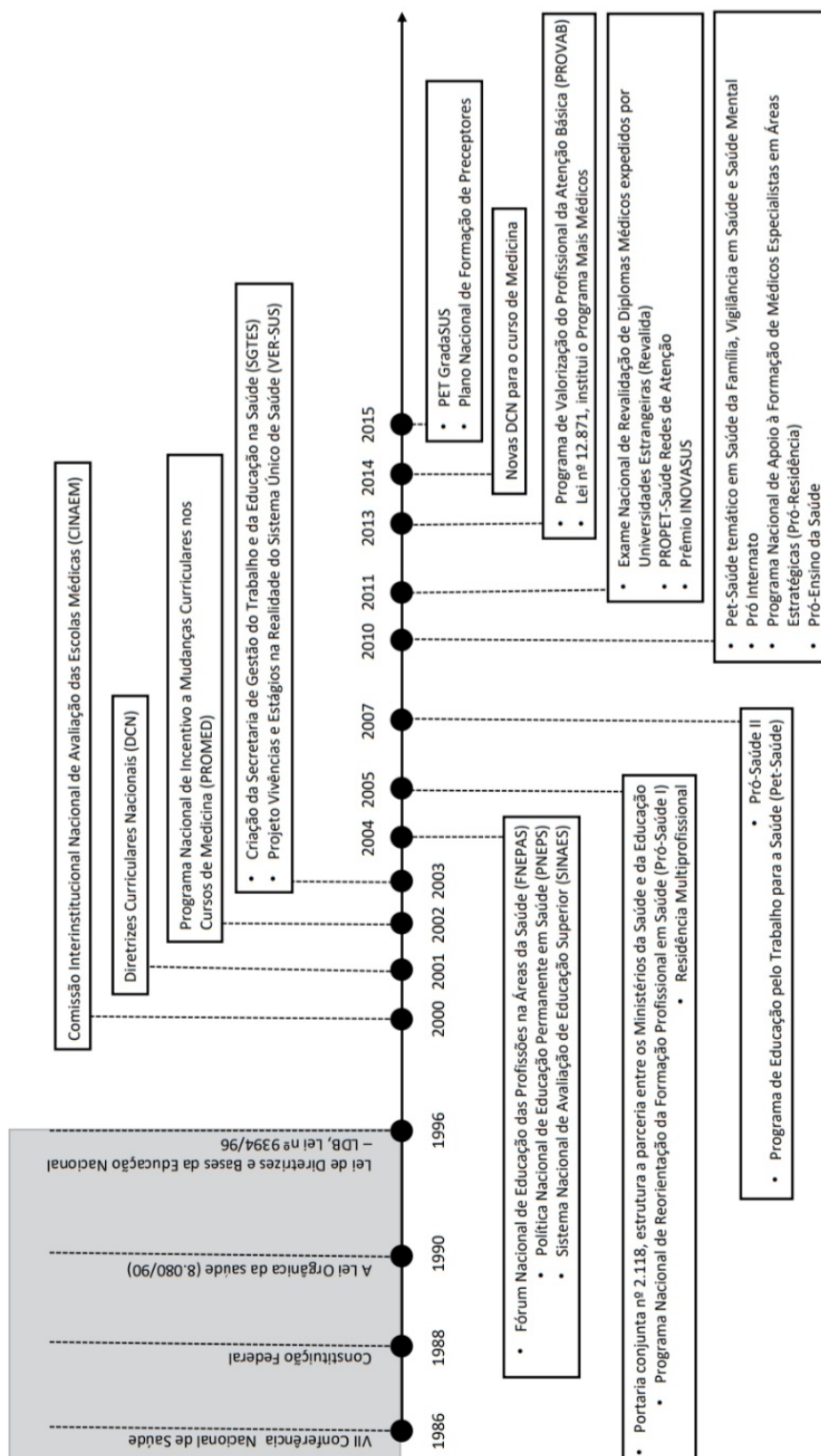
As últimas reformas dos setores de saúde contemporâneas são demarcadas em dois momentos distintos. Inicialmente pela democratização do país com a proposta da universalização dos serviços de saúde e, num segundo momento, pelas medidas de racionalização e contenção de gastos devido à elevação progressiva dos custos de serviços. Surge a necessidade de adequação quantitativa e qualitativa da formação e capacitação técnica e gerencial para satisfazer as novas realidades dos serviços; não obstante, emerge neste processo uma série de resistências e dificuldades de mudança no aparelho formador, em especial nas escolas médicas.

As necessidades sociais de saúde teriam que moldar a organização dos serviços, o que idealmente determinaria o processo educativo dirigido à formação de recursos humanos para prestar o serviço de saúde, uma vez que a prática médica deve se ater à transformação histórica dos meios econômicos e sociais, tal como ocorre com os demais componentes sociais, sendo necessária a reflexão sobre as tendências socioeconômicas dominantes no seu contexto contemporâneo. Contrariamente, há o risco de se produzir uma medicina socialmente segmentada que não atende as necessidades de atenção básica, de modo a reproduzir e contribuir para a desigualdade e o retrocesso da saúde como direito social. Concomitantemente, os serviços que visam o atendimento da população com maior

poder aquisitivo apresentam uma qualidade comparável aos melhores serviços mundiais, ao passo que serviços públicos, via de regra, são mal estruturados e com recursos escassos, situação que acaba impactando diretamente a docência da medicina, visto que os professores são comumente os profissionais de maior êxito profissional em um mundo privado totalmente desconectado da realidade que o estudante de medicina terá de encarar no início de sua carreira. Portanto, a ciência a que o estudante tem acesso na escola torna-se inaplicável em sua realidade profissional de atendimento (LAMPERT, 2009; BATISTA *et al.*, 2015).

Ferreira *et al.* (2019) chama a atenção para o fato de que as iniciativas propostas na forma de documentos e legislação vêm contribuindo significativamente para fomentar a reflexão sobre a formação de profissionais da saúde. Nesse sentido, o autor sintetiza, na Figura 1, as ações realizadas no Brasil nas últimas três décadas.

Figura 2 - Marcos históricos de Políticas Públicas para a formação médica



Fonte: (FERREIRA *et al.*, 2019).

Assim, para perspectiva Educacional da Medicina Brasileira, o século XX caracterizou-se por dois grandes movimentos: a importante expansão do número de escolas médica, e o surgimento de várias experiências voltadas à integração ensino

e serviço que, posteriormente, constituíram as bases para as atuais políticas de reorientação da formação (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Figura 3 - Marcos Referenciais Históricos da formação médica por década, centrados no Brasil.



Fonte: O autor.

3 A EDUCAÇÃO MÉDICA A PARTIR DA DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN)

Passamos a analisar a formação médica agora sob a ótica da promulgação e aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na formação em Medicina, inicialmente propostas em 2001 e posteriormente renovadas em 2014. As DCN se referem a um conjunto de direcionamentos para a graduação em Medicina no Brasil responsável pela definição dos princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos em âmbito federal. As políticas de formação de recursos humanos em medicina estão relacionadas às políticas de saúde e integradas às políticas de educação, emprego e salário, extrapolando a governabilidade do setor da saúde dentro do contexto também social.

Tais diretrizes visam promover uma formação profissional adequada à situação contemporânea, não se articulando com a formação tradicional de apenas transmitir conhecimento, pois visam desenvolver no estudante a capacidade de resolver situações e problemas (LAMPERT *et al.*, 2019). Ainda nessa perspectiva de ruptura, Franco, Cubas e Franco (2014) afirmam que a Educação Médica vem recebendo críticas na dimensão educacional referentes à metodologia de ensino e aos conteúdos de maneira geral, sendo isso verificado em diversas instituições. Esse contexto revela uma incongruência entre a formação profissional e as necessidades de saúde, intimamente relacionada a um processo histórico de elaboração de currículos descontextualizados, fragmentados e excessivamente focalizados na técnica (FERREIRA *et al.*, 2019).

A resolução nº 8/69 determinou os limites de duração do curso de medicina, bem como o núcleo de matérias consideradas indispensáveis para a adequada formação profissional e a integração entre elas, representando um marco para a adequação profissional. No ciclo básico, a resolução indicava noções de biologia, ciências fisiológicas e morfológicas, estudo de agentes patogênicos animados, imunologia e processos patológicos gerais. A seguir, no ciclo dito profissional, preconiza um ensino dos fundamentos da relação médico paciente, anamnese, semiologia e métodos complementares, aspectos clínicos, cirúrgicos e anatomopatológicos das doenças em adultos e crianças. Contempla, ainda, o ensino das doenças infecto-parasitárias, da saúde da criança, da mulher, da saúde mental, e da saúde coletiva, incluindo o ensino das bases técnicas de cirúrgica e anestésica

em plena observância dos aspectos legais e éticos do exercício da medicina. Dentro de uma carga horária de 4500 horas de formação, complementada por estágio sob supervisão não inferior a dois semestres, estabelece no mínimo de cinco a nove anos de duração (LAMPERT, 2009).

Durante os atuais seis anos de duração da graduação em medicina, as escolas médicas formam o profissional com um perfil que engloba simultaneamente conhecimentos, habilidades e atitudes para o seu ingresso no mundo do trabalho, atendendo as demandas das necessidades básicas de saúde da população de forma competente e articulada. Há também grandes variações em eixos distintos, podendo ser pública ou privada, de vocação institucional, de alta tecnologia, de investigação ou comunitária; varia, ainda, segundo sua localização, em pequenas cidades ou metrópoles, levando a heterogeneidade entre as instituições, reproduzida em seu interior. A mudança do paradigma Flexneriano, a despeito de diversas iniciativas, ainda está distante de se concretizar em uma estrutura do mundo do trabalho predominantemente voltada às especialidades com atendimentos compartimentalizados (LAMPERT, 2009).

Em resposta à crescente crítica ao modelo de Educação Médica praticado no Brasil até então, as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais para a área foram promulgadas em 2001. A proposta desse documento era de servir como um guia para a composição curricular das escolas médicas, com indicadores de habilidades comuns a todos os cursos da área de saúde e habilidades específicas para a graduação em Medicina, representando uma revolução na educação em saúde. Entretanto, as DCN de 2001 eram insuficientes quanto às transformações relativas ao ambiente de atuação do SUS. Embora preconizassem a interdisciplinaridade necessária à uma visão integral no cuidado do paciente, subsistia ainda a formação de médicos pouco integrados à prática clínica e pouco envolvidos na visão histórico-social e humanística necessária à abordagem da saúde da população brasileira (MEIRELES, 2019).

O processo em busca de uma formação dentro dos moldes da integralidade levou o Conselho Nacional de Saúde/Centro de Ensino Superior a propor aos cursos de Medicina um currículo baseado em competências e a estabelecer novas diretrizes curriculares, por orientação do Ministério da Educação e Cultura (MEC). (BRASIL, 2001). Para Nogueira (2009), a formação médica ainda encontrava-se estruturada a partir de um modelo tecno científico, sendo à Educação Médica

atribuída uma forte crítica recorrente em todo o mundo. No caso brasileiro, tornou-se objeto de análise e debates pelos profissionais da área e pela sociedade em geral. Havendo, em certo sentido, um consenso quanto à necessidade de reformulação dos aspectos necessários à formação médica com o objetivo de atingir as demandas assistenciais atuais. Este posicionamento foi sustentado por autores que consideravam que o processo educativo brasileiro no ensino superior em saúde ainda apresentava fortes influências da concepção Flexneriana e da fragmentação dos conhecimentos durante os processos de ensino e aprendizagem (ALMEIDA FILHO, 2010).

No período compreendido entre 1969 a 2001, as escolas médicas se achavam obrigadas a cumprir um currículo mínimo, objetivando promover o ensino básico que todo profissional necessitava para o adequado exercício de sua função, o que propiciou a constituição de nichos e interesses específicos das disciplinas e departamentos constituídos no seio da instituição, culminando numa visão bastante fragmentada do curso. Por conseguinte, dentre os maiores desafios que as diretrizes posteriores impuseram às escolas médicas dentro do processo transformador, estava a construção coletiva de um processo pedagógico agora centrado no aluno como sujeito de aprendizagem tendo o professor como facilitador do processo aprendizagem. O problema enfrentado na graduação médica criou um vácuo entre as disciplinas; deriva deste processo um natural distanciamento entre a graduação a residência (especialização) que, em tese, seria esta uma última sequência da formação profissional; não raro, estes problemas são pouco coerentes com a lógica sequencial da formação médica profissional perante as necessidades de saúde da população. As diretrizes pontuam que o profissional médico deve possuir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, estando capacitado a atuar pautado na ética das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde (LAMPERT, 2009).

Uma adequação curricular das universidades e faculdades de Medicina, orientada à uma formação que permita uma compreensão ampla da saúde com uma visão social, em busca do cuidado integral e não fragmentado do indivíduo emerge como o único caminho possível para satisfazer a proposta de uma formação do profissional médico capaz também de melhorar os contextos sociais através de uma gestão responsável e do uso eficiente dos recursos, não se restringindo apenas à solução problemas. Não obstante, há ainda uma enorme influência do mercado de

trabalho focado na competição por espaço de atuação em um mundo globalizado, e a universidade não está imune a ela. Nesse contexto, devemos considerar também o contraponto de que os elementos do mundo do trabalho, bem como de ensino e de aprendizagem, estarão fortemente associados ao conceito de competência na formação do profissional, entendidos, de acordo com Perrenoud *et al.* (2002), como a capacidade de mobilizar ações para desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes (LAMPERT *et al.*, 2019; BATISTA, 2015, BRASIL, 2014).

Assim, o objetivo almejado pelas mudanças desencadeadas a partir das novas diretrizes curriculares indica que a formação médica deve garantir a interação entre profissionais de saúde, usuários, estudantes e professores de maneira mais humana e integralizada, não permitindo uma fragmentação do indivíduo ou retirando-o de seu contexto e da realidade em que a atuação profissional se desenvolve (BRASIL, 2014). Como demonstra Candido e Batista (2019), a aplicação das DCN 2014 no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) se mostra como um importante norteador do processo de humanização e de entendimento integral da abordagem profissional, a fim de formar um profissional com capacidade para atuar em conformidade com o sistema de saúde vigente, fortalecendo e perpetuando seus princípios segundo as necessidades do cidadão, da família e da comunidade. De acordo com esses mesmos autores, ainda não se vê um avanço significativo no funcionamento dos cursos de graduação em todas as instituições.

As diretrizes delineiam, portanto, as competências necessárias ao médico ao concluir sua graduação, de modo que esteja capacitado para o adequado atendimento das necessidades básicas em saúde, a exemplo da atuação no Programa de Saúde da Família (PSF), responsável pela expansão do mundo de trabalho no setor público, assim como as propostas indutoras para a ressignificação de uma nova missão social das escolas médicas na formação de recursos humanos. Outrossim, as diretrizes prescrevem uma formação que contemple a formação para atendimento em equipe de saúde da família, bem como a percepção da necessidade de um trabalho referenciado por vários profissionais de saúde (LAMPERT, 2009).

As Diretrizes contemplam os seguintes itens:

- a) perfil do egresso;
- b) competências/habilidades/atitudes;
- c) habilitações e ênfases;
- d) conteúdos curriculares;

- e) organização do curso;
- f) estágios e atividades complementares;
- g) acompanhamento e avaliação.

As DCN de 2001, responsáveis por moldar o perfil curricular nas escolas de medicina no país, foram consequência de muitos anos de discussão ao longo da década de 90, construídas através de um processo democrático que perdurou por cerca de dez anos e após longas e intensas pesquisas e discussões educacionais (BRASIL, 2001).

Com a homologação pelo ministério da educação das diretrizes curriculares em graduação da medicina, através da resolução número 4 de 7 de novembro de 2001, ela se configura como o resultado de um longo período de discussões entre as mais diversas entidades, tais como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Rede Unida e a Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Importante salientar que as reuniões destes órgãos para a apresentação de propostas das novas diretrizes ocorriam desde dezembro de 1997. Elas representam um avanço de abrangência política e social contextualizada nas necessidades de saúde da população brasileira, o que reforça a maturidade institucional das escolas médicas para a sua implementação; em contraponto à necessidade de flexibilização a fim de se respeitar as singularidades de cada instituição, amparando e legitimando o espaço necessário para executar as reformas necessárias à delineação do perfil profissional do médico, ao concluir sua graduação, o profissional deverá apresentar uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva com competências e habilidades gerais, além daquelas específicas. Para tanto, deve ser estabelecido na estrutura do curso de formação médica uma integração entre ensino e serviço que vincule à formação médico-acadêmica as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS (LAMPERT, 2009).

Embora contenha fragilidades em diversos pontos importantes para uma formação médica – sobretudo os princípios básicos do SUS –, as DCN de 2001 apresentavam muitos avanços e promoveram a quebra de uma forma torta: o modelo biomédico – que vê o homem como máquina e desconsidera aspectos psicossociais (BRASIL, 2001). Deste modo, as diretrizes passam a delinear as competências necessárias para o médico ao fim de sua graduação, afim de assegurar a prestação de um atendimento adequado das necessidades básicas de

saúde. Outrossim, essa proposta introduz uma nova visão sobre a missão social das escolas médicas na formação de recursos humanos. Ela dá respaldo ao ideal da formação de um médico geral, com competência para Clínica Geral, Psiquiatria, Pediatria, Tocoginecologia, Traumatologia, Pequenas Cirurgias e Emergências de forma não especializada (LAMPERT, 2009). Sua publicação pode ser destacada como um marco, demonstrando a preocupação com uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva. Trazendo, ainda, uma orientação curricular com competências divididas em seis temáticas: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente (FERREIRA *et al.*, 2019).

Posteriormente, em 2013, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos através da Lei 12.871, com diretrizes que também reorientam a educação médica na graduação e pós-graduação, apresentando dentro de seus objetivos o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país, e prevendo na própria lei as novas diretrizes curriculares lançadas em 2014 (FERREIRA *et al.*, 2019).

De acordo com as disposições legais do Programa Mais Médicos, as DCN seriam reformuladas, com sua adoção e cumprimento por todas as escolas, obrigatoriamente, a partir do ano de 2018, data de início de sua vigência, objetivando assim as necessidades reais do estudante, do profissional médico e, principalmente, da população brasileira. A partir desta iniciativa, a construção de novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina teria o Conselho Nacional de Educação (CNE) como principal promotor dessa mudança. (BRASIL, 2014).

Nas DCN 2014, a competência é compreendida como a capacidade de mobilizar ações, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a utilização de recursos disponíveis de modo a promover ações e iniciativas para solucionar os desafios que se apresentam na prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, mas tendo como prioridade os cenários do SUS. Tais competências deverão ser desenvolvidas pelos estudantes ao longo da graduação, por meio de práticas oportunas e adequadas (BATISTA *et al.*, 2015).

Para Bursztyn (2015), o texto das DCN 2014 altera de maneira importante aquele de 2001, visto que promoveu mudanças importantes no perfil do egresso do curso de medicina e aumentou a ênfase na saúde coletiva. Embora as estruturas fragmentadas ainda sejam identificadas nas DCN 2014, elas estabelecem um

paralelismo entre a clínica e a saúde coletiva. No rol das diretrizes, as competências almejadas na graduação médica em atenção às necessidades individuais são demonstradas com clareza, porém, quando se referem às necessidades de saúde coletiva e de gestão, ainda dão margem a interpretações variadas. Sendo temerário o reducionismo e confusão entre saúde coletiva e atenção primária, cria-se o desafio de desenvolver caminhos para oferecer o ensino de saúde coletiva e abordar seus diferentes conteúdos de forma didática e com sentido para os alunos. Ainda segundo a autora, as DCN 2014 representam um esforço rumo à evolução e ao aperfeiçoamento das DCN 2001. Contudo, a análise textual de ambas demonstra a necessidade de uma análise cuidadosa, uma vez que a dimensão do texto cresceu consideravelmente, bem como o número de artigos e sua estrutura. As DCN de 2001 são mais concisas, desenvolvidas ao longo de 5 páginas, e contêm ao todo 14 artigos e 7 parágrafos. Já o texto de 2014 apresenta um formato expandido e mais segmentado, tendo 18 páginas, com 41 artigos e 16 parágrafos, distribuídos em 3 capítulos, 6 seções e 6 subseções. Elas objetivam detalhar de tal modo a Educação Médica nas DCN 2014 para suprir, pela própria aplicação das diretrizes curriculares, as deficiências de gestão presentes nas escolas médicas.

Lopes, Bicudo e Zanolli (2017), por sua vez, entendem que, com as Diretrizes Curriculares propostas para o Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), o perfil esperado do profissional de saúde inclui o compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado, garantindo o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. Os quatro princípios estão em consonância com os enunciados pela Organização Mundial da Saúde, devendo as escolas médicas assumir o compromisso e sua responsabilidade social para responder, da melhor forma possível, às necessidades prioritárias de saúde dos cidadãos.

A partir de recomendações do Programa Mais Médicos para adequação da formação médica ao perfil técnico e social necessário para suprir as demandas da saúde pública brasileira, surge também a necessidade de adequação da DCN a essa norma legal, levando ao movimento de elaboração das novas diretrizes contemplando a revisão e atualização dos currículos de formação em Medicina. Tais recomendações visam satisfazer o compromisso da formação médica sintonizada à consolidação do SUS, interligando assim o tripé ensino, pesquisa e extensão. Elas evidenciam, ainda, a concepção de um currículo médico ancorado nas competências, com a utilização de recursos, apreensão de conhecimentos e

habilidades, bem como atitudes para uma atuação adequada ao contexto de trabalho na saúde (BATISTA *et al.*, 2015).

O Programa Mais Médicos, instituído por meio de Medida Provisória, é uma política pública do governo brasileiro que tem por como objetivo suprir a falta de recurso humano médico no SUS, sobretudo nas regiões mais vulneráveis do Brasil, e amparar a saúde no âmbito da Atenção Básica, tentando viabilizar a garantia mínima de pelo menos um profissional médico em cada município do Brasil, bem como ampliar a cobertura médica. Contempla, ainda, um dos principais eixos estruturantes de atuação do Mais Médicos, ou seja, o da Formação Médica, com a intensa abertura de novas vagas e criação de novos cursos de graduação em medicina, sob a alegação de que o programa proporcionará a ampliação sustentável do alcance e da qualidade da Atenção Básica no Brasil com foco nos municípios do interior que ainda não possuem faculdade de Medicina (BRASIL, 2017).

Os processos de integração entre ensino e serviço na formação do médico brasileiro – traduzidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina de 2014 – tornaram-se obrigatórios a todas as escolas (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Com a publicação em 2014 das novas DCN, há uma reformulação com uma série de recomendações às quais as instituições superiores devem se adequar e seguir. Outrossim, consideram aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do ser humano com uma visão interdisciplinar e multiprofissional ao longo dos anos da formação médica. As propostas das novas DCN enfatizam a preocupação em formar médicos generalistas efetivos na abordagem ao paciente da atenção básica e da urgência/emergência, e que sejam resolutivos na promoção e redução dos riscos em saúde da população atendida, prevendo a formação de um profissional Médico com habilidades gerais, capacitado para atuar em todos os níveis de atenção em saúde, bem como praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade humana (MEIRELES, 2019). O conteúdo das diretrizes, mais além de seu simples conhecimento, precisa ser adotado no interior de cada escola com a devida responsabilidade social e o compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral da população, sendo definido pela nova regra que a formação médica deverá (LAMPERT, 2009):

- Ser orientada para as necessidades de saúde dos indivíduos e da sociedade;
- Promover a utilização de metodologias ativas que privilegiem a participação do aluno na construção do conhecimento e a integração dos conteúdos de ensino, pesquisa, extensão e assistência;
- Estimular a integração entre as diversas disciplinas aprendendo e atuando em conjunto com equipes multiprofissionais;
- Interagir com as ciências sociais com discussões em temas fundamentais para a formação ética do estudante, demonstrando a importância da segurança do paciente e a diversidade na garantia de direitos sociais, debatendo importantes questões de gênero, etnia, entre outras condições;
- Promover a inserção do aluno na rede de serviços de saúde desde o início de sua formação profissional estendendo-se a todo o curso, proporcionando assim que o estudante tenha a oportunidade de lidar com problemas reais de sua atuação futura para assumir as responsabilidades gradualmente;
- Promover adequadamente o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de Medicina de Família e Comunidade, para assim fortalecer determinadas áreas, tais como a atenção às urgências e a saúde mental.

Para o sucesso na obtenção de um médico apto às novas demandas de trabalho em saúde, as DCN 2014 determinam como etapa da graduação um estágio obrigatório em serviço de Internato Médico, sendo a proporção de 30% desenvolvido em Atenção Básica e em serviços de Urgência e Emergência no SUS, e os demais 70% destinados à Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental. O tempo mínimo para o internato é de dois anos, com acompanhamento acadêmico e técnico (BATISTA *et al.*, 2015).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 (Anexo A) buscam promover a reestruturação e a adequação dos currículos médicos, de modo a realizar uma análise crítico-reflexiva da reestruturação da matriz curricular para uma proposição curricular que valorize a vida e seja capaz de transpor o paradigma biomédico incorporando outras dimensões no cuidado em Saúde. Objetivando o fortalecimento de uma matriz curricular retroalimentada pelas demandas sociais, a Atenção Primária constitui um marco preferencial para a formação médica. Contemplam ainda o estabelecimento de relações de longitudinalidade e transversalidade entre as áreas de competência e os componentes curriculares

ofertados, a fim fomentar a compreensão das determinantes e consequentes relações das doenças com os modos de vida das comunidades atendidas pelo futuro profissional (FERREIRA *et al.*, 2019).

As DCN 2014 (Anexo A) também promovem mudanças estruturais na educação médica, através de avaliações progressivas para os estudantes do 2º, 4º e 6º anos, bem como se articulam com o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) para os cursos de graduação em medicina; programas de desenvolvimento e aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de Medicina, promovendo também medidas de valorização da atividade docente; determinando a importância da criação de programas permanentes de formação de profissionais dos serviços de saúde, constituindo campos de prática e aprendizado, bem como novos instrumentos para promoção bem como garantia de uma integração no ensino e serviço com mais segurança, e também com qualidade; para por fim, articular as mudanças da graduação às alterações na Residência Médica (BRASIL, 2014).

Ao se promover comparações entre as diretrizes de 2001 e 2014 considerando os aspectos de ambas as Diretrizes, as DCN 2014 reafirmam o compromisso já apontado pelas Diretrizes de 2001, ou seja, a necessidade de um currículo médico coadunado com o SUS e com as demandas da sociedade (BATISTA *et al.*, 2015).

Assim, os cursos de graduação em Medicina de todo o Brasil promovem esforços rumo à reestruturação e à readequação de seus currículos para o atendimento preconizado pelas novas diretrizes, perante a necessidade de reformulação do currículo vigente de uma com vistas a sua adequação às novas DCN de 2014 (FERREIRA *et al.*, 2019).

4 METODOLOGIA

Esse estudo atende aos pressupostos da pesquisa qualitativa, caracterizada como uma abordagem que permite realizar descrições com detalhes do objeto pesquisado. A análise pode ser feita de maneira ampla e livre e, a partir dela, é possível criar categorias resultantes da própria coleta de dados. A pesquisa qualitativa ou naturalística envolve a obtenção de dados descritivos, coletados no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Triviños (1987) corrobora essa visão, uma vez que considera o estudo qualitativo uma forma natural e espontânea para analisar a realidade do ensino.

É importante ressaltar que há uma dificuldade na aplicação da abordagem qualitativa no que se refere à pesquisa de Educação Médica, uma vez que as pesquisas nas ciências da saúde são, em sua maioria, desenvolvidas por meio da abordagem quantitativa, ou seja, são estudos lógicos, experimentais e matemáticos, com predileção pelo fenômeno extenso, cultivam uma pretensa objetividade e neutralidade, são hipotético-dedutivos, replicáveis e generalizáveis. As abordagens qualitativas, no campo da saúde, abarcam também diversas teorias e modelos, tais como o estudo de caso e a análise documental, etc. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (TAQUETTE; MINAYO; RODRIGUES, 2015).

Importante pontuar que as publicações científicas sobre pesquisa qualitativa utilizam a linguagem das ciências sociais, fenômeno pouco usual aos médicos com formação essencialmente técnica e voltada para procedimentos complexos, mobilizados para fazer frente às diversas patologias. Além disso, os poucos profissionais de saúde que trabalham com o método qualitativo são criticados pela aparente superficialidade de abordagem da realidade social, bem como por sua incapacidade de debater os dados empíricos e de aplicar a teoria de forma consistente e aprofundada (TAQUETTE; MINAYO; RODRIGUES, 2015).

A tipologia deste estudo envolve a pesquisa bibliográfica e a análise documental, ou seja, para tornar o objeto um construto científico, é preciso investigar o conhecimento nacional e internacional previamente acumulado.

O estudo bibliográfico permite determinar o marco teórico que será adotado, o detalhamento de conceitos, categorizações e noções que conferem sentido à pesquisa. Assim, é possível alcançar uma fundamentação teórica das hipóteses ou dos pressupostos que já existiam como intuição nas indagações iniciais, tendo em mente que os instrumentos operacionais também contêm bases teóricas que devem guardar uma estreita relação com o marco teórico, de modo a minimizar as incursões ao subjetivismo, ao achismo e ao espontaneísmo. A proposta de um percurso analítico e sistemático viabiliza a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima as opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (TAQUETTE; MINAYO; RODRIGUES, 2015; MINAYO, 2012).

Nesse sentido, além do estudo bibliográfico, a análise das produções acadêmico-científicas da RBEM com foco no ensino médico a partir das DCN 2014 se configura como um importante passo científico em direção às reflexões e discussões sobre como as mudanças vêm sendo propostas e efetivadas nos diferentes contextos educacionais. A Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) é publicada regularmente pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), sendo o único periódico da América Latina dedicado a este tema. Apresenta periodicidade trimestral e tem como missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Suas áreas temáticas são: apoio psicopedagógico; avaliação; cenários de prática; educação a distância; educação permanente; extensão universitária; gestão metodologia de pesquisa; pós-graduação e projeto pedagógico.

A presente pesquisa se propõe a realizar uma análise documental por meio de um levantamento das produções científicas publicadas nos últimos cinco anos pela RBEM e que contenham uma relação com as DCN 2014, citando-as em seu texto. Para Rezende (2019b), a análise documental é o conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento em uma forma diferente do original, a fim de facilitar, em um período posterior, a sua consulta e referência. Propomos assim uma análise das produções científicas publicadas no referido periódico, tendo como norte as proposições de mudança de paradigma da Educação Médica

(concepções, currículo, metodologias, avaliação), apresentadas nos artigos após a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014) e que cite as DCN 2014 em seu texto.

De acordo com Ludke e André (1986), a análise documental pode representar uma técnica valiosa de abordagem para seleção de dados qualitativos; os documentos constituem uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Representam, também, uma fonte natural de informação.

Para tanto, foram realizadas as seguintes etapas:

1) Organização e sistematização da amostra dentro do universo de publicação dos últimos 5 anos da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), incluindo as produções científicas que revelem ações e proposições para a implantação de novos paradigmas na educação médica a partir das DCN 2014. Foram encontrados 117 artigos pertinentes para a avaliação e análise da pesquisa.

2) Leitura sistemática dos 117 artigos com o objetivo de identificar e analisar os elementos teórico-metodológicos relacionados à formação médica a partir das DCN de 2014 e que as contemplem explicitamente em seus textos. A leitura sistemática permitiu identificar 10 artigos que trazem a perspectiva de um projeto global de curso, ou seja, a reestruturação da educação médica baseada nas DCN de 2014. É importante enfatizar que o critério para seleção desses textos levou em consideração a ocorrência do termo “DCN 2014” em todos os artigos selecionados.

3) A análise dos textos selecionados atendeu ao critério de adequação aos seguintes princípios: 1) A implementação das DCN de 2014 e a mudança curricular; 2) Formação Humanista versus Formação Tecnista Especializada. Ambos os princípios foram analisados e sintetizados na unidade temática “Implementação das DCN 2014 a partir de uma nova perspectiva para educação médica, descrita na próxima seção. Tais princípios são caros à educação em medicina, uma vez que são amplamente discutidos para auxiliar nas estratégias das escolas a fim de implementar as mudanças necessárias e desejadas na área de atuação da saúde (LAMPERT, 2009). A análise qualitativa dos textos levantados foi auxiliada pela utilização do *Software Iramuteq*, com a produção de gráficos e quadros para análise de similitude, análise prototípica, análise de nuvem de palavras e análise a partir da classificação hierárquica descendente.

5 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN 2014 A PARTIR DE UMA NOVA PERSPECTIVA PARA EDUCAÇÃO MÉDICA

Nesta seção serão analisados os resumos, as palavras-chave e o conteúdo dos artigos selecionados para compor o eixo referente à implementação das DCN e à mudança curricular. Os artigos apresentam diversas configurações metodológicas: estudos qualitativos, quantitativos e descrições, além de relatos de experiência. Contudo, a despeito da variação nas escolhas metodológicas, há um consenso entre os autores dos artigos de que a produção sobre o tema ainda é escassa. O reduzido número de artigos selecionados para esta análise (10 artigos - Apêndice A) também é um indicador que encontra eco no discurso dos autores, ao mencionarem a incipiente produção de trabalhos que avaliam as práticas pedagógicas na formação médica do ponto de vista curricular a partir das DCN 2014.

A Nuvem de Palavras gerada a partir dos resumos dos 10 artigos (Figura 2) indica que as produções enfatizam que a formação em saúde vem sendo profundamente impactada pelo novo perfil de médico preconizado pelas DCN 2014.

Quadro 1 - Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos resumos

Classe 1: Resistência ao novo Currículo 21,28%	Classe 2: Perfil do Estudante 19,15%	Classe 3: Processo Pedagógico 17,02%	Classe 4: Proposta do Curso e Atuação Profissional 25,53%	Classe 5: Integração Curricular 17,92%
metodologia docente resistência falta disciplina ensino ativo professor módulo estudante currículo aps ¹ área percepção	perfil preconizar relação dcn instituição formação estudo conhecimento diretor profissional meio expectativa programa nacional curricular geral ano discente	competência processo discente contexto ensino e - aprendizagem dificuldade compreender graduação principal geral aprendizagem	saúde pedagógico mfc ² curso atenção primário modelo analisar inserção nacional médico aluno possibilidade desenvolver medicina projeto aps ppc ³ diretor contribuir avaliar família faculdade	atividade prático análise ponto relacionado gestão interdisciplinaridade educacional currículo conteúdo desenvolvimento crítica
Resumo 2	Resumo 3 Resumo 7 Resumo 8	Resumo 3	Resumo 5 Resumo 10	Resumo 6

Fonte: O autor.

O quadro 1, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos resumos das produções analisadas, demonstra visualmente que o processo de implementação das diretrizes curriculares, está em evolução, apesar de o marco legal temporal ter se encerrado em 2018, se trata de processo evolutivo com momentos de avanço e retrocesso dentro da dimensão educacional que ocorre nas escolas médica do Brasil.

Resistência ao novo Currículo proposto pelas DCN

A partir da leitura dos textos selecionados acerca da implementação das DCN de 2014 na formação médica, constata-se que o desenvolvimento de um novo

¹ Atenção Primária à Saúde

² Medicina da Família e Comunidade

³ Projeto Pedagógico do Curso

currículo ainda se demonstra fragilizado, sinalizando que o processo educacional nesse sentido não foi encerrado em 2018 – prazo para adequação das escolas médicas às DCN 2014. A produção analisada aponta que não se trata de um processo estático, apesar de garantido pela legislação, mas o oposto, ou seja, um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e retrocessos que precisam ser cotidianamente construídos nos diversos cenários da prática profissional de modo a enfrentar os problemas que se apresentam na realidade da formação médica brasileira.

Para da Silva *et al.* (2017) as mudanças no perfil de nossa sociedade, alteram também as demandas de saúde, sendo preconizado a inserção do aluno na Atenção Primária à Saúde (APS) durante todo o decorrer de sua formação durante ainda o curso médico. Entretanto isso é dificultado por diversos fatores como a ausência de cenários práticos adequados ao processo de aprendizagem decorrente também da falta de preceptores, formação insuficiente dos médicos generalistas para receber estudantes, e por fim pelos docentes sem capacitação adequada para o ensino na área Atenção Primária à Saúde (APS), sendo por fim encontrada ainda resistência de docentes de disciplinas tradicionais.

É consenso nas produções que as DCN 2014 propõem uma estrutura curricular articulada por metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do seu conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a dissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. O educador tem a função de promover condições de aprendizagem nas quais a construção de saberes ocorra com base nos conhecimentos prévios perante situações-problema reais ou simuladas de atuação profissional. Porém, a implementação das DCN 2014, embora racional e adequadamente fundamentada há várias décadas nos mais diversos contextos sociais e até mesmo no mundo do trabalho, ainda encontra grande resistência e dificuldade de evolução.

Essa resistência tem origem em diversos fatores relacionados ao movimento de implementação das novas diretrizes. Sendo importante pontuar que a formação até então predominante seria a tecnicista e segmentada, que já havia tido como contraponto a DCN de 2001, mas que ainda é a hegemônica, mesmo porque a maioria dos profissionais envolvidos na docência dentro das escolas médicas foram formados dentro desse paradigma educacional, até então dominante. Naturalmente mudanças e principalmente desconstrução de uma situação, leva a resistência das

partes envolvidas no processo sob o temor de perda prestígio, ou mesmo da função institucional, uma vez que a estrutura segmentada em ciclos e disciplinas deixa de ser o norteador da instituição que abriga a escola médica. Assim deixando de existir o organograma anteriormente utilizado, para dar espaço a novas interações e atividades.

Para Rezende (2019a) o novo currículo, apesar de desenhado para contemplar o ensino na Atenção Primária a Saúde, possui importantes lacunas de temas relevantes a formação em medicina, enfrentando resistências por parte do corpo docente que muito carece de professores com formação específica na área.

Apesar das dificuldades encontradas no contexto de uma nova abordagem educacional, existem muitos mais pontos positivos que negativos na influência do aprendizado, sendo, contudo, necessárias reestruturações par garantir a melhor experiência no processo ensino-aprendizagem pelos alunos (LIMA FILHO; MARQUES, 2019).

O ensino de Medicina tem muito a se beneficiar de uma organização curricular integrada, que oferta diversificação além de diálogo entre saberes distintos, mas relevantes na investigação e solução dos problemas dentro da construção de conhecimentos teórico-práticos pertinentes a uma formação contemplando o paradigma da integralidade (BARBOZA, 2018). Sendo que a abordagem da integralidade na graduação médica envolve múltiplas dimensões, se iniciando com a compreensão conceitual, e evoluindo até sua vivência prática nos serviços de saúde e educação que incidem sobre a formação profissional médica (DIAS, 2018).

Perfil do estudante

Os autores concordam que, após as DCN 2014, os cursos têm movido esforços para atender a necessidade de uma formação orientada à atenção básica e entendem que isso deva ocorrer por meio de novos modelos educacionais para a formação de médicos. Contudo, alguns pontos de dissonância foram observados, uma vez que os autores não são unânimes ao abordar a inserção do estudante na atenção básica. Um dos artigos aponta que os egressos são atuantes no SUS, tais como os generalistas, o que está em conformidade com o perfil preconizado pelas DCN 2014 (Anexo A). Outro artigo, no entanto, destaca o pouco alinhamento das expectativas dos estudantes com o que é recomendado pelas DCN 2014 (Anexo A),

e revela, ainda, uma baixa intenção dos estudantes de se tornarem profissionais generalistas e terem sua formação voltada para a atenção básica.

Em suas produções, os autores consideram que um dos desafios impostos às Instituições de Ensino Superior (IES) se refere à formação de médicos humanistas e interessados em atuar com qualidade na atenção básica à saúde. Essa questão é transversal ao longo do curso, mas é delineada com maior precisão no início da atuação profissional do recém-formado, momento em que a expectativa pessoal perante a profissão entra em conflito com a demanda da sociedade pela atenção integral à saúde básica e relações mais humanizadas.

Diante desse cenário, os autores discorrem que as escolas médicas passaram a entender que o ensino superior em saúde deveria estar articulado com as recomendações das DCN 2014 (Anexo A) e propuseram modificações para atender às demandas de saúde necessárias para adequar a formação do médico às necessidades sociais atuais. Essa abordagem vem tornando obsoletas muitas das proposições do paradigma educacional médico anteriormente vigente e hegemônico.

As DCN 2014 (Anexo A) enfatizam a necessidade de adequar a Educação Médica ao egresso diante das demandas impostas pela sociedade e mundo de trabalho, através de conteúdos fundamentais que proporcionem a integralidade das ações do cuidado em saúde contemporâneo. Aplica-se, então, uma reconfiguração metodológica que insere cenários de prática na Atenção Básica para o desenvolvimento de tais conteúdos, inclusive no internato, com o objetivo de desenvolvimento do raciocínio clínico, crítico, ético e humanizado. Ela se distancia, portanto, do perfil anterior inspirado no modelo Flexneriano, apoiado nas Ciências Biológicas, Química e Física, bem como na formação prática em hospitais e laboratórios como principais cenários de ensino e aprendizagem.

Analisando o perfil dos egressos dentro de atuação profissional, Maués *et al.* (2018) revelou médicos atuantes no SUS, como generalistas, alocados nas capitais, particularmente na Região Norte do Pará, sentindo-se razoavelmente preparados para o mercado de trabalho, em conformidade com as propostas da formação integral, que não impede que ocorra a especialização (muitos cursando residência médica), propondo sim uma formação na escola médica de acordo com as necessidades sociais atuais.

Ainda ocorrendo diversos pontos de desencontro, como a baixa intenção dos discentes de se tornarem profissionais generalistas ou mesmo terem sua formação

voltada para a atenção primária, essa uma das mais importantes atribuições esperadas do novo profissional médico (MEIRELES, 2019).

Processo Pedagógico

Os autores consideram que nas últimas décadas foram muitas as modificações implementadas dentro do processo de ensino e aprendizagem nos cursos da área da saúde, motivadas pela necessidade de uma formação acadêmica mais eficaz e que resultasse em um egresso com compreensão ampliada de saúde e visão social (MOURA, 2004). Essas transformações buscaram reagir à situação de despreparo dos recém-formados para atuarem na complexa realidade presente no SUS – uma situação frequentemente observada –, sendo sua superação necessária durante a formação (LAMPERT, 2019). A produção analisada defende a ideia de que a necessidade de mudança no perfil do médico passa pela formação inicial do futuro profissional e, para isso, as instituições de ensino superior precisam repensar suas metodologias de ensino para se alinharem às necessidades contemporâneas.

Para Oliveria (2019), as análises dos Projetos Pedagógicos mostraram que, de maneira geral, há aderência às DCN 2014, em diferentes estágios. Achado esse compatível com a análise qualitativa dos trabalhos que demonstra um processo ainda em construção. Na visão de diversos coordenadores de escolas médicas, as mesmas estão em processo de adequação às determinações das diretrizes (CÂNDIDO, 2019).

Ocorrendo que a educação médica brasileira se adequa ao seu tempo, bem como as necessidades da sociedade, que deseja de um profissional ético, reflexivo e humanista. Capaz de ser inserido como médico em Programas de Saúde da Família vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), o qual exige profissionais que tenham percepção da realidade social que os cerca, ser tornando assim um profissional diferenciado em sua atuação (MACHADO *et al.*, 2018).

Proposta do Curso e Atuação Profissional

Como mencionado anteriormente, as produções científicas publicadas na RBEM, nos 5 anos subsequentes a promulgação das DCN 2014 (Anexo A) que tratam de sua implantação, bem como a citam em seu texto; confirmam que a educação médica se encontra em revisão constante frente às mudanças na atenção

básica e no ensino em saúde, com novas propostas curriculares a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Medicina de Família e Comunidade (MFC) na educação médica. Para os autores, a proposta do curso deve estar articulada com a atuação do futuro médico, uma vez que o valor de um currículo se vincula à realidade na qual se realiza a atuação profissional e como ela se concretiza em situações reais, convertendo-se assim em um currículo em ação. Somente na prática os projetos, ideias e intenções se manifestam e adquirem o significado e o valor que se esperam do profissional formado no novo paradigma proposto pelas DCN 2014 (Anexo A).

Parte dos autores destacam a necessidade de a evolução educacional médica ser fundamentada na observação do Brasil das últimas décadas no que concerne à transição social e demográfica, além de epidemiológica, considerando o crescimento populacional e aumento da expectativa de vida ao nascer, que passou de 52,3 anos em 1970 para 75,2 anos em 2015.

Outro ponto mencionado pelos autores para a adequação da proposta de curso diz respeito à falta de um profissional de formação generalista para servir de modelo e guia ao estudante de medicina durante sua formação, sendo o especialista o modelo profissional predominante (BATISTA, 2020).

Considerando o contexto nacional e internacional, a formação médica deve acompanhar as evoluções, bem como as mudanças na sociedade contemporânea e suas demandas de saúde. Apesar das dificuldades impostas pelos aspectos práticos ainda carentes, tais como o baixo número de preceptores e professores com formação em medicina generalista para receber estudantes, docentes sem capacitação adequada para o ensino na área, resistência de docentes vinculados à formação curricular centrada no hospital, é uma constante nos artigos analisados a importância conferida à inserção do estudante na Atenção Primária à Saúde (APS) durante todo o curso.

Integração Curricular

A análise textual ocorreu focando nas produções científicas publicadas na RBEM entre 2014 e 2019, que apresentam em seu conteúdo a implantação das DCN 2014 (Anexo A), essas apontam para diversas tentativas e experiências de integração entre ensino e serviço na promoção de avanços para a aproximação entre universidades e instituições de saúde. Contudo, o modelo hegemônico de

formação médica anterior, baseado no relatório de Abraham Flexner, levou a Educação Médica nacional a utilizar um modelo essencialmente individualista, biologista, hospitalocêntrico e com ênfase nas especializações (BRESSA, 2018). Os artigos apontam que o currículo linear-disciplinar é caracterizado por um conjunto de disciplinas justapostas que não estabelecem relações entre si. Esse tipo de currículo se apresenta ao estudante como requisito para o progresso dentro do sistema educacional, distanciado do intuito de trazer para a sala de aula discussões de cunho social, político ou econômico. Em razão da estrutura rígida sobre a qual é formulado, o currículo proporciona a atuação de um corpo docente focado estritamente em sua área de atuação específica, o que reproduz, mesmo que de forma inconsciente, o distanciamento da realidade social. É consenso entre os autores analisados que esse modelo está exaurido em relação às demandas educacionais presentes em nossa realidade.

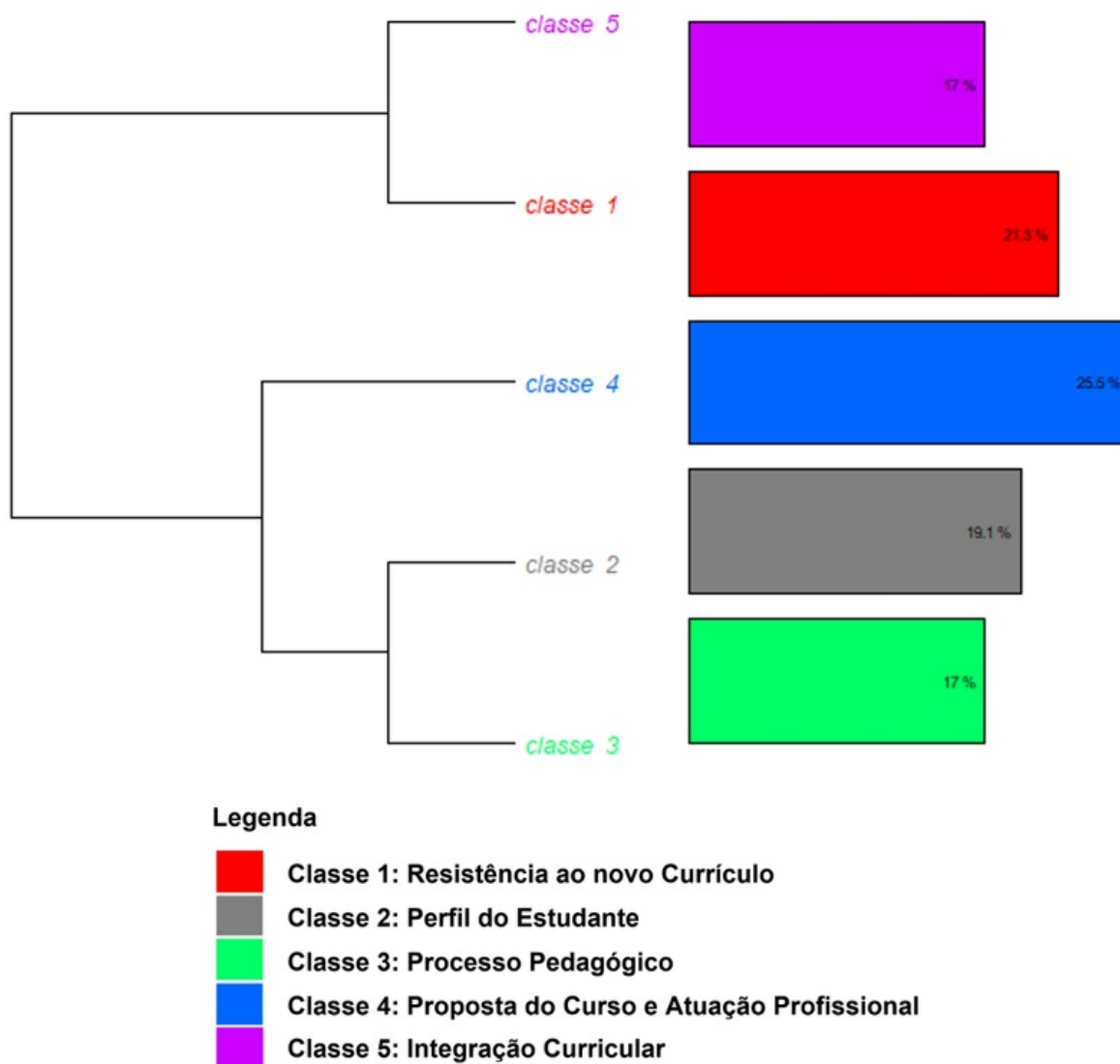
A análise de práticas escolares tem sido alvo cada vez mais frequente de publicações científicas, notadamente referentes às relações estabelecidas entre o conhecimento, o currículo prescrito e sua concretização no cotidiano educacional da formação médica, com especial valor na produção de trabalhos que avaliam as práticas pedagógicas do ponto de vista curricular em direção ao paradigma curricular integrador. Nos estudos, são apontados diversos elementos que compõem uma concepção integrada de currículo e sua interdisciplinaridade, focados nas necessidades de saúde dos indivíduos e populações.

Os autores entendem que o processo educativo na formação médica, a partir das DCN 2014, objetiva trilhar, dentro da epistemologia educacional, o desenvolvimento de competências durante a formação que se traduzem em conhecimentos, habilidades e atitudes para que o estudante possa, ao final do processo, estar apto a oferecer o cuidado integral como médico, sendo essa a proposição do paradigma de integralidade.

Neste sentido, a reformulação dos currículos de graduação em medicina deve privilegiar também as competências técnicas para o cuidado ao paciente, além de conhecimentos de saúde coletiva, a partir do compromisso de uma formação geral, de modo a contribuir com a resolubilidade, fortalecendo e concretizando o princípio do SUS de universalidade de acesso, bem como de equidade de cuidado (BATISTA *et al.*, 2015).

Em síntese, entendemos, a partir das produções analisadas, que as mudanças no perfil do profissional de medicina com vistas a atender as DCN 2014 (Anexo A) demandam a reestruturação da proposta de formação inicial do médico através de metodologias, estratégias e práticas. Essa reestruturação deve contemplar a integralidade mediante um processo formativo alinhado às necessidades da sociedade e às demandas da saúde, sobretudo da Atenção Básica. Contudo, a implantação das DCN 2014 (Anexo A) nos cursos de medicina encontra grande resistência dos envolvidos no processo educativo. Essas relações são representadas pelo dendograma da Figura 5.

Figura 5 - Dendograma dos resumos



Fonte: O autor.

A Figura 5, gerada pelo Dendograma dos resumos analisados graficamente, demonstra ainda como se está longe de finalizar o processo de implantação das diretrizes no dia a dia das escolas médicas, ainda fortemente vinculadas ao paradigma educacional anterior voltado para a segmentação do conhecimento durante a formação profissional.

No que se refere às palavras-chave dos resumos analisadas nesta seção, foi possível observar quais as concepções dos autores no tocante à escolha das palavras que são entendidas como os principais elementos de busca de suas produções. A frequência mínima escolhida para gerar a análise prototípica (Quadro 2) foi de 2 evocações de palavras-chave, elencadas por frequência e ordem

(quantidade de vezes e sequência em que a palavra apareceu nos artigos selecionados). A palavra-chave “Educação Médica” aparece com maior frequência e com a ordem de maior importância nos artigos, ou seja, foi a palavra que primeiro apareceu na seção de palavras-chave, pois contempla todas as dimensões propostas, mais até que o “Ensino Médico”, não ocorrendo, entretanto, prejuízo pelo descritor, uma vez que a análise se fundamenta no encontro das DCN 2014 (Anexo A) no corpo do texto dos artigos analisados. Desse modo, compreende-se que, segundo as produções, os autores concebem as DCN 2014 (Anexo A) em uma esfera mais ampla de educação. Portanto, a profissionalização da educação médica vem protagonizando transformações importantes nas últimas décadas em nossa realidade nacional, focando em coadunar, bem como redirecionar, uma formação dentro do paradigma da integralidade no sentido de atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), focando na diretriz proposta de formação de profissionais médicos envolvidos com os conceitos contemporâneos de saúde e doença, também voltados ao atendimento das demandas sociais suscitadas nacional e internacionalmente (*Social Accountability*) (BATISTA, 2020).

Essa percepção mais ampla de educação como foco nas produções é validada quando observamos que a palavra que aparece na zona periférica é “currículo”. Em outras palavras, o impacto das DCN 2014 (Anexo A) no currículo, embora tenha potencial para estar no núcleo de representação das produções que abordam as DCN 2014 (Anexo A) é, na perspectiva dos autores, um elemento secundário. É importante ressaltar que a palavra destacada na primeira zona periférica se deve à influência do contexto imediato, ou seja, é impactada pelo contexto de produção do artigo. Desse modo, as produções revelam que a adequação do currículo às DCN 2014 (Anexo A) é a ponte entre a teoria e a prática, intenções ou projetos e a realidade. Ainda analisando o Quadro 2, notamos que não há elementos contrastantes, ou seja, palavras evocadas primeiro nas palavras-chave e que tenham baixa frequência. No que se refere à segunda zona periférica, é composta por palavras com pouca importância em termos de frequência e ordem média de ocorrência nas produções.

Quadro 2 - Análise Prototípica das Palavras-Chave

Zona do Núcleo Central			Primeira Zona Periférica		
Evocação	f	OME⁴	Evocação	f	OME
Educação Médica	8	1,4	Currículo	5	2,6
Elementos Contrastantes			Segunda Zona Periférica		
			Evocação	f	OME
			Atenção Primária à Saúde	2	3
			Medicina	2	3
			Aprendizagem	2	2,5
			Ensino	2	4

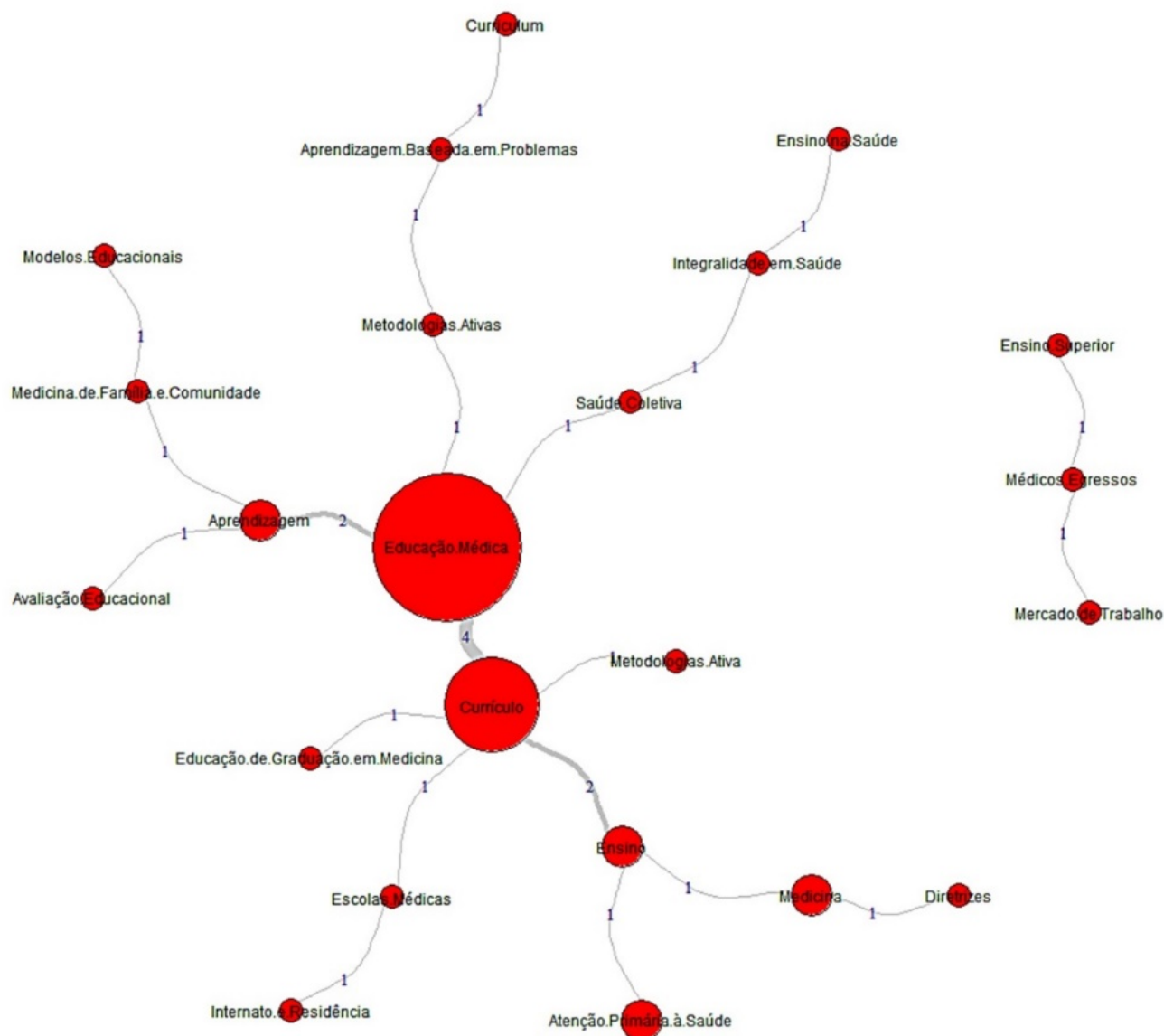
Fonte: O autor.

O quadro 2 demonstra a Educação Médica como núcleo central das palavras chaves analisadas durante a pesquisa, achado que repercutiu em todo o desenvolvimento dos trabalhos da presente pesquisa. Uma vez que demonstrou que o termo “Educação Médica” abrange todas as dimensões analisadas no trabalho.

A questão das DCN 2014 (Anexo A) vinculadas à formação do médico foi abordada em apenas um artigo, (“Ensino superior”, “Médicos Egressos” e “Mercado de Trabalho”) tal como podemos observar pela representação gráfica.

⁴ OME – Ordem média de evocação da palavra.

Figura 6 – Gráfico de similitude das palavras-chave



Fonte: O autor.

A análise da Figura 6, gerado a partir de um gráfico de similitude das palavras-chave demonstra fortemente de maneira gráfica, a Educação Médica como foco central e hegemônico da análise qualitativa realizada durante a pesquisa.

Embora o foco das produções analisadas nesta seção seja o impacto das DCN 2014 (Anexo A) na formação inicial, os autores enfatizam que o processo formativo do médico é impactado por diversas variáveis que, eventualmente, se

traduzem pela escassez de profissionais capacitados ao atendimento e ao ensino. Os autores mencionam que as Unidades Básicas de Saúde carecem de médicos e preceptores com formação adequada para sua atuação, sendo necessário investir na formação continuada desses profissionais para que possam encarar o desafio de combinar a assistência médica à docência, processo que se sustenta pelo reconhecimento da atividade do seu trabalho e pela sensação de pertencimento ao grupo daqueles que conduzem o processo educativo, diminuindo a distância histórica e a dicotomia segundo a qual a academia pensa e o serviço executa (BATISTA, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já apontado, a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN 2014) para a formação médica indica uma mudança de paradigma na Educação Médica. A partir da nova proposição, busca-se cada vez uma maior inserção do estudante em um ambiente de aprendizagem que não valorize apenas a formação tecnicista, mas que torne sua formação cada vez mais focada numa atuação humanística e social, voltada para o contexto da saúde pública brasileira. Essa abordagem é referida como um novo paradigma da integralidade. A viabilização desse paradigma na formação do estudante de Medicina, tanto na dimensão técnico-instrumental e científica quanto na dimensão humanística e afetiva, exige que os indivíduos envolvidos (professores, alunos, gestores) repensem suas concepções e práticas de modo a permitir uma apropriação dos conhecimentos e habilidades necessários ao futuro profissional médico.

Sendo importante o avanço no processo de ruptura do modelo anterior, focado na segmentação do conhecimento e especialização precoce na Educação Médica, que foi o paradigma educacional vigente anteriormente a fim de vencer o desafio de profissionalização médica enfrentado no início do século XX, criado pelo des controle então existente nas escolas médicas. Considerando que os professores da escola médica devem preparar seus alunos para enfrentar os novos desafios, e não os que já foram superados no passado, a fim de ofertar a eles conhecimentos capazes de promover sua bem sucedida entrada no mundo do trabalho médico.

Apesar da existência de um marco temporal legal para a implantação das DCN 2014 (Anexo A) por parte das escolas médicas, em tese estipulado para 2018, não podemos admitir que este processo educacional está encerrado; longe disso. Trata-se de um processo evolutivo dinâmico e acidentado, apresentando avanços e também retrocessos em sua perspectiva de melhora da formação profissional do Médico, agora focado no paradigma da integralidade com intensa participação na responsabilidade social, bem como no engajamento rumo à humanização do exercício profissional.

O pequeno número de 10 publicações referentes às implantações das DCN 2014 (Anexo A) contrasta com o expressivo número de trabalhos referentes à humanização e às metodologias ativas aplicadas à formação médica, constatação que apenas corrobora o fato de que o processo está em evolução, pois o modo pelo

qual se propõe atingir a implantação das DCN 2014 (Anexo A) ainda se encontra em pleno desenvolvimento. Portanto, há um foco maior na atuação individual se comparada aos movimentos das escolas médicas para a implementação da formação dentro do paradigma da integralidade, em substituição do atual modelo hegemônico tecnicista e especializado até então dominante, mas ainda em vigência atual em muitas escolas médicas.

Como sugestão para pesquisas futuras, indicamos a abordagem de questões relacionadas às metodologias de ensino e aprendizagem a partir das DCN 2014 (Anexo A), sobretudo no que se refere às metodologias ativas e às práticas pedagógicas inovadoras para a evolução necessária ao processo educativo, a fim de se obter um egresso do curso de medicina com capacidade reflexiva e competente na atuação proposta, características necessárias para uma bem sucedida inserção profissional no cenário social e de trabalho contemporâneo.

REFERÊNCIAS

- ABEM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina: avanços e desafios. **Cadernos ABEM**, v. 11, out., 2015.
- ALMEIDA, Enedina Gonçalves; BATISTA, Nildo Alves. Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 192-201, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>. Acesso em: 8 out. 2019.
- ALMEIDA, Maria Tereza Carvalho; MAIA, Fernanda Alves; BATISTA, Nildo Alves. Gestão nas escolas médicas e sustentabilidade dos programas de desenvolvimento docente. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 18, n. 2, p. 299-310, jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772013000200004>. Acesso em: 27 abr. 2020.
- ALMEIDA, Maria Tereza Carvalho; BATISTA, Nildo Alves. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 468-476, Dec. 2011 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400005>. Acesso em: 27 abr. 2020.
- ARAGÃO, Júlio Cesar Soares; ROSSI, Henrique Rívoli; CASIRAGHI, Bruna. A Jornada do Acadêmico de Medicina - um modelo simbólico da formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 40-46, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170037>. Acesso em: 8 out. 2019.
- ARAÚJO, Ana Teresa Silva Maia de. **O Logbook como procedimento de ensino e de aprendizagem: acrescentando sabor e cor ao ensino médico asséptico e branco**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, 2015.
- ARELARO, Lisete R.G. Formulação e implementação das políticas públicas em educação e as parcerias público-privadas: impasse democrático ou mistificação política?. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 899-919, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302007000300013>. Acesso em: 8 out. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1 ed. Lisboa: Editora 70, 2016.
- BATISTA, Nildo Alves *et al.* **Educação médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015.
- BATISTA, Nildo Alves. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294, set. 2005 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200003>. Acesso em: 27 abr. 2020.
- BATISTA, Nildo Alves; LESSA, Simone Schwartz. Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de

escolas médicas do nordeste do Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, (supl. 1), p. 349-356, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190118>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. Formação em saúde: investigando práticas no âmbito de cursos de graduação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 695, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400001>. Acesso em: 10 set. 2019.

BATISTA, Nildo Alves. Conhecimento, experiência e formação: do médico ao professor de Medicina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 141, ago. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200013>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BARBOZA, Jaqueline Santos; FELICIO, Helena Maria dos Santos. Integração Curricular a partir da Análise de uma Disciplina de um Curso de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 27-35, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170129r1>. Acesso em: 02 set. 2019.

BAHIA, Silvia Helena Arias *et al.* Ensino na Saúde como objeto de pesquisa na pós-graduação stricto sensu: análise do Pró-Ensino na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, (supl. 1), p. 1425-1442, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0192>. Acesso em: 2 set. 2019.

BAPTISTA, Celeste Corral Tacaci Neves. **Resiliência docente frente à introdução das metodologias ativas em um curso de medicina**. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2018.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>. Acesso em: 8 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Parecer 506/69. Currículo mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina. **Documenta**, v.103, p. 95-103, jul. 1969.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes Curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Educação. **DCN, Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: ME, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRESSA, José Antônio Nascimento. **Médico-docente**: refletindo sobre sua prática pedagógica no internato. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2018.

BURSZTYN, Ivani. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos ABEM**, v. 11, p. 7-19, out., 2015.

CANDIDO, Patrícia Tavares da Silva; BATISTA, Nildo Alves. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 36-45, jul. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180149>. Acesso em: 8 out. 2019.

CARVALHO, Sergio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago., 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2004.v20n4/1088-1095/#ModalArticles>. Acesso em: 03 nov. 2020.

DIAS, Matheus Martins de Sousa *et al.* A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: o Estado da Questão. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 123-133, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180094>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170920, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600211&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2019.

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FRANCO, Camila Ament Giuliani dos Santos; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato Soleiman. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200009>. Acesso em: 8 out. 2019.

GONZALEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>. Acesso em: 8 out. 2019.

GUEDES, Hermila Tavares Vilar *et al.* Desafios na Pesquisa em Educação Médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 3-4, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb2019editorial>. Acesso em: 20 jul. 2020.

HADDAD, Ana Estela; CYRINO, Eliana Goldfarb; BATISTA, Nildo Alves. Pró-Ensino na Saúde: pesquisas sobre formação docente e os processos de ensino e trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na reorientação da formação

profissional na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, (supl. 1), p. 1305-1307, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0493>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: Tipologia das Escolas**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2009.

LAMPERT, Jadete Barbosa *et al.* Hospitais de ensino: a trama da crise. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 155-156, June 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2020.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Educação médica no século XXI: mudanças no perfil do egresso. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 291-292, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300001>. Acesso em: 20 jul. 2019.

LAMPERT, Jadete Barbosa; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos; ALVES, Rosana. **Ensino na saúde: modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças: método da roda**. Goiânia: Ed. UFG, 2016.

LAMPERT, Jadete. Barbosa. *et al.* **Avaliação de cursos de Graduação na área de Saúde pelo Método da Roda**: investigação avaliativa para tendências de mudanças. Curitiba: APPRIS, 2019.

LIMA FILHO, Paulo Roberto Sotillo de; MARQUES, Rossana Vanessa Dantas de Almeida. Perspectivas sobre o Aprendizado na Óptica de Estudantes de Medicina: Análise do Impacto de Transição Curricular. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 87-94, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20170124>. Acesso em: 30 ago. 2019.

LOPES, Cristiane Maria Carvalho; BICUDO, Angélica Maria; ZANOLLI, Maria de Lurdes. Qualificação como Médico Preceptor e a Satisfação de Seus Clientes quanto à Assistência Recebida na UBS de Origem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 145-151, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160048>. Acesso em: 8 out. 2019.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, José Lúcio Martins; CALDAS JR, Antonio Luis; BORTONCELLO, Neide Marina Feijó. UNI: a new initiative in the training of health professionals. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, 1997.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180065>. Acesso em: 5 set. 2019.

MAUÉS, Cristiane Ribeiro *et al.* Formação e Atuação Profissional de Médicos Egressos de uma Instituição Privada do Pará: Perfil e Conformidade com as

Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 129-145, Sept. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170075.r1>. Acesso em: 2 jul. 2020.

MEIRELLES, Maria Alexandra de Carvalho. A educação médica em construção: análise das novas diretrizes curriculares nacionais do curso de Medicina em relação às expectativas de estudantes de uma instituição de ensino superior. **JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care**, v. 7, n. 1, p. 57-57, jan. 2017.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178>. Acesso em: 20 ago. 2019.

MENEZES JÚNIOR, Antonio da Silva.; BRZEZINSKI, Iria. **Educação médica e políticas curriculares**. Curitiba: Appris, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MOURA, Luis Cesar Souto. **A face reversa da educação médica**: Um estudo sobre a formação do Habitus Profissional no ambiente da escola paralela. Porto Alegre; RS: AGE: Simers, 2004.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200014>. Acesso em: 8 out. 2019.

OLIVEIRA, Vanessa Teixeira Duque de; BATISTA, Nildo Alves. Avaliação formativa em sessão tutorial: concepções e dificuldades. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 374-380, set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500012>. Acesso em: 2 jul. 2020.

OLIVEIRA, Carlos Alberto de *et al.*. Alinhamento de diferentes projetos pedagógicos de cursos de medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 143-151, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180203>. Acesso em: 30 ago. 2019.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>. Acesso em: 2 jul. 2020.

PIOVEZAN, Ronaldo Delmonte *et al.* Teste de concordância de scripts: uma proposta para a avaliação do raciocínio clínico em contextos de incerteza. **Rev.**

bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 05-12, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100002>. Acesso em: 3 jul 2020.

PERRENOUD, Philippe; THURLER, Monica Gather; MACEDO, Lino de; MACHADO, Nílson José; ALESSANDRINI, Cristina Dias. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

REZENDE, Valter Luiz Moreira de *et al.* Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 43, n. 3, p. 91-99, jul. 2019a Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180237>. Acesso em: 27 jul. 2020.

REZENDE, Valter Luiz Moreira de *et al.* Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, (supl. 1), p. e170896, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170896>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ROSSI, Pedro Santo; BATISTA, Nildo Alves. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 93-102, June 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100007>. Acesso em: 3 jul. 2020.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política**. 42 ed. São Paulo: Editores Associados, 2012.

SÁ, Fernanda Miranda Caliani. **Os saberes dos médicos docentes sobre a atuação profissional no ensino superior**. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2018.

SCHÖN, Donald. A. **Educando o profissional reflexivo**. São Paulo: Artmed, 2000.

SOUSA, Sidnei de Oliveira. A abordagem blended online POPBL na formação inicial de professores: para além da racionalidade técnica. **Revista Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 14, n. 29, p. 320-349, jul./set. 2018.

SILVA, Andréa Tenório Correia da *et al.* Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 336-345, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160016>. Acesso em: 20 set. 2019.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília de Souza; RODRIGUES, Adriana de Oliveira. The perceptions of medical researchers on qualitative methodologies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 722-732, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094414>. Acesso em: 20 fev. 2019.

TELES FILHO, Ricardo Vieira. A importância do estágio eletivo durante o internato médico. **Revista de Medicina**, v. 98, n. 5, p. 365-366, 15 out. 2019.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

ZARPELON, Luís Fernando Boff; TERCENCIO, Maria Leandra; BATISTA, Nildo Alves. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4241-4248, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016>. Acesso em: 20 jul. 2020.

APÊNDICE A - ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE

Referências	ARTIGOS	ANO
1	CANDIDO, Patrícia Tavares da Silva; BATISTA, Nildo Alves. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 43, n. 3, p. 36-45, July 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300036&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 29 Aug. 2019. Epub May 23, 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180149 .	2019
2	REZENDE, Valter L M <i>et al.</i> Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 43, n. 3, p. 91-99, July 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300091&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 29 Aug. 2019. Epub May 23, 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180237 .	2019
3	MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, jun. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200067&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 30 ago. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178 .	2019
4	LIMA FILHO, Paulo Roberto Sotillo de; MARQUES, Rossana Vanessa Dantas de Almeida. Perspectivas sobre o Aprendizado na Óptica de Estudantes de Medicina: Análise do Impacto de Transição Curricular. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 43, n. 2, p. 87-94, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200087&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 30 ago. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20170124 .	2019
5	OLIVEIRA, Carlos Alberto de <i>et al.</i> Alinhamento de Diferentes Projetos Pedagógicos de Cursos de Medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 43, n. 2, p. 143-151, jun. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200143&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 30 ago. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20170124 .	2019

	52712015v43n2rb20180203.	
6	BARBOZA, Jaqueline Santos; FELICIO, Helena Maria dos Santos. Integração Curricular a partir da Análise de uma Disciplina de um Curso de Medicina. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 42, n. 3, p. 27-35, set. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300027&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 02 set. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170129r1 .	2018
7	MAUES, Cristiane Ribeiro <i>et al.</i> Formação e Atuação Profissional de Médicos Egressos de uma Instituição Privada do Pará: Perfil e Conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 42, n. 3, p. 129-145, Sept. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300129&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 22 July 2020. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170075.r1 .	2018
8	MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400066&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 02 Sept. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180065 .	2018
9	DIAS, Matheus Martins de Sousa <i>et al.</i> A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: o Estado da Questão. Rev. bras. educ. med. , Brasília, v. 42, n. 4, p. 123-133, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400123&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 02 Sept. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180094 .	2018
10	SILVA, Andréa Tenório Correia da <i>et al.</i> Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. Rev. bras. educ. med. , Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 336-345, June 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000200336&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 02 Sept. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160016 .	2017

ANEXO A

DCN 2014

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 ⁵

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea “c”, da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, com fundamento no Parecer CNE/CES nº 116/2014, homologado por Despacho do Senhor Ministro de Estado da Educação, publicado no DOU de 6 de junho de 2014, e considerando o estabelecido na Lei de criação do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 e na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013,

RESOLVE:

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país. Art. 2º As DCNs do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina.

Parágrafo único. O Curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização. 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.

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

- I - Atenção à Saúde;
- II - Gestão em Saúde; e
- III - Educação em Saúde.

⁵ Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

Seção I Da Atenção à Saúde

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS); II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

Seção II Da Gestão em Saúde

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

- I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;
- II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;
- III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;
- IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;
- V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,
- VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;
- VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e
- VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Seção III Da Educação em Saúde

Art. 7º Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

- I - aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;
- II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;
- III - aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da

identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;

IV - aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;

V - comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de autoavaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos;

VI - propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e

VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

CAPÍTULO II DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA

Art. 8º Para permitir a transformação das Diretrizes previstas no Capítulo I e os componentes curriculares contidos no Capítulo III desta Resolução em efetivas práticas competentes, adequadas e oportunas, as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupar-seão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:

I - Área de Competência de Atenção à Saúde; II - Área de Competência de Gestão em Saúde; e III - Área de Competência de Educação em Saúde.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seção I Da Área de Competência Atenção à Saúde

Art. 9º A Área de Competência Atenção à Saúde estrutura-se em 2 (duas) subáreas: I - Atenção às Necessidades Individuais de Saúde; e II - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.

Art. 10. A Atenção às Necessidades Individuais de Saúde compõe-se de 2 (duas) ações-chave:

I - Identificação de Necessidades de Saúde; e

II - Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.

Art. 11. A Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva desdobra-se em 2 (duas) ações chave:

I - Investigação de Problemas de Saúde Coletiva; e

II - Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva.

Subseção I Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde

Art. 12. A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Realização da História Clínica:

- a) estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;
 - b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
 - c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
 - d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;
 - e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
 - f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;
 - g) orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
 - h) investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e
 - i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.
- II - Realização do Exame Físico:
- a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;
 - b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;
 - c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; e
 - d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

III - Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

- a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;
- b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;
- c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;
- d) estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;
- e
- e) compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

IV - Promoção de Investigação Diagnóstica:

- a) proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético.
- b) solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;
- c) avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;
- d) interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e
- e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

Art. 13. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos:

- a) estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;
- c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;
- e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;
- f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;
- g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;
- h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida;
- e
- i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.

II - Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos:

- a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
- b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
- c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;
- d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e
- e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

Subseção II Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva

Art. 14. A ação-chave Investigação de Problemas de Saúde Coletiva comporta o desempenho de Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, com os seguintes descritores:

- I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento;
- II - relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e
- III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

Art. 15. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva comporta os seguintes descritores de seu desempenho único:

- I - participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;
- II - estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;
- III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;
- IV - promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados;
- V - participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e
- VI - participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

Seção II Da Área de Competência Gestão em Saúde

Art. 16. A Área de Competência Gestão em Saúde estrutura-se em 2 (duas) ações chave:

I - Organização do Trabalho em Saúde; e

II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.

Subseção I Da Organização do Trabalho em Saúde

Art. 17. A ação-chave Organização do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores: I - Identificação do Processo de Trabalho:

- a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde;
- b) identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;
- c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;
- d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças;
- e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;
- f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis; e
- g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.

II - Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção:

- a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;
- b) apoio à criatividade e à inovação, na construção de planos de intervenção;
- c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde; e
- d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.

Art. 18. A ação-chave Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde:

- a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;
- b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança; e

c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

II - Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde:

- a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;
- b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;
- c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação;
- d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;
- e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho; e
- f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

Seção III Da Área de Competência de Educação em Saúde

Art. 19. A Área de Competência de Educação em Saúde estrutura-se em 3 (três) ações-chave:

- I - Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva;
- II - Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento; e
- III - Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.

Subseção I Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva

Art. 20. A ação-chave Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva comporta os seguintes desempenhos:

- I - estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde; e
- II - identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.

Subseção II Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento

Art. 21. A ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento comporta os seguintes desempenhos:

- I - postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;
- II - escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;

- III - orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde; e
- IV - estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.

Subseção III Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos

Art. 22. A ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos comporta os seguintes desempenhos:

- I - utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;
- II - análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis;
- III - identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e
- IV - favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.

CAPÍTULO III DOS CONTEÚDOS CURRICULARES E DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:

- I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- 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;
- V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;

VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; e

VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca.

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

§ 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);

§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.

§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. § 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, GinecologiaObstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.

§ 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.

§ 10. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.

§ 11. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.

Art. 25. O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Art. 27. O Projeto Pedagógico que orientará o Curso de Graduação em Medicina deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.

Parágrafo único. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 28. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado de curso, que indicará sua modalidade e periodicidade.

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

- I** - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;
- II** - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;
- III** - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;
- IV** - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnicoraciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais;
- V** - criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista;
- VI** - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado

de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato; **IX** - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;

X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;

Art. 30. A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução.

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido.

Art. 33. O Curso de Graduação em Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES nº 1, de 17 de junho de 2010.

Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Parágrafo único. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS.

Art. 35. Os Cursos de Graduação em Medicina deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com

vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

§ 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

Art. 37. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A determinação do *caput* é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

Art. 40. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001, e demais disposições em contrário.

ERASTO FORTES MENDONÇA

Presidente em Exercício