

Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior

The More Doctors Program and the Curricular Guidelines for Medical courses: a comparative analysis among higher education institutions (abstract: p. 15)

Programa Más Médicos y las Directrices Curriculares de los cursos de Medicina: un análisis comparativo entre instituciones de enseñanza superior (resumen: p. 15)

Annabelle de Fátima Modesto Vargas^(a)

<annamodesto@hotmail.com> 

Diogo de Souza Vargas^(b)

<diogosvargas@yahoo.com.br> 

Mauro Macedo Campos^(c)

<mauromcampos@yahoo.com.br> 

Rodrigo da Costa Caetano^(d)

<profrodrigo@uenf.com> 

^(a) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (pós-doutorado), Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, Centro de Ciências do Homem (CCH), Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Avenida Alberto Lamego, 2000, Parque Califórnia. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 28013-602.

^(b) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais (doutorado), Laboratório de Estudo do Espaço Antrópico, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

^(c) Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

^(d) Laboratório de Estudo do Espaço Antrópico, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

O artigo foi construído a partir de uma pesquisa exploratória e documental que investigou as matrizes curriculares dos cursos de Medicina de três instituições de ensino superior (IES), buscando identificar o peso que atribuem a uma formação mais humanista dos seus estudantes, nos moldes do Programa Mais Médicos (PMM). Foram examinadas duas instituições brasileiras, uma pública e uma privada, ambas no Rio de Janeiro e uma terceira, cubana. Na formação dos médicos cubanos nota-se uma intensidade nas disciplinas categorizadas como Formação em Saúde Pública. Na contramão desse desenho, tem-se que a formação do médico brasileiro reflete o conflito entre o ensino e a realidade do país, visível na dificuldade em formar médicos para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS) e em fixá-los nos mais remotos lugares do Brasil.

Palavras-chave: Educação médica. Políticas públicas. Saúde Pública.

Introdução

O artigo analisa a formação médica construída pelas próprias IES, a partir da análise das matrizes curriculares propostas. Tem como objetivo identificar o espaço destinado à formação voltada para a atuação em Saúde Pública. A pesquisa foi realizada a partir de duas IES do estado do Rio de Janeiro, comparadas ao que é praticado pelos cursos de Medicina de Cuba, mais especificamente da capital, Havana, onde se localiza a principal faculdade de Medicina do país.

Para o desenvolvimento, busca-se balizar a atual conformação das diretrizes curriculares para os cursos de Medicina no Brasil¹, a partir de um rápido percurso sobre a condução da educação médica nacional, com o que é praticado em Cuba, por ser o país que mais oferta profissionais médicos para missões internacionais². Além disso, destaca-se o fato de esse país priorizar uma formação acadêmica voltada para a Medicina familiar e social, formando “médicos de família” treinados para uma Medicina comunitária³.

No Brasil, as normativas que tratam da educação médica, assim como o desenvolvimento das diretrizes para os cursos de graduação, foram tardiamente legitimadas, iniciadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), no fim da década de 1990. Destaca-se ainda os modelos de educação em desconformidade com a realidade do país, bem como a voluntariedade na adesão pelas instituições de ensino a esses modelos. O somatório de tais questões acaba por prejudicar a formação de profissionais com o perfil para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). São abordagens já consideradas pelo Programa Mais Médicos (PMM), no que se refere ao aprimoramento da formação médica, indicado nas reformas curriculares direcionadas à APS¹.

O argumento central deste artigo toma por base um exercício comparativo, no qual se pretende ressaltar as abordagens da formação médica construídas pelas próprias IES. Afinal, se pretende-se trazer a discussão sobre uma formação médica que privilegie a APS, dentro do que o PMM propõe⁴, há que se jogar luz sobre o modelo pelo qual estão estruturadas as bases curriculares.

Método

O trabalho foi construído a partir de uma pesquisa exploratória, por meio de uma análise documental e de caráter qualitativo⁵, de modo que possibilitasse uma visão mais geral acerca das matrizes curriculares. Para o desenvolvimento, utiliza-se a análise das diretrizes curriculares de cursos de Medicina de três diferentes instituições de ensino.

A escolha das IES brasileiras advém do fato de que 55,3% dos médicos brasileiros estão concentrados na região Sudeste, sendo o estado do Rio de Janeiro a segunda maior relação de proporção de médicos por habitantes (3,75 médicos por mil habitantes), aquém apenas do Distrito Federal (4,28 médicos por mil habitantes)⁶. A pesquisa considerou ainda uma universidade pública e outra privada. Adicionalmente, tratam-se das IES que mais ofertam vagas autorizadas pelo Ministério da Educação (MEC), sendo: (1) IES pública – IES1; e (2) IES privada – IES2. O quadro 1 traz as IES do estado do Rio de Janeiro, acompanhado da localização, do quantitativo de vagas e do início de funcionamento de cada curso.

Quadro 1 - Instituições de Ensino Superior em Medicina do estado do Rio de Janeiro

Instituições privadas com vagas autorizadas pelo MEC			
Município	Mantenedora	Vagas anuais (2017)	Início do curso
Valença	IES4	150	1968
Rio de Janeiro	IES5	170	2014*
Rio de Janeiro	IES2	240	1997
Petrópolis	IES6	150	1967
Teresópolis	IES7	144	1970
Vassouras	IES8	160	1969
Campos dos Goytacazes	IES9	126	1967
Rio de Janeiro	IES10	192	1971
Volta Redonda	IES11	120	1968
Itaperuna	IES12	100	1997
Nova Iguaçu	IES13	100	1977
Itaperuna	IES14	112	2015*
Duque de Caxias	IES15	110	1997
Rio de Janeiro	IES16	110	2007
Total de vagas autorizadas em graduação de Medicina em IES de caráter privado no estado: 1.984			
Instituições públicas com vagas autorizadas pelo MEC			
Município	Mantenedora	Vagas anuais (2017)	Início do curso
Rio de Janeiro	IES17	94	1936
Niterói	IES18	180	1926
Rio de Janeiro	IES1	200	1808
Macaé	IES19	60	2009
Rio de Janeiro	IES20	160	1912
Total de vagas autorizadas em graduação de Medicina em IES de caráter público no estado: 694			
Total de vagas autorizadas em graduação de Medicina em IES no estado: 2.678			

*Estas instituições ainda não formaram médicos.
Fonte: emec.mec.gov.br. Consulta em: 03/08/2017.

O município do Rio de Janeiro conta com sete cursos de Medicina, sendo quatro privados e três públicos, no total de 1.166 vagas autorizadas (43,5% das vagas do estado). Segundo Scheffer et al.⁶, o município conta com 6,28 médicos para cada mil habitantes, o que representa 66% dos médicos de todo o estado e 34,7% dos médicos do Sudeste.

Com o propósito de comparar o modelo de ensino médico realizado pelas instituições brasileiras, selecionou-se ainda uma universidade cubana. Antes, porém, cabem algumas considerações sobre os critérios da escolha, ao perseguir o argumento central do artigo: o processo de mudança curricular na formação médica no Brasil, respaldada pelo MEC e instituída pelo PMM, a partir de um modelo de atendimento que privilegie a APS¹. Corrobora também o fato de que o ensino da Medicina em Cuba prioriza esse aspecto⁷ na formação profissional. Não é por menos que Cuba é o país que mais envia profissionais para o exercício da Medicina no Brasil⁸, no âmbito do PMM. A universidade cubana escolhida situa-se na capital, Havana – IES3 – uma instituição pública de ensino, como todas no país, sendo esta a mais tradicional e de maior notoriedade.

O passo seguinte foi buscar as matrizes curriculares dos cursos, com o intuito de comparar os componentes curriculares oferecidos aos estudantes em cada uma delas. Trata-se de uma análise que busca congrega os diferentes componentes constantes nas matrizes desses cursos e suas respectivas cargas horárias.

O desenvolvimento deste artigo baseou-se nas áreas de competência expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014¹ de forma a subsidiar as finalidades e os fundamentos da formação em Medicina, sendo: (a) Área de Competência de

Atenção à Saúde; (b) de Gestão em Saúde; e (c) de Educação em Saúde. Vale ressaltar que a implementação das diretrizes ainda não se deu por completo, sendo que as IES têm o até o fim de 2018 para se adequarem às DCN. Essas três grandes áreas serão utilizadas como um “tipo ideal” para as análises, sendo que na prática prevalecem as categorias estabelecidas por Almeida et al.⁹ (2007), construídas a partir das DCN de 2001: (1) competências e habilidades gerais; (2) competências e habilidades específicas; e (3) formação para o SUS. Utilizar categorias das DCN de 2001 em nada desabona a contemporaneidade do estudo, ratificado pela sua ainda vigência.

A última categoria – Formação para o SUS – representada pelas disciplinas referentes à Saúde Pública brasileira, foi aqui denominada por “formação em saúde pública”, de modo a atender à proposta de análise do curso de Cuba, com a permanência de toda a sua essência. Assim, o artigo resalta a urgência na implementação das novas diretrizes curriculares, seguindo os preceitos do PMM, de modo a trazer a formação médica para mais próximo das vulnerabilidades sociais do país.

Teoria, resultados e discussão

A introdução das DCN para os cursos de graduação no Brasil se deu a partir da LDB¹⁰, que trouxe mudanças na forma de conceber e de buscar a garantia do direito à educação. Quanto aos cursos de Medicina, tem-se como objetivo a construção de um perfil acadêmico e profissional com competências e conteúdos contemporâneos, para que os egressos possam atuar no âmbito do SUS. Assim, com uma formação mais generalista, humanista e flexível quanto ao formato do estudo oferecido¹¹, pode-se tornar possível superar as “concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares”¹². Nesse contexto, de formação da educação, é que foram instituídas as grades curriculares para os cursos da Saúde, carecendo ainda de avanços segundo as realidades regionais do país. Vale ressaltar a importância da relação entre teoria e prática, que amplia o conhecimento, a habilidade e as atitudes, com “reflexões críticas e propositivas no campo da formação médica, tendo como orientador o SUS”¹³ (p. 197).

No entanto, o próprio Conselho Nacional de Educação, por meio do parecer nº 776/1997, atribui a prerrogativa para que cada IES possa definir a carga horária e os conteúdos necessários à formação do profissional médico¹⁴. Acontece que tal medida permite o avanço de disciplinas técnicas em detrimento das disciplinas de cunho mais social, gerando um efeito em sentido contrário ao que se propõe em termos de qualificação do atendimento primário.

Essa flexibilidade no desenho da estrutura curricular dos cursos, até então compreendida como uma autonomia das instituições educadoras, ganhou força a partir da primeira DCN médica, em 2001. Segundo Pereira e Lages¹⁵, a flexibilidade deve ser vista com cautela, por poder ensejar uma isenção às necessidades da sociedade, cabendo ao Estado desenvolver políticas que induzam as universidades a cumprirem seu papel social. Esse movimento no sentido de readequação da matriz curricular dos cursos de Medicina no Brasil não se configura como sendo uma trajetória sem obstáculos e isenta de interesses. Assim, para que se possa dar sentido aos propósitos do artigo, o percurso cronológico dessas mudanças auxilia na sua compreensão e é por essa abordagem que se busca compreender a formação médica no Brasil.

No que se refere às discussões sobre as conformações curriculares, nas DCN de 2001 foram alinhavados os princípios de autonomia institucional. Na mesma medida, buscou-se estimular a construção de uma rede de saberes e de práticas presentes nos campos profissionais ao cotidiano de formação universitária (articulação teoria-prática); além da integração ensino, pesquisa e extensão; e do uso de práticas avaliativas continuadas¹¹. Decorrente de debates e de movimentos internacionais da saúde ocorridos à época, como a Conferência de Jacarta, em 1997, a DCN de 2001 traz uma identificação com o campo das Ciências Sociais¹⁶.

Movimentos posteriores às DCN de 2001 contribuíram para colocar em prática o que se expressava originariamente na diretriz. O primeiro deles, em 2002 – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed) – teve a participação dos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e MEC, além da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e da Rede Unida.

O programa nasce na tentativa de realizar mudanças curriculares nos cursos de graduação de Medicina, de forma a responder às demandas do SUS, tendo como norte “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”. Uma das maiores preocupações é a excessiva especialização médica, resultando na diminuição do médico com visão integral e generalista. Tais questões implicam no aumento dos custos assistenciais em saúde¹⁷, uma vez que uma APS não resolutiva sobrecarrega a logística dos setores de média e de alta complexidade em saúde. Todavia, o fato de o Promed ter um caráter voluntário permitiu a não aderência maciça das IES, com apenas 19 escolas aderidas das 118 vigentes¹⁸, impossibilitando a adequação integral nos currículos das escolas do país.

Em 2003, na 12^a Conferência Nacional de Saúde, foi ressaltado o papel dos órgãos de controle no que se refere ao cumprimento das normas expedidas pelo poder público para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da saúde, além de averiguar a implantação de modificações nos modelos de formação. Vale ressaltar a preocupação para uma adequação das escolas já existentes e um direcionamento para a abertura de novos cursos da área, seguindo características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas e demográficas, a partir das diretrizes para a organização da atenção à saúde¹⁹.

Entre 2006 e 2009, a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (Caem/Abem) desenvolveu o projeto Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras. Em termos práticos, esse projeto teve a adesão voluntária de 28 IES²⁰, tendo como proposta a transição de um modelo de ensino flexneriano para outro valorizador da integralidade: o modelo biopsicossocial.

Em 2013, ocorreu o Seminário de Formação Médica para Atenção Básica, tendo a participação de representantes do governo, das escolas médicas, dos gestores públicos e dos estudantes de Medicina. O evento teve como objetivos: (a) realizar debates sobre os desafios de prover profissionais médicos segundo a necessidade da APS; (b) conhecer e discutir estratégias de formação deste profissional; e (c) propor estratégias para o aperfeiçoamento da formação médica²¹. Ainda que em caráter normativo, as propostas surgiram no sentido de reforçar a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão; ampliar as práticas de interiorização do internato por meio de convênios com gestões municipais; valorizar a carreira de docente vinculada à APS; buscar a interação entre graduação

e residência médica; e regionalizar os cursos médicos com responsabilidade de prover profissionais em quantidade e de perfil adequado às necessidades locais²¹.

No entanto, percebe-se ainda uma carência de profissionais médicos atuando conforme as premissas do SUS^{4,22}, sobretudo na APS. Essa lacuna é pauta de inúmeras críticas dos gestores municipais²³ e, principalmente, da população²⁴ em relação à qualidade da Saúde Pública oferecida. Não por menos que iniciativas frequentes por parte do governo são “testadas”, desde a década de 1960, com o intuito não só de aperfeiçoar a atuação desses profissionais conforme realidade nacional, mas também de promover o processo de interiorização dessa mão de obra. Nesse sentido, destacam-se o Projeto Rondon (1968), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass, 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus, 1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits, 2001) – todos tendo em comum pontos convergentes a esse respeito²⁵. Recentemente, foi instituído o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab)²⁶.

Nessa mesma linha, em 2013, tem-se o PMM⁴, abrangendo ações conjuntas entre o Ministério da Saúde (MS) e o MEC, promovendo não apenas a chamada de médicos para atuar em regiões prioritárias – esta seria a medida emergencial –, mas também a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde; a expansão de vagas de graduação em Medicina e de especialização/residência médica; e o aprimoramento da formação médica por meio de reformas curriculares direcionadas à APS¹.

Para o artigo em questão, interessa os desdobramentos relacionados à formação médica, ao tratar do eixo mais estruturante do PMM, que recomenda a reorientação do currículo, dando ênfase à atenção primária e fomentando a formação em Saúde Pública, cujos impactos se darão a médio e a longo prazos²⁷. Tais questões ainda se inserem nas distintas e plurais realidades territoriais.

As novas DCN para o curso de graduação em Medicina decorrem desse programa, no intuito de reforçar a superação de modelos curriculares pragmáticos e disciplinares, interligando ensino, pesquisa e extensão durante a formação, dando crédito ao conhecimento aprofundado nas áreas da atenção, da gestão e da educação. Esse novo formato de ensino se estende até mesmo à inserção de novas técnicas no âmbito da prática pedagógica, aproximando a universidade aos serviços de saúde¹³.

Percebe-se aqui o caráter voluntário dessa proposta, tendo em vista que as diretrizes do PMM apontam a adequação ao novo formato apenas enquanto recomendação para as IES. Adiciona-se ainda a complexidade de um sistema que conjuga o público e o privado, desde o ensino médico até o atendimento assistencial, tendo sido alocado ao setor privado os serviços mais complexos, especializados e tecnológicos, portanto, mais onerosos e lucrativos. É nessa arena em que se apresentam propostas de mudanças na formação acadêmica médica, na qual os inevitáveis conflitos são, de certa forma, deixados de lado na proposição de novas DCN¹ que vigoram, a seu modo voluntarioso, em um ambiente complexo e notadamente competitivo.

Na prática, ainda falta creditar ao ensino a importância dos fatores sociais na saúde, principalmente nas atividades médicas, prejudicando sobremaneira a inter-relação saúde-doença com os fenômenos clínicos e sociológicos vividos em um país tão heterogêneo²⁸. Propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde são vistas como estratégias importantes para preencher os espaços deixados por essa lacuna²⁹.

As atuais DCN do curso de Medicina inserem considerações quanto às diferenças “biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural”¹ (p. 1). O documento estabelece também a integralidade e a humanização do cuidado “por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, na construção de projetos terapêuticos compartilhados”, prevalecendo o “trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada”¹ (p. 1). Reforça, portanto, o propósito de promover uma formação médica mais geral, humanística e crítica, capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral da população^{1,27,30}.

A análise da aplicabilidade das DCN para os cursos de Medicina nas IES leva em conta grande número de universidades no país. São 288 IES, responsáveis por 29.252 vagas³¹, havendo um predomínio destas na rede privada de ensino (69,9%), tendo a região Sudeste 41% destas^{31,32}.

Para efeito de maior densidade do que se pretende com essa comparação das matrizes curriculares, considerou-se também uma IES estrangeira: a IES3 de Havana, capital cubana. Vale ressaltar ainda que Cuba é um país conhecido internacionalmente como exportador de médicos e que desde a implantação do PMM tem sido o maior colaborador na provisão desses profissionais, chegando a 63% do total de médicos aderidos, totalizando mais de 11 mil profissionais atuando nos serviços primários de saúde⁶.

A atuação no Brasil de médicos estrangeiros no PMM, na sua maioria de origem cubana, em função da sua formação e de sua atuação prática, minimiza o excessivo uso da tecnologia nas práticas de saúde e valoriza as questões sociais envolvidas nos tratamentos³³. Com efeito, observaram-se ganhos na qualidade da assistência à saúde em unidades beneficiadas pelo programa, mesmo em regiões longínquas, vulneráveis socioeconomicamente e deficitárias quanto à infraestrutura dos equipamentos públicos prestadores dos serviços primários de saúde^{5,34,35}.

O estudo das diretrizes curriculares, de forma comparada entre as IES, permite uma visão panorâmica de como cada IES planeja a formação do profissional médico para atuar na sociedade. De acordo com Heinzle e Bagnato³⁶, o currículo é resultante de uma circularidade de discursos e textos. Segundo as autoras, “a construção política e social do currículo é expressão de princípios e teorias de um determinado tempo histórico”³⁶ (p. 227).

As DCN de 2014 partem de uma reestruturação curricular como forma de responder de forma integral às demandas do sistema público de saúde brasileiro, considerando os determinantes sociais, culturais e psicológicos nos níveis coletivos e individuais do processo saúde-doença. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de incorporação das Ciências Sociais e Humanas como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista¹.

De acordo com Barros¹⁶, “o médico contemporâneo deve ser capacitado para acolher, compreender, responsabilizar-se e resolver a maior parte das necessidades e demandas de saúde dos indivíduos e das populações” (p. 50). Esse profissional carece de uma formação interdisciplinar e da necessidade de rompimento de valores, símbolos e percepções dos antigos modelos que se resumem apenas na qualificação técnica do professor: a necessidade de ser médico para ensinar Medicina. Segundo o autor¹⁶, apesar das DCN de 2001 estabelecidas, há um abismo entre o que se encontra expresso

formalmente e o que se observa na prática, sobretudo nas dificuldades estruturais e culturais das escolas médicas – o que Bonet³⁷ denomina de divergência entre a “medicina do livro” e a “medicina vivida”.

O quadro 2 traz um panorama comparado do que é oferecido em termos de currículo para os cursos de Medicina pelas IES, agrupados segundo as categorias estabelecidas por Almeida et al.⁹, adaptadas para este estudo e com as suas respectivas cargas horárias.

Quadro 2 - Quadro comparativo das grades curriculares dos cursos de Medicina

IES	IES1*	IES2**	IES3***
Competências			
Competências e habilidades gerais	Anatomia MI Biofísica MI Bioquímica MI Histologia e Embriologia Básicas Microbiologia e Imunologia MI Patologia Geral M Saúde e Trabalho Administração e Planejamento de Saúde	Ambiente e Saúde Bases Moleculares dos Sistemas Orgânicos Biomorfologia Orientação Psicopedagógica Anatomia Patológica Fisiopatologia Doenças Infecciosas e Parasitárias	Inglés (I ao X) Educación Física (I ao IV) Metodología de la Investigación y Estadística Anatomía Patológica
Carga horária total (horas)	1.065	637	1.153
Competências e habilidades específicas	Genética e Evolução para Medicina Sistema Nervoso Sistema Cardiovascular e Respiratório Atenção Integral à Saúde Sistema Digestivo Sistema Urinário Sistema Endócrino e Reprodutor Sistema Nervoso Sistema Cardiovascular e Respiratório Parasitologia Médica Propedêutica Clínica Medicina Interna (I, II e III) Psicologia Médica Clínica Pediátrica (I e II) Farmacologia (MI e MII) Patologia Forense Cirurgia Ginecologia Oftalmologia Ortopedia e Traumatologia Otorrinolaringologia Doenças Infecciosas e Parasitárias Medicina Legal Obstetrícia Psiquiatria e Saúde Mental Internato Rotatório (A – Clínica Médica; B – Cirurgia; C- Pediatria; D – Ginecologia e Obstetrícia) Internato (Cirurgia; Clínica Médica; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria)	Microbiologia Médica Parasitologia Médica Psicologia Médica Imagenologia Propedêutica Médica Psicologia Médica Clínica Cirúrgica (I, II e III) Clínica Médica (I, II e III) Farmacologia Médica (I e II) Saúde da Criança e do Adolescente (I e II) Bioética Aplicada à Prática Médica Saúde da Mulher (I e II) Saúde do Idoso Saúde Mental Aspectos Legais da Prática Médica Emergências Médicas Internato (I ao IV) Sistemas Orgânicos Integrados (I ao III) Seminário Integrado (I ao VIII)	Introducción a la MGI Morfofisiología (I ao VI) Informática médica Genética Médica Psicología Médica (I e II) Microbiología y Parasitología Médica Propedéutica Clínica y semiología Farmacología (I e II) Medicina Interna Pediatria Medicina de desastre (I e II) Ginecología y Obstetricia Psiquiatria Medicina General Integral Medicina Legal y Ética Médica Ortopedia ORL Oftalmología Dermatología Urología Medicina Interna Pediatria Ginecobstetricia Cirugía Medicina General Integral

continua

Quadro 2 - Quadro comparativo das grades curriculares dos cursos de Medicina (cont.)

IES	IES1*	IES2**	IES3***
Competências			
Carga horária total (horas)	5.706	6.941	8.005
Formação em Saúde Pública	Epidemiologia Administração e Planejamento de Saúde	Saúde da Família (I a VIII) Epidemiologia (I e II)	Promoción de Salud Prevención em Salud Medicina Comunitaria Salud Pública
Carga horária total (horas)	190	576	800
Disciplinas eletivas	1.741	216	360
Total de carga horária	8.702	8.370	10.318
Carga horária (exceto disciplinas eletivas)	6.961	8.154	9.958

*Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações do portal da Faculdade de Medicina da IES1.

**Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações do portal da Faculdade de Medicina da IES2.

***Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações do portal da IES3.

Em termos analíticos, como se observa no quadro 2, as disciplinas das grades curriculares da IES foram divididas em quatro grandes grupos, a partir das competências na formação médica: (1) Competências e Habilidades Gerais; (2) Competências e Habilidades Específicas; (3) Formação em Saúde Pública; e (4) Disciplinas Eletivas. Para o texto em questão, não serão abordadas as disciplinas eletivas, na medida em que estas podem não ser cursadas igualmente por todos os estudantes. Logo, apenas as três primeiras categorias serão analisadas.

Nesse caminho, o currículo da instituição pública brasileira possui carga horária, sem contabilizar as disciplinas eletivas, de 6.961 horas; a privada, de 8.154 horas; e a cubana, de 9.958 horas. A matriz curricular da universidade cubana abarca uma carga horária maior em todas as categorias, o que indica uma formação mais ampla dentro do modelo de saúde proposto por Cuba e, em boa medida, assemelha-se aos princípios do SUS brasileiro. Vale destacar ainda que, considerando a busca recente desses dados, a matriz curricular disponibilizada pela IES1 data de 1997, elaborada antes mesmo das primeiras DCN em Medicina no Brasil, do ano de 2001.

Na categoria Formação em Saúde Pública, há uma desproporcionalidade no número de horas da IES2 (576 horas) em relação à IES3 (800 horas), ambas bem superiores ao observado na IES1. Apesar da proximidade entre as duas primeiras, na IES3 as disciplinas apresentam uma aderência maior às abordagens relacionadas à APS, como as Promoción de Salud; Prevención em Salud; e Medicina Comunitaria e Salud Pública.

Na IES2, a conformação da grade curricular valoriza o aprendizado sobre Saúde da Família, com disciplinas específicas administradas em oito períodos do curso. Segue, portanto, os preceitos das novas DCN, de 2014, sobretudo quanto à carga horária total do curso. Na categoria Competências e Habilidades Gerais, a disciplina Ambiente e Saúde chama atenção dado o seu conceito ampliado de saúde e seus determinantes

no processo saúde-doença, seguindo influências históricas nacionais e internacionais da Saúde Pública. O contraditório é que, enquanto a IES privada adota um modelo de educação que enfatiza a APS no que propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³⁸, não se observa tais prerrogativas de ensino médico na IES pública brasileira analisada.

Outro ponto de destaque na grade curricular da IES2 ocorre na categoria Competências e Habilidades Específicas. Trata-se das disciplinas de caráter integrado, sendo: Clínica Médica (I, II e III), Sistemas Orgânicos Integrados (I, II e III) e Seminário Integrado (I ao VIII). O último promove uma abordagem dos problemas de saúde de forma integrada, desprendida dos moldes das disciplinas tradicionais dos cursos de Medicina, anteriores às últimas DCN, mas que ainda pode ser vista na grade curricular da IES1.

A integralização dos componentes curriculares nos moldes das DCN, observadas com maior intensidade na escola cubana e na IES2, depara-se na contramão do modelo biomédico de aprendizagem: altamente especializado, fragmentado e direcionado ao uso de equipamentos, técnicas e drogas modernas – metodologia ainda em voga no Brasil, mas que vem sendo desmotivada pelas DCN de 2014. Segundo Amoretti³⁹, uma formação profissional nesse modelo, como o observado na IES1, contribui para o desinteresse do aluno em ser “médico da família”.

Dentro do que propõe a IES1, percebe-se uma carência de disciplinas relacionadas à promoção do conhecimento sobre a gestão em saúde e a educação em saúde, fato observado, mas de menor intensidade, na IES2. Tais pontos são considerados essenciais para a “articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes” para o profissional médico¹. Segundo Potyara⁴⁰, saberes interdisciplinares possibilitam a ruptura da alienação científica, que, por sua vez, podem fortalecer a verticalização das especialidades, a tipologização dos saberes e o raciocínio dicotômico, propiciando a perda do contato com a realidade e possibilitando uma linguagem incomunicável entre diferentes áreas.

No que compete à análise da grade curricular da IES3, além da extensiva carga horária de estudos, alguns traços comparativos à realidade brasileira merecem ser ressaltados. A inserção das disciplinas “Inglês” (por dez períodos – 640 horas) e de Educación Física (em quatro períodos – 320 horas) despertam a atenção, não somente na formação profissional em si, mas também por ratificar que o aluno esteja apto a compreender e analisar informações internacionais em saúde e que também tenha uma condição de vida saudável propiciada pela prática do esporte.

A formação dos médicos cubanos prioriza disciplinas categorizadas como Formação em Saúde Pública, que é exatamente a discussão proposta no artigo. Na IES3, o peso dessas disciplinas na grade curricular está muito acima das IES brasileiras, totalizando 320% da grade curricular da IES1 e 38% da IES2. A pequena participação desta categoria na formação do médico brasileiro reflete o conflito entre o ensino e a realidade do país, que, ao que parece, traduz parcialmente a crise da saúde pública brasileira, tendo na dificuldade de fixar os médicos nos mais remotos lugares do país, assim motivando a implantação do PMM.

A carência do profissional médico brasileiro atuando nas UBS provém, em parte, do conflito existente entre as IES, focadas na visão mercadológica da saúde e hospitalocêntrica, com a necessidade latente de atuação desse profissional na ESF, com visão holística, entendendo não somente a doença, mas também as questões socioambientais

e familiares presentes. Logo, a identidade médica construída com base na concepção da Medicina extremamente técnica não coaduna com uma formação profissional atenta às condições sociais e às dinâmicas territoriais, o que afeta o preparo profissional para atuar nessas adversidades.

Por fim, vale ressaltar que os instrumentos normativos previstos nas atuais DCN¹ (cuja obrigatoriedade de integral implementação se encerra em 2018), preveem maior cumprimento ao Eixo Formação Médica do PMM². Todavia, os efeitos decorrentes dessas mudanças têm um caráter temporal, cabendo, portanto, avançar no debate tanto público quanto acadêmico sobre os impactos sociais no atual modelo de saúde do país.

Considerações finais

A Saúde Pública brasileira tem um mix de desafios. Isso é um fato que vem sendo discutindo antes mesmo da implantação do SUS. Para o desenvolvimento do artigo, direcionou-se a atenção para a implantação do cuidado em saúde, em um eixo transversal nos currículos de graduação dos cursos de Medicina, conforme apontado por Medeiros e Batista⁴¹. É nesse vácuo de deficiência na formação acadêmica da graduação que prolifera e fortalece o modelo biomédico. Não é propósito desse modelo a valorização dos determinantes sociais em saúde, pois pouco se considera a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; pautando na busca racional de meios complexos e de tecnologia onerosa, com pouco investimento na autonomia do paciente, e afirmando uma Medicina que tenha como categoria central a doença, e não a saúde⁴².

A análise da matriz curricular das IES brasileiras permite, de certa forma, dimensionar o quanto ainda se precisa avançar na conformação de seu arcabouço, de modo a oferecer um estudo em Medicina dentro das perspectivas do que o sistema público de saúde brasileiro propõe e necessita. Mais próximo dessa realidade se encontra o currículo da IES cubana, apesar de todas as críticas à vinda de médicos cubanos por meio do PMM. No outro extremo, tem-se a realidade da instituição pública brasileira sob análise, cujo formato curricular mostra-se ainda distante dos anseios das DCN de 2014¹.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).

Referências

1. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2001.
2. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil”: nueva modalidad de colaboración cubana em el exterior. Rev EDUMECENTRO [Internet]. 2015 [citado 26 Abr 2016]; 7(1):171-7. Disponível em: <http://www.revedumecentro.sld.cu>.
3. Moreno LVD, Vedovato LR. Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. Reinpec. 2015; 1(1):156-82.
4. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 out 2013.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
6. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015 [citado 2 Maio 2017]. p. 284. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
7. Lima RDCGS, Garcia CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. Tempus. 2015; 9(4):67-80.
8. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 12 Maio 2017]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>
9. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SC, Pereira L A, Rezende LR, et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. Rev Bras Educ Med. 2007; 31(2):156-65.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 23 Dez 1996.
11. Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001.
12. Maranhão E. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida MJ. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
13. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. Educação médica no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015.
14. Ministério da Educação (BR). Relatório do Parecer do Conselho Nacional de Educação nº 776/1997 [Internet]. Brasília: MEC; 2017 [citado 20 Nov 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf
15. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? Trab Educ Saude. 2013; 11(2):319-38.
16. Barros NF. As ciências sociais na educação médica. São Paulo: Hucitec; 2016.

17. Ministério da Saúde (BR). Informe Saúde. Promed: lançado programa para mudar currículo de medicina. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 10 Ago 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>
18. Amaral JL. Duzentos anos de ensino médico no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). 12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sérgio Arouca: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Lampert JB, Aguilar da Silva RH, Perim GL, Stella RCDR, Abdalla IG, Costa NMDSC. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(1):5-18.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: Seminário de formação médica para Atenção Básica [Internet]; 2013; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 20 Maio 2017]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20\(1\)%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20(1)%20(2).pdf)
22. Campos GWDS. A saúde, o SUS e o programa Mais Médicos. *Rev Med Resid.* 2013; 15(2):1-4.
23. Frente Nacional de Prefeitos. Número de médicos cresce, mas eles estão mal distribuídos pelo país [Internet]. Brasília; 2013 [citado 20 Jul 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br>.
24. Melo CF, Baião DC, Costa MC. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. *Gestao Soc.* 2016; 10(26):1302-12.
25. Maciel FR, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O PROVAB na UNA-SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 12 Ago 2016]. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/provab>
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 10 Abr 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf
28. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saude Publica.* 1993; 9(3):239-62.
29. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Rev Saude Soc.* 2004; 13(3):16-29.
30. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FPD, Brizolara R, Figueiredo AMD, Santos JTD. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate.* 2014; 1(51):105-20.
31. Ministério da Educação (BR). Consulta avançada. Cursos de graduação em medicina no Brasil. E-Mec [Internet]. 2017 [citado 10 Set 2017]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>
32. Machado MH. Os médicos do Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.



33. Champion EW, Morrissey SA. Different model – medical care in Cuba. *N Engl J Med*. 2013; 4(368):297-9.
34. Silva RJO, Sousa DO. Programa Mais Médico na perspectiva dos atores sociais responsáveis por sua implantação e dos beneficiários no município de Boqueirão, PB. *Reunir*. 2015; 3(2):59-75.
35. Collar JM, Neto JBA, Ferla AA. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saude Redes*. 2015; 1(2):43-56.
36. Heinzle MRS, Bagnato MLS. Recontextualização do currículo integrado na formação médica. *Pro-Posições*. 2015; 26(3):225-38.
37. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
38. Gombata M. Política social e política externa: a atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
39. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 10(2):136-46.
40. Potyara APP. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, organizadores. *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social; 2014. p. 21-40.
41. Medeiros LMOP, Batista SHSS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Trab Educ Saude*. 2016; 14(3):925-51.
42. Romano VF. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis*. 2008; 1(18):13-25.



The article was constructed from an exploratory, documentary research and investigates the curricular matrices of the medicine courses of three higher education institutions, trying to identify the weight they give to a more humanistic education of their students, in accordance with what is recommended by the More Doctors Program (PMM). Two Brazilian institutions were examined, one public and one private, both in Rio de Janeiro, and also a third institution, located in Cuba. In the education of Cuban doctors, importance is given to disciplines categorized as "Public Health Education". Contrary to this design, the education of Brazilian doctors reflects the conflict between teaching and the reality of the country, visible in the difficulty in educating doctors to work in primary care and in retaining them in the most remote places of Brazil.

Keywords: Medical education. Public policies. Public Health.

El artículo fue elaborado a partir de una investigación exploratoria y documental e investiga las matrices curriculares de los cursos de Medicina de tres Instituciones de Enseñanza Superior, buscando identificar el peso que atribuyen a una formación más humanista de sus estudiantes, en los moldes del "Programa Más Médicos "(PMM). Se examinaron dos instituciones brasileñas, una pública y una privada, ambas en Río de Janeiro y una tercera, cubana. En la formación de los médicos cubanos se nota una intensidad en las disciplinas categorizadas como "Formación en Salud Pública". En contra de ese diseño se tiene que la formación del médico brasileño refleja el conflicto entre la enseñanza y la realidad del país, visible en la dificultad en formar médicos para actuar en la Atención Primaria a la Salud y en fijarlos en los más remotos lugares de Brasil.

Palabras clave: Educación médica. Políticas públicas. Salud Pública.

Submetido em 27/12/17.

Aprovado em 14/09/18.