

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

ADRIANA ELISA WILK

**FINITUDE HUMANA E ÉTICA DO CUIDADO: A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM
MEDICINA E OS CUIDADOS PALIATIVOS**

FREDERICO WESTPHALEN/RS

2021

ADRIANA ELISA WILK

**FINITUDE HUMANA E ÉTICA DO CUIDADO: A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM
MEDICINA E OS CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo Curso de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação, Departamento de Ciências Humanas, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen.

Orientadora: Dra. Luci Mary Duso Pacheco

FREDERICO WESTPHALEN/RS

2021

W681f Wilk, Adriana Elisa

Finitude humana e ética do cuidado: a formação acadêmica em medicina e os cuidados paliativos / Adriana Elisa Wilk. – 2021.
143p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Regional Integrada – URI
Câmpus de Frederico Westphalen, 2021.

“Orientação: Profa. Dra. Luci Mary Duso Pacheco”

1. Medicina 2. Finitude 3. Doenças 4. Cuidados Paliativos 5. Educação I.
Título II. Pacheco, Luci Mary Duso

CDD: 614
CDU: 614.4

Catálogo na fonte: bibliotecária Andréia Mazzone Zanon CRB 10/2626

ADRIANA ELISA WILK

**FINITUDE HUMANA E ÉTICA DO CUIDADO: A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM
MEDICINA E OS CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo Curso de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação, Departamento de Ciências Humanas, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen.

Frederico Westphalen, 22 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luci Mary Duso Pacheco
URI – Câmpus de Frederico Westphalen

Profa. Dra. Maritza Carrera Pola
UNACH - Universidad Autonoma de Chiapas - México

Profa. Dra. Eliane Cadoná
URI - Câmpus Frederico Westphalen

IDENTIFICAÇÃO

Instituição de Ensino/Unidade:

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões;
URI/Câmpus de Frederico Westphalen;
Rua Assis Brasil, n. 709, Bairro Itapagé, Frederico Westphalen/RS - CEP 98400-000

Direção do Câmpus:

Diretora Geral: Profa. Dra. Silvia Regina Canan;
Diretora Acadêmica: Profa. Dra. Elisabete Ceruti;
Diretor Administrativo: Prof. Dr. Ezequiel Plínio Albarello.

Departamento/Curso:

Departamento de Ciências Humanas – Chefe: Maria Cristina Gubiani Aita;
Curso de Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Educação – Coordenadora: Profa. Dra. Luci Mary Duso Pacheco.

Disciplina:

Dissertação.

Linha de Pesquisa:

Formação de Professores, Saberes e Práticas Educativas.

Temática:

Finitude Humana e Ética do Cuidado: a Formação Acadêmica em Medicina e os Cuidados Paliativos.

Orientadora:

Dra. Luci Mary Duso Pacheco.

Mestranda:

Adriana Elisa Wilk.

Dedico este trabalho aos meus pacientes, com os quais tenho a constante oportunidade de compartilhar preciosos momentos de busca: pela cura, pelo alívio e especialmente, pela vida, também a todos que compartilham deste mesmo ideal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Dra. Luci Mary Duso Pacheco, pela dedicação, paciência e incentivo em todas as etapas deste projeto de pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da URI, pela elevada qualidade do ensino oferecido. Foi desafiante e construtivo mergulhar no universo da Educação na companhia de vocês.

Agradeço à Giovana, por seu amor, suporte e sensibilidade e por fazer do nosso cotidiano um lugar seguro, belo e feliz.

RESUMO

A dissertação “Finitude Humana e Ética do Cuidado: a Formação Acadêmica em Medicina e os Cuidados Paliativos”, foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação, da URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, inserida na Linha de Pesquisa: Formação de Professores, Saberes e Práticas Educativas. A evolução tecnológica da medicina aumentou muito a expectativa de vida das pessoas, mas também trouxe consigo a cronificação de muitas doenças. Desta forma, surgiu uma nova reflexão na medicina em relação a pacientes em processo de morte ou sem possibilidade de cura. Na busca por uma melhor qualidade no atendimento nestes processos, os cuidados paliativos despontam como uma alternativa para trazer dignidade e acolhimento humanizado ao paciente. Entretanto, muitos são os dados da literatura que atestam o quanto os profissionais de saúde apresentam aspectos deficitários no que se diz respeito ao lidar com a morte e o morrer. A ausência ou escassez destes temas nos currículos médicos se deve ao fato de que apenas os saberes biológicos e técnicos são vistos como necessários. Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar a inserção dos cuidados paliativos na formação acadêmica em Medicina por meio de suas normativas, DCNs de 2001 e 2014, com a perspectiva de analisar a importância dessa temática na preparação dos profissionais em relação à ética do cuidado, a finitude humana e os cuidados paliativos. Este trabalho se caracterizou em uma pesquisa bibliográfica e documental, de enfoque qualitativo e abordagem hermenêutica. Embora houveram muitas mudanças ao longo dos anos, esta pesquisa aponta que a formação médica no Brasil, ainda segue um modelo hospitalocêntrico, no qual se enfatiza as tecnologias e procedimentos em detrimento do ensino em relação ao indivíduo de forma integral e humana. A formação médica tem em sua essência o objetivo da cura do doente, sendo que este é visto muitas vezes como o único desfecho aceitável. Entretanto, a presença da morte ou de doenças incuráveis é, invariavelmente, parte componente do cotidiano dos profissionais de saúde. Sendo assim, é inegável a necessidade de investir na capacitação dos alunos no desenvolvimento de habilidades interpessoais e cuidados mais humanistas, por meio da criação de oportunidades de reflexão, ao longo de todo o curso, sobre a perda dos pacientes e o impacto desse fato no processo de formação.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Educação Médica. Diretrizes Curriculares Nacionais. Finitude Humana.

ABSTRACT

The dissertation “Human Finitude and Ethics of Care: Academic Training in Medicine and Palliative Care” was developed in the *Stricto Sensu* Post-Graduate Program in Education at URI – Universidad Regional Intergrade do Alto Uruguay e das Missies, inserted in the Research Line : Teacher Training, Knowledge and Educational Practices. Technological evolution in medicine has greatly increased people's life expectancy, but it has also brought with it the chronicity of many diseases. Thus, a new reflection in medicine emerged in relation to patients in the process of death or without the possibility of cure. In the search for a better quality these process, palliative care emerges as an alternative to bring dignity and humanized care to the patient. However, there are many data in the literature that attest to how much health professionals have deficient aspects with regard to dealing with death and dying. The absence or scarcity of these themes in graduated medical curriculum is because only biological and technical knowledge is seen as important. Thus, the aim of this study was to identify the insertion of palliative care in academic education in Medicine in the DCNs 2001 and 2014 regulations, in order to analyze the importance of this theme in the preparation of professionals in relation to the ethics of care, human finitude and palliative care. This work was characterized in a bibliographical and documentary research with a qualitative and hermeneutic approach. Although there have been many changes over the years, this research indicates that medical training in Brazil still follows a hospital-centric model, which emphasizes technologies and procedures instead of the integral education of the human being. Medical education has in its essence the objective of healing the patient, and this is often seen as the only acceptable outcome. However, the presence of death or incurable diseases is invariably a component of the daily lives of health professionals. Therefore, the need to invest in training students to develop interpersonal skills and more humanistic care through the creation of opportunities to reflect, throughout the course, on the loss of patients and the impact of this fact on the training process is undeniable.

Keywords: Palliative Care. Medical Education. National Curriculum Guidelines. Terminality of Life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1:	Distribuição de dissertações e teses referentes aos descritores.....	21
Gráfico 2:	Distribuição, em porcentagem, de dissertações e teses por descritor.....	21
Gráfico 3:	Distribuição, em dados brutos, de dissertações e teses por descritor.....	22
Gráfico 4:	Número de dissertações e teses por ano de defesa com os descritores.....	23
Gráfico 5:	Número de dissertações e teses por ano de defesa.....	24
Figura 1:	Estrutura das DCNs- 2014.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM);
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos;
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações;
CEM	Código de Ética Médica;
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico;
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais;
DOU	Diário Oficial da União;
IBICET	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia;
IES	Instituição de Ensino Superior;
INCA	Instituto Nacional do Câncer;
LBD	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde;
PPC	Projetos Pedagógicos Curriculares;
SUS	Sistema Único de Saúde;
WHO	World Health Organization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Questões Metodológicas	15
1.1.1 Opção e concepção de pesquisa	16
1.1.2 O desenho metodológico da pesquisa	17
1.1.3 Instrumento de coleta/análise	18
1.1.4 Intensões e organização da pesquisa	19
2 ESTADO DO CONHECIMENTO	21
3 ÉTICA DO CUIDADO, FINITUDE HUMANA E CUIDADOS PALIATIVOS COMO ELEMENTOS INDISSOCIÁVEIS À PRÁTICA MÉDICA	33
3.1 Conceituando a Ética do Cuidado, a Finitude Humana e os Cuidados Paliativos.....	33
4 O ENSINO SUPERIOR E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A FORMAÇÃO EM MEDICINA.....	39
4.1 História da Formação em Medicina no Brasil	39
4.2 O ensino superior e as DCNs para o Curso de Medicina.....	44
5 PRINCÍPIOS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM MEDICINA	54
5.1 A relação médico-paciente no ensino dos cuidados paliativos.....	54
5.2 Ética do Cuidado, Finitude Humana e Cuidados Paliativos, elementos indissociáveis à prática Médica	59
5.3 Dilemas atuais para a formação em Medicina em contexto de Pandemia ..	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7 REFERÊNCIAS.....	75
8 ANEXOS	85
ANEXO A – Parecer CNE/CES n. 116/2014, fixa as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina	86
ANEXO B - Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências	133

1 INTRODUÇÃO

A ciência médica surgiu da curiosidade e da necessidade do homem em buscar formas de curar enfermidades físicas ainda nas civilizações primitivas. Embora seja uma prática antiga, está em constante evolução, que se manifesta diretamente na formação médica. Estes processos de mudança na educação médica podem ser vistos como uma consequência das necessidades sociais do período em questão (MEDICINA - UCPEL, 2020; ROCHA, 2018). A partir deste contexto é que se insere esta pesquisa, com a temática “Finitude Humana e Ética do Cuidado: a Formação Acadêmica em Medicina e os Cuidados Paliativos”, agregando saberes à linha de pesquisa “Formação de professores, saberes e práticas educativas”, do Programa de Pós-Graduação em Educação, Mestrado em Educação.

Em seu livro “Educação para a morte – desafios na formação de profissionais da saúde e educação”, Maria Júlia Kovács, discorre sobre os paradigmas vinculados a ação da saúde: o curar e o cuidar, bem como sobre o processo de aceitação da morte como condição humana (KOVÁCS, 2012). Ela inicia o primeiro capítulo citando a seguinte passagem de Elisabeth Kübler-Ross:

A medicina tem os seus limites, o que não é ensinado nas escolas médicas. Outra coisa que não é ensinada é que a compaixão pode curar qualquer coisa... a principal ajuda que um médico pode dar ao paciente é ser bom, cuidadoso, sensível e amoroso - um ser humano. (KLÜBER-ROSS, 1997, p. 102 apud KOVÁCS, 2012).

Apresento estas duas autoras para introduzir este trabalho, pois ambas têm em comum a dedicação profissional e acadêmica, no sentido de estabelecer um vínculo entre as concepções da finitude humana, o profissional da saúde e o ensino neste contexto do ciclo da vida, aspectos estes que são fundamentais quando buscamos entender o significado dos cuidados paliativos.

Segundo recente publicação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os cuidados paliativos são desenvolvidos como uma competência dos profissionais da saúde que estão dispostos a cuidar do sofrimento dos pacientes e dos familiares que se encontram em situações nas quais a vida está em risco, sendo ao mesmo tempo uma filosofia de cuidado e uma técnica específica, como veremos adiante (ANCP, 2018).

Em consonância a esta definição, encontramos no ranking mundial de cuidados paliativos de 2015, o chamado índice de qualidade de morte, pesquisa feita pela Unidade de Inteligência do jornal *The Economist*, subsidiado pela *Lien Foundantion*, que revela o Brasil ocupando a 42º posição entre 80 países classificados. Ficamos atrás do Chile, Costa Rica, Argentina, Cuba e Uruguai quando se refere ao suporte de cuidados paliativos no fim de vida (THE ECONOMIST, 2018, tradução livre da autora). Também se evidencia que, em termos de formação especializada para cuidados paliativos, enquadramo-nos em um patamar com poucos profissionais preparados e acreditados por órgãos oficiais, sejam médicos, enfermeiros ou equipe multiprofissional (THE ECONOMIST, 2018, tradução da autora).

Embora seja uma presença constante na realidade do trabalho médico desde sua formação, percebe-se uma ausência nos currículos de Medicina sobre o estudo da morte e dos cuidados paliativos, uma vez que a maioria das escolas médicas adota um modelo biomédico, centrado na doença, na tecnologia e na hospitalização do paciente, relegando a segundo plano as dimensões sociais, psicológicas e espirituais do paciente (FIGUEIREDO; STANO, 2013). Em paralelo a este apontamento, observa-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina, editadas em 20 de junho de 2014, levantam a necessidade da formação médica ocorrer de forma humanística quando, em seu artigo 3º, determinam que:

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

Tendo em vista que há, no Brasil, cerca de 329 Faculdades de Medicina que promovem a formação anual de 33.850 acadêmicos – de acordo com o *site* Escolas Médicas, buscou-se entrelaçar a estrutura curricular baseada na análise das Diretrizes Curriculares de Medicina, a uma formação acadêmica que encontre respaldo na ética do cuidado (consigo e para com o outro), visando a interface dos cuidados paliativos aos egressos deste curso.

A escolha deste tema se deu por sua relevância na formação acadêmica dos profissionais da saúde e considerando minha própria vivência como profissional da área. Após nove anos de dedicação acadêmica (faculdade e residência médica) e

quase 20 anos de exercício da oncologia clínica, percebo a necessidade do debate aprofundado e inserção curricular sobre os cuidados paliativos no meio da saúde. De forma geral, observo que a atuação do profissional médico vai além de sua competência técnica e teórica. Ética e empatia são instrumentos de primeira grandeza no trato com o outro em momentos em que, para alcançar o *status* de saúde, faz-se necessário imprimir esforços para driblar a doença, mas que nem sempre, como em um jogo, há garantia de vitória da primeira. Conforme Leonardo Boff, o cuidado de si compreende o cuidado com seu próprio corpo e também com o corpo dos outros, em uma dimensão integrada dentro de uma rede de relações, na qual não se sobrevive sozinho (BOFF, 2012). Da mesma forma, o médico ao cuidar do outro cuida de si (KOVÁCS, 2012), exemplificando, deste modo, o que antecede a inserção do cuidado em minha prática profissional.

Espera-se que, com o mesmo compromisso ético empenhado na busca da cura, o sofrimento também seja aliviado e que o final da vida, por sua vez, seja assistido pela equipe médica e multiprofissional de forma a oferecer dignidade ao paciente, sem que isso signifique acelerar o processo de morte, especialmente em tempos de grande e rápida evolução tecnológica, que muitas vezes leva à obstinação terapêutica e superficialidade da relação médico-paciente (ANCP, 2012).

O pungente desenvolvimento da tecnologia médica e da farmacologia levou a um considerável aumento da expectativa de vida nas últimas décadas, às custas do aumento de pacientes crônicos de várias especialidades médicas, como pneumologia, cardiologia, oncologia, neurologia, nefrologia, entre outras. Segundo Malta et al. (2017), estas doenças crônicas não-transmissíveis são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes a nível mundial, com a estimativa de cerca de 38 milhões de mortes em cada ano e ocorrência de cerca de 50% destas abaixo dos 70 anos de idade, especialmente em países de média e baixa renda.

Desta forma, depreende-se que a academia médica, com base nas DCNs, encontre-se focalizada para o atendimento adequado desta ampla faixa populacional, tanto no que toca a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento destas, quanto, na outra ponta, quando o paciente se encontra fora de possibilidades terapêuticas.

Diante disso, é preciso alargar os conceitos e debater sobre as complexificações e as possibilidades dos cuidados paliativos e sua inserção nas políticas curriculares da área da saúde, focalizando-os para além do pressuposto da

técnica e os compreendendo e discutindo, também, dentro dos preceitos da ética e da estética.

Neste sentido a problemática da pesquisa é: Como os cuidados paliativos estão presentes na formação acadêmica em Medicina e de que forma a presença dessa temática se relaciona com o ensino da ética do cuidado e com a finitude humana?

De acordo com o dicionário Houaiss (2009), o termo “cuidado” foi datado na língua portuguesa no século XIII, derivado da palavra latina *cogitatus*, a qual significava meditado, pensado, refletido. Atualmente o conceito de cuidado, reveste-se das essências de zelar, advertir e incumbir-se. Já o termo “paliativo”, segundo o mesmo dicionário, tem datação de 1601 na língua portuguesa, refere-se à qualidade de acalmar, abrandar temporariamente o mal, atenuar ou protelar uma crise. Para Menezes (2004), esta palavra deriva do latim “*pallium*” e significa capa ou manto, sugerindo proteção, acolhimento e ocultação, conceitos subjacentes aos sintomas decorrentes da progressão de várias doenças.

Do ponto de vista ontológico, tem-se que a definição de cuidado (Sorge) dada por Martin Heidegger, refere-se à noção de responsabilidade com a qual o ser-aí se insere e compartilha suas experiências no mundo com outros entes, formando uma relação complexa e compartilhada entre o cuidado e a ética (BILIBIO, 2013). Assim como também expressa Boff (2012) a este respeito, o cuidado está implicado na definição essencial do ser humano, de forma subjacente constitutiva e indissociável.

Contemporaneamente, essas duas palavras combinadas e expressadas na área da saúde se referem, de acordo com a World Health Organization (WHO) – Organização Mundial da Saúde – a:

[...] um conjunto de medidas que visam à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que se deparam com questões relacionadas a uma doença ameaçadora da continuidade existencial, através da prevenção e do alívio do sofrimento possibilitados pela identificação precoce, pela eficiente avaliação e tratamento da dor, bem como pela atenção a outros sintomas físicos, psíquicos e espirituais. (WHO, 2018, s/p, tradução da autora).

Levando em conta que a 67ª assembleia desta mesma organização, realizada em maio de 2014, considera que “cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos anualmente em todo o mundo [...] devido ao aumento da população geriátrica, doenças crônicas não transmissíveis e que esta necessidade também é evidente na população pediátrica [...]” (WHO, 2018, s/p, tradução da

autora), considera-se que o provisionamento de adequado trabalho nesta área seja uma questão de políticas públicas na atualidade.

Esta linha de entendimento ganha força a nível nacional quando da oficialização do Código de Ética Médica (CEM), aprovado pelo plenário do Conselho Federal de Medicina e publicado no Diário Oficial da União (Resolução CFM n. 1931, de 24 de setembro de 2009), que começou a valer em 13 de abril de 2010 (BRASIL, 2009a). Esta edição, formulada após um período de dois anos de discussão entre os Conselhos Regionais de Medicina de cada Estado, bem como entidades representativas, além de conter as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem, pela primeira vez explicita a prática dos cuidados paliativos como princípio fundamental no exercício ético da profissão:

Capítulo I - Princípios Fundamentais:

[...] XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os **cuidados paliativos** apropriados. (BRASIL, 2009a, p. 13, grifo da autora).

Importante salientar que embora as discussões científicas sobre cuidados paliativos existam no Brasil desde a década de 70 e alguns serviços hospitalares tenham sido criados com este enfoque desde 1986, como a Unidade IV do Instituto Nacional do Câncer (INCA), criado em 1998 e dedicado exclusivamente ao tratamento de pacientes em cuidados paliativos e o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP), também com uma ala específica criada em 2002, além da fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2005, a inclusão do Artigo 41 dentro dos princípios fundamentais do CEM Brasileiro valida a importância da área dos Cuidados Paliativos a nível acadêmico e social, permitindo assim uma busca por seu reconhecimento como área de atuação médica (ANCP, 2012).

1.1 Questões Metodológicas

Dentro do ideário de entender o mundo em sua forma física e química, a humanidade vem procurando também compreender os fundamentos psíquicos e biológicos da própria existência. Essas descobertas e conhecimentos construídos se desenvolvem paralelamente e articuladamente ao poder do ser humano em

emancipar e/ou destruir. Atualmente, descobertas relevantes possuem cunho científico e são, de forma abrangente, aceitas quando estudadas por pesquisadores curiosos e com preposições acadêmicas, tecnológicas e científicas. Assim, o sujeito que elabora o conhecimento não se dissocia de seu papel de investigador, cientista, cidadão, vinculando-se a um determinado grupo social, com interesses e valores culturais específicos e com finalidades estabelecidas (GAMBOA, 2012).

Compreende-se que algumas concepções derivam do senso comum, assim, dentro das instituições de produção investigativa, utilizam-se métodos para aprofundá-las, torná-las científicas e verificá-las (FONSECA, 2002). Dessa maneira, focalizando a pesquisa em questão, buscaram-se subsídios para o entendimento de que as doenças com o esgotamento de cura devem estar além do conceito de finitude, mas também, na concepção de cuidados, humanização e bem-estar. Sabe-se que, para isso, foi necessário debates e inserção destas discussões em âmbito acadêmico inicial, sendo esta dirigida a partir de políticas públicas curriculares e de formação dos docentes médicos. Notoriamente, buscou-se por meio de identificação desses aspectos nas DCNs de Medicina, associar a técnica, a política, a ética e a estética ao cuidado paliativo, conhecimento necessário na atualidade para diferentes profissionais da área da saúde e gestão.

1.1.1 Opção e concepção de pesquisa

Diante do explicitado, esta pesquisa foi realizada com abordagem qualitativa. Com relação aos procedimentos técnicos, o presente estudo faz uso da pesquisa bibliográfica e documental. De acordo com Gamboa (2012) a pesquisa qualitativa oferta melhores condições e conhecimentos que dão base a planos de ação eficientes, firmando-se e estabelecendo uma relação dinâmica com a sociedade, tornando os processos educativos reais e dando a estes, sentido.

Justifica-se o enfoque qualitativo, pois, segundo Minayo (2011), ele se desenvolve dentro e com um universo de significados, motivos, crenças, valores, aspirações e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não se reduzem a simples operacionalização de variáveis.

Tanto a pesquisa documental como a pesquisa bibliográfica têm como foco de investigação a análise do documento, entretanto, com algumas diferenças. Gil (2002,

2008) destaca como principal diferença entre esses tipos de pesquisa a natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza, fundamentalmente, das contribuições de vários autores sobre determinado assunto, com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, a pesquisa documental se baseia em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Para efeito desta investigação e em conformidade com a pesquisa bibliográfica e documental, foi realizada uma análise em artigos científicos, livros, teses, dissertações e documentos legais. Vinculado ao enfoque qualitativo e em decorrência dos aspectos e dos principais objetos de análise desta incursão – os documentos legais que formulam os currículos dos Cursos de Medicina do Brasil, mais especificamente as DCNs do curso de Medicina e suas resoluções e pareceres – encontram-se os referenciais bibliográficos e documentais.

1.1.2 O desenho metodológico da pesquisa

Esta pesquisa, de enfoque qualitativo e abordagem hermenêutica, caracteriza-se quanto aos fins como uma pesquisa bibliográfica e documental, pois é uma investigação de ideologias e propõe a análise de diversas proposições acerca dos problemas, recorrendo a fontes variadas (GIL, 1999).

Segundo Sidi (2017), a abordagem hermenêutica se mostra muito importante para as pesquisas acadêmicas em educação, constituindo-se em uma rica fonte de análise, trazendo contribuições para a construção do problema de pesquisa, para a análise de dados e sua respectiva interpretação, sendo fundamental para o jogo pergunta-resposta e para a abertura dialógica – via de acesso à compreensão humana. A hermenêutica é de extrema importância para o processo de análise de dados e dos textos, com a finalidade de contribuir com o entendimento do mesmo.

Nesse sentido, a fim de responder o problema de pesquisa: Como os cuidados paliativos estão presentes na formação acadêmica em Medicina e de que forma a presença dessa temática se relaciona com o ensino da ética do cuidado e com a finitude humana, buscou-se, enquanto meios, analisar as DCNs do Curso de Medicina, validando esta investigação por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) e Franco (2012).

Para Franco (2012), esta proposta tem como ponto de partida a **mensagem**, “[...] seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”, uma vez que este método “[...] assenta-se nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica da linguagem” (FRANCO, 2012, p. 12-13).

Para organizar os dados e analisá-los, buscou-se seguir as orientações de Franco (2012), que sugere que antes das efetivas análises, seja feita uma **pré-análise**, consistindo em um primeiro contato com os documentos e sistematizando as primeiras inferências. Nesta fase, foi feita uma **leitura flutuante**, estabelecendo contato com as DCNs de Medicina e as conhecendo de forma geral e pouco aprofundada. Em seguida, **selecionou-se dentro dos documentos** as partes correspondentes com o tema, descartando aquelas que não se enquadram com a pesquisa. Esta segunda fase se configura na regra da representatividade, enfim, possibilitando a criação de *hipóteses*, das quais algumas poderão ser confirmadas ao longo do desenvolvimento da dissertação e outras desconsideradas pela análise mais detalhada dos conteúdos e dos demais estudos.

Para unidade de análise, utilizou-se da unidade de registro com a tipologia de registro de tema, que segundo Franco (2012), corresponde a asserção de determinado assunto, podendo ser explanado por uma simples sentença, um conjunto delas ou um parágrafo. Para isso, categorizou-se de forma semântica que, de acordo com Bardin (1977), compreende a categoria temática. Salienta-se que as categorias para as análises não serão definidas *a priori* e sim, por meio da leitura dos documentos aqui verificados.

Essa análise documental, realizada pelo método de análise de conteúdo proposto pelos autores citados, teve como pretensão validar os estudos feitos do documento, dando parâmetros à distinção de hipóteses e a possíveis afirmações criadas por meio das leituras alargadas, as quais foram verificadas pelas reflexões, alcance bibliográfico e demais investigações, desvinculando-se, por meio dos métodos, do senso comum.

1.1.3 Instrumento de coleta/análise

Foram instrumentos de coleta/análise de dados as informações resultantes da consulta a *sites* oficiais (Conselho Federal de Medicina, Portal do MEC, Diário Oficial da União), banco de dados de teses e dissertações (IBICT, CAPES), livros e banco

de periódicos (SCIELO, revistas especializadas, etc.), sendo considerados os mais relevantes em relação ao tema e aos objetivos propostos, procedendo-se à leitura dos mesmos e posterior confecção da dissertação dentro das normas que regem a escrita científica.

Após a realização de uma leitura geral dos registros, foi realizada a construção da estrutura de análise a partir dos temas a serem abordados. Em seguida, estes foram agrupados em capítulos temáticos, que serão apresentados e discutidos ao longo desta dissertação.

1.1.4 Intensões e organização da pesquisa

Nesta pesquisa, buscou-se identificar a inserção dos cuidados paliativos na formação acadêmica em Medicina por meio de suas diretrizes, com a perspectiva de analisar a importância dessa temática na preparação dos profissionais em relação à ética do cuidado e a finitude humana. Para alcançar este objetivo, buscou-se contextualizar o ensino da ética do cuidado, finitude humana e cuidados paliativos como indissociáveis ao ensino médico; além de analisar as DCNs do curso de graduação em Medicina com a finalidade de identificar a inserção da temática de cuidados paliativos (ou correlatos) e, por fim, evidenciar a aproximação entre o ensino da ética do cuidado e os princípios de humanização em saúde, estabelecendo uma ponte de acesso a este conteúdo para os acadêmicos de medicina e os devidos encaminhamentos em relação à finitude humana.

A pesquisa está organizada em quadro blocos temáticos. No Capítulo 2, “Estado do Conhecimento”, buscou-se mapear a produção científica do tema abordado em um período de tempo específico.

No Capítulo 3, intitulado “Ética do cuidado, finitude humana e cuidados paliativos como elementos indissociáveis à prática médica”, foi realizada uma abordagem conceitual dos temas, contextualizado no ensino da formação médica.

O Capítulo 4, “O ensino superior e as diretrizes curriculares nacionais para formação em medicina”, aborda a história do ensino superior no Brasil, afunilando para a formação médica e faz uma análise das DCNs de 2001 e 2014 do curso de graduação em Medicina com a finalidade de identificar a inserção da temática de Cuidados Paliativos.

No Capítulo 5, com o tema “Princípios de humanização em saúde na formação em medicina”, é evidenciada a aproximação entre o ensino da ética do cuidado e os princípios de

humanização em saúde, estabelecendo uma ponte de acesso a este conteúdo para os acadêmicos de medicina e os devidos encaminhamentos em relação à finitude humana. Por fim, realiza-se um breve apanhado das mudanças impostas na formação médica pela pandemia da Covid-19, desde o ensino remoto até a presença pujante da morte.

Como mencionam Fonseca e Geovanini (2013), a formação de médicos especialistas em cuidados paliativos e que tenham as competências necessárias para oferecer conforto e tranquilidade para aqueles pacientes com doença avançada ou terminal se dará somente por meio da educação.

2 ESTADO DO CONHECIMENTO

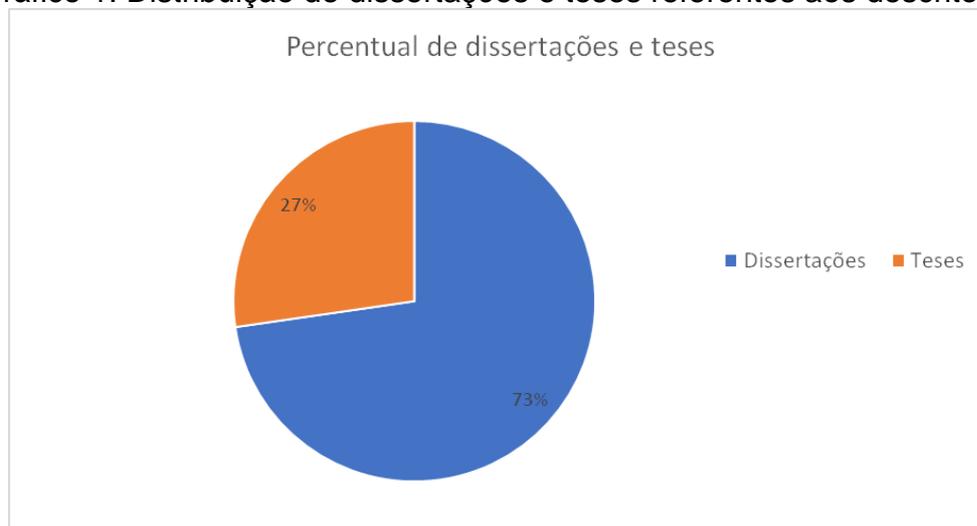
No sentido de validar a escolha desse tema e ao mesmo tempo ter uma visão ampla do que circula no meio acadêmico a esse respeito, procedeu-se a pesquisa do estado do conhecimento, que segundo Morosini e Fernandes (2014), pode ser definida como um registro e categorização que leva à reflexão e síntese sobre a produção científica de uma determinada área, em um recorte temporal, congregando periódicos, teses, dissertações e livros sobre uma temática específica. Assim, essa reflexão científica foi legitimada pela consulta do tema, procurando teses e dissertações no banco de dados do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) e na plataforma da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

A alocação dos dados foi realizada através de pesquisa pela internet no banco de teses e dissertações do IBICT e da BDTD, devido ao seu poder de concentração de dados, contemplando o cadastramento de 102 instituições, com 315.559 dissertações e 157.322 teses, além de recursos facilitadores para extração dos dados.

O recorte histórico escolhido foi de 12 anos, compreendendo uma pesquisa de 2008 a 2020. Este levantamento de dados foi realizado na data de 20 de abril de 2021. Para isso, utilizaram-se sete descritores principais, sendo eles: “Cuidados paliativos”, “Cuidados paliativos em medicina”, “Ética do cuidado”, “Ética do cuidado em medicina”, “DCNs Medicina”, “Ensino superior em medicina” e “Matriz curricular de medicina”.

Para melhor compreensão dos dados elencados à pesquisa na plataforma, fez-se necessária a criação de gráficos para o aprofundamento das análises e possibilidades alargadas de maior conjectura de justificativas. Com o refinamento dos dados, encontrou-se um total de 2913 trabalhos, sendo 795 teses e 2118 dissertações com os descritores citados, cuja verificação se dá pelo Gráfico 1. É possível perceber uma maior defesa de dissertações do que de teses, sendo estas últimas entendidas como pesquisas inéditas com os temas abordados nos descritores.

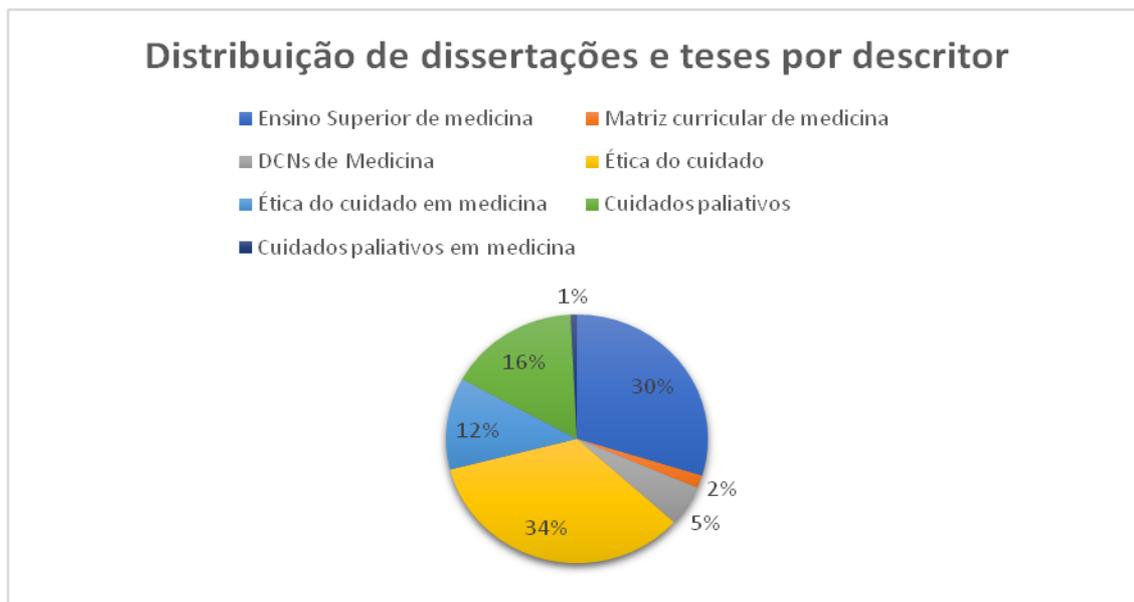
Gráfico 1: Distribuição de dissertações e teses referentes aos descritores



Fonte: AUTORA, 2021

Analisando-se o levantamento de dados encontrados com as palavras-chave “Cuidados paliativos”, encontrou-se 106 teses e 367 dissertações, sendo que refinando esta busca para “Cuidados paliativos em medicina” encontrou-se 9 teses e 14 dissertações. Para o descritor “Ética do cuidado”, encontrou-se 292 teses e 708 dissertações e com o refinamento “Ética do cuidado em medicina” encontrou-se 90 teses e 258 dissertações. Para “DCNs Medicina” foram localizadas 35 teses e 118 dissertações, em “Ensino superior em medicina”, encontrou-se 248 teses e 620 dissertações e para “Matriz curricular de medicina” se encontrou 15 teses e 33 dissertações, dados observados no Gráfico 2.

Gráfico 2: – Distribuição, em porcentagem, de dissertações e teses por descritor

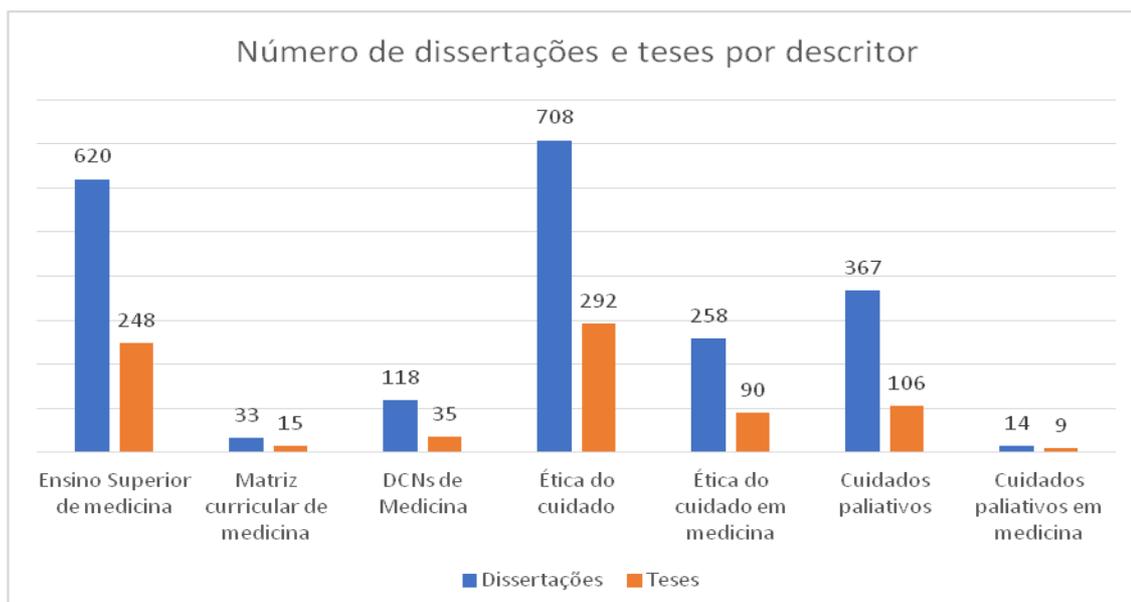


Fonte: AUTORA, 2021

Pode-se perceber que, em comparação com os demais descritores, há uma menor incidência de trabalhos de pós-graduação *stricto sensu* com os temas “Matriz curricular de medicina”, “Cuidados paliativos na medicina” e “DCNs de Medicina”. A relevância desses dados se traduz na hipótese da necessidade de trabalhos acadêmicos e discussões na área, atendo-se e criando interfaces entre as áreas educacionais de formação médica e os debates sobre a medicina paliativa e a ética de desenvolvimento.

No Gráfico 3, é possível observar uma redução na porcentagem de teses e dissertações quando se refina a busca de “Ética do cuidado” para “Ética do cuidado em medicina”. Ou seja, várias áreas do conhecimento se propõem a estudar a ética do cuidado além da medicina. O mesmo acontece com “Cuidados paliativos” que muda drasticamente quando analisado os “Cuidados paliativos em medicina”.

Gráfico 3: Distribuição, em dados brutos, de dissertações e teses por descritor

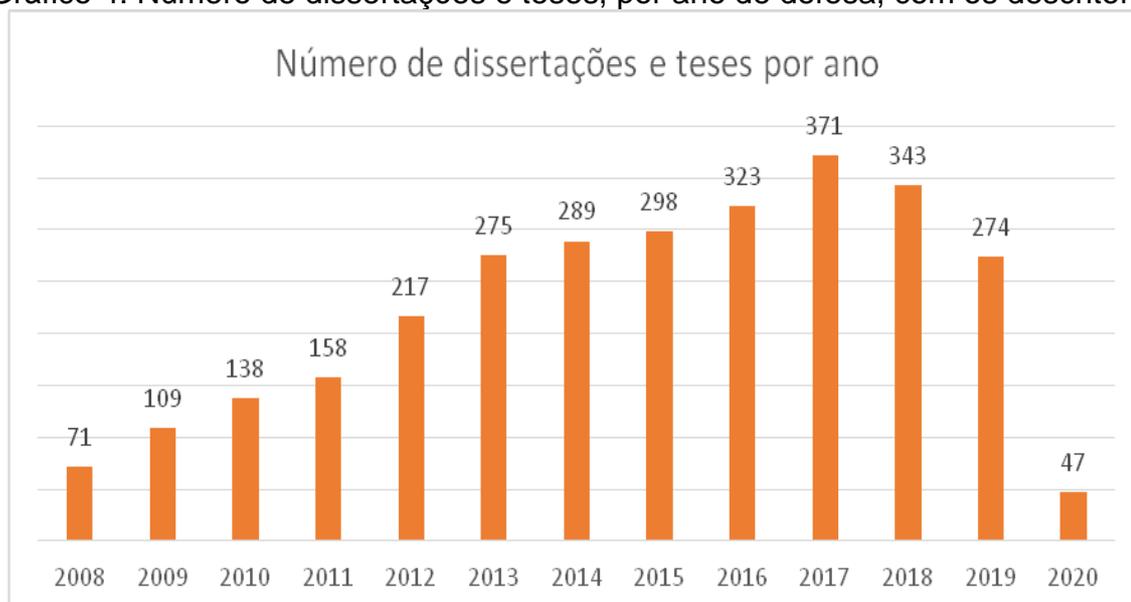


Fonte: AUTORA, 2021

Mais uma vez se reforça a hipótese que há poucas pesquisas publicadas que se referem à análise dos cuidados paliativos no referencial curricular de medicina. O momento, no entanto, precisa dar subsídios sobre os processos éticos da medicina, o cuidado paliativo e seu enfrentamento.

Na sequência de verificação dos descritores, identifica-se a distribuição temporal das monografias já defendidas, a qual se expressa no Gráfico 4.

Gráfico 4: Número de dissertações e teses, por ano de defesa, com os descritores

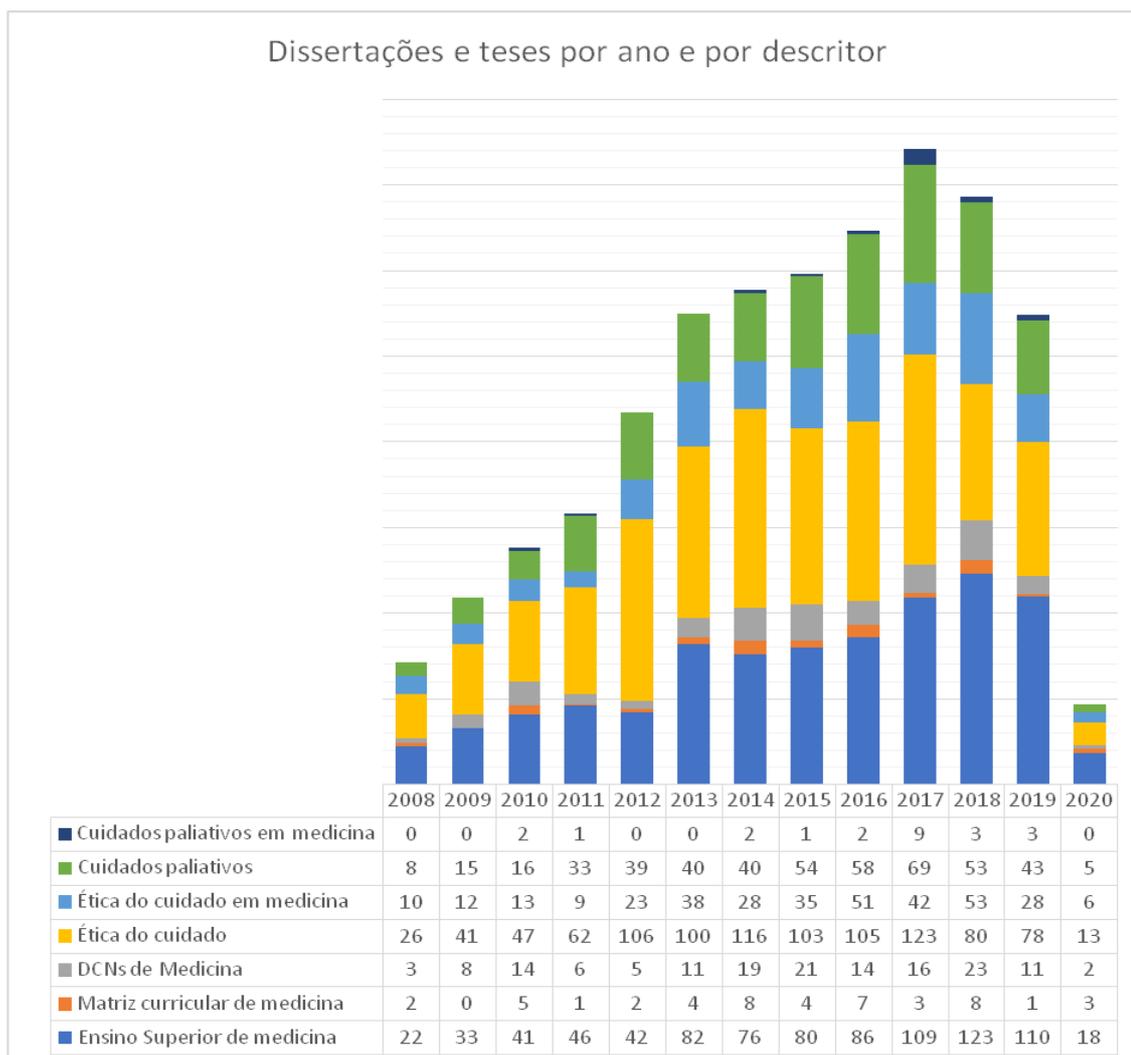


Fonte: AUTORA, 2021

Com a observação deste gráfico, verifica-se um pico de defesas de dissertações e teses entre os anos de 2013 e 2018, sendo a maior incidência no ano de 2017, possivelmente devido às novas diretrizes curriculares editadas em 2001, 2007, 2008 e 2012, bem como ao incremento de pesquisas científicas relacionadas à área de oncologia clínica. Contudo, não se pode afirmar que estes trabalhos *stricto sensu*, pontuados pela maior incidência temporal dos anos citados, compreenderam o debate sobre as relações, articulações e efetivações das DCNs e, em específico, os cuidados paliativos, pois, como observado no Gráfico 1, a maioria dos trabalhos corresponde à ética do cuidado nos cursos de Medicina. Não se pode deixar de perceber a queda acentuada no número de teses e dissertações concluídas no ano de 2020, ano em que se iniciou a pandemia da Covid-19. Podemos considerar este fato devido a suspensão das atividades acadêmicas de muitas universidades e a prorrogação da conclusão destes trabalhos.

No Gráfico 5, é possível observar a tendência em pesquisar “Cuidados paliativos”, “Ensino superior de medicina” e “Ética do cuidado”. Importante salientar que não houve nenhuma dissertação ou tese defendida no ano de 2020, ano do começo da pandemia da Covid-19, sobre “Cuidados paliativos em medicina”. Pode-se entender que a partir de 2021 esse número deve ser diferente, considerando a situação de superlotação dos hospitais e de escolas. Também há uma diminuição significativa nos trabalhos resultantes da medicina neste ano.

Gráfico 5: Número de dissertações e teses por ano de defesa



Fonte: AUTORA, 2021

Com base nesta análise de dados, reitera-se a importância do desenvolvimento de pesquisas integradoras da ética do cuidado nos currículos das Faculdades de Medicina brasileiras, a qual se insere em várias disciplinas, direta ou indiretamente, como o que é visto na área de cuidados paliativos. Esta área foi escolhida pelo fato de remeter a uma grande interface dentro da área da saúde, congregando um trabalho humano multiprofissional.

Também, no sentido de aprofundar o entendimento destes dados obtidos de forma quantitativa, efetivou-se uma análise mais direcionada e qualitativa sobre estas pesquisas. Assim, buscou-se discutir as dissertações e teses mais relevantes ao tema de pesquisa, no sentido de ampliar e melhor compreender o cenário que se busca aprofundar, fazendo-se necessário analisar em sua integralidade alguns trabalhos acadêmicos publicados, escolhendo-se uma dissertação referente ao tema “Matriz curricular de medicina” e uma tese referente ao tema “Educação paliativa”.

Com o descritor “Matriz curricular de medicina” (refinamento educação médica), foi selecionada a dissertação publicada no ano de 2016, do autor Fernando Teles de Arruda, com o título “Tradução das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina de 2001: Análise do Projeto Pedagógico das Universidades Federais da Região Sudeste do Brasil”. Neste trabalho, de forma qualitativa, através de análise documental, o autor buscou investigar os Projetos Pedagógicos Curriculares (PPC) dos cursos de Medicina das Universidades Federais da Região Sudeste do Brasil, em relação às DCNs dos Cursos de Medicina, reformuladas em 2001, visando, especificamente, a construção, validação e tradução das DCNs (2001) nos projetos pedagógicos. Ademais, tal trabalho tinha como foco, além da análise dos PPC destes cursos, construir, por meio das diretrizes e dos projetos, o perfil profissional do egresso e o currículo médico (ARRUDA, 2016).

Neste trabalho é traçado um percurso histórico a respeito da oficialização da formação médica no Brasil, bem como do trabalho desenvolvido a nível regulatório no sentido do estabelecimento das DCNs, através da criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), em 1990, cujo objetivo principal era a identificação de aspectos favoráveis e desfavoráveis para formação médica no país, sendo esta comissão composta por atores governamentais e não governamentais. Como resultado da pesquisa, além da identificação de algumas limitações da aplicação prática das DCNs de 2001, evidenciou-se também o momento singular vivido pelas escolas de Medicina com o Programa Mais Médicos, no qual, independente da fonte de financiamento da Instituição (pública ou privada), o objetivo da formação profissional visava o trabalho no Sistema Único de Saúde. Pontua-se, de forma oportuna na dissertação, que a formação médica é interdependente do binômio “Estrutura Curricular” e “Perfil Profissional”, em que a prática, no sentido amplo (visão do sistema, compromisso com os usuários, gestão do cuidado e a dimensão biopsicossocial do processo saúde-doença), dos egressos dos cursos de Medicina avaliados, tem estreita relação com as vivências educacionais no período de graduação (ARRUDA, 2016).

Com o descritor “Educação paliativa” com refinamento para medicina, foi selecionada a tese, defendida em 2010, por Magaly Bushatsky, sob o título “Pacientes fora da possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e cuidados paliativos”. Nesta tese, a autora inicialmente discorre sobre a conceituação teórica do desenvolvimento dos cuidados

paliativos como ciência na área da saúde, para depois, em um segundo capítulo, debater temáticas de intervenção educativa em cuidados paliativos, cuja articulação se dá no processo de ensino-aprendizagem, como formador de profissionais indissociáveis de sujeitos sociais, com a capacidade de lidar em contextos de complexidade e incertezas (BUSHATSKY, 2010).

Desta forma, inseriram-se os assuntos norteadores dos Cuidados Paliativos através de um estudo prospectivo, observacional e qualitativo, configurado através de 290 entrevistas, as quais foram compiladas e verificadas por meio da análise de conteúdo por associação de palavras, aplicadas aos alunos do terceiro período de ciências da saúde, humanas, sociais e membros da equipe de cuidados paliativos. As respostas ou palavras provenientes desta intervenção foram categorizadas nos grupos de sofrimento, aceitação, cuidado e finitude; foram analisadas também por meio de dados demográficos e dados dos cursos de graduação. A autora infere que os dados permitiram identificar uma relação entre o paciente terminal ou fora de possibilidade terapêutica e o sofrimento, não havendo menção neste ponto, ao sentido do cuidar (BUSHATSKY, 2010).

A pesquisa conclui, desta forma, a ocorrência de um direcionamento por parte dos estudantes, à percepção de sofrimento no aspecto físico do binômio saúde-doença; uma dissociação entre a aceitação da doença e do cuidar como forma de ofertar qualidade de vida; a percepção da finitude como sinônimo de morte, dissociado da prestação de cuidados, bem como a associação do cuidado à terminalidade ou a doenças crônicas, restringindo-o à incapacidade do curar. Em última instância, as associações feitas pelos estudantes evidenciaram uma formação inicial incipiente acerca dos cuidados paliativos e direcionada para doença fatal e procedimentos dolorosos. Observou-se também, com o desenvolvimento do estudo referido, o não despertar e a falta de desafios aos cuidados paliativos, demonstrados pela falta de educação reflexiva sobre essa temática, a necessidade de se estimular a sintonia entre os profissionais da saúde, como também a necessidade de introduzir oportunidades sobre o gerenciamento de diferentes situações conflitantes, desenvolvendo assim, habilidades e competências de comunicação eficientes sobre cuidados paliativos para pacientes fora das possibilidades terapêuticas (BUSHATSKY, 2010).

Finalizando as análises qualitativas do tema pesquisado na plataforma BDTD, destacou-se e analisou-se a tese de 2013, intitulada como “O bem como guia da ação:

a ética na formação de estudantes de medicina e de enfermagem”, de autoria de Cássia Regina Rodrigues Nunes. Neste trabalho, a autora explora a clássica obra de Aristóteles, “A Ética a Nicômaco”, como uma vertente fundamental para o desenvolvimento do ser humano, pontuando a atuação de aprendizagem e profissionalização na área da saúde. Sendo assim, ela transpõe e mostra como os questionamentos éticos e morais estão imbricados, fortemente, nas áreas da medicina e da enfermagem. Para a autora, é tamanha a complexidade destas profissões, nas quais a consequência de um ato é importante não só ao sujeito, mas a todo contexto em que o mesmo está inserido, levando então a necessidade de normatização através de códigos de ética, nos quais se busca regularizar condutas aceitas e acatadas por certas comunidades profissionais. Na década de 70, difundiu-se um movimento chamado de Bioética, presente nestas duas áreas e também no Direito, o qual tem como base, dentre outras perspectivas, “[...] desenvolver no profissional o pensamento reflexivo, a respeito de sua prática, de modo que suas atitudes cotidianas passem a ser mais sensatas, conscientes e, conforme se prescreve para a área da Saúde, mais humanizadas” (NUNES, 2013, p. 25). Ressalta, embasada nos fundamentos éticos da Grécia antiga, a dinâmica do ensino-aprendizagem desta matéria no contexto da saúde, no qual a ética, além do conhecimento técnico, supostamente, seja um leme que irá guiar as intervenções terapêuticas destes profissionais (NUNES, 2013).

Ao analisar os textos relacionados ao tema, entende-se que, no que tange à educação médica, a sociedade espera que o médico seja um profissional responsável, com capacidade técnica e humana, capaz de atuar em momentos cruciais de incertezas perante a vida e a morte. Aliada a esta formação profissional, além do papel fundamental da escola médica, existe a capacidade singular de cada um em termos de raciocínio decisório, empatia e interação com o outro, mostrando assim a pluralidade de condutas médicas a serem desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo da formação inicial e continuada destes.

Vastos são os campos da educação e das ciências da saúde e muitos também são os seus pontos de convergência. Porém parece haver um marco comum, antes de todas as infinitas derivações que cada área pode ter. Este marco se refere justamente ao encontro entre seres humanos e à quão transformadora a sua reação pode ser. Olhar o outro e enxergá-lo como um ser-em-si, que conforme o filósofo Martin Heidegger, em sua obra “Ser e Tempo”, coloca que a “essência da presença

está em sua existência” (HEIDDEGER, 2015, p. 85) e que esta pode ser a base transformadora da relação médico-paciente, necessária ao exercício da profissão médica em suas várias especialidades.

A nível acadêmico, expor os alunos a um olhar diferenciado em relação ao outro, não invalida o conhecimento técnico sobre a biologia humana e suas patologias, pelo contrário, conjugando empatia e técnica, o raciocínio clínico se eleva a um patamar capaz de racionalizar a tecnologia a ser empregada de uma forma mais eficiente, seja em termos de exames ou de medicamentos.

O respeito e reconhecimento do outro, neste caso o paciente em sua autonomia, complexidade biológica e psíquica, sua fragilidade, bem como de seu contexto familiar e social, implica no exercício de uma medicina ética, levando ao cuidar do outro e a cuidar de si. Exatamente esse ponto se constitui em um desafio constante para todos envolvidos na academia médica.

Infere-se, após as análises das dissertações e teses encontradas com o tema “A ética do cuidado na formação do profissional médico: a inserção da temática de cuidados paliativos nos currículos de medicina como ponto de análise”, na plataforma BDTD, que há a necessidade de ampliação de discussões e trabalhos sobre este assunto, articulando a educação e a medicina, de modo a evidenciar o foco do ensino médico com o Sistema Único de Saúde, buscando efetivar o que foi proposto pelas DCNs de Medicina (2001), contemplando assim, maior parte da população nacional (ARRUDA, 2016).

Assim sendo, a ética do cuidado se apresenta como indissociável da prática na área da saúde, porém nem sempre pode ser considerada como algo nato do ser que a exerce, conforme visto nas teses de Nunes (2013) e Bushatsky (2010), sendo que nesta última a menção de doenças graves ou incuráveis levou à associação direta com a palavra morte, não passando pela ideia do cuidado. Pode-se depreender, portanto, a necessidade de uma ponte com o ensino para traçar um caminho de cuidado frente às diversas situações de risco de vida, o que reforça a escolha da disciplina de cuidados paliativos para ilustrar esta necessidade.

Desta forma, ao se proceder a análise das DCNs do Curso de Graduação em Medicina de 2014, que está atualmente vigente, bem como do parecer homologado pelo Diário Oficial da União (DOU), em 06 de junho de 2014, que valida a publicação desta primeira, buscou-se conhecer a perspectiva da formação acadêmica e ao mesmo tempo, projetar a sua inserção futura no contexto do exercício da profissão

médica, observando-se a formação inicial do profissional como dimensão pedagógica para a prática profissional, ou seja, o exercício prático da profissão baseado nos conceitos teóricos da formação inicial.

A Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014 (ANEXO B), institui as DCNs do Curso de Graduação em Medicina no sentido de organização, desenvolvimento e avaliação, além de estabelecer os princípios, fundamentos e finalidades da formação em Medicina (DOU 23/07/2014). Em seu artigo 3º, explicita que:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014a, p. 1).

Denotando um compromisso humanizado no processo de ensino-aprendizagem, o que também é percebido no artigo 5º, itens II, VI, VII e IX desta resolução (BRASIL, 2014a), a qual salienta a necessidade da construção de projetos terapêuticos e ações de saúde baseadas na humanização do cuidado, com preservação da autonomia do paciente, princípios éticos e bioéticos, trabalho em equipe multiprofissional baseado em respeito, empatia, sensibilidade de interesse, tendo como centro de atenção, a pessoa sob cuidado, sua família e comunidade.

Muito embora não haja menção direta à área de cuidados paliativos, o Capítulo III, que trata dos conteúdos curriculares e projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina, demonstra e menciona certa compreensão dos determinantes multifatoriais (sociais, culturais, comportamentais, psicológicos e etc.) do processo saúde-doença, bem como a compreensão dos processos fisiológicos do ciclo da vida (gestação, nascimento, desenvolvimento, crescimento, envelhecimento e morte). Este capítulo abre, também, espaço para abordagens transversais no currículo, para que, através de discussões sistematizadas, sejam trabalhados temas acerca dos direitos humanos, abrindo, neste ponto, espaço para o ensino de questões pertinentes à morte digna, ponto essencial na prática dos cuidados paliativos (BRASIL, 2014a).

Na composição desta interface, encontra-se o estofa teórico nos escritos sobre a ética do cuidado, como trabalhou Martin Heidegger, Leonardo Boff, Adolfo Sanchez Vásquez, Emmanuel Lévinas, bem como Philippe Ariés, Maria Júlia Kovács, Nibert

Elias, Susan Sontag e Elisabeth Kübler-Ross, sendo que estes últimos formam a base literária para o entendimento do ciclo da vida com ênfase na finitude humana.

Diante do exposto, enfatiza-se a validade do tema escolhido, uma vez que pode ser um instrumento de identificação da realidade com relação à ética do cuidado nos cursos médicos, levando a uma reflexão acadêmica sobre este assunto. Nesta linha de raciocínio, faz-se necessário conhecer o pilar técnico norteador da graduação em Medicina, cujo complexo campo de informações pode ser carregado diretamente para vida do futuro profissional.

Sendo assim, no capítulo a seguir os conceitos de finitude humana e cuidados paliativos são abordados, abrangendo desde elementos históricos, de ética médica e ressaltando a importância desta prática no cuidado integral do paciente.

3 ÉTICA DO CUIDADO, FINITUDE HUMANA E CUIDADOS PALIATIVOS COMO ELEMENTOS INDISSOCIÁVEIS À PRÁTICA MÉDICA

Com o prolongamento da expectativa de vida e o conseqüente aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas causadas pelo envelhecimento da população, as sociedades atuais apresentam desafios no campo da saúde. A questão dos Cuidados Paliativos surge como um importante modelo na área da saúde, que visa o bem-estar do paciente e de seus familiares no decurso da doença.

De acordo com uma pesquisa realizada por Veras (2012), menos de 10% da população com 65 anos ou mais está livre de doenças crônicas. Esta mudança de cenário é sentida por todos os profissionais da saúde. Os médicos atendem, cada vez mais, pacientes que requerem cuidados especiais e de conforto, ou por se encontrarem em um momento de terminalidade ou por serem portadores de doenças crônicas sem expectativa de cura.

A terminalidade da vida também passou por mudanças, com a evolução das tecnologias é possível desacelerar e diminuir a dor do paciente terminal. Ou seja, de acordo com Hermes e Lamarca (2013), a morte tem deixado de ser um “episódio” para se tornar um “processo”. Ao mesmo tempo, a morte deixou de ser vista como algo natural e acolhida pela família e passou a ser um tabu para sociedade.

A atuação dos profissionais da saúde é afetada, rotineiramente, pela demanda na prestação de cuidados que vão além dos conhecimentos científicos, sendo exigidos a repensar sua postura frente à mortalidade humana e a prestação de cuidados com dignidade.

Neste capítulo, buscou-se conceituar cuidados paliativos e finitude humana sob uma abordagem histórica e como prática inerente a rotina médica, que visa proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente e um processo de morte digna e sem sofrimento, estimulando a reflexão dos dilemas bioéticos associados aos aspectos da dignidade da pessoa humana.

3.1 Conceituando a Ética do Cuidado, a Finitude Humana e os Cuidados Paliativos

Na idade média, em geral, o fim da vida acontecia de forma natural, com o doente cercado pelos entes queridos em seu leito. A morte era ritualizada, para dar espaço e tempo para separação e uma aceitação menos dolorosa. Entretanto, no século XX, em decorrência de avanços tecnológicos e medidas de prevenção, a longevidade humana aumentou, modificando assim o processo e representação da

morte. Nesta perspectiva, a “morte moderna” será escondida, vergonhosa e negada; deslocada da ordem da natureza (BORGES; MENDES, 2012).

Este novo modo de enxergar a finitude humana é refletido diretamente na formação e no trabalho dos profissionais da saúde. Como consequência disto, em muitos casos, o médico resiste em informar o seu paciente do diagnóstico. A comunicação se torna não objetiva e as respostas se dão de forma muito técnica e formal. A ruptura na comunicação entre médico e paciente, verificada através da atitude de não falar da doença ou da própria proximidade da morte, leva o paciente ao isolamento (QUINTANA; CECIM; HENN, 2002). Se, por um lado, em nossos tempos, nunca antes as pessoas morreram de forma tão silenciosa e cuidada dentro de um hospital, por outro lado, nunca morreram em condições tão propícias à solidão (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011). Até pouco tempo atrás, o processo da morte ocorria em casa, acolhido pelos familiares. Agora, o paciente que está morrendo é levado ao hospital, longe da sua casa e do olhar dos seus.

A maioria das pessoas não está preparada para enfrentar a morte, incluindo os pacientes, familiares e os seus próprios cuidadores. A ausência de preparo e de conhecimento sobre os aspectos relacionados ao final da vida pode tornar a assistência a pacientes em fase terminal uma experiência intimidadora e assustadora para muitos profissionais da área. Além disso, a dificuldade de se lidar com a morte é proporcional a juventude do paciente, isto é, quanto mais novo for o indivíduo, mais delicado e traumático se torna o contexto. A morte é vista como algo natural e esperada para as pessoas de mais idade, assim, a aceitação da morte desses pacientes é maior (KÜBLER-ROSS, 2008).

O sentimento de angústia e desamparo, decorrentes do processo de fim da vida, é um desafio que se apresenta à Medicina nesta era tão tecnológica, levantando questões sobre qual aspecto da vida do paciente deve ser priorizado em seus últimos momentos: a qualidade ou a quantidade de vida (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

Em decorrência do avanço tecnológico da medicina, observa-se a cronificação de muitas doenças, antes consideradas sem cura, como o câncer, por exemplo, fazendo com que estes pacientes necessitem de cuidados continuados e constantes, suscitando, assim, uma nova forma de cuidar. Além disso, a mudança constante do perfil demográfico em função da redução dos nascimentos e queda do número de mortes provoca o envelhecimento progressivo da população. O país passa a ter um

número expressivo de pessoas com idade acima dos 60 anos e que por sua vez demandam cuidados e atenção especiais para que possam manter a sua autonomia e bem-estar (OLIVEIRA, 2019). Esse progressivo aumento da expectativa de vida de pessoas com doenças crônicas e degenerativas, aliado as mudanças no processo de adoecer e morrer, promovidas pelas transições demográficas em saúde, trouxeram à tona questionamentos éticos acerca dos cuidados disponibilizados aos doentes terminais (OLIVEIRA, 2018). Este novo rumo revelou a necessidade dos cuidados paliativos.

O cuidado paliativo teve início com o Movimento Hospice Moderno, em 1967, com a fundação do *Saint Christopher's Hospice* por Dame Cicely Saunders. Tal marco significou um olhar diferenciado sobre o paciente com doença avançada, sem perspectiva curativa, visando a um controle impecável dos sintomas, em especial da dor (PINELI et al., 2016). No Brasil, as primeiras ações clínicas com base nos princípios do Movimento Hospice se deveram à Dra. Mirian Marteleite, a partir de 1983, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito para Cuidado Paliativo foi definido em 1990 e atualizado em 2002:

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, que enfrentam alguma doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (WHO, 2002).

Em 2014, a OMS, em colaboração com a *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA), publicou o “*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*”, no qual ampliou o conceito do Cuidado Paliativo. Nesta publicação foi adicionado que:

Primeiro, Cuidado Paliativo é também necessário tanto para pacientes em condições que limitam a vida quanto para doenças crônicas.

Segundo, não há um prognóstico que determinem a indicação de Cuidado Paliativo, mas, sim, a necessidade do paciente.

Terceiro, o Cuidado Paliativo deve ser aplicado em todos os níveis, incluído atenção primária e secundária, não deve ser restrito a um serviço especializado.

Quarto, todos os indivíduos têm direito ao Cuidado Paliativo igualmente (CONNOR; BERMEDO, 2014, tradução da autora).

A partir da definição da OMS, Byock, em seu livro “*Principles of Palliative Medicine*”, publicado em 2009, citado por Gomes e Othero (2016), elenca os princípios que clarificam o conceito:

- a) A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico;
- b) Os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prologam o processo de morrer;
- c) A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados;
- d) O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados;
- e) As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais;
- f) Cuidados paliativos são, necessariamente, providos por uma equipe interdisciplinar;
- g) A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os cuidados paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência;
- h) A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado;
- i) A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário. (BYOCK, 2009, apud GOMES; OTHERO, 2016).

Cuidado paliativo é necessário para uma vasta quantidade de doenças. A maioria dos adultos que necessitam de cuidados paliativos tem doenças crônicas como, doenças cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), doenças respiratórias crônicas (10,3%), AIDS (5,7%) e diabetes (4,6%). Várias outras condições também requerem cuidados paliativos, incluindo insuficiência renal, doenças hepáticas crônicas, esclerose múltipla, anomalias congênitas e tuberculose (WHO, 2018). De acordo com a OMS, estima-se que, globalmente, apenas 14% dos pacientes que precisam de cuidados paliativos os recebem. Logo, o aprendizado em relação aos cuidados paliativos anda, ou deveria andar, lado a lado com todas as outras disciplinas técnicas da formação em medicina.

Como menciona Costa em seu artigo sobre nutrição, oncologia e cuidados paliativos, publicado em 2016: “Antes da morte ainda temos vida”. Os cuidados no final da vida se referem aos últimos instantes, dias ou 72 horas do paciente. O reconhecimento dessa fase por parte dos profissionais da saúde pode ser muito difícil, mas é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para momento da morte (COSTA; SOARES, 2016).

No que diz respeito à formação médica, alguns autores afirmam que existe um treinamento que, muitas vezes, acaba afastando a emoção do aluno diante do paciente. Desta forma, o aluno passa a reconhecer e focar apenas na doença, esquecendo-se da pessoa em si. (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

No que concerne os princípios éticos dos cuidados paliativos, de acordo com Simone e Tripodoro (2006), seguem os mesmos princípios que a medicina geral. Os médicos têm a dupla responsabilidade de preservar a vida e aliviar o sofrimento. No final, preservar a vida se torna cada vez menos possível e é aí que o alívio do sofrimento adquire grande importância.

A bioética é definida como a reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada, prioritariamente, no fenômeno da vida humana ligado aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado para com a saúde de todas as pessoas que dele precisem, independentemente da sua condição social (KIPPER, 2003).

Os quatro princípios éticos fundamentais são apresentados por Tom Beauchamp e James Childress pela primeira vez em 1979 (MACHADO E SILVA FILHO, 2017):

- a) **Beneficência** - refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo;
- b) **Não Maleficência** - faz buscar minimizar o risco e/ou o dano ao paciente, ou seja, o axioma hipocrático "*Primum non nocere*";
- c) **Autonomia** - fora em situação de risco de morte, cabe ao paciente decidir sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas a que quer se submeter;
- d) **Justiça** - estabelece como condição fundamental a equidade: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. (MACHADO E SILVA FILHO, 2017).

Todos os princípios são igualmente importantes, não havendo hierarquia entre eles.

Os tópicos referentes ao processo de fim da vida estão relacionados, acima de tudo, a definição do tratamento de pacientes terminais e o processo de morte e morrer, originando dilemas éticos e jurídicos. Estas questões reúnem tanto profissionais de saúde como estudiosos de diversas áreas e até mesmo o público leigo para refletir e discutir a respeito da conduta ética mais adequada ante a terminalidade da vida humana (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014). Segundo Paiva, Almeida Júnior e Damásio (2014), o desafio, neste contexto, é enxergar e tratar a integridade do indivíduo que está diante da proximidade da morte para além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar.

Considerando a complexidade do tema em relação à ética dos cuidados e a reflexão sobre a finitude humana nos tempos atuais, percebe-se urgente considerar uma discussão mais aberta ao longo da graduação em medicina sobre estas questões, para aprender quais as competências são exigidas em uma sociedade cada vez mais atenta ao fato. A formação médica ainda é muito carente nos temas que abordam a morte, o luto e o processo de morrer. A morte deve ser mais discutida entre os acadêmicos e seus mestres, de forma ampla, não se limitando à uma inimiga a vencer, mas como uma etapa da vida que necessita ser cuidada. Assim, o próximo capítulo discorre sobre a evolução da formação médica no Brasil e como os temas finitude humana e cuidados paliativos são abordados nas diretrizes nacionais guiando os cursos para formação do profissional médico.

4 O ENSINO SUPERIOR E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A FORMAÇÃO EM MEDICINA

Até o início do século XIX, não existiam cursos superiores no Brasil. O país era colônia portuguesa e as graduações eram proibidas nas terras brasileiras, quem tinha oportunidade financeira ia estudar nas já tradicionais universidades europeias. A chegada da família real portuguesa ao Brasil é um marco importante para que o país começasse a escrever sua história no Ensino Superior. Hoje, no Brasil, há 342 escolas médicas, com 35.388 vagas oferecidas (dados de outubro de 2020). O estado de São Paulo é o que mais possui faculdades (67 no total), seguido de Minas Gerais (48 escolas) (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2021).

A formação em medicina no Brasil foi se moldando de acordo com as necessidades e exigências da sociedade ao longo dos anos. Os currículos centrados em disciplinas extremamente técnicas, focados apenas na doença e sua cura, têm cedido espaço ao surgimento de currículos que percorrem uma formação para além do aspecto pedagógico, refletindo em uma formação mais humanizada dos profissionais da área. Entretanto, muitos aspectos relacionados a finitude humana e cuidados paliativos ainda buscam espaço no âmbito da formação médica.

Este capítulo pretende fazer uma breve passagem ao longo da história do ensino médico no Brasil e, posteriormente, avaliar as orientações oficiais para a formação médica em nosso país, presentes nas DCNs de 2001 e 2014, com o intuito de avaliar as concordâncias e as lacunas relativas às necessidades dos cuidados paliativos na atuação da Medicina.

4.1 História da Formação em Medicina no Brasil

Até o princípio de século XIX, as práticas de cura na América portuguesa eram realizadas por diferentes personagens ligados a esse tipo de exercício. Cirurgiões barbeiros, boticários, sangradores, curandeiros e feiticeiros ocupavam o espaço aberto pela falta de médicos, que eram uma raridade na colônia. Salvo exceções, os poucos que ali exerciam o ofício tinham pouco prestígio e conhecimento (LIMA, 2008).

Assim, a falta de profissionais mais especializados na colônia portuguesa se tornou uma das preocupações do príncipe regente, D. João VI, e uma de suas primeiras medidas após a chegada da corte à colônia foi criar um curso de formação de cirurgiões (LIMA, 2008).

[...] A criação de escolas para a formação de clínicos e cirurgiões marca o processo de institucionalização da medicina no Brasil [...], a criação das escolas de formação de médicos e cirurgiões na Bahia e no Rio de Janeiro veio atender a preocupação da corte portuguesa, que se sentia ameaçada pela falta de médicos clínicos e cirurgiões com formação universitária, capazes de atender a nobreza que se instalava e de propor medidas de erradicação das grandes endemias e epidemias, necessárias para melhorar a imagem do Brasil nos demais países, principalmente a Inglaterra, receptores de minérios, matérias-primas e alimentos aqui produzidos e extraídos. (PIRES, 1989, p. 67 apud RISTOW, 2007).

Desta forma, em 18 de fevereiro de 1808, D. João VI criou a Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), a primeira escola de Medicina no Brasil. Em 03 de outubro de 1832 ganhou o nome de Faculdade de Medicina, que guarda até hoje (SANTOS FILHO, 1995). Nota-se o termo “escola”, tendo o curso duração de três anos, compreendendo as seguintes disciplinas: anatomia, cirurgia teórico-prática e operações cirúrgicas. Neste curso inicial não constavam as disciplinas farmacológicas, indispensáveis para a formação de médicos. (PRATA, 2010).

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi criada meses depois, por Carta Régia, assinada em 5 de novembro de 1808, com o nome de Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, passando o curso a ter a duração de cinco anos. Além das disciplinas de cirurgia e anatomia (como na Bahia), passaram a constar no currículo as disciplinas: medicina clínica (teórica e prática), química, farmacologia, botânica, higiene e etiologia das doenças. O diferencial estava justamente nestas disciplinas adicionais, habilitando o formando para o exercício da clínica médica e para o tratamento das enfermidades (PRATA, 2010).

Os cursos de medicina e cirurgia no Brasil foram, inicialmente, alocados em hospitais militares, no intuito de prover médicos e cirurgiões para a Marinha e o Exército, devido à iminente guerra com a França (RISTOW, 2007).

Até então, a filosofia colonial dificultava o ensino superior no Brasil, por considerá-lo ameaça aos interesses da corte. Os médicos na colônia se restringiam a uns poucos brasileiros graduados na Europa e a raros europeus que aqui vinham a exercer a sua profissão. Apenas em 29 de setembro de 1826, por Decreto-Lei de Dom Pedro I, foi autorizada a emissão de diplomas e certificados para os médicos que faziam o curso no Brasil. Em 3 de outubro de 1832, durante a Regência Trina, foi sancionada a Lei que transformava as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de

Janeiro e Salvador em Escolas ou Faculdades de Medicina (FACULDADE DE MEDICINA - UFRJ, 2021).

Com esta reforma, ambos os cursos passaram a ter a duração de 6 anos (formato que permanece até hoje), com as disciplinas de física, botânica, zoologia, mineralogia, anatomia geral e descritiva, química médica, farmácia, fisiologia, patologia externa e interna, cirurgia, medicina interna, clínica cirúrgica, obstetrícia e ginecologia, pediatria e puericultura, medicina legal, matéria médica brasileira, história da medicina e higiene (PRATA, 2010).

Os médicos doutores que se formavam nas faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia possuíam orientação europeia, principalmente francesa, tendo em vista que os livros eram provenientes basicamente da França. Muitos dos aqui formados iam para a Europa para se aperfeiçoarem (SANTOS FILHO, 1995).

A medicina brasileira, denominada de pré-científica, usando textos e conhecimentos vindos de fora, ao iniciar a produção própria de estudos e pesquisas, ao redor de 1866, dá início à medicina científica propriamente dita (LAMPERT, 2008).

O ensino médico no Brasil, até 1898, era ministrado somente nas duas escolas médicas, do Rio de Janeiro e Bahia, para as quais iam jovens de todas as regiões do Brasil. As turmas eram numerosas e existiam dificuldades para ministrar as aulas práticas, considerando que o número de doutorandos chegava a quatrocentos e vinte alunos. A educação médica ocorria em meio à política cafeeira, com a economia baseada na mão de obra escrava. (RISTOW, 2007).

Em meados de 1897, foi criada a terceira escola médica, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre (LAMPERT, 2008). Na segunda década do século XX já haviam mais de 5 escolas de medicina, trazendo este tema para o debate no Congresso Nacional de Práticos, de 1922, que aconteceu no Rio de Janeiro, foi o primeiro congresso de âmbito nacional a tratar e se preocupar com a educação médica (PEREIRA NETO, 2001). Na década de 60, com a industrialização no país a todo vapor e trazendo à tona o tema saúde do trabalhador, surge a necessidade da criação crescente de escolas. Em apenas cinco anos, criaram-se 35 escolas, chegando ao final do século com 113 escolas médicas (LAMPERT, 2008).

Até o início do século XX a estrutura regulatória da formação médica no Brasil era escassa. O Decreto-Lei n. 11.530, promulgado em 1915, representa um marco neste sentido, determinando critérios para que um estabelecimento tivesse seu

diploma reconhecido e equiparado àquele oferecido pelas faculdades oficiais, sobretudo a carioca e baiana (PEREIRA NETO, 2001).

No âmbito pedagógico, o ensino médico da primeira metade do século XX era muito baseado nas ideias contidas no Relatório Flexner. No Brasil, o relatório flexneriano induziu políticas, programas e projetos que articularam as relações entre ensino e serviços de saúde. Neste mesmo período, outros movimentos evidenciavam a necessidade de novas articulações entre ensino e serviços, como a incorporação de disciplinas de Medicina Preventiva nos currículos, uma das principais estratégias propostas (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018). Na década de 70, surgem grandes movimentos pró-mudança na formação do médico: o da Medicina Comunitária, Medicina Preventiva e Social e Atenção Primária de Saúde.

A criação do SUS, em 1988, alicerçado na integralidade, no cuidado humanizado e na promoção de saúde, sobrelevou a necessidade de reorientar a formação (CECCIM, 2002). No início dos anos 90 há um reconhecimento nacional e internacional da necessidade de mudança na educação dos profissionais de saúde. Em 1993, a II Conferência Mundial em Educação Médica, em Edimburgo, propôs um novo pacto de integração entre instituições formadoras, serviços de saúde e sociedade. As principais reformas curriculares dos cursos de medicina no Brasil foram iniciadas, impulsionadas e claramente influenciadas por esta conferência (ALMEIDA, 2001; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

De outro lado, o interesse por um médico diferente do que estava atuando no mercado persistia e uma estratégia de transformação da prática médica foi à criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) como proposta de reorganização da atenção básica no país e de todo o modelo assistencial (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Aliado a isso, em 1996, um marco fundamental para a formação em saúde foi a promulgação da nova LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira), com a proposição das DCNs. Isto possibilitou alcançar um perfil de egresso mais comprometido com as demandas sociais (SILVASTREIT, 2012; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

No período de 1990 a 2002, foram criados dezessete novos cursos de medicina, sendo que em treze deles (76,4%), a administração é privada, representando a maior concentração de abertura de escolas médicas privadas, verificada em todos os períodos (RISTOW, 2007).

Em 2004, instituiu-se Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Neste contexto as políticas do SUS direcionavam da maneira que lhe era mais pertinente a formação de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 2004, 2005).

Dentro de todo este contexto, constatou-se a necessidade de ampliar o número de profissionais médicos, bem como a necessidade de fixar estes profissionais em determinadas regiões definidas com maior carência, a fim de garantir o atendimento às demandas nos serviços de saúde de forma mais igualitária. Assim, em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos para o Brasil, com o intuito de formar recursos humanos na área médica do SUS. Com as novas diretrizes definidas pelas políticas do SUS, várias de medidas foram adotadas, dentre elas a reorganização da oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde com condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos (BRASIL, 2009b; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Com a abertura de novas escolas médicas no país, os efeitos da superpopulação de médicos são discutidos por Bueno e Pieruccini (2005), que destacam dois pontos: o contingente de mais de dez (10) mil novos profissionais que se formam todos os anos, a crise do sistema público de saúde e a crescente mercantilização da medicina. Em virtude da mão de obra excedente, a submissão às condições de trabalho inadequadas e as questões salariais expõem os profissionais aos riscos de infrações éticas. Este contexto, faz com que o médico retroceda em seus aspectos evolutivos e ligados a humanização, podemos também dizer técnico-científicas, assim decaíam sua profissão em uma mera prestação de serviço, virando praticamente uma mercadoria (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

Desde a implantação do SUS, a formação profissional tem sido discutida como um aspecto central para o alcance e a efetivação das políticas públicas em saúde, uma vez que o modelo tradicional de ensino, centrado em um egresso de perfil tecnicista, curativista e hospitalocêntrico, não atende as demandas da sociedade atual (OLIVEIRA et al., 2021).

A partir deste breve apanhado da evolução da formação médica no Brasil, percebemos que ela acontece em um contexto de profundas transformações sociais, políticas, culturais e econômicas, internas e externas, que servem como base para o desenvolvimento da estrutura da formação médica.

4.2 O ensino superior e as DCNs para o Curso de Medicina

Ao contrário da colonização espanhola, os portugueses não tinham interesse algum na criação de escolas superiores e de universidades em sua colônia brasileira. Desta forma, o ensino superior no Brasil ocorreu tardiamente quando comparado com países da Europa ou da América Latina (NEVES; MARTINS, 2016).

Até a proclamação da república, em 1889, o ensino superior se desenvolveu muito lentamente, tinha o único intuito de assegurar postos de trabalhos privilegiados e com prestígio social para os diplomados da época (MARTINS, 2002). Devido a impulsão da industrialização nacional, percebeu-se que o Brasil necessitava de quadros profissionais com formação universitária para enfrentar o processo de desenvolvimento econômico (NEVES; MARTINS, 2016). Assim, o Brasil foi consolidando seu sistema de ensino superior.

A formação em Medicina, um dos cursos que mais forma profissionais a cada ano no Brasil, tem duração média de seis anos e é, tradicionalmente, dividida em três fases: básico, clínico e o internato. No ciclo básico, eram oferecidas as disciplinas teóricas primordiais para a formação médica. A fase clínica, tinha como pressuposto ampliar o conhecimento teórico-prático dos estudantes. Já no internato o discente tinha a oportunidade de estar integralmente inserido no ambiente de prática. Esse padrão de formação foi utilizado por muitos anos, mas foi amplamente questionado nas últimas décadas, resultando, assim, em grandes transformações curriculares (MEIRELES; FERNANDES; SOUZA E SILVA, 2019).

De acordo com Moretti-Pires e Bueno (2009), a formação do profissional médico é considerada um elemento importante para a qualidade em saúde, tornando-se uma das preocupações de instituições como a OMS, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre outras. Inicialmente, as faculdades de medicina do Brasil se baseavam em modelos de formação europeia, na qual existia dinamismo científico, com forte foco na clínica e pesquisa laboratorial (ALMEIDA FILHO, 2010).

Entretanto, após a publicação do relatório Flexner, o modelo de formação no país se voltou ao atendimento hospitalocêntrico. O modelo Flexneriano instaurou um método reducionista de educação, com perspectiva estritamente biologista da doença e deixando de lado o aspecto social. Após o estabelecimento do Sistema Único de

Saúde (SUS), esse modelo de profissional se mostrou injustificável, uma vez que não era capaz de atender às demandas da população atendida pelo SUS, tendo em vista a inoperante personalidade generalista que esses médicos carregavam consigo (MEIRELES; FERNANDES; SOUZA E SILVA, 2019).

Em meio ao aumento das críticas ao modelo de educação médica até então vivenciado, em 2001, o Ministério da Educação e Cultura, cria as primeiras DCNs para o Curso de Medicina, documento que deveria guiar, a partir de então, a composição curricular das escolas médicas. Em 2014, as DCNs foram revistas e este novo documento é vigente até a data atual.

Segundo o Conselho Nacional de Educação (Parecer CNE n. 776/97), o papel de uma diretriz curricular nacional é:

Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional, autônomo e permanente. Devem também se pautar pela tendência de redução da duração da formação no nível de graduação. Devem ainda promover formas de aprendizagem que contribuam para reduzir a evasão, como a organização dos cursos em sistemas de módulos. Devem induzir a implementação de programas de iniciação científica nos quais o aluno desenvolva sua criatividade e análise crítica. Finalmente, devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. (BRASIL, 1997).

Desta forma, de acordo com o Parecer CNE n. 776/97, os cursos de graduação médica precisam deixar de lado muitas características que ainda lhe são atribuídas, como atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 1997).

Nesta perspectiva, após a regulamentação da Medicina Paliativa como uma subespecialidade médica, é preciso se preocupar com a formação acadêmica dos profissionais da saúde, pois os atuais modelos de currículo não preparam bem esses profissionais para cuidar de pacientes sem perspectiva terapêutica convencional (MATEUS, 2019).

No Brasil, a Universidade Federal de São Paulo foi a primeira escola médica a disponibilizar cursos de Cuidados Paliativos, em caráter eletivo, a alunos da graduação em Medicina, enfermagem e fisioterapia, de 1994 a 2008. No ano de 2003,

houve a criação da disciplina obrigatória de Cuidados Paliativos na Universidade de Caxias do Sul. No estado de Minas Gerais, a Faculdade de Medicina de Itajubá e a UNIFENAS oferecem disciplinas de Cuidados Paliativos (CALDAS, 2018). Neste sentido, neste capítulo buscamos avaliar as DCNs do curso de Medicina em sua abordagem aos cuidados paliativos e finitude da vida.

As DCNs de 2001 representaram uma revolução no ensino em saúde, uma vez que propunham um currículo baseado em habilidades comuns a todos os cursos da área de saúde, mas traziam habilidades específicas para a graduação em Medicina (FRANCO, 2014). Apesar disso, as DCNs de 2001 não estavam muito interligadas com as necessidades do SUS, porque, ainda que preconizassem a interdisciplinaridade necessária a uma visão integral no cuidado do paciente, as competências do profissional médico recém-graduado eram ainda irrisórias na prática clínica e pouco envolvidas com a visão integral e humanística dos seus pacientes (MEIRELES; FERNANDES; SOUZA E SILVA, 2019).

Assim, em 2014, foram publicadas as novas DCNs para o curso de Medicina. O texto de 2014 apresenta um formato expandido e segmentado, desenvolvido ao longo de 14 páginas, com 41 artigos e 16 parágrafos, distribuídos em 3 capítulos, 6 seções e 6 subseções, como mostra a Figura 1.

O novo documento traz uma série de recomendações às quais as instituições superiores devem se adequar. As DCNs-2014 alteram, significativamente, o texto de 2001, incorporando alterações nas competências desejadas de perfil do egresso e aumentando a ênfase na saúde coletiva (BURSZTYN, 2015). Orientações de cunho socioculturais, humanísticos e biológicos do paciente são apresentadas nestas diretrizes. A preocupação em formar médicos generalistas e efetivos na abordagem ao paciente da atenção básica e que sejam resolutivos na promoção e redução dos riscos em saúde são enfatizadas nas diretrizes atuais. De forma geral, as DCNs-2014 buscam a formação de um profissional com habilidades gerais, crítico, reflexivo e ético, pronto para atuar em todos os níveis de atenção em saúde e que seja capaz de praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade (MEIRELES; FERNANDES; SOUZA E SILVA, 2019).

Figura 1: Estrutura das DCNs-2014

Capítulo I – Das Diretrizes (art. 1-7)	Seção I – Da Atenção à Saúde (art. 5) Seção II – Da Gestão em Saúde (art. 6) Seção III – Da Educação em Saúde (art. 7)	
Capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica (art. 8-22)	Seção I – Da Área de Competência Atenção à Saúde (12-15) Seção II – Da Área de Competência Gestão em Saúde (16-18) Seção III – Da Área de Competência de Educação em Saúde (art. 19-22)	Subseção I – Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde (art. 12-13) Subseção II – Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva (14-15) Subseção I – Da Organização do Trabalho em Saúde (art. 17-18) Subseção I – Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva (art. 20) Subseção II – Da Ação-Chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento (art. 21) Subseção III – Da Ação-Chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos (art. 22)
Capítulo III – Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina (art. 23-41)		

Fonte: BURSZTYN, 2015

Ambas as DCNs reforçam a formação de um profissional “generalista” e “humanista”. Entende-se que o generalista deve ser capaz de ter uma visão e avaliar o paciente de forma mais integral, de entender o todo como a base do atendimento das necessidades de saúde das pessoas. DCNs-2001:

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação **generalista, humanista, crítica e reflexiva**, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, grifo da autora).

DCNs-2014:

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

A formação médica tradicional que temos atualmente, com ênfase no profissional especialista, posiciona o profissional com competências generalistas em

um patamar inferior. Mas é inegável que os excessos da especialização podem levar a uma visão limitada do profissional, acarretando no não reconhecimento de problemas maiores, às vezes tanto quanto ou mais importantes que o objeto da atenção especializada. É necessário que os profissionais, sejam eles especialistas ou generalistas, sejam aptos a lidar com a subjetividade dos sujeitos e com a objetividade de suas condições socioeconômicas e culturais (FURLANETTO et al., 2014).

Segundo um estudo realizado por Quintiliano e Soares em 2020, um grupo de 16 médicos foram questionados em relação a quais competências e habilidades eles consideravam necessárias para a formação do médico generalista e competências referentes a conhecimentos sobre cuidados paliativos estavam dentre os citados (QUINTILIANO; SOARES, 2020).

Ao se avaliarem as DCNs do curso de Medicina de 2001 e de 2014, observa-se uma importante escassez a respeito da necessidade de aprendizado do cuidado com doenças que colocam em risco a vida, em especial na sua fase final. Nos artigos das diretrizes que se referem aos objetivos em relação as competências e habilidades para um médico formado, pode-se observar, como é destacado, a questão da cura e tratamento:

Art. 5º. VII - diagnosticar e **tratar** corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica. (BRASIL, 2001, grifo da autora).

Art. 5º. XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e **curativos**, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 2001, grifo da autora).

Art. 13. 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. (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

Em uma busca pelo termo “cuidado paliativo” nas DCNs de 2001 e 2014, não foi encontrado nenhuma menção. Buscou-se então o termo relacionado com a finitude humana, a “morte”. Nas DCNs-2001 apenas dois trechos mencionam tal questão. Um deles encontra-se no item XIII do Art. 5º, sobre as premissas de competências e habilidades para formação no ensino superior:

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do **processo de morte**. (BRASIL, 2001, grifo da autora).

O outro se encontra no Art. 6º que remete sobre os conteúdos fundamentais para graduação médica:

VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do **processo de morte**, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental. (BRASIL, 2001, grifo da autora).

Corroborando com Pineli et al. (2016), as citações sobre a morte e o processo de terminalidade de vida, quando ocorrem, são breves e superficiais. Nesta mesma linha, as DCNs-2014 também não se detêm na temática, reduzindo a referência somente ao seu artigo 23, sobre os conteúdos fundamentais.

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. (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

É importante notar que o termo “processo de morte” (mais adequado, de acordo com Pineli et al., 2016) que é utilizado na DCNs-2001 é simplificado apenas para o evento “morte” na DCN-2014.

Os modelos de diretrizes para formação médica são claramente retratados e influenciados por questões socioculturais. Como descreve Pinelli et al. (2016), da mesma maneira que a sociedade trata como um tabu o processo da morte, pouco se discute no círculo médico este assunto, mesmo sendo o lidar e o cuidar de pacientes na fase final de vida um evento recorrente na prática de qualquer profissional da saúde.

Entretanto, embora o termo cuidado paliativo não seja mencionado diretamente nas DCNs, é possível encontrar atribuições referentes aos conhecimentos, habilidades e competências exigidas no exercício da profissão que se refletem nos cuidados paliativos, como menciona Pineli et al. (2016).

Foram selecionados cinco trechos das DCNs-2014 nos quais há congruência com os princípios dos Cuidados Paliativos:

Art. 3º [...] geral, **humanista**, crítica, reflexiva e ética, [...] e compromisso com a defesa da cidadania, da **dignidade humana**[...]. (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

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. (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

Art. 5º, 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. (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

Art. 5º, 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 (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

Art. 12. 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**. (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

Como regem os princípios do cuidado paliativo discutidos no capítulo anterior, é possível extrair dos trechos, que o processo de adoecimento e morte deve ser interpretado de maneira integral, abrangendo desde a família até o doente, devem ser cuidados com o mesmo empenho e são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar, além da valorização da autonomia do indivíduo, como responsável principal na tomada de decisões em sua vida, inclusive no processo de adoecer.

Em um estudo realizado por Azeredo, Rocha e Carvalho (2011), na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de conhecer como os estudantes de medicina percebem que a graduação os prepara para o enfrentamento da morte, mostrou claramente o sentimento de despreparo apontado pelos acadêmicos entrevistados, sobretudo em função da necessária objetividade e do distanciamento "profissional" do paciente que está morrendo. Foram entrevistados cinco estudantes de Medicina que já estavam no período de internato, ou seja, realizando atividades práticas no campo hospitalar. Ao analisar as entrevistas, o autor percebe que o acadêmico de Medicina, em sua formação, aprende a se comprometer com exclusivamente com a vida e a cura do paciente, esquecendo que a morte faz parte deste ciclo. Os estudantes de medicina acabam criando expectativas ilusórias que são capazes que prevenir e tratar todas as doenças, gerando uma

grande frustração e envergonhamento quando isto não ocorre. Afinal, toda a sua capacitação é para a cura, que traz gratificação do aprendizado e recompensa o esforço realizado. A presença da morte traz para o acadêmico um sentimento de incapacidade, pois existe um despreparo, segundo as falas dos próprios alunos, para lidar “dignamente” com a morte, já que a cura parece ser a única grande meta da Medicina.

Outro estudo foi descrito por Costa, Poles e Silva (2016), teve o objetivo de conhecer a experiência dos alunos de Medicina e enfermagem no atendimento aos pacientes em cuidados paliativos, compreendendo os aspectos de sua formação para esse tipo de cuidado. O estudo foi realizado com 10 alunos de Medicina e enfermagem que participaram do Programa de Extensão “Bem Cuidar”, desenvolvido na Universidade Federal de São João del-Rei, Câmpus Centro-Oeste (UFSJ/CCO). Este programa tem por objetivo a capacitação em cuidados paliativos. Os autores observaram através das entrevistas que o processo de mudança na percepção do que se tratavam os cuidados paliativos foi relatado em muitas entrevistas. Os alunos informaram que, antes de serem preparados para o contato com os pacientes, tinham em mente que os cuidados paliativos se iniciavam quando não se tinha mais o que fazer por aquele doente. Com o aprofundamento no assunto e as atividades práticas, perceberam a grande demanda de cuidados que este tipo de paciente possuía e que havia ainda muito a ser feito, como se percebe no relato abaixo retirado do estudo:

Quando eu entrei no programa eu percebi que o cuidado paliativo é **totalmente diferente do vemos na graduação**, não é morrer, é ter qualidade de vida durante o tratamento, mesmo quando não há possibilidade de cura (parte da entrevista de COSTA; POLES; SILVA, 2016, grifo da autora).

O estudo também relata que alguns estudantes informaram que no início das atividades práticas demonstraram uma atitude mais neutra e distante, mas com o tempo, eles foram entendendo a importância da transparência de uma sensibilidade emocional, isto é, trouxeram a humanização para dentro da prática médica.

Dentro da profissão, a gente escuta muito que **o profissional não pode mostrar emoção**. Só que no programa a gente vê que isso não é bem verdade. Tem momentos que é necessário você sentar com o paciente, sentar com a família, estar ali junto com eles compartilhando essa emoção (parte da entrevista de COSTA; POLES; SILVA, 2016, grifo da autora).

Outro ponto que corrobora com o que vem sendo discutido, é que todos os alunos foram firmes em relação a deficiência da abordagem curricular dos cuidados paliativos, tanto em conteúdo quanto em encorajar o acadêmico a procurar mais conhecimento sobre o assunto. Desta forma, o desenvolvimento das competências necessárias para fornecer esse tipo de cuidado só foi possível ao longo das atividades práticas, nas quais também se percebeu a importância de conhecimentos amplos na atuação em paliativismo (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

O saber médico focado na prevenção e na cura das doenças fica bem explícito nas diretrizes (FIGUEIREDO; STANO, 2013). Corroborando com o observado por Figueiredo e Stano (2013), direcionamentos sobre a necessidade do cuidado ao doente que não será curado e que se caminhará para a morte são praticamente nulos.

É perceptível que instrumentar os discentes de medicina para atuarem em cuidados paliativos é fundamental e urgente, tendo em vista que a expectativa de vida da população vem aumentando e as doenças crônicas têm um incremento proporcional evidente. Além disso, a Medicina paliativa se tornou área de atuação de seis especialidades médicas (geriatria, pediatria, oncologia, clínica médica, anestesiologia, medicina da família) a partir de 1º de agosto de 2011, por conta da Resolução CFM n. 1.973/2011 (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

De acordo com o Parecer CNE/CES n. 116/2014 (ANEXO A), que fixa as DCNs do Curso de Graduação em Medicina, as diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser, necessariamente, empregadas por todas as instituições de ensino superior (BRASIL, 2014b). Devido à natureza de flexibilidade, diversidade e qualidade é possível encontrar currículos diferentes nas instituições no país. Este dado pode ser verificado na dissertação de Ristow, publicada em 2007, na qual foi realizada uma análise documental comparativa entre as Grades Curriculares vigentes dos Cursos de Medicina da Faculdade de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Federal do Paraná. Foi possível detectar as tendências humanísticas presentes nas Grades Curriculares dos dois primeiros Cursos e que ainda não haviam sido plenamente incorporadas, no Currículo do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, na data da pesquisa (RISTOW, 2007).

O conhecimento das bases das DCNs pelos discentes de Medicina foi analisado por Meireles, Fernandes e Souza e Silva (2019). Foram avaliadas as respostas de 56 alunos do primeiro e do Segundo período de uma instituição privada

de ensino superior do Estado de Minas Gerais. Foi observado que a maioria dos alunos do primeiro período (56%) desconhece as DCNs de 2001 e 2014, e que a maioria dos alunos do segundo período conhece apenas as diretrizes de 2014 (54,8%). Além, disso, os resultados mostram que as alterações percebidas entre as DCNs-2001 e 2014 dizem respeito à humanização do curso e à introdução de disciplinas que não faziam parte da grade tradicional. As perspectivas da maioria dos graduandos seguem a linha dos princípios anunciados pelas diretrizes no que tange às principais competências e habilidades gerais da formação médica, bem como sobre as novas dimensões abordadas nestas diretrizes. Entretanto, neste estudo foi observado uma baixa intenção dos estudantes em seguirem uma carreira de médicos generalistas e terem sua formação voltada para a atenção primária.

Com a publicação e orientações das DCNs, os currículos sofreram modificações que visaram aproximar o estudante de Medicina com a sociedade e com o sistema de saúde brasileiro. Mas para que isso realmente ocorra, é necessário que as Instituições de Ensino Superior (IES), seu corpo docente, os governantes e a sociedade atentem para fatores que influenciam a qualidade do profissional da saúde e sejam incisivos para o perfil de egresso demandado seja realmente oferecido (FRANCO, 2014).

A educação é um meio de desenvolvimento contínuo para os profissionais, um meio de adquirirem novos conhecimentos, desenvolverem uma reflexão sobre suas práticas e principalmente das reações emocionais provocadas pela gravidade das situações de fim de vida. Embora não haja uma orientação direta em relação aos cuidados paliativos, pode-se dizer que é possível traçar pontos em comum entre as DCNs e as prerrogativas deste campo de atuação. Neste sentido, existe um amplo campo aberto de aprendizagem e formação dos acadêmicos através de iniciativas e novas abordagens destas temáticas no ensino acadêmico.

No próximo capítulo, a percepção sobre a evolução e preceitos básicos que tangem a relação médico-paciente são abordados. Além disso, trouxemos para esta dissertação uma reflexão sobre as possíveis consequências deixadas pela pandemia da Covid-19 no campo da rotina e formação médica.

5 PRINCÍPIOS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM MEDICINA

Com a evolução científica e tecnológica na área médica, o médico foi se tornando um especialista em áreas específicas de atuação, com profundo conhecimento de exames complexos e capaz de emitir diagnósticos precisos. Entretanto, esta mudança de perfil de atuação do médico, de certa forma, prejudicou a relação com seu paciente, esquecendo do tratamento individualizado e humanista, a partir de uma supervalorização da doença em si (ALVES et al., 2009).

A formação médica centrada na biologia e na técnica se distancia em preparar o médico para assistir ao paciente em seus aspectos psicológicos e sociais. Neste sentido, a humanização em saúde ganha cada vez mais evidência em função da necessidade de estabelecer uma prática assistencial e uma relação médico-paciente que vai além das necessidades fisiológicas do ser humano, mas que possa associar os aspectos sociais, biológicos e psicológicos, a fim de promover um cuidado integral a sua saúde. Cada vez mais, percebe-se a necessidade de formar médicos reflexivos, éticos, conscientes e sensíveis à pessoa humana e ao seu contexto social.

Neste contexto, é pertinente citar a frase de Hipócrates, pensador grego, o pai da Medicina: “É mais importante conhecer o doente que tem a doença, do que a doença que o doente tem” (ACADEMIA MÉDICA, 2021).

Neste contexto, neste capítulo não se pode deixar de refletir sobre os impactos que a pandemia da Covid-19 trouxe para nossa sociedade. Além de transformações a nível econômico, social, de saúde e de educação, a pandemia interrompeu e desafiou a estrutura tradicional da educação médica, fundamentada no ensino presencial. Uma abordagem sobre os novos caminhos que o ensino médico irá tomar no pós-pandemia é discutido, levando em consideração o ensino remoto, a telemedicina, a responsabilidade social e a percepção da importância da adoção dos cuidados paliativos, incluídos em todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde, bem como inseridos na formação profissional em saúde.

5.1 A relação médico-paciente no ensino dos cuidados paliativos

A formação médica passa por várias etapas formais de construção no decorrer do curso superior, sendo que a disciplina de semiologia médica compõe a base para o escrutínio clínico a ser adotado por qualquer profissional desta área da saúde.

A expressão semiologia médica, segundo Celmo Celso Porto, referência brasileira nesta área, remete ao método clínico, que além da história clínica e exame físico, permite uma visão humana dos problemas do paciente, sendo capaz de abranger fatores imponderáveis ou não mensuráveis, que envolvem as decisões diagnósticas e terapêuticas (PORTO, 1994). O primeiro capítulo de seu tratado, intitulado “Semiologia Médica”, dedica especial atenção aos princípios e bases para a prática médica, relação médico paciente e sobre o método clínico, como forma a introduzir o acadêmico do curso de Medicina a esta nova seara que será desbravada no decorrer do curso.

Porto (1994) estabelece cinco premissas básicas com relação ao desenvolvimento da relação médico-paciente: em primeiro lugar, que a relação médico-paciente constitui a parte fundamental da prática médica humanizada; segundo, que o exame clínico, especialmente a anamnese, é o ponto fundamental de apoio do tripé da Medicina moderna, pois através dela é que se concebe o raciocínio para realização de exames laboratoriais e de imagem, que conjugam os outros dois vértices; terceiro sobre a necessária compreensão do contexto psíquico/emocional presente no encontro do médico com seu paciente, como sendo essencial ao bom relacionamento desta dupla; quarto, que a aprendizagem do método clínico é simbiótica à aprendizagem da relação médico-paciente e ambas devem ocorrer por treinamentos prolongados e sob supervisão de profissional mais experiente e; em quinto lugar, porém não menos importante, que o aluno deve ser estimulado a adquirir conhecimentos nas áreas de antropologia, psicologia e sociologia, de forma a ampliar seu cabedal de informações e não permanecer aprisionado no âmbito dos fenômenos biológicos relativos ao estado em que se encontra o paciente (PORTO, 1994).

Percebe-se a importância do ensino destes conceitos teóricos na graduação de Medicina, como uma forma de apresentar um horizonte de relacionamento interpessoal novo para o aluno, no qual o ensino/aprendizagem envolve o reconhecimento do outro como um ser que se apresenta em um momento de fragilidade biológica ou psíquica, porém ainda dotado de autonomia.

Nesta mesma linha, Porto (1994) salienta que o conhecimento técnico, se hipervalorizado, pode transformar o médico no que chama de “engenheiro do corpo humano”, fazendo uma alusão à falta de vinculação entre o conhecimento técnico e a sensibilidade humanística:

Nunca se deve esquecer que lidamos com pessoas e não com órgãos a serem transformados em gráficos, curvas, imagens ou números. Aliás, a experiência mostra que são exatamente os aspectos ético-morais os mais apreciados pelos pacientes, mesmo aqueles que se mostram maravilhados com os aparelhos modernos. (PORTO, 1994).

A forma como se estabelece a relação médico-paciente é percebida como essencial e motivadora de investigações. Em publicação do ano de 2017 pela Revista Brasileira de Educação Médica, em um artigo da Universidade Federal de Minas Gerais, pontua-se que a comunicação na prática clínica atual é algo extremamente desafiador, visto que as influências digitais experimentadas por alunos, professores e até mesmo pacientes, podem interferir diretamente na relação médico-paciente. Desta forma, Silva et al. (2017) elaboraram um estudo comparativo entre alunos iniciantes do curso de Medicina, que participavam ou não da disciplina “Relação médico-paciente”. Como resultados, o estudo apresentou os seguintes dados: alunas do sexo feminino, com idade mais avançada e cursando os primeiros anos da faculdade de Medicina estavam significativamente associadas às atitudes mais centradas no paciente. As maiores pontuações foram diretamente ligadas à participação na disciplina “Relação médico-paciente”. Como conclusão, os investigadores reforçam a busca de estratégias inovadoras na área da saúde com a finalidade de melhorar as atitudes humanísticas e habilidades de comunicação, de forma a influenciar de modo decisivo as atitudes adotadas pelos estudantes de Medicina, cujo foco deve ser direcionado ao cuidado centrado no paciente como pessoa (SILVA et al., 2017).

Através deste breve percorrido, busca-se salientar o importante papel da disciplina de Semiologia Médica e de seu capítulo dedicado ao ensino da relação médico-paciente, como uma forma de encontro ímpar com o outro, guardando as peculiaridades inerentes tanto ao acadêmico (futuro profissional), quanto ao outro, que neste caso é o paciente em sua gama de necessidades biológicas e psíquicas, que irrompem no encontro clínico nas primeiras consultas.

De acordo com Rocha et al. (2011), a relação do médico com o paciente vem mudando ao longo do tempo. Antigamente, o médico era visto quase como um ser superior em relação ao paciente. Com o passar do tempo o médico foi se tornando mais acessível, surgindo o médico de família, aquele que cuidava e aconselhava. Entretanto, as especialidades médicas, o acesso rápido do paciente a informações na *internet* (embora muitas vezes controversas) sobre sua patologia, as vastas ações judiciais contra médicos e o comportamento mais ativo do paciente influencia em

como esta relação vem sendo construída nos dias atuais. A qualidade desta relação vai depender da dedicação e habilidade do profissional de saúde em captar e se adequar à personalidade e necessidade de cada paciente.

Curiosamente, em 1972, o professor Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown, definiu quatro modelos de relação médico-paciente:

- a) **Modelo Sacerdotal** - é o mais arcaico, que propõe a completa submissão do paciente ao médico, sem valorizar a cultura e opinião do paciente; há pouco envolvimento (relação) e a decisão é tomada somente pelo médico em nome da beneficência;
- b) **Modelo Engenheiro** - é o inverso do sacerdotal. Nele o médico tem a função de informar e executar procedimentos. A decisão é inteiramente tomada pelo paciente. Nesse modelo, o médico tem uma atitude de acomodação (“lava suas mãos”) e baixo envolvimento;
- c) **Modelo Colegial** - há um alto envolvimento entre o profissional e o doente. O poder de decisão é compartilhado de forma igualitária através de uma negociação e não há relação de superioridade/inferioridade;
- d) **Modelo Contractualista** - é o mais adequado, em que o conhecimento e as habilidades do médico são valorizados, preservando sua autoridade. Havendo a participação ativa tanto do paciente quanto do médico, devido a isso há uma efetiva troca de informações e um comprometimento de ambas as partes (ROCHA et al., 2011).

A relação médico-paciente é importante não apenas na prática clínica, como também interfere na saúde pública. As doenças crônicas demandam a compreensão e adesão do paciente ao tratamento, a fim de manter certa qualidade de vida, esta participação do paciente vai depender muito da relação que este tem com o seu médico e da forma de como o médico transmite as informações (ROCHA et al., 2011). O autor afirma que está relação equilibrada e comunicativa entre as partes traz um maior comprometimento do paciente e provoca uma diminuição das filas no sistema público de saúde.

O desafio de ensinar cuidados no fim da vida e à relação médico-paciente foi descrita por McFarland e Rhoades (2006), em seus estudos, residentes de clínica médica e geriátrica buscaram promover a confiança e a competência de médicos no cuidado aos pacientes no fim da vida, refletindo sobre as melhores maneiras de comunicar as más notícias e o manejo de sintomas e dor. A filosofia dos cuidados paliativos recebe atenção ao passo que assuntos psicossociais e espirituais emergem durante as discussões. Segundo os autores, o desafio do ensino do cuidado no fim da vida envolve se achar uma maneira de incorporar ambas a ciência e a arte da Medicina.

É necessário enfatizar que os Cuidados Paliativos não são particulares de equipes e unidades especializadas; não existe um modelo único e ideal para a prestação dos cuidados, esta prática deve ser incluída no cuidado de qualquer paciente, independentemente do local em que seja atendido (GALRIÇA NETO, 2010). A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar (MACIEL, 2008).

De acordo com Simões (2013), citado por Souza (2018), a relação entre o estudante de Medicina e o paciente é uma relação humana que envolve respeito, responsabilidade e vínculo, devendo ir além de uma relação técnico formal. O graduando precisa sempre valorizar e levar em conta as queixas do paciente. Como base do humanismo da profissão, considerar o sentimento de compaixão que deve acompanhar professores e alunos no exercício de sua profissão.

Para Terra et al. (2018), a comunicação é um elemento primordial para o estabelecimento de uma relação humanizada entre o médico e o paciente. É incontestável o estabelecimento de uma comunicação adequada e clara entre ambas as partes para que seja construída uma relação de confiança e credibilidade (TERRA et al., 2018). Isto é, a informação que o médico passa para o paciente e a sua família em relação ao diagnóstico, as opções de tratamento, os efeitos secundários e a forma de atenuá-los, contribui significativamente para a adaptação e aceitação da doença (CHAVES et al., 2011).

De acordo com Sinclair (2006), muitos médicos têm dificuldades em compartilhar com seus pacientes o diagnóstico em casos de doenças avançadas. Isso ocorre por diversos motivos como, receio gerar depressão ou ansiedade no paciente e contribuir com a morte do paciente.

Cassorla (1983) comenta a questão referindo que a maneira como o paciente questiona, fala e age, podem guiar médico para o melhor momento e amplitude em que as respostas serão dadas. De acordo com o autor, responder ao paciente o que ele quer saber, na linguagem dele e só o que ele quer saber, no momento adequado, pode ser o ponto chave de uma relação bem sucedida.

A relação médico-paciente é uma interação que envolve confiança e responsabilidade, a vontade do paciente deve ser respeitada e ser norteadora na tomada de decisões. A comunicação é outro grande pilar norteador desta relação. A

arte de transmitir uma informação de forma objetiva e clara e acima de tudo o domínio de levar uma má notícia tanto para o paciente quanto para seus familiares, de forma serena, depende de uma formação desta habilidade e entendimento desta necessidade ao longo da graduação. A formação de um profissional essencialmente técnico não atende às demandas de saúde da sociedade no contexto atual. Ao longo desse século, a reforma curricular vem sendo um dos objetivos das escolas médicas que buscam uma formação mais integrada, que promova a ação em saúde com base em princípios humanísticos.

5.2 Ética do Cuidado, Finitude Humana e Cuidados Paliativos, elementos indissociáveis à prática Médica

A prática dos cuidados paliativos deve ser realizada em um trabalho de equipe multiprofissional, contando com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e até mesmo assistentes espirituais, para dessa forma termos uma abordagem integral do ser humano com intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (MACIEL, 2008).

A Medicina paliativa e a curativa se complementam e são fundamentais para dar suporte ao paciente, não apenas durante seu processo de adoecimento, mas durante seu processo de morrer. A carência de conhecimento e de competências dos profissionais da saúde para enfrentar as situações em que o paciente está em fase final de vida trazem um grande prejuízo na relação entre o profissional de saúde e o paciente. O profissional se sente incapaz e fracassado por não atingir o objetivo da Medicina curativa e o paciente, por sua vez, sente-se desprotegido e sem o apoio necessário em uma situação de grande fragilidade. Já está claro que a falta de formação dos profissionais da saúde em cuidados paliativos tende, com o tempo, a criar um distanciamento afetivo do paciente. Despontando, desta forma, a urgência e relevância em avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos e responder por meio de mudanças na formação destes profissionais (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Embora seja dito que as evidências que apoiam o benefício dos cuidados paliativos são escassas, com a maioria dos estudos apresentando deficiências metodológicas notáveis, especialmente com respeito aos resultados de qualidade de

vida (ZIMMERMANN et al., 2008), é possível encontrar estudos positivos no que tange ao tema.

Em 2010, Temel et al. (2010) publicaram um estudo de muito interesse, ao comparar a assistência provida no modelo tradicional e no modelo dos cuidados paliativos precoces. Pacientes com câncer de pulmão foram divididos em dois grupos, um deles recebeu medidas de cuidados paliativos logo no início do diagnóstico, enquanto o outro recebeu cuidados padrões tradicionalmente estabelecidos. Após 12 semanas, os grupos foram avaliados em relação ao tratamento contra o câncer e em relação aos níveis de ansiedade e depressão. O grupo que recebeu cuidados paliativos precoces apresentou melhores autoavaliações de qualidade de vida e menores índices em escalas que medem transtornos de humor, 16% vs. 38% do segundo grupo. Além disso, esses pacientes viveram em média três meses mais que o grupo que recebeu a assistência no modelo tradicional. A partir dessa pesquisa, muitos outros estudos foram realizados e cada vez mais se comprova que os cuidados paliativos precoces, no modelo proposto pela OMS, são possíveis de serem colocados em prática e trazem impactos positivos para a vida dos pacientes.

Outro estudo publicado por Bakitas et al. (2009) observou o efeito de uma intervenção liderada pelo quadro de enfermagem na qualidade de vida, intensidade dos sintomas, humor e uso de recursos em pacientes com câncer avançado. Em um total de 322 participantes, aqueles que recebem uma intervenção dirigida por enfermeiras, focada em cuidados paliativos, que abordam a coordenação física, psicossocial e de cuidados fornecidos simultaneamente com os cuidados oncológicos, tiveram pontuações mais altas para qualidade de vida e humor, mas não tiveram melhorias nos sintomas escores de intensidade, redução de dias no hospital ou UTI, ou visitas ao departamento de emergência, em comparação com os participantes que recebem cuidados oncológicos usuais.

Corroborando com os estudos acima citados, a OMS entende e orienta que o tratamento paliativo e curativo deve se iniciar concomitantemente e o mais precocemente possível, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas. Desta forma, pode trazer mais conforto e qualidade de vida para o paciente, além de possibilitar mais dias de vida (WHO, 2007).

Desta maneira, percebe-se como indissociável a palavra: cuidado – de cuidar, zelar – da prática médica. Desde os relatos mais ancestrais sobre esta profissão,

encontra-se o princípio de que a profissão está a serviço da saúde do ser humano, englobando aspectos físicos, biológicos, psíquicos e sociais.

Ao pensar o ser humano e sua vasta rede de complexidades, muitas vezes se atrela a saúde ao verbo viver e a doença ao verbo morrer. Neste caminho peculiar, o encontro com profissionais da saúde é muitas vezes indispensável e necessário.

Conforme Kovács, o que diferencia as pessoas em geral dos profissionais que lidam a com a saúde em seu dia a dia, é que no cotidiano destes está a presença da morte, como uma companheira (KOVÁCS, 2012). Espera-se que com o mesmo comportamento ético imprimido na busca da cura, o sofrimento também seja aliviado e o final da vida, por sua vez, seja digno, especialmente em tempos de grande e rápida evolução tecnológica, que muitas vezes leva à obstinação terapêutica e a superficialidade da relação médico-paciente, na qual se percebe, segundo a ótica desta mesma autora, o vínculo relacionado a dois paradigmas, sendo ele o paradigma do curar (com investimento a qualquer preço e tecnologia, relegando a segundo plano as práticas humanistas) e o paradigma do cuidar, no qual se admite a morte como parte da condição humana, levando em conta o indivíduo que se encontra adoecido em sua totalidade (KOVÁCS, 2012). Admitir a finitude, inclusive a própria finitude do profissional ou estudante, enquanto ser humano, pode tornar o trânsito entre estes dois paradigmas mais ameno e sensato.

Este raciocínio exemplifica o encontro com o humano que o estudante da área a saúde terá ao interagir com os pacientes em cuidados paliativos, sendo que, por definição da OMS, eles são aplicáveis a todo e qualquer indivíduo em situação de enfermidade ameaçadora da continuidade da vida, envolvendo aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente e seus familiares, como uma abordagem que visa aliviar as mais variadas formas de sofrimento (WHO 2007, s/p, tradução da autora). Esta definição traz consigo o princípio de não acelerar ou adiar a morte e sim afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, oferecendo apoio e suporte para que o paciente possa viver este período tão ativamente quanto possível, devendo ser iniciado o mais precocemente possível, junto com medidas que prolonguem a vida, zelando pela boa comunicação entre os profissionais, pacientes e familiares, de forma a oferecer um cuidado multiprofissional (SEPÚLVEDA et al., 2002).

Assim, torna-se evidente a necessidade de que temas como terminalidade, morte, tratamento digno de doenças crônicas, manejo adequado de sintomas físicos

e psíquicos, bem como o acompanhamento dos familiares durante o processo de terminalidade e luto de seu ente querido, sejam debatidos ativamente e aplicados na comunidade acadêmica envolvida na área da saúde.

Podemos nos aventurar desta forma, a estabelecer uma pretensa conversa entre relação médico-paciente, cuidados paliativos, ética do cuidado e educação. Segundo a psicóloga Maria Júlia Kovács, professora livre docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em seu artigo de *Educação para Morte*, preconiza o seguinte:

É essa característica ou qualidade humana de questionamentos, de autoconhecimento, de busca de sentido que procuraremos abordar, bem como a educação, entendida como desenvolvimento pessoal, aperfeiçoamento e cultivo do ser, não como padrões de informação, receitas prontas ou doutrinação. Não temos uma resposta simples, única, total, dogmática e padronizada e sim, a possibilidade de busca inerente ao ser humano, que mesmo esmagado por uma sociedade desumana e massificadora, pode florescer e se desenvolver. (KOVÁCS, 2005).

A ideia que Kovács desenvolve vem ao encontro da premissa que permeia o debate do ensino da relação médico-paciente e cuidados paliativos, na qual se dá uma interação humana dinâmica entre este binômio, capitaneada pelo professor. Nesta mesma linha, no livro *Interações entre Fenomenologia e Educação*, há um capítulo intitulado *“O diálogo entre a fenomenologia e a medicina”*, no qual os autores expressam que:

O olhar fenomenológico tão necessário a “médicos de pessoas” tende a ser resgatado, trazendo em seu bojo uma mudança importante: conhecer o ser doente, primeiramente, como pessoa, antes mesmo de conhecer as suas doenças. Tomar-se médicos de pessoas, não só de doenças, é a premissa a ser perseguida dentro do contexto do ensino médico. (PEIXOTO, 2014).

Na citação acima, fica explícita a preocupação humanista desta teoria da educação aplicada à área da saúde. O termo *“médicos de pessoas”* está cunhado por Danilo Perestrello no sentido de designar os médicos que atendem o paciente enquanto ser-no-mundo e não só se preocupam em curar as doenças (PEIXOTO, 2014).

A proposta educacional destes dois autores, é que, uma vez demandado o atendimento ao paciente, o aluno relate o caso do ponto de vista não só biológico, mas também envolvendo os aspectos psicodinâmicos que circundaram seu contato.

Desta forma, o orientador poderá conduzir um olhar dinâmico, indo além do simples relato da doença e assim valorizando o ser humano em seu contexto (PEIXOTO, 2014), bem como promovendo um preparo ao acadêmico para lidar com situações desafiadoras, especialmente em cuidados paliativos, quando a perspectiva de finitude se aproxima (KOVÁCS, 2005).

Vê-se assim, nesta necessidade de aproximação com o outro, uma intrínseca e simbiótica correlação com o cuidado, ou seja, um ato ontológico, que estuda a natureza do ser em sua complexidade, sendo um modo positivo de cuidar do que é realmente importante aos entes, não significando necessariamente, um sinônimo de bondade (HEIDDEGER, 2015). Esse mesmo autor infere a condição ontológica do ser-aí de cuidar, zelar, concluído que do ponto de vista ôntico o homem tem comportamentos e atitudes dotadas de dedicação e cura (HEIDDEGER, 2015).

Neste contexto, encontra-se também a linha de expressão e trabalho de Leonardo Boff com relação ao cuidado. Este autor ressalta que “o cuidado também estabelece um sentimento de mútua pertença: participamos, satisfeitos, dos sucessos e vitórias, bem como das lutas, riscos e destino das pessoas que nos são caras. Cuidar e ser cuidado são duas demandas fundamentais de nossa existência pessoal e social” (BOFF, 2012).

Importante notar na obra deste autor e transpor para o tema em estudo, que o cuidado se faz presente a nível social e individual, neste ponto, estando presente nos dois extremos da vida, ou seja, nascimento e morte, quando a criança sem cuidado não sobrevive e no outro extremo, a ligação do cuidado para com a morte digna (BOFF, 2012), especialmente nos tempos atuais, o mundo virtual exerce um efeito contraditório à realidade concreta, criando um novo *habitat*, encapsulado sobre si mesmo (BOFF, 2014), cenário este cada vez mais frequente em todas as esferas da sociedade, inclusive no mundo acadêmico e profissional.

Há que se salientar que o cuidado é intrinsecamente ligado à *ethos*, sendo este o conjunto de princípios que norteiam o comportamento humano para que ele possa ser genuinamente humano, sendo consciente, livre e responsável (BOFF, 2014). Desta forma, vislumbra-se a ligação teórica e prática entre a relação médico-paciente, cuidados paliativos e o ensino da ética do cuidado.

Vastos são os campos da educação e das ciências da saúde e muitos também são os seus pontos de convergência. Porém, parece haver um marco comum, antes de todas as infinitas derivações que cada área pode ter. Este marco, refere-se

justamente ao encontro entre seres humanos e ao quão transformadora a sua reação pode ser. Olhar o outro e enxergá-lo como um ser-em-si, que conforme o filósofo Martin Heidegger, em sua obra *Ser e Tempo*, coloca que a “essência da presença está em sua existência” (HEIDDEGER, 2015), pode ser a origem para mudança na relação médico-paciente, necessária ao exercício da profissão médica em suas várias especialidades.

A nível acadêmico, expor os alunos a este olhar diferenciado com relação ao outro e salientando a presença da ética do cuidado, fundamental quando se lida com pessoas, considerado que a finitude da vida se faz intensamente presente, não invalida o conhecimento teórico sobre a biologia humana e suas patologias, pelo contrário, conjugando empatia e técnica, o raciocínio clínico se eleva a um patamar capaz de racionalizar a tecnologia a ser empregada de uma forma mais lógica, seja em termos de exames ou de medicamentos.

Este encontro e seus profícuos frutos podem encontrar tradução poética, como assim escreveu Rilke:

Sem dúvida, o consolo mais divino está cotado no próprio humano. Não saberíamos muito bem o que fazer com o consolo de um deus. Ao contrário, basta apenas que nossos olhos sejam um pouquinho mais contempladores, nossas orelhas mais receptivas, que o sabor de uma fruta entre em nós mais completamente, que toleremos mais cheiro e que no tocar e sermos tocados tenhamos mais presença de espírito e menos esquecimento - para imediatamente recebermos de nossas próximas experiências consolos que seriam mais convincentes, preponderantes e verdadeiros do que o sofrimento que possa um dia nos abalar”. (RILKE, 2007).

O respeito e reconhecimento do outro, neste caso o paciente em sua autonomia, complexidade biológica e psíquica, sua fragilidade, bem como de seu contexto familiar e social, implica no exercício de uma Medicina ética, propiciando um momento de ao mesmo tempo cuidar do outro e cuidar de si. Constitui-se, assim, em um desafio constante para todos envolvidos na academia médica.

5.3 Dilemas atuais para a formação em Medicina em contexto de Pandemia

No contexto em que estamos vivendo atualmente, no qual foi escrita esta dissertação, não poderia deixar de descrever os impactos que a pandemia está provocando em nossa sociedade. Os impactos da Covid-19 atingiram as sociedades em todo o mundo e em diversos aspectos, a economia, as relações profissionais,

familiares, saúde e educação têm sido intensamente discutidas. É importante ressaltar que estas mudanças continuarão acontecendo por um período considerável, mesmo após o controle da pandemia (QUINTANILHA et al., 2021).

Diante da necessidade do isolamento social, para evitar a propagação do vírus, estava então lançado o principal desafio nessa pandemia a nível de educação: a implementação do ensino remoto emergencial. Neste contexto, no âmbito da educação médica, os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) autorizaram a oferta de disciplinas de modo remoto do primeiro ao quarto ano no curso de graduação em Medicina, excetuando-se as práticas profissionais de estágios e laboratórios. Isso gera mudanças significativas na educação médica, podendo influenciar enormemente o *modus operandi* dos cursos médicos e a atuação dos principais atores envolvidos em um futuro muito próximo (MATOSO, 2020).

Embora existam vantagens, a qualidade do ensino à distância ainda é um fator de muitas controvérsias em nossa sociedade. Mesmo no curso de Medicina, normalmente com características sociais mais abastadas, estudos demonstram falta de acesso à *internet* em casa e ambientes não propícios ao melhor desempenho discente (QUINTANILHA et al., 2021). Ressalta-se também que a interação e as relações interpessoais entre estudantes e professores ficaram impedidas pelo distanciamento social durante a pandemia, prejudicando o intercâmbio de ideias, conhecimentos e saberes como método de aprendizagem (SANTOS et al., 2020).

Outro desafio no âmbito educacional se inicia no reconhecimento do estudante de Medicina como um potencial vetor de contaminação (OLIVEIRA; POSTAL; AFONSO, 2020). A resposta inicial do conjunto de escolas médicas brasileiras foi a suspensão imediata dos estágios curriculares, atendendo as normativas sanitárias de distanciamento social.

A preocupação com o impacto da epidemia na formação dos futuros profissionais médicos já vem sendo discutida por vários autores a nível nacional e internacional. Temas como adequação da formação médica sem o cumprimento da carga horária preconizadas, deslocamento das atividades previstas para outras áreas de maior necessidade em momento de urgência pandêmica, antecipação das formaturas e o uso das aulas em modo remoto. Temas estes que podem impactar a execução do projeto pedagógico original dos cursos, bem como das próprias DCNs (AHMED; ALLAF; ELGHAZALY, 2020; MARSILLI; SMECELLATO; CASTRO E SILVA JÚNIOR, 2020; OLIVEIRA; POSTAL; AFONSO, 2020).

Outro ponto em relação à formação médica que veio à tona com a pandemia foi a obrigação da reflexão sobre a responsabilidade social em escolas médicas. Em 2010, foi publicado o Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas – há uma década, portanto, já se fala da necessidade da escola médica ter responsabilidade social. Levando em consideração que a experiência em relação ao SUS não é igual para todas as pessoas, é importante refletir sobre os discursos de “fique em casa” para quem não tem condições de ficar em sua casa e utilizar “água e sabão” para eliminar o vírus para quem sofre com a falta de abastecimento de água no bairro. Temos de estar atentos às diversidades e às desigualdades que temos no nosso país (RAIMONDI; TOURINHO, 2020). Assim, percebemos que realmente a formação em saúde precisa ir ao encontro das reais necessidades de saúde para promover a cidadania e reduzir as desigualdades.

Ao longo da pandemia da Covid-19 a morte foi e continua sendo um dos assuntos mais relevantes. Desta forma, podemos trazer o tema morte, finitude humana e cuidados paliativos, tendo em vista o alto número de mortes e consequências causadas pela Covid-19. Os médicos, estudantes e residentes se viram obrigados a lidar com estas condições adversas trazidas pela pandemia. Os médicos foram redirecionados das suas áreas de aprendizado para atuarem na linha de frente. A morte nunca esteve tão perto da vida profissional dos médicos como na pandemia, pois ela ia além dos pacientes, a morte era vista em colegas, amigos e familiares.

Além disso, a pandemia modificou os processos habituais de luto, pois os familiares e amigos não podiam se despedir de seu ente querido. Os novos processos estão vinculados ao distanciamento e isolamento social, a incerteza relacionada à infecção e muitas vezes a dificuldade ou até mesmo impossibilidade de realizar enterros e funerais nessa nova realidade (FERREIRA, 2021). O processo de luto é um momento extremamente delicado e difícil para os familiares e pessoas próximas, demanda estratégias para que estes consigam recompor seu estado físico e psíquico, amenizando o sofrimento. Nesse sentido, percebe-se a importância dos cuidados paliativos ao paciente em situação de morte, que consistem, basicamente, em uma assistência integral que considera as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Não menos importante, o apoio da família deve sempre estar incluído entre o rol das atribuições dos cuidados paliativos, sendo vital para facilitar o processo de luto (FRANCO, 2008). Desta forma, podemos entender que o luto e os cuidados

paliativos estão fortemente interligados. Os profissionais da saúde precisam auxiliar o paciente a identificar e expressar seus sentimentos em relação à perda, através da escuta ativa (CASTRO, 2017).

Reportagem publicada pelo Jornal da USP, em janeiro de 2021, fala que as práticas de cuidados paliativos em pacientes com Covid-19 motivaram o debate sobre a inclusão do método no currículo de Medicina. De acordo com Ricardo Tavares, coordenador do Núcleo Técnico-Científico de Cuidados Paliativos do HC, os estudantes avaliam que o tema ainda é distante da graduação. Talvez, por isso, o conhecimento sobre o assunto pelos médicos e profissionais da saúde, de forma geral, ainda seja algo limitado. Uma das estudantes que participaram como voluntária na enfermaria do Hospital de Clínicas da FMUSP (SP) relatou a importância dos cuidados paliativos (JORNAL DA USP, 2021):

A gente estava lá para fazer essas visitas virtuais, mas acabava entrando em contato na prática dos cuidados paliativos. [...] Participávamos de reuniões familiares, que também estavam acontecendo *online*, vendo como se comunicar efetivamente, como dar uma má notícia e, mesmo longe, os profissionais conseguiam mostrar compaixão, o quanto se importavam com os pacientes, que todos que estavam ali estavam fazendo o melhor para cuidar deles. Então a gente acabava atendendo muito nesse sentido também. (JORNAL DA USP, 2021).

Nesta reportagem também é enfatizado que ainda se perde muito o momento de iniciar os cuidados paliativos. A maioria dos profissionais da saúde entende que os cuidados paliativos são indicados quando um paciente está próximo da morte, mas, idealmente, os cuidados paliativos deveriam se iniciar assim que o paciente é diagnosticado com alguma doença que compromete a sua vida (JORNAL DA USP, 2021).

Sem dúvida, a pandemia trouxe desafios, mas também oportunidades de aprendizagem e novas competências. Segundo Ramalho (2020) e Grosseman (2020), a capacidade de adaptação dos serviços, a entrada rápida da telemedicina, a necessidade de atualização constante em pesquisas científicas, a persistência dos profissionais da saúde, a oportunidade de entrar em contato com uma nova patologia, o crescimento de processos colaborativos, as ações voluntárias de professores e estudantes junto à população e a estudantes vulneráveis, a preocupação de instituições com o bem-estar de professores e estudantes, não podem ser ignorados como pontos positivos na formação médica.

A visão e entendimento das DCNs para formação médica também irão sofrer grandes impactos no pós-pandemia. Até então, algumas competências eram mais valorizadas que outras ao longo da formação e do egresso dos estudantes. Segundo Stobbe (2020), hoje se vê, a relevância de muitas competências mencionadas nas DCNs no enfrentamento da pandemia e isso servirá como um grande aprendizado. Segundo o autor, é fundamental verificar na prática a importância do médico generalista, crítico, empático, reflexivo e ético, somando ao comprometimento com o desenvolvimento da pesquisa e da ciência e à responsabilidade social.

A demanda atual do sistema de saúde nacional por profissionais da saúde com formação generalista, humanitária e reflexiva poderá revelar se as escolas estarão prontas para liberar profissionais egressos com este perfil. Após praticamente duas décadas da primeira DCN publicada, podemos nos indagar se é possível perceber avanços na formação das futuras gerações médicas aptas a atender às necessidades de saúde da população. Segundo Oliveira, Postal e Afonso (2020), o cenário pós-pandemia poderá trazer respostas e oportunidades para retomar esse debate.

As tecnologias da informação nunca tiveram um peso tão grande, tão importante quanto agora. A telemedicina surgiu como um mundo novo e de extrema relevância em tempos de isolamento. De acordo com pesquisa feita pela *Johnson & Johnson Medical Devices*, em parceria com o Instituto Ipsos, 64% dos brasileiros declararam que adiaram e/ou cancelaram serviços de saúde, tais como tratamentos dentários ou oftalmológicos (40%), *check up* preventivos (22%) e cirurgias opcionais (21%). Estes dados são preocupantes no sentido que muitas doenças podem ser agravadas se não diagnosticadas e tratadas no tempo correto (MEDICINA S/A, 2020).

Embora seja inegável sua necessidade, é também evidente que este novo modelo chegou para ficar, mas não podemos esquecer que, lá na ponta há profissionais da saúde atendendo de forma direta, porque as pessoas precisam desse atendimento presencial nos mais variados cenários desse nosso grande país. As tecnologias são importantes, podemos e devemos sempre utilizá-las, principalmente em se tratando de saúde, para a qual o tempo pode ser um inimigo, mas não podemos esquecer de forma alguma que estamos formando profissionais da saúde que devem atender pessoas que precisam de pessoas para cuidá-las (STOBBE, 2020).

O contato presencial médico-paciente é essencial e não deverá desaparecer. Contudo, em alguns casos, como o de populações de regiões mais afastadas, ou em contextos específicos, como a pandemia da Covid-19, a telemedicina se apresenta

como solução, por eliminar as implicações decorrentes do fator da distância presencial (BERTASSO et al., 2021). Sendo assim, nesse cenário de avanço das ações de telessaúde, é inegável o treinamento de alunos em ferramentas digitais e a educação sobre suas limitações deve fazer parte do ensino de graduação. Segundo Massucato et al. (2021), deve-se também revisar os currículos de graduação em Medicina, a fim preparar os futuros médicos para uma era dominante da telemedicina.

Os impactos a longo prazo da Covid-19 na saúde da população afetada ainda são desconhecidos. A cada dia surgem novas sequelas e reações fisiológicas e psicológicas mais diversas, que vão desde impactos emocionais até alterações nos sistemas respiratório, cardiovascular e possíveis alterações cutâneas e neurológicas (ESTRELA et al., 2021). Assim, a possibilidade de reabilitação precoce, durante e após a trajetória da doença, com acesso dos pacientes aos Cuidados Paliativos, auxiliará na preservação e recuperação da funcionalidade global dos indivíduos, será ainda mais necessário aos serviços de saúde (TRITANY; SOUZA FILHO; MENDONÇA, 2021).

A investigação clínica na área médica sempre foi um motivo de preocupação. Entretanto, Ramalho (2020) relatou um aumento, ou pelo menos uma constância, nos trabalhos de investigação médica durante a pandemia, provavelmente como consequência das reações provocadas pela Covid-19 em todas as especialidades médicas. Outro ponto muito discutido nesta pandemia foi a Medicina baseada em evidências (MBE), que significa buscar a melhor evidência clínica disponível, proveniente de investigação sistemática. As evidências deveriam reduzir o número de procedimentos, exames e intervenções desnecessárias, porém, isso não tem sido observado de forma consistente. Segundo Faria (2021), estamos distantes da prática da Medicina baseada em evidências e isso pôde ser verificado na pandemia. Esse modelo de conduta, de prescrever um remédio ou procedimento clínico sem evidências científicas, tem relação direta com a formação atual, ofertada pela maioria dos cursos de Medicina. O diagnóstico de uma patologia deve ser realizado a partir da experiência conjuntamente com a busca de evidências e relatos comprovados (CASA DE OSVALDO CRUZ, 2021).

Como cita Luiz Fernando Chazan em “A educação médica precisa integrar razão e emoção”, publicada em 2020:

No tocante ao ensino, parto da premissa de que a escola médica é alienante, porque predominantemente dissocia o ser humano – no caso, o aluno e depois médico– de si próprio. Estimulamos a cognição, uma forma de pensar cognitiva, tentamos rejeitar as questões emocionais inconscientes e conscientes, que fazem parte da existência do homem e que, na sua integralidade, fazem que sejamos o que somos. A escola médica dissocia essas duas coisas. As emoções e os sentimentos são alijados e hipertrofiados um valor cognitivo. Isso produz uma alienação de si próprio, algo que é, a meu ver, gravíssimo. **Acho que não estou sozinho nessa ideia, esse não é um tema novo, a PANDEMIA apenas está trazendo questões que ajudam a pensar nisso.** (CHAZAN, 2020, grifo da autora).

É visível que a formação médica como um todo está sendo profundamente influenciada e transformada a partir dessa crise global de saúde. Entretanto, talvez ainda seja precoce dimensionarmos o tamanho desse impacto (QUINTANILHA et al., 2021). Como discutem Tritany, Souza Filho e Mendonça (2021), a importância do fortalecimento dos Cuidados Paliativos foi exposta pelos desafios impostos pela pandemia da Covid-19 e assim se espera uma maior notoriedade e, conseqüentemente, financiamento governamental para investir em treinamentos tanto para os profissionais da saúde como para os graduandos, como estratégia a longo prazo, e sua inclusão como abordagem transversal da Rede de Atenção à Saúde.

Levando em conta todo este contexto, percebe-se que a relação médico-paciente é essencial para o sucesso do tratamento e satisfação de ambas as partes. Esta relação foi se transformando ao longo dos tempos, juntamente com a evolução das civilizações e é muitas vezes uma relação complexa, devido a questões éticas. Uma boa relação médico-paciente está baseada em confiança, transparência e objetividade na comunicação, estes pilares devem ser efetivamente entendidos ao longo da formação médica. A necessidade de um profissional médico mais humanista se tornou evidente em meio a pandemia vivenciada por todos nestes últimos meses, na qual os profissionais e graduandos foram forçados a buscar soluções rápidas, diante de pacientes e famílias desoladas, enfrentando a morte e até colocando em risco sua própria vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento em relação as temáticas pertinentes à terminalidade da vida tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde que lidam com pacientes nessa situação. As deficiências na assistência dispensada aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos nos levam a refletir sobre a necessidade de promover e fomentar a capacitação de recursos humanos na área de Cuidados Paliativos e principalmente na aquisição de competências ao longo da formação dos estudantes de Medicina.

Desta forma, esta dissertação teve como objetivo principal identificar a inserção do tema dos cuidados paliativos e da finitude humana na formação acadêmica em Medicina, através da análise das suas normativas. Com o objetivo inicial de contextualizar o tema abordado, apresentou-se um breve percorrido sobre o surgimento dos cuidados paliativos e os conceitos atuais foram descritos.

Nas últimas décadas, a Medicina evoluiu muito no que tange as tecnologias de tratamentos, diagnósticos e prevenção, levando a um aumento na expectativa de vida da população. Entretanto, como descrevem Gomes e Othero (2016), o prolongamento do tempo de vida da população em geral não trouxe uma melhoria da qualidade de vida na velhice ou após processos de adoecimento. Estes avanços científicos, com enfoque extremamente técnico, parecem não conseguir trazer benefícios para a maioria dos idosos ou pacientes acometidos por doenças de alta gravidade, como as crônico-degenerativas.

Segundo Galriça Neto (2010), a evolução no diagnóstico e instrumentos na área da saúde e a necessidade pela cura das doenças levaram a uma cultura de negação da morte, fazendo com que tratamentos que visam uma qualidade de vida, mesmo que em sua fase final, que não consigam promover a cura, sejam vistos como fracasso pelos profissionais de saúde.

Frente a esta realidade desafiadora em a qual nos deparamos no sistema de saúde brasileiro, os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma transformadora de assistência na área da saúde e vêm sendo tratados com mais relevância por todos envolvidos. Os cuidados paliativos se diferenciam da Medicina curativa por focar no cuidado integral e humanizado do paciente que enfrenta uma doença grave, crônica ou que ameace a vida. Esse conceito se aplica não apenas ao paciente, mas também aos familiares, cuidadores e a equipe de saúde (MATSUMOTO, 2012).

De acordo com as orientações da OMS, a prestação de Cuidados Paliativos deve iniciar desde o primeiro diagnóstico que o paciente recebe de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida. No entanto, sabe-se que o oferecimento deste serviço especializado é restrito, seja devido à falta de profissionais preparados ou pela falta de estrutura, deixando assim a maioria dos pacientes sem atendimento paliativo (CALDAS, 2018).

À vista disso, é oportuno destacar que no que concerne aos cuidados paliativos e práticas humanizadas, os profissionais que trabalham nessas unidades ainda carecem de formação, expondo que a temática é pouco abordada durante a graduação e a morte é vista apenas como algo biológico. Apesar das questões éticas, como sugere Paiva, Almeida Júnior e Damásio (2014), o desafio é considerar a dignidade humana perante a proximidade da morte para além da dimensão físico biológica e da perspectiva médico-hospitalar, implicando uma nova visão diante da realidade social, em que a singularidade de cada indivíduo, seus aspectos biopsicossociais e sua autonomia sejam valorizados, principalmente quando a vida se encontra muito próxima da morte.

Em relação ao objetivo de analisar como estes temas estão inseridos nas diretrizes nacionais, estes documentos foram detalhadamente estudados. Assim, como descrito por outros autores, o currículo para formação médica está focado na cura, o estudante aprende a se comprometer com a vida em detrimento da morte, como se ambas não pertencessem a um mesmo ciclo (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011). A cura é o único desenlace possível na vida médica, logo, ao se deparar com o processo de morte, o profissional tem a sensação de falha. Este sentimento de fraqueza vem do despreparo ao longo de sua formação.

É importante enfatizar que apenas acrescentar no currículo uma cadeira que aborde o tema morte e finitude humana pode não ser o suficiente para munir o médico em formação de uma competência completa. É preciso entender o processo da morte, entender os sentimentos dos familiares e do próprio paciente e até mesmo dos médicos e profissionais envolvidos, trazer à tona uma visita mais acolhedora, humanizada, integral e acima de tudo individualizada. Para atingir este objetivo, estes temas, devem ser abordados ao longo de toda a formação médica, tanto em sala de aula como na prática dos hospitais. Estes conceitos não podem ficar apenas na teoria, como se fosse algo raro e distante da vida profissional.

Neste estudo, observou-se a ausência ou escassez destes temas nos

currículos médicos, entendemos que isso se deve ao fato de que, até o momento, apenas os saberes terapêuticos e técnicos são vistos como necessários e enfatizados. A terminalidade da vida é tratada sob o ponto de vista técnico e científico, com enfoque nos sinais abióticos que sinalizam a proximidade da morte e pouco se fala em relação aos sentimentos que a possibilidade da morte pode trazer. Como já relatado, poucas vezes são criadas oportunidades de refletir sobre a perda dos pacientes e o impacto desse fato no processo de formação e na vida pessoal dos alunos ao longo do curso, mesmo que isso ocorra, será feita de forma superficial e ligeira (BORGES; MENDES, 2012; BRUGUGNOLI; GONSAGA; SILVA, 2013).

Como mencionam diversos autores, entre eles Pinelli et al. (2016) e Azeredo, Rocha e Carvalho (2011), o conceito de humanização e cuidado integral do indivíduo parece não estar inserido no modelo de formação médica, tendo em vista que temas como morte e sofrimento não são nem de longe um foco importante de discussão para formação médica. Estes dados podem ser observados ao longo da DCNS de 2001 e mesmo na mais recente de 2014, na qual as citações e orientações sobre a morte e processo de morte são superficialmente abordadas.

Outro objetivo deste estudo foi também evidenciar a aproximação entre o ensino da ética do cuidado e os princípios da humanização em saúde nos conteúdos dos acadêmicos em medicina. Embora não sejam abordados de forma muito clara ou exaustiva, as palavras “ética” e “humanização” são citadas nos textos oficiais. Conforme Pinelli et al. (2016), ao se avaliar as DCNs, é possível observar várias equivalências entre as diretrizes com os princípios dos cuidados paliativos, como: formação humanística, priorização de pacientes em vulnerabilidade, valorização da dignidade humana, bioética, respeito à autonomia do paciente, abordagem centrada na pessoa, trabalho em equipe, abordagem familiar, comunicação, condutas baseadas em evidência. Estes aspectos trazem um pilar norteador para o campo da aprendizagem em cuidados paliativos que se pode seguir nas escolas médicas.

No atual cenário, não podemos deixar de refletir sobre os possíveis impactos da pandemia da Covid-19 a médio e longo prazo na formação médica. Já se iniciaram discussões que vão desde qualidade de ensino presencial *versus* remoto, até a percepção da necessidade de formação de médicos de âmbito mais generalista e humanitária. Mas acima de tudo, trazendo a discussão para o tema desta dissertação, os cuidados paliativos e finitude humana se mostraram muito relevantes nesta fase que a humanidade enfrenta, tendo em vista que, com a Covid-19, fomos colocados

exponencialmente diante a mortalidade e a fragilidade da vida. Entre as estratégias utilizadas para implementação dos cuidados paliativos no combate da Covid-19, destacaram-se a telemedicina e a comunicação entre equipe multidisciplinar e doente/família. Em situações graves e emergenciais, medidas para aliviar o sofrimento podem ser esquecidas negligenciadas, perante necessidade imediata de salvar vidas. Sendo assim, entende-se a necessidade de melhorar a qualidade da formação dos profissionais de saúde para o Cuidado Paliativo, proporcionando condições para aplicá-lo na rotina dos serviços e unidades de saúde, em qualquer momento, mesmo que seja de crise e de pandemia (SOARES, 2021).

Neste contexto, as necessidades mutantes do mundo em que vivemos e do sistema de saúde devem nortear os novos modelos de formação do profissional médico. As práticas humanistas, de cuidados paliativos e aprofundamento na temática finitude humana, seguem o caminho exigido pela sociedade contemporânea e estas deverão ser incluídas mais objetivamente no processo de ensino aprendizagem dos cursos de Medicina.

A partir deste levantamento, é perceptível que o conhecimento médico hoje é bastante focado na área técnica-biológica. Entretanto, percebe-se que esta direção está mudando, o conhecimento sobre ser humano de forma integral e as relações interpessoais focadas nas emoções começam a fazer parte do conhecimento médico. Consideramos assim, que novos estudos direcionados na relação médico-paciente, focando os sentimentos individuais de cada parte integrante do processo, poderão contribuir para uma nova direção nos currículos da formação médica do país.

7 REFERÊNCIAS

ACADEMIA MÉDICA. **Frases Médicas #41**. Disponível em: <<https://academiamedica.com.br/blog/frases-medicas-39>>. Acesso em: 25 set. 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. amp. rev. São Paulo: ANCP, 2012.

_____. **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. Disponível em <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 14 out. 2018.

AHMED, H.; ALLAF, M.; ELGHAZALY, H. Covid-19 and medical education. **The Lancet**, v. 20, p. 777-778, 2020.

ALMEIDA, M. J. de. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 02, 2001.

ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.

ALVES, A. N. O. et al. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 555 – 561, 2009.

ARRUDA, F. T. **Tradução das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina de 2001**: análise do projeto pedagógico das universidades federais da região sudeste do Brasil. 2016. 126 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Clínica) – Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

AZEREDO, N. S. G; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011.

BAKITAS, M. et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. **JAMA**, v. 302, n. 7, p. 741-749, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BERTASSO, C. P. et al. Telemedicina nas instituições de longa permanência para idosos como social accountability no contexto da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 1, 2021.

BILIBIO, E. Os momentos constitutivos do cuidado e o Dasein como ser de relações. **Ethica**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 272-288, 2013.

BOFF, L. **O cuidado necessário**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2012.

_____. **Saber cuidar**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 324-331, 2012.

BRASIL. Parecer CNE/CES n.: 776/97, de 3 de dezembro de 1997. Orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF, 3 dez. 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PCNE776_97.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, 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. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.

_____. Portaria Interministerial n. 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

_____. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Edital n.18 - Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 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**, Brasília, DF, 23 jun. 2014a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES n. 116/2014, de 3 de abril de 2014. Fixa as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 3 abr. 2014b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&Itemid=30192>. Acesso em: 04 out. 2018.

BRUGUGNOLI, I. D.; GONSAGA, R. A. T.; SILVA, E. M. da. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 477-85, 2013.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio. 2. ed. **AMB, CFM**, 2005.

BURSZTYN, I. Diretrizes curriculares nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos ABEM**, v. 11, p. 7-19, 2015.

BUSHATSKY, M. **Pacientes fora da possibilidade terapêutica**: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e cuidados paliativos. 2010. 113 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2010.

CALDAS, G. H. O. **Cuidados paliativos**: uma proposta para ensino da graduação em medicina. 2018. 58 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CASA DE OSVALDO CRUZ. **Estamos distantes da prática da medicina baseada em evidências no Brasil**, 2021. Disponível em: <http://coc.fiocruz.br/index.php/en/todas-as-noticias/1940-estamos-distantes-da-pratica-da-medicina-baseada-em-evidencias-afirma-pesquisadora.html#.YS40Ru9v_IV>. Acesso em: 31 ago. 2021.

CASSORLA, R. M. S. Aspectos Psicológicos da Relação Médico-Paciente com Câncer. **Revista Quadrimestral do Instituto de Psicologia da PUCAMP**, v. 1, p. 48-62, 1983.

CASTRO, M. M. C. A atuação do psicólogo em clínica multidisciplinar. **Revista Dor**, v. 18, n. 3, 2017.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002.

CHAVES, J. H. B. et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor**, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2011.

CHAZAN, L. F. A educação médica precisa integrar razão e emoção. In: AFONSO, D. H. et al. (Org.). **A escola médica na pandemia da Covid-19**. 1 ed. Brasília: ABEM, 2020.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, 2016.

COSTA, M. F.; SOARES, J.C. Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 215-224, 2016.

CONNOR, S. R.; BERMEDO, M. C. S. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London, UK: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Estatísticas Nacionais**. Disponível em: <<https://www.escolasmedicas.com.br/estatisticas-nacionais.php>>. Acesso em: 28 ago. 2021.

ESTRELA, M. C. A. et al. Covid-19: sequelas fisiopatológicas e psicológicas nos pacientes e na equipe profissional multidisciplinar. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 59138-59152, 2021.

FACULDADE DE MEDICINA – UFRJ. **História da Faculdade de Medicina**. Disponível em: <<https://www.medicina.ufrj.br/pt/conteudos/paginas/historia/principal>>. Acesso em: 28 ago. 2021.

FERREIRA, C. L. A. P. Processo de luto e a humanização da morte: a importância dos cuidados paliativos no contexto da Covid-19. **Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 6, 2021.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 298-307, 2013.

FONSECA, J. J. S. da. **Metodologia da pesquisa científica**. Ceará: UECE – Universidade Estadual do Ceará, 2002. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018.

FONSECA A.; GEOVANINI F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013.

FRANCO, C. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014.

FRANCO, M. H. P. Luto em cuidados paliativos. In: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. **Cuidado paliativo**. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. 6 v.

FURLANETTO, D. L. C. et al. Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 193-202, 2014.

GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**, 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, p. 1-42, 2010.

GAMBOA, S. A. S. **Pesquisa em educação: métodos e epistemologias**. Chapecó, SC: Argos, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016.

GROSSEMAN, S. O que já aprendemos: a necessidade de escuta e cuidado. In: AFONSO, D. H. et al. (Org.). **A escola médica na pandemia da Covid-19**. 1 ed. Brasília: ABEM, 2020.

HEIDDEGER, M. **Ser e tempo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2015.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Editora Objetiva Ltda., 2009.

JORNAL DA USP. **Cuidado paliativo em pacientes com Covid-19 motiva debate sobre inclusão da prática no currículo de medicina**, 2021. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/universidade/cuidados-paliativos-em-pacientes-com-covid-19-motiva-debate-sobre-inclusao-da-pratica-no-curriculo-de-medicina/>>. Acesso em: 05 set. 2021.

KIPPER, D. J. Medicina e os cuidados de final de vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: PESSINI, L.; GARRAFA, V. (Org.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 409-414.

KOVÁCS, M. J. Educação para a Morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n3/v25n3a12.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

_____. **Educação para a Morte - Desafio na Formação de Profissionais de Saúde e Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

KÜBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LAMPERT, J. B. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, p. 31-37, 2008.

LIMA, S. C. S. Nascimento da medicina brasileira. **Ciência Hoje**, v. 41, n. 248, p. 76-77, 2008.

MACHADO E SILVA FILHO, C. S. Bioethical principles. **Residência Pediátrica**, v. 7, n. 1, p. 39-41, 2017.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. **Cuidado paliativo**. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

MARSILLI, L. R. B.; SMECELLATO, F. B.; CASTRO E SILVA JÚNIOR, O. de. Ensino médico na pandemia de Covid-19: ponto de vista de acadêmicos de medicina. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 4, p. 490-494, 2020. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174253/166401>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MARTINS, A. C. P. Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 17, 2002.

MASSUCATO, M. A. O. et al. Telessaúde como ferramenta na formação médica durante a pandemia da Covid-19: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 3, 2021.

MATEUS, A. F. Cuidados paliativos na formação médica. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 4, 2019.

MATOSO, E. F. A pandemia e a educação médica que queremos construir. In: AFONSO, D. H. et al. (Org.). **A escola médica na pandemia da Covid-19**. 1 ed. Brasília: ABEM, 2020.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

MCFARLAND, K. F.; RHOADES, D. R. End-of-Life Care: A Retreat Format for Residents. **Journal of Palliative Medicine**, v. 9, n. 1, p. 82-89, 2006.

MEDICINA - UCPEL. **Como se deu a evolução da Medicina ao longo dos anos? Entenda aqui**. Disponível em: <<https://medicina.ucpel.edu.br/blog/evolucao-da-medicina/>>. Acesso em: 20 set. 2020.

MEDICINA S/A. **Pesquisa revela a importância da telemedicina durante pandemia**, 2020. Disponível em: <<https://medicinasa.com.br/pesquisa-telemedicina/>>. Acesso em: 14 set. 2021.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SOUZA E SILVA, L. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

MOROSINI, M. C.; FERNANDES, C. M. B. Estado do conhecimento: conceitos, finalidades e interlocuções. **Educação por Escrito**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 154-164, 2014.

NEVES, C. E. B.; MARTINS, C. B. Ensino superior no Brasil: uma visão abrangente. In: DWYER, T. et al. (Org.). **Jovens universitários em um mundo em transformação**: uma pesquisa sino-brasileira. Brasília: Ipea; Pequim: SSAP, 2016.

NUNES, C. R. R. **O bem como guia da ação**: a ética na formação de estudantes de medicina e de enfermagem. 2013. 182 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2013.

OLIVEIRA, A. M. F. de et al. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 01, 2021.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, J. **De frente com o fim**: os profissionais de cuidados paliativos e o luto. 2018. 262 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

OLIVEIRA, S. S. de; POSTAL, E. A.; AFONSO, D. H. As Escolas Médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da Covid-19: das (in)certezas acadêmicas ao compromisso social. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, 2020.

PAIVA, F. C. L de; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. de; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-60, 2014.

PEIXOTO, A. J. (Org.). **Interações entre Fenomenologia & Educação**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2014.

PEREIRA NETO, A. **Ser médico no Brasil: O presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PINELI, P. P et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

PRATA, P. R. Duzentos anos de formação médica no Brasil: onde e quando devem ser comemorados? **Interface**, v. 14, n. 33, p. 471-473, 2010.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. S.; HENN, C. G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

QUINTANILHA, L. F. et al. Impacto da pandemia do SARS-COV-2 na educação médica: migração "compulsória" para o modelo remoto, uma visão preliminar de gestores da educação médica. **Revista Internacional de Educação e Saúde**, v. 5, n. 1, 2021.

QUINTILIANO, K. M. S.; SOARES, F. J. P. Definição de competências em cuidados paliativos na formação do médico generalista. **New Trends in Qualitative Research**. v. 3, p. 175-187, 2020.

RAIMONDI, G. A.; TOURINHO, F. S. V. O Que Já Aprendemos? Educação Médica, Vulnerabilidades e Responsabilidade Social em Tempo de Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

RAMALHO, C. Impact of the Covid-19 pandemic on medical training. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 14, n. 4, p. 202-203, 2020.

RILKE, R. M. **Cartas do poeta sobre a vida: a sabedoria de Rilke**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

RISTOW, A. M. **A formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular**. 2007. 180 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

ROCHA, B. V. et al. Relação Médico-Paciente. **Revista do Médico Residente**, v. 13, n. 2, 2011.

ROCHA, V. X. M. da. **Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos, 2018.

SANTOS, B. M. et al. Educação Médica durante a Pandemia da Covid-19: uma Revisão de Escopo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

SANTOS FILHO, L. C. Alguns aspectos da história da medicina brasileira. In: MACHADO, M. H. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 91-96.

SEPÚLVEDA, C. et al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 24, n. 2, p. 91-96, ago. 2002. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.629.4519&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SIDI, P. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 12, n. 4, p. 1942-1954, 2017.

SILVA, L. D. et al. Impacto da “Disciplina Relação Médico-Paciente” sobre Atitudes Centradas no Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 283-289, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n2/1981-5271-rbem-41-2-0283.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

SIMONE, G. de; TRIPODORO, V. **Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Sintomas** - Manual para estudantes de la Carrera de Medicina. Buenos Aires: Pallium Latinoamerica, 2006.

SILVASTREIT, D. (Org.). **Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais.** Rio de Janeiro: ABEM, 2012.

SINCLAIR, C. T. Communicating a prognosis in advanced cancer. **The Journal of Supportive Oncology**, v.4, n. 4, p. 201-204, 2006.

SOARES, S. Contributo dos Cuidados Paliativos em Contexto da Pandemia Covid-19. **Internet Reference Services Quarterly**, 2021.

SOUZA, M. E. L. de. Formação médica e humanização. 2018. 161 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

STOBBE, J. C. O perfil do nosso egresso está sendo posto à prova. In: AFONSO, D. H. et al. (Org.). **A escola médica na pandemia da Covid-19.** 1 ed. Brasília: ABEM, 2020.

TEMEL, J. S. et al. Early Palliative Care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **The new england journal of medicine**, v.363, n.8, p. 733-742, 2010.

TERRA T. A. M. et al. A importância da humanização para a formação médica através de uma análise bibliométrica. **Acta Biomédica Brasiliensia**, v. 9, n. 2, 2018.

THE ECONOMIST. **2015 Quality of Death Index Ranking Palliative Care Across The World: A report by The Economist Intelligence Unit**. Disponível em: <<https://www.apcp.com.pt/uploads/2015-EIU-Quality-of-Death-Index-Oct-6-FINAL.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2018.

TRITANY, E. F.; SOUZA FILHO, B. A. B. de; MENDONÇA, P. E. X. de. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. **Interface**, v. 25, 2021.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 929-934, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. Geneve: WHO, 2007.

_____. **Palliative Care**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4241-4248, 2018.

ZIMMERMANN, C. et al. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. **JAMA**, v. 299, n. 14, p. 1698-1709, 2008.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CNE/CES n. 116/2014, FIXA AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

PARECER HOMOLOGADO
Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior		UF: DF
ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.		
COMISSÃO: Gilberto Gonçalves Garcia (Presidente), Arthur Roquete de Macedo (Relator), Ana Dayse Rezende Dorea, Erasto Fortes Mendonça, José Eustáquio Romão e Luiz Roberto Liza Curi.		
PROCESSO N°: 23001.000096/2013-24		
PARECER CNE/CES N°: 116/2014	COLEGIADO: CES	APROVADO EM: 3/4/2014

I – RELATÓRIO

1. Histórico

A Comissão da Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE) analisou as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs Medicina) editadas pela Resolução CNE/CES n.º 4, de 9 de novembro de 2001, e diante dos novos contornos e demandas da área da saúde no Brasil, para propor as atuais DCNs Medicina, considerou:

- as informações disponíveis sobre o diagnóstico da saúde no Brasil e os investimentos do Estado brasileiro na reforma, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em busca de melhoria da qualidade do serviço de saúde nacional¹;
- os impactos das ações propostas no Plano Nacional de Educação (PNE) 2001-2010 sobre a Educação Superior nacional, bem como as mudanças que deverão resultar das diretrizes e metas constantes no novo PNE, proposto para os próximos dez anos, (originalmente, para o período 2011-2020)²;
- as criteriosas análises e reflexões sobre os 10 anos de vigência das DCNs Medicina, publicadas por especialistas em educação médica³, das quais se pode extrair conhecimentos fundamentais sobre os avanços introduzidos pela implementação bem sucedida de um documento que, desde 2001, pauta e orienta a formação de médicos na maioria das escolas brasileiras em que o curso é oferecido e, além disso, conhecer os desafios ainda não vencidos na primeira década de vigência da norma legal, as novas demandas que emergem da realidade da área de saúde, nos diferentes contextos socioeconômicos em que há

¹ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em dezembro de 2013.

² <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em novembro de 2013.

³ STREIT D. S., BARBOSA NETO, F., LAMPERT J. B., LEMOS, J. M. C., BATISTA, N. A. *10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais*. Rio de Janeiro: ABEM, 2012.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

de haver médicos para atender e assistir a população e ainda, as perspectivas de mudança que a evolução da ciência possibilita;

- os importantes relatos de experiências reais, concretas, vivenciadas por responsáveis pela condução de projetos pedagógicos de cursos de Medicina, nos ambientes das instituições em que são oferecidos, publicados na literatura da área, merecendo destaque, nesse contexto, o estudo sobre a coerência entre projetos pedagógicos de cursos que incorporam metodologias ativas de ensino-aprendizagem e os processos de recrutamento, contratação e capacitação do corpo docente⁴, em 19 cursos da área da saúde oferecidos por instituições públicas e privadas, considerando como concepção inovadora de referência a incorporação, nos projetos pedagógicos dos cursos, dos cinco elementos conceituais da educação médica contemporânea, apontados por Venturelli⁵, quais sejam:
 - a) estruturas curriculares que integrem conhecimentos dos ciclos básico e aplicado, bem como teoria e prática;
 - b) aprendizagem em grupos pequenos;
 - c) vivências continuadas em cenários de prática diversificados;
 - d) incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem;
 - e) planejamento curricular que considere as prioridades e necessidades de saúde das comunidades e dos contextos em que os cursos se inserem.

O estudo realizado pelos autores evidencia a necessidade de reformular os processos de seleção e recrutamento de docentes para os cursos de graduação das Instituições de Educação Superior (IES), em particular naquelas em que há processos de inovação de currículos, bem como redimensionar a formação docente na universidade, resgatando o papel da aprendizagem como construção e reconstrução de saberes.

Também mereceu a atenção desta Comissão o trabalho relatado em 2012, que apresenta propostas para consecução de processos ensino-aprendizagem na área da Atenção Básica à Saúde. Segundo seus autores⁶, ainda que esta seja, reconhecidamente, capaz de resolver cerca de 80% (oitenta por cento) dos problemas de saúde, a formação médica no Brasil tem reconhecido o hospital como lugar por excelência para a aprendizagem prática do estudante. Embora este cenário venha se alterando, em especial após a publicação das DCNs Medicina, ainda permanecem dúvidas sobre metodologias que fortaleçam a aprendizagem em Atenção à Saúde.

Ainda como elementos que subsidiam o presente Parecer, foram considerados os trabalhos que descrevem objetos de aprendizagem úteis para a contextualização de conteúdos curriculares. Por exemplo, a análise estatística de dados de morbidade e mortalidade, como mecanismo que possibilita a identificação de temas que devem embasar o desenho de um currículo médico⁷.

A literatura disponível sobre os novos significados do perfil de competência do médico a ser formado também foi analisada, considerando sua aplicação, distintas abordagens e implicações no campo de formação de trabalhadores de saúde^{8 9 10 11}.

⁴ MACHADO, J. L. M.; MACHADO, V. M.; VIEIRA, J. E. Formação e Seleção de Docentes para Currículos Inovadores na Graduação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(3): 326-333.

⁵ VENTURELLI J. *Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington: OPAS/OMS, 1997. (Série PALTEX Salud y Sociedad; n. 5, 2000).

⁶ GOMES, A. P. *et al.* Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2012; 36(4): 541-549.

⁷ MACHADO, J. L. M. *et al.* O uso de dados epidemiológicos como base para o desenvolvimento de um currículo médico. *São Paulo Med J*. 2012; 130(2):109-14.

⁸ LIMA, V. V. Competence: different approaches and implications in the training of healthcare professionals. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

⁹ GONCZI, A.; HEGERTY, F.; WOODBURN, G. Temas actuales de la educación y la capacitación profesional en

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

Procurou-se dar o embasamento acerca da importância de um sistema de avaliação abrangente das escolas médicas, com processo participativo, formativo e construtivo, por meio da busca de autores de pesquisas consistentes no cenário da educação médica nacional, que apontaram para a necessária percepção das escolas brasileiras acerca das implicações do mundo do trabalho no contexto da formação médica¹².

A presente análise não pode prescindir da centralidade do ensino da Atenção Primária à Saúde como componente longitudinal, que permeia todo o currículo e, sobretudo, fazendo parte do núcleo do ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico. Neste sentido, procurou-se por documentos que traduzissem o consenso, acerca do tema, entre a comunidade acadêmica e pesquisadores da área^{13 14 15}.

Ao considerar a Residência Médica como elemento indissociável da graduação, como componente que agrega qualidade à formação profissional, esta Comissão referenciou-se em argumentos que apontam a redefinição do terreno de ação e da inserção dos serviços e dos profissionais de saúde, por meio da compreensão do processo saúde-doença como construção social. Nesse sentido, a ação intersetorial e social ganha papel preponderante, pois é assim que ocorre a redefinição das relações dos sujeitos sociais com a saúde¹⁶.

Nas análises que realizou sobre o atual estágio da formação de médicos no Brasil, esta Comissão reconheceu o avanço trazido pela implementação das DCNs Medicina (Resolução CNE/CES n.º 4/2001) e entendeu que elas deveriam ser reestruturadas. Em verdade, para que seja possível continuar acompanhando as mudanças na área da saúde, a educação dos futuros médicos precisa responder aos novos desafios das sociedades contemporâneas, incorporando uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do País, contemplando adequadamente a atenção básica e valorizando a formação voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS) como importante alternativa de trabalho do profissional da Medicina.

2. Quadro Teórico Referencial

A base conceitual das novas DCNs Medicina apóia-se em um conjunto de referenciais que inclui:

a) Constituição Federal de 1988, quando define, em seu artigo 196:

Australia. In: ARGÜLLES, A. (org.) *La educación en el mundo*. México: Editorial Limusa, 1998. p. 205-37.

¹⁰ HAGER, P.; GONCZI, A. What is competence? *Medical Teacher*, v.18, n.1, p. 15-8, 1996.

¹¹ HERNÁNDEZ, D. Políticas de certificación de competencias em América Latina. In: CINTERFOR. *Competencia Laboral y valorización del aprendizaje*. Montevideo: Cinterfor/OIT. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional, n. 152, 2002.

¹² FEUERWERKER, L. C. M. Changes in medical education and medical residency in Brazil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 3, 1998.

¹³ AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. C. M. Estou me formando (ou me forme) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. W. de Sousa et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006, v. 1, p. 183-200.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Saúde, normalidade e risco in material instrucional para formação de facilitadores de educação permanente em saúde, Unidade de Aprendizagem: Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*, Texto 2. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

DEMARZO, M. M. P. et al.,...Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. *Revista Brasileira e Medicina Familiar e Comunidade*, Florianópolis, 2011, abr-jun; 6 (19): 145-50.

¹⁶ CECILIO, L. C. O.; MERIHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa determinação resultou a criação do SUS.

b) Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e as alterações introduzidas pelas leis de números 9.836/1999, 10.424/2002, 11.108/2005, 12.401/2011 e 12.864/2013.

Dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, essa lei orgânica define:

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

[...]

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

[...]

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

c) Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, também conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que apresenta a perspectiva de organização de trajetórias de formação com fundamento em diretrizes gerais e, não, em currículos mínimos, representando o passo definitivo para a flexibilização curricular, para a abordagem interdisciplinar e multidisciplinar – elementos essenciais de uma trajetória de aprendizagem significativa, que não represente apenas a mera aquisição de conhecimentos, mas a formação de pessoas capazes de mobilizar conhecimentos adquiridos na escola para resolver problemas, elaborar propostas de intervenção nos contextos em que atuam ou se inserem e avaliar os resultados obtidos no desenvolvimento de ações de saneamento ou melhoria de condições existentes.

d) Parecer CES/CNE n.º 1.133/2001 e Resolução CNE/CES n.º 4/2001, que tratam das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, oferecendo, definitiva e objetivamente, as bases da transformação do ensino médico no Brasil, mediante a construção de currículos capazes de propiciar, ao estudante, o desenvolvimento da postura autônoma, diante da própria formação. Para tanto, as DCNs Medicina preconizam a aquisição, durante a graduação, de competências e habilidades gerais que se referem à tomada de decisão, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente e, além disso, incentivam modelos de ensino médico pautados na integralidade do cuidado, nos quais os estudantes devem estar envolvidos,

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

desde os primeiros períodos, em atividades curriculares ligadas à promoção, à prevenção, à reabilitação e à recuperação da saúde. No que tange às DCNs Medicina, há também que reconhecer seu papel para o estabelecimento da cooperação entre os Ministérios da Educação e da Saúde para regular, avaliar, supervisionar e ordenar a formação de recursos humanos. Reconhecer o papel central do SUS, articulando a integralidade, a universalidade e a equidade do cuidado à saúde, implica, para as instituições dedicadas à formação de médicos, a responsabilidade de conceber um currículo que garanta o perfil do egresso ajustado às políticas nacionais de atenção à saúde.

e) Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos, na área médica, para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação à formação de médicos, encontram-se na lei as seguintes definições básicas:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

- a) atenção básica;
- b) urgência e emergência;
- c) atenção psicossocial;
- d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

[...]

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

[...]

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

f) Documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), em especial, no que se refere ao esforço e ao compromisso das nações, discutindo políticas públicas em saúde para acelerar o progresso no sentido de atingir os objetivos do milênio, promover a cobertura universal em saúde e identificar as prioridades no desenvolvimento em saúde pós-2015.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

g) Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde, em particular a Lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, define a saúde do ser humano e das coletividades humanas como objeto da atuação do médico, descreve as atividades privativas deste profissional e estabelece que a denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina, com jurisdição na respectiva unidade da Federação.

Entendendo ainda que a qualidade da implementação de um currículo é tão ou mais importante que sua reestruturação, a Comissão, com o objetivo de facilitar a revisão e a concepção de projetos pedagógicos adotou, na construção desse parecer, a articulação de conceitos para explicitar a relevância das características dos estudantes, da qualidade dos educadores médicos e do uso adequado de teorias da aprendizagem, de metodologias, de procedimentos pedagógicos, de processos de avaliação e para fortalecer a relação professor-aluno no contexto da educação médica.

Elaborado de forma democrática, este Parecer foi apresentado, pelos Conselheiros que integram a Comissão da CES, à apreciação dos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC e incorporou as importantes contribuições oferecidas por esses órgãos e comissões. Configura, assim, uma proposta das novas DCNs Medicina como fruto de um trabalho coletivo que lhe confere transparência e legitimidade.

3. Apreciação do Relator

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser, necessariamente, adotados por todas as instituições de ensino superior. As DCNs Medicina possibilitam que os currículos propostos possam construir o perfil acadêmico e profissional dos egressos, constituído por competências, habilidades e conhecimentos, construídos a partir de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, tornando-os capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, definido na Lei 8.080/90, como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. São objetivos do SUS (art. 5.º da Lei 8.080/90):

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

É oportuno ainda registrar que, na perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as DCNs Medicina estimulam o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisdões) curriculares, indutoras, na maioria das vezes, da mera transmissão de conhecimento e informações, e buscam garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

4. Curso de Graduação em Medicina

4.1. Marco Inicial: Redefinição das Áreas de Competência

4.1.1. Da definição da Competência Profissional na Área da Saúde

Na área da saúde, o tema da competência profissional tem ocupado um espaço cada vez mais expressivo e relevante, haja vista a crescente demanda da sociedade por uma maior responsabilidade social, por parte das instituições formadoras e dos próprios profissionais, além dos desdobramentos desencadeados pelo processo de globalização, que passa a requerer padrões universalizados, tendo em vista o intercâmbio.

No Brasil, novas exigências na formação profissional em saúde estão refletidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em várias carreiras, inclusive na Medicina (DCNs de 2001), e propõem um novo perfil profissional fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos egressos desses programas.

O desafio de participar ativamente da construção desse novo perfil profissional para as carreiras da saúde vem constituindo uma importante abertura para a discussão das diferentes concepções de competência e abrindo uma oportunidade de transformação da prática profissional. Experiências instigantes, apoiadas por organizações internacionais, foram desencadeadas principalmente em programas de medicina e enfermagem, em algumas instituições brasileiras, a partir da década de 1990 (FEUERWERKER, 1998).

As políticas nacionais de saúde e de educação dos últimos dez anos colocaram em evidência a necessidade de mudanças nos processos de formação profissional e têm continuamente estimulado e apoiado iniciativas no sentido da ampliação da responsabilidade social e da pactuação para a definição de competência e para o permanente desenvolvimento, implementação e evolução das diretrizes curriculares nacionais, no âmbito das escolas médicas. Cabe ressaltar que, embora as DCNs de 2001 apresentassem os elementos e as dimensões dos novos perfis profissionais desejados, não trouxeram nenhuma explicitação da concepção de competência utilizada, existindo, desde então, uma certa confusão no emprego dos termos “competência” e “habilidades”.

O debate sobre campo e núcleo do trabalho profissional e, neste sentido, sobre as áreas de competência que caracterizam as diferentes carreiras da saúde, também são aspectos importantes para a definição de competência e, mais especificamente, para o significado do processo de trabalho em equipes de saúde (LIMA, 2005).

A orientação dos currículos por competência, na área da saúde, implica a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em cenários da prática profissional, com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios. Nesse sentido, cabe ressaltar como aspectos de progressão do estudante o desenvolvimento crescente de sua autonomia e domínio em relação às áreas de competência. Essa inserção pressupõe uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem.

A organização curricular passa a focalizar o desenvolvimento das áreas de competência, com a integração e exploração dos conteúdos a partir de situações-problema reais ou simulados da prática profissional. Essas situações representam estímulos para o desencadeamento do processo ensino-aprendizagem. Nas situações

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

reais, sob supervisão, a responsabilização e o vínculo desenvolvido, pelos estudantes, com pessoas sob cuidados médicos, com as equipes de saúde e com a própria organização, sem falar na avaliação dos serviços prestados, também são considerados elementos constitutivos da competência.

Na abordagem dialógica da competência, há uma forte mudança no papel dos serviços e dos profissionais de saúde na formação profissional. Consequentemente, há, também, uma mudança do papel da escola e dos docentes na relação com estudantes e com os parceiros. Os referenciais dessa mudança encontram-se ancorados no reconhecimento dos diferentes saberes e perspectivas dos atores envolvidos na formação e no princípio de que não há subordinação e, sim, complementariedade na integração teoria/prática.

Embora a parceria academia-serviço seja historicamente utilizada na realização de estágios em todas as carreiras da área da saúde, geralmente os profissionais dos serviços ficam responsáveis pela supervisão do desempenho dos estudantes e os docentes pela teorização e supervisão geral do estágio. Em um currículo orientado por competência, o trabalho de apoio e de facilitação do desenvolvimento de capacidades dos estudantes em situações reais ocorre em ação e, por isso, a prática educacional ganha novo sentido.

Docentes e profissionais dos serviços necessitam construir ou ressignificar suas próprias capacidades tanto na área educacional, quanto na do cuidado à saúde de pessoas sob cuidados médicos e comunidades. A relação educacional, como constrói e ressignifica saberes, requer maior horizontalização, ação cooperativa, solidária e ética, postura ativa, crítica e reflexiva, além do desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, de identificar os próprios valores e de abrir-se para a superação de limites e constrições.

A avaliação ocupa um lugar estratégico tanto no desenvolvimento e melhoria do processo ensino-aprendizagem, como na própria gestão curricular.

No contexto da formação de profissionais de saúde, a abordagem dialógica de competência possibilita a reflexão sobre as práticas profissionais e uma construção dialogada entre os mundos da escola e do trabalho com a sociedade, a partir da explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente, constituídos.

Os currículos orientados por esta abordagem são desenvolvidos em torno de eixos que articulam e integram teoria e prática, capacidades e ações, contextos e critérios de excelência. (GONCZI, 1998; HAGER, 1996; HAGER, 1994; HERNANDEZ, 2002).

4.1.2 Da Concepção do Cuidado em Saúde e das Novas Necessidades para a Formação em Saúde

A saúde foi um dos campos em que os processos de desenvolvimento tecnológico e de especialização tiveram grande impacto na organização e nas práticas de trabalho, impactando, também, o ensino de graduação. Na falta de definições precisas, houve, ao longo do tempo, uma multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos, de procedimentos, que produziu um importante grau de fragmentação e desarticulação na formação graduada. Em suma, ocorreu uma desarticulação de conteúdos e de

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

experiências de aprendizagem, que implicaram a perda de “terminalidade”¹⁷ dos cursos, particularmente da graduação em Medicina.

A organização do trabalho em saúde também foi intensamente afetada pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização. De um lado, houve a ampliação da capacidade de diagnosticar e tratar problemas de saúde; de outro, o aumento constante dos custos que, dentre outras consequências, levou à institucionalização das práticas de saúde e à perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais (SCHRAIBER, 1993)¹⁸.

Além desses aspectos mais amplos, a intimidade do processo de trabalho em saúde também foi afetada. Não com a substituição dos trabalhadores por equipamentos, como ocorreu em outros setores, mas com mudanças no arranjo tecnológico das práticas de saúde.

Atenção à saúde dos usuários envolve a utilização de diferentes tipos de tecnologias, como as chamadas “tecnologias duras” (equipamentos e medicamentos, por exemplo); as “tecnologias leve-duras” (os saberes científicos da clínica e da epidemiologia) e as “tecnologias leves” (tecnologias relacionais por meio das quais se produz o cuidado: escuta, vínculo, responsabilização), entre outras (MERHY, 2002)¹⁹.

A ampliação da incorporação de tecnologias e a institucionalização das práticas de saúde levaram a um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação entre profissionais e usuários dos sistemas, provocando perdas da dimensão cuidadora da prática em saúde (SCHRAIBER, 1993 e MERHY, 1997)²⁰.

Assim, vem se intensificando o debate mundial acerca das melhores maneiras de organizar a atenção à saúde, considerando, de um lado, a crescente compreensão sobre a medicalização e o papel constitutivo das práticas de saúde, na conformação da ordem econômica e social do capitalismo no mundo ocidental (DONNANGELO, 1979)²¹ e de outra parte, a transição epidemiológica e o envelhecimento das populações colocam em questão a possibilidade de financiamento dos sistemas de saúde, organizados com base na concepção biológica de saúde e sob a lógica da acumulação capitalista na saúde, em função de ineficácia, ineficiência, iniquidades decorrentes da incorporação de tecnologia sem critérios de custo-benefício e da explosão de custos e gastos (MERHY, 2002).

É nesse contexto que ocorre um significativo movimento de produção de estratégias alternativas de humanização, qualidade e menores custos. Algumas dessas alternativas mantêm a mesma composição tecnológica do trabalho em saúde, mas transferem sua execução para outros ambientes – para ambulatórios e até mesmo para o domicílio – promovendo racionalização de gastos e transferência de custos. Outras, promovem uma recomposição tecnológica do trabalho em saúde, ampliando a presença das tecnologias leves, a autonomia dos usuários e a dimensão cuidadora do trabalho na área. Nessa nova situação, ao hospital caberia um novo papel, centrado no cuidado das situações clínicas mais graves, que demandam maior intensidade/intensividade de cuidado.

¹⁷ Terminalidade não é a melhor palavra, mas serve para marcar a capacidade da graduação de oferecer competências suficientes para inserção dos recém-formados em determinados espaços de prática profissional, que requerem a formação geral. De fato, a formação, efetivamente, nunca termina.

¹⁸ SCHRAIBER L. B.; PEDUZZI M. Tendências e possibilidades de investigação de recursos humanos no Brasil. *Revista Educación Médica y Salud*, v. 27, n.3, p. 295-313, 1993.

¹⁹ MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

²⁰ MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

²¹ DONNANGELO, M. C. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1979.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde, persegue-se a transformação dos modos de cuidar da saúde em busca da integralidade, que possibilite compreender o ser humano em todas as suas dimensões; que possibilite o desenvolvimento da dimensão cuidadora na formação de todos os profissionais; que possibilite a operacionalização do conceito ampliado de saúde. Esses são valores e atributos fundamentais para o trabalho dos profissionais de saúde tanto nos serviços públicos, como nos privados, e em todas as esferas de organização da atenção à saúde.

Na busca pela transformação das práticas de saúde no âmbito do SUS, vem-se reforçando a constatação de que a formação de profissionais da área tem sido um dos obstáculos à inovação.

Em decorrência de todos esses aspectos, faz com que tenha emergido, na área da saúde, há décadas, um intenso debate – particularmente nas carreiras de Medicina e de Enfermagem – a respeito da necessidade de transformar a formação dos profissionais e as práticas de saúde.

4.1.3. Do Conceito de Saúde

É importante recuperar a idéia de que saúde, antes de ser o objeto de trabalho dos profissionais e dos serviços da área, é um tema da vida de todas as pessoas. Para todos nós, humanos, a idéia de doença e de saúde encontra-se muito próxima do que cada um considera “sentir-se bem” ou “sentir-se mal”. Essa percepção varia de pessoa para pessoa e depende de cada cultura, da religião, do meio em que cada um está inserido e da maneira como sua relação com o mundo produz seu modo de viver. É o que se costuma chamar de “andar a vida” (MERHY, 1994)²², conceito que também muda ao longo do tempo e nas diferentes formações sociais. Assim, saúde não é algo que vem de fora, não é um assunto dos outros. É tema de cada um, algo que se ganha, que se enfrenta e de que se depende. Além disso, saúde e doença não são conceitos definitivos, nem opostos. Ambos se referem à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida. Este conceito singular de saúde é definido por alguns autores como “margem de segurança”, que significa o poder de cada pessoa em tolerar e compensar as agressões do meio (BRASIL, 2004).

A saúde pode ser compreendida, então, como a capacidade de cada um de enfrentar situações novas, como a margem de tolerância que cada um tem para enfrentar e superar as adversidades da própria vida. Isto significa dizer que cada pessoa tem capacidades próprias para administrar, de forma autônoma, as tensões do meio com as quais ela precisa conviver.

Vivemos com saúde, convivendo e equilibrando nosso organismo, mesmo com as anomalias, as tensões e os desconfortos. Com quantos “diagnósticos” todos nós convivemos em nossa vida “saudável”, plena de realizações e potência? Por outro lado, quantos desconfortos – claramente sentidos por nós – não são compreendidos como problemas pelos profissionais de saúde?

Isto nos remete à idéia da singularidade de cada ser vivo, cuja saúde exprime os “poderes” que o constituem, ou seja, a capacidade peculiar de dar resposta às agressões a que se está exposto. Assim, é necessário trabalhar com um conceito que atenda às particularidades das pessoas em sua percepção do que é saúde e doença (BRASIL, 2004).

²² MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde in CECILIO, L. C. O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*, São Paulo: Hucitec, 1994.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

As ciências da saúde, no entanto, trabalham muito fortemente com a referência dos processos biológicos como centralidade para compreender a saúde e a doença, como se esse fosse o único marco orientador capaz de produzir explicações legítimas e satisfatórias, ou seja, “a verdade” (AKERMAN & FEUERWERKER, 2006).

No entanto, o processo da gênese dos estados patológicos é complexo. Sempre estão nele envolvidos diferentes fatores e nem sempre é possível identificar um agente etiológico preciso. E mesmo quando há o agente, há outros elementos (conhecidos e desconhecidos) que interferem no processo.

4.1.4. Da Educação e Produção do Conhecimento Segundo os Movimentos de Mudança da Graduação na Área da Saúde

Ao longo desses anos de reflexão e experimentação de mudanças na formação em saúde, ampliou-se muito a compreensão a respeito dos aspectos teórico-conceituais da educação. Em primeiro lugar, uma constatação que parece óbvia, mas nunca havia iluminado a construção das graduações em saúde: a educação é um campo específico de saber que pode aportar muito para a construção de projetos de formação na área. Em segundo lugar, outra constatação óbvia, mas quase nunca antes problematizada: docentes das profissões da saúde necessitam de preparação e reflexão específicas na área da educação, muito além do que as disciplinas de “metodologia do ensino superior” e “didática” que os mestrados e doutorados propiciam.

Nas reflexões sobre a educação dos movimentos de mudança da saúde, têm sido muito consideradas as contribuições da Escola Nova (DEWEY 1981)²³, da Pedagogia Crítica (FREIRE, 1987²⁴; POPKEWITZ, 1999)²⁵ e da Pedagogia Pós-Crítica (SILVA, 2000)²⁶. Piaget²⁷ e Vigotsky²⁸ têm sido também muito importantes para a compreensão que se construiu acerca da dinâmica do processo de aprendizagem em saúde.

No processo ensino-aprendizagem, na área, atualmente se destacam os conceitos de aprendizagem significativa e de aprendizagem ativa (COLL, 2003)²⁹.

Incorporou-se, portanto, na reflexão pedagógica da área da saúde, a necessidade de planejar e organizar o processo de ensino-aprendizagem, levando em conta as necessidades de aprendizagem dos estudantes.

A partir das contribuições da Pedagogia Crítica e do conceito de relevância social da universidade, também se reconhece que as questões de aprendizagem, além de significativas para os estudantes, devem também ser significativas do ponto de vista social, porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a conformação de um perfil profissional que dialoguem com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país.

²³ DEWEY, J. The philosophy of John Dewey. In: MCDERMOTT, J. J. (ed.). Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

²⁴ FREIRE, Paulo; MACEDO, Donaldo. *Literacy: Reading the Word and the World*. London: Routledge e Kegan Paul, 1987.

²⁵ POPKEWITZ, T. S.; FENDLER, L. *Critical theories in education – changing terrains of knowledge and politics*. New York: Routledge, 1999.

²⁶ SILVA, T. T. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte, Autêntica, 2004.

²⁷ PIAGET, J. *Linguagem e o pensamento da criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

²⁸ VYGOTSKY, L. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

²⁹ COLL, César. *Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Ática, 2003.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

Também há uma compreensão generalizada da necessidade da interdisciplinaridade como elemento fundamental para a construção articulada de conteúdos e para a resolução de problemas (JAPIASSU, 1976)³⁰.

Falando de uma maneira bastante prática, do ponto de vista da organização e da produção do conhecimento, existem alguns fenômenos importantes: o nosso é um mundo em constante e acelerada mutação, que propõe a resolução problemas cada vez mais complexos, os quais, para serem solucionados, pressupõem o diálogo entre saberes, conhecimentos e disciplinas.

No entanto, a organização tradicional da universidade tem a lógica das disciplinas. Cada disciplina, por meio de seu enfoque específico, desenvolve instrumentos para conhecer a realidade e os problemas a partir de um determinado ponto de vista, ou seja, revela uma dimensão do humano. Mas, essa visão unidisciplinar necessariamente fragmenta o objeto e o reduz (de acordo com seus próprios limites de disciplina).

Predomina ainda, nas nossas ciências, a idéia de que seria possível construir uma compreensão do todo por intermédio de uma articulação externa do conhecimento produzido pelas diversas disciplinas. No entanto, essa construção do todo não acontece. As disciplinas isoladamente não dão conta de produzir as respostas necessárias para um mundo que é composto de uma multiplicidade de fatores que não são mutuamente excluídos, mas explicados uns em relação aos outros. O mundo não é feito de coisas isoladas; existe uma complementariedade de dimensões. A compreensão desse mundo exige uma visão da realidade que transcenda os limites disciplinares.

A interdisciplinaridade é uma das chaves para a superação desse desafio. Propõe uma orientação para o estabelecimento da síntese dos conhecimentos, chegando a um conhecimento humano em sua integridade, pelo menos levando a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos (FEUERWERKER; SENA, 1999)³¹.

Interdisciplinaridade, portanto, é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino. Se as pesquisas, para produzirem as respostas necessárias, têm de ser construídas interdisciplinarmente, o mesmo deve se aplicar ao processo de ensino-aprendizagem.

A possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar, com a conseqüente demolição das fronteiras entre pesquisa e ensino-aprendizagem. E para tanto, têm sido construídos currículos integrados, baseados em módulos ou unidades que articulam problemas relevantes, sob um recorte sistêmico ou de processos relevantes da vida e da morte.

Há também outras características do trabalho em saúde que interferem na configuração do processo de formação. Além de somente se concretizar no encontro entre dois sujeitos e exatamente no momento em que esse encontro acontece, a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza – em razão da singularidade dos processos saúde-doença singulares e da autonomia de cada pessoa. A produção de atos de saúde, então, é um terreno do trabalho vivo.

³⁰ JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

³¹ FEUERWERKER L. C. M.; SENA R. A. Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J., FEUERWERKER, L. C. M., LLANOS, M. A.. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 47-83.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

Exatamente por essas características é que a aprendizagem pelo trabalho se torna fundamental. É por meio da vivência da clínica que se aprende o relacionamento com os usuários do sistema – com sua subjetividade, seus desejos, seus conceitos, alegrias e sofrimentos e, não apenas, com suas doenças. É no processo de combinar os conhecimentos teóricos com a experiência vivenciada e problematizada que se produzem grande parte dos conhecimentos, habilidades e atitudes, em suma, a ética e uma parte das tecnologias que os profissionais da saúde lançam mão para o desenvolvimento de seu trabalho.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação das profissões da saúde reconhecem, desde sua formulação inicial, a importância dessa aprendizagem pelo trabalho e recomendam a ampliação dos tempos e a diversificação dos espaços de prática para todos esses cursos.

Esse conjunto de reflexões conduz à consideração dos problemas da realidade, das vivências e do trabalho como centrais na produção da aprendizagem em saúde, fundamentais para a aprendizagem significativa e para a articulação das várias áreas de saber que devem ser mobilizadas para a promoção da saúde.

Não por outra razão, as Diretrizes Curriculares Nacionais propõem, para todas as profissões da saúde, a ampliação da prática, que esta esteja presente desde o início da formação e que ocupe papel central na mobilização das aprendizagens; propõem, também, a diversificação dos cenários de aprendizagem ao longo de todo o curso.

Para a maior parte das profissões da saúde, as Diretrizes propõem ainda uma orientação geral à formação de graduação, ou seja, recomenda-se que a graduação ofereça as bases indispensáveis para uma atuação profissional de qualidade, qualquer que seja a futura área de concentração do profissional.

A especialização, portanto, fica projetada para depois da conclusão da graduação. No entanto, a multiplicidade e a especificidade dos possíveis campos de trabalho em saúde tornam muitas vezes indispensável, para a inserção laboral, um período de aprendizagem pelo trabalho em áreas de atuação mais claramente definidas (como saúde da família, saúde mental, saúde do idoso, reabilitação etc.).

4.1.5. Da Diversificação dos Cenários de Aprendizagem

A diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem é uma construção fundamental, ao longo dos últimos anos na área da saúde. E por muitas razões.

Primeiramente, porque se reconhece que há diferentes tipos de complexidade envolvidos nos problemas de saúde, que exigem a mobilização de diferentes áreas do saber e diferentes arranjos tecnológicos do cuidado em saúde. E todos eles precisam ser mobilizados durante a formação.

Há situações críticas, com risco de vida, que exigem fortemente a mobilização de tecnologias duras (equipamentos para diagnóstico e para intervenções terapêuticas, medicamentos) e leve-duras (clínica, epidemiologia), em que a autonomia do usuário está muito reduzida (“pacientes” acamados, fragilizados, profundamente dependentes de cuidado para a própria manutenção da vida). Essas situações são mais frequentes nos hospitais.

Há outras, em que o usuário tem grande autonomia (vive sua vida, trabalha, alimenta-se e diverte-se de acordo com suas possibilidades etc.), em que se torna ainda mais relevante a capacidade dos profissionais de dialogar com sua compreensão de mundo, de saúde e de doença, para que as tecnologias leve-duras e leves sejam efetivas para o cuidado e a produção da saúde e para a ampliação da autonomia dos usuários na condução de sua própria vida. Sem compreender o universo cultural dos usuários, sem

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

dialogar com sua maneira de organizar a vida, resultam infrutíferas as tentativas de “cuidar de sua saúde”. É só lembrar da baixa adesão aos tratamentos, dietas e hábitos saudáveis propostos para o enfrentamento da hipertensão arterial, por exemplo. Essas situações são mais frequentes nas unidades ambulatoriais – unidades básicas de saúde e de saúde da família, por exemplo.

Ambas as situações, portanto, oferecem oportunidades relevantes de aprendizagem e mobilização de diferentes tecnologias e saberes, o que as torna indispensáveis ao longo da formação.

São também múltiplos os cenários vigentes de prática profissional na área da saúde. Por um lado, há uma tendência, mundial diga-se de passagem, de reservar aos hospitais papel apenas nas situações mais críticas. Internação e atenção domiciliar, cirurgias ambulatoriais, hospitais-dia, centros ambulatoriais especializados etc. são algumas das alternativas atualmente existentes para organização da atenção à saúde – todas requerendo tecnologias específicas para a organização do trabalho e muitas delas implicando trabalho em equipe multiprofissional.

Além de exigirem diferentes arranjos tecnológicos para organização do trabalho em saúde, os distintos cenários de prática propiciam o contato com diferentes padrões de distribuição dos agravos do ponto de vista epidemiológico.

A vivência de todas essas situações ao longo da formação é indispensável para que haja o desenvolvimento de conhecimentos, referências, atitudes e habilidades dos futuros profissionais, mesmo considerando que sua aprendizagem prosseguirá ao longo da vida.

Por todas essas razões, é muito importante, para uma formação de qualidade na área da saúde, que os estudantes possam vivenciar e, efetivamente, inserir-se no trabalho que ocorre nesses múltiplos cenários de prática da atenção à saúde.

Os cenários tradicionais de ensino na área – os hospitais de ensino –, em função da produção do conhecimento especializado e das modalidades de financiamento, converteram-se em locais de atenção terciária e quaternária e, portanto, oferecem limitadas oportunidades de aprendizagem relevantes para a formação geral de graduação e dos primeiros anos da especialização.

Para assegurar os espaços de prática necessários para uma graduação de qualidade na área da saúde, as instituições de educação superior precisam recorrer à rede de serviços de saúde como um todo e, também, a outros espaços de convivência importantes para a produção da saúde.

É indispensável, então, que exista articulação entre as instituições de educação superior, o sistema de saúde (envolvendo atenção básica e especializada, ambulatorial, hospitalar e domiciliar) e outros equipamentos sociais, particularmente de esporte, lazer, cultura e educação.

4.1.6. Da Concepção da Clínica Ampliada e da Construção de Projetos Terapêuticos

Uma das ideias centrais a ser enfatizada é que a produção de atos de saúde é sempre marcada por uma disputa entre trabalhadores e pessoa sob cuidado. Ou seja, no encontro intersubjetivo (intercessor) entre trabalhadores da saúde e usuários do sistema há diversos tipos de troca e existe a interferência das duas partes na produção do resultado final – quer os profissionais de saúde se deem conta disso ou não. Como afirmaram dois importantes estudiosos da área:

Nos diferentes territórios de produção dos atos de saúde há movimentos de trabalhadores que se deixam afetar pelas relações e saberes com os usuários,

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

recebendo de volta como aprendizagem a relação que realizam a partir do seu próprio trabalho tecnológico (efeito pororoca do trabalho, em que os trabalhadores se deixam afetar pela relação com o usuário, problematizam sua prática e aprendem). Mas também, de outro lado, há trabalhadores que se posicionam como um arco que lança uma flecha – isto é, o seu agir só vai em uma direção: dele para o outro como seu objeto -, e com isso, negam o agir do outro e seu saber (classificando-os como “crença”), por serem de menor valor científico e assim não alçarem à posição de um saber tecnológico produtor de cuidado, legítimo (MERIHY; FEUERWERKER, 2007).³²

Assim, nos vários lugares de produção dos atos de saúde há todas as possibilidades: desde equipes e profissionais que constroem o plano de cuidado em conjunto com usuários ou cuidadores, havendo a possibilidade de singularização do cuidado de acordo com necessidades identificadas e recursos disponibilizados, até equipes e profissionais que procuram simplesmente implementar/impor um plano terapêutico construído exclusivamente de acordo com a racionalidade técnico-científica, tomando a pessoa sob cuidado como objeto de sua ação. E há o lado desta pessoa, que também trabalha com possibilidades diferentes de exercer sua autonomia e a disputa nas várias situações. Hipoteticamente, o hospital é o território de menor possibilidade de exercício dessa autonomia, sendo, ao contrário, a casa e a rua os locais de maior autonomia potencial (do usuário ou do cuidador).

Entretanto, mesmo em um leito hospitalar, há atitudes inteiramente distintas para enfrentar adversidades, para rebelar-se diante das determinações, para colaborar com o tratamento proposto e até para, a partir da explicitação das demandas em relação a diversos profissionais, ser o artífice da produção da integralidade de seu próprio cuidado.

De todas as experiências de atenção em locais não institucionais, vale destacar que a atenção domiciliar (AD) traz ainda um novo elemento: neste caso, as equipes de saúde compartilham com o cuidador a responsabilidade pela realização de parte do que elas mesmas consideram ser cuidado – alimentação, procedimentos, medicação, banho no leito, mobilização, cuidados para evitar escaras, aspiração etc. Esta situação de explícito compartilhamento (ou melhor transferência) de responsabilidade – que, a rigor, existe sempre, mas na AD é mais evidente – e o fato de o cuidado ocorrer no território que é da família por excelência (a casa) parecem possibilitar uma ampliação da disposição do cuidador em exercer seu papel na produção do projeto terapêutico e das equipes em reconhecer esse papel (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

Qualquer processo de cuidado, por ser mediador e trabalho vivo em ato, é território permanente dessas disputas, que não devem ser anuladas, mas explicitadas como intenção da própria composição do “projeto terapêutico clínico” a ser produzido em conjunto, no interior da equipe e desta com a pessoa sob cuidado e sua família.

Que clínica dialoga com esta concepção de saúde? Não há respostas prontas. Há pressupostos, acumulações, experimentações em diferentes campos. Há algumas acumulações interessantes, como:

a) reconhecer a pessoa sob cuidado como um ser de desejos, que buscou o cuidado em saúde como portador de necessidades, mas, também, como portador de sonhos, recursos, possibilidades, sendo necessário interrogar o que ela veio buscar;

b) reconhecer que é necessário ampliar a escuta, estar atento e desarmar-se para ser capaz de compreender a singularidade da situação vivenciada por cada ser –

³² MERIHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade, texto publicado no sítio da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da pós-Graduação em Clínica Médica da UFRJ, endereço <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica>, consultado no dia 4 de maio de 2007.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

singularidade essa que se manifesta em todos os planos, inclusive no biológico, pois ninguém corresponde exatamente à média calculada a partir da observação de populações selecionadas, nem em relação ao modo como se expressam os quadros clínicos, nem em relação à maneira como se constroem as estratégias de enfrentamento das situações de sofrimento, inclusive em relação a medicamentos;

c) reconhecer que parte das necessidades da pessoa sob cuidado pode se limitar ao desejo de ser acolhido e acompanhado; de sentir-se cuidado por uma equipe de profissionais ou por um profissional específico, dependendo de cada situação, sendo que a acolhida, a escuta, o vínculo e o interesse podem ser, em si, uma oferta suficiente para que ela encontre as maneiras de enfrentar as dificuldades vividas, porque, em suma, às vezes ela deseja apenas acolhida e, não, a conduta;

d) reconhecer que há outros saberes e outras maneiras de compreender e interpretar as doenças e os sofrimentos e que, sem compreender com qual(is) referência(s) a pessoa sob cuidado está operando, fica difícil estabelecer o diálogo necessário para a construção de um projeto terapêutico que alivie seu sofrimento ou, se possível, resolva parte de seu desconforto e amplie sua capacidade de “administrar” a própria vida de maneira autônoma, mesmo convivendo com mais uma “doença”;

e) reconhecer que os diferentes profissionais de saúde oferecem distintas contribuições para o enfrentamento das diversas situações clínicas e que a construção conjunta de projetos terapêuticos pode produzir alternativas mais potentes e integrais do que a abordagem uniprofissional fragmentada;

f) reconhecer que saúde-doença e morte fazem parte da vida e que parte do trabalho dos profissionais de saúde é ajudar as pessoas a conviverem da melhor maneira possível (com a maior taxa de autonomia e a menor taxa de sofrimento) com as diferentes situações que a vida apresenta;

g) reconhecer que, mesmo inovada, a clínica não é tudo, porque se existe o papel ativo do usuário ou do cuidador na produção do projeto terapêutico, ele certamente lançará mão de recursos que não devem ser aprisionados na clínica, mas com os quais a clínica deve dialogar, uma vez que as redes sociais de apoio e solidariedade, a arte, a religião, os espaços de lazer, a produção de coletivos de (re) socialização, enfim uma infinidade de recursos indispensáveis para melhorar as possibilidades “de andar a vida” são fundamentais e devem ser considerados e buscados, mas não medicalizados na tentativa de “ampliação da clínica”.

Apesar da tensão entre troca e interdição de saberes estar presente em todos os espaços em que se produzem atos de saúde, as experiências indicam que, em diferentes áreas – saúde mental, saúde da família, atenção domiciliar – a desinstitucionalização das práticas de saúde, realizadas nas casas, nas ruas, em situações da vida parece proporcionar aos trabalhadores de saúde uma desterritorialização (do discurso e da técnica) que facilita seu diálogo com as referências da pessoa sob cuidado, da família, dos coletivos (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

Tudo isso lhes possibilita construir vínculos mais fortes, permite-lhes resgatar de maneira intensiva a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, operando como um trabalhador coletivo. Além disso – e essa é uma consideração minha – convivem e são desafiados por um grau inusitado de autonomia dos usuários / das famílias, na produção dos projetos de cuidado que são implementados (*id.*, *ib.*).

Parece, então, que o fato de o cuidado em saúde ser produzido em um território não institucional e de se propor à produção de alternativas substitutivas à organização do cuidado coloca os atores de outro modo em cena e abre novos espaços para a inovação.

4.1.7 Das Atividades de Prática Profissional

O Curso de Medicina deve ter como um de seus eixos centrais de desenvolvimento os Módulos de Aprendizagem da Prática Profissional. Ao longo de todo o curso e com carga horária crescente, os estudantes devem ter a oportunidade de vivenciar espaços sociais e de serviços de saúde de todos os tipos, tendo a prática como elemento central em seu processo de aprendizagem. O eixo norteador do currículo, portanto, consiste no diálogo estruturante estabelecido na interação entre a universidade e a sociedade.

A interação com os distintos segmentos sociais deve ser estabelecida por meio de um processo ampliado de escuta sobre as necessidades de saúde das pessoas e seus modos de viver.

Ao potencializar e sistematizar a aproximação da Universidade do Sistema Único de Saúde e dos demais segmentos interessados e envolvidos na formação do profissional, a partir da construção e pactuação da competência profissional, são estabelecidas relações de corresponsabilidade, uma vez que todo o sistema de saúde local e demais equipamentos sociais são considerados cenários para o desenvolvimento de atividades educacionais e, portanto, passam a estar comprometidos com a formação.

Embora sejam reconhecidas as especificidades de cada instituição na relação sistema de saúde-equipamentos sociais/academia, considera-se que os locais de trabalho também são espaços de produção de conhecimento e que a universidade pode e deve participar da transformação das práticas profissionais e do cuidado, numa atuação de parceria direta com o mundo do trabalho. Nesse sentido, a academia pode contribuir para os processos de educação permanente, participar ativamente da construção das práticas e ampliar a relevância de suas linhas de pesquisa e de produção tecnológica, direcionando-as para o enfrentamento dos problemas prevalentes de saúde das pessoas e da sociedade.

A vivência da prática dos serviços de saúde e de outros equipamentos sociais como cenários de aprendizagem possibilita a diversificação e a desconcentração da formação que, assim, se aproxima da prática profissional real. As diversas modalidades de cuidado são consideradas sob uma perspectiva de integralidade da atenção e, dessa forma, passam a ser incorporados os cenários de atenção domiciliar, ambulatorial, pré-hospitalar, hospitalar, em serviços de urgência-emergência, escolas, creches e instituições para idosos, entre outros. Para cada um desses cenários há capacidades específicas a serem desenvolvidas e outras que podem ser mobilizadas e transferidas, segundo cada contexto. Faz parte do desenvolvimento da competência profissional tanto a construção de capacidades específicas, como a transferência de capacidades de um contexto para outro.

A integração teoria/prática se estabelece na articulação entre o mundo da aprendizagem e o mundo do trabalho. Dessa forma, os elementos disparadores da aprendizagem são as situações-problema de saúde-doença que devem ser enfrentadas na prática profissional. O confronto com essas situações, reais ou simuladas, visa garantir o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa, uma vez que dá sentido às capacidades requeridas. As capacidades relacionadas às dimensões ético-social, técnico-política e das relações intersubjetivas devem ser abordadas de maneira articulada, visando ao desenvolvimento integrado dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo, sempre frente a situações-problema.

Quando as situações são reais, a inserção dos estudantes no mundo do trabalho se estabelece de modo a estimular e assegurar a formação de vínculo e a corresponsabilização com as pessoas e familiares atendidos, com as equipes de saúde e

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

com os serviços. Da mesma forma, os professores que acompanham as atividades dos estudantes devem estar inseridos nesse serviço e realizar cotidianamente as ações a serem desenvolvidas pelos estudantes. Essa coerência possibilita um alto grau de legitimidade e relevância da aprendizagem que se fundamenta na reflexão e teorização a partir da prática profissional; tanto a prática dos professores e demais profissionais de saúde, como a realizada pelos estudantes. Nessas situações, os estudantes estão sob permanente acompanhamento e progredem em autonomia segundo o domínio que apresentam em relação à realização e à fundamentação das ações, também em contextos específicos.

As situações simuladas objetivam a proteção das pessoas, uma vez que a aprendizagem é fundamentada na explicitação das capacidades prévias e, nesses momentos, é importante que o erro e os desentendimentos apareçam, sem que haja a produção de danos. Permite, ainda, que todos os estudantes sejam expostos a um conjunto de experiências comuns que possibilitem uma relativa sistematização e acompanhamento das trajetórias de aprendizagem de uma determinada coorte, difíceis de se controlar quando se trabalha apenas com contextos reais. Como estímulos para a aprendizagem em ambientes protegidos, podem ser utilizadas situações-problema de papel e outros disparadores, como filmes, dramatizações e atendimentos simulados da prática profissional, com pacientes simulados ou manequins.

A seleção das atividades educacionais depende das capacidades a serem focalizadas e das especificidades de desenvolvimento de cada grupo. O importante a ser ressaltado é a busca de uma correspondência entre a atividade selecionada, a prática profissional e as situações reais enfrentadas. Os professores que acompanham o desenvolvimento de capacidades em ambiente protegido não precisam, necessariamente, estar vinculados a um serviço de saúde, mas precisam ter formação numa carreira diretamente envolvida com o cuidado das pessoas e com seus familiares.

Durante todo o processo de formação, todos os cenários de prática estarão presentes: espaços sociais de convivência, unidades de atenção básica, atenção domiciliar, ambulatórios de especialidades e hospital, articulados de modo a proporcionar a experiência da continuidade da atenção, do acompanhamento longitudinal de indivíduos, famílias e grupos sociais, bem como a vivência dos diferentes arranjos tecnológicos envolvidos no trabalho em saúde, em diferentes contextos.

4.1.8. Do Estágio Supervisionado (Internato)

Os últimos anos do curso estão inteiramente destinados à Aprendizagem de Prática Profissional, que se realizará na modalidade de Internato, em diferentes cenários de prática, incluindo o hospital e os ambulatórios de especialidade.

O Internato, ou estágio supervisionado, representa o momento de radicalização e de aprofundamento das práticas profissionais vivenciadas desde o início do curso, agora com grau maior de autonomia e capacidade de articulação dos diferentes arranjos tecnológicos do trabalho do médico, em diferentes contextos.

2. Características Básicas de Projetos Pedagógicos de Cursos de Medicina

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

A concepção de Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC), em conformidade às DCNs Medicina deve atender aos seguintes critérios:

a) carga horária mínima de 7200 h (sete mil e duzentas horas) e limite mínimo de 6 (seis) anos para integralização;

b) currículo que propicie sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;

c) percurso de formação do médico que incluía práticas de estudo independente, visando à progressiva autonomia intelectual e profissional;

d) O percurso de formação do médico deverá fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;

e) O PPC Medicina deverá incluir mecanismos de validação de conhecimentos, habilidades e competências adquiridos fora do ambiente escolar, inclusive as que se referem à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;

f) O PPC Medicina deverá garantir a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, descrevendo as competências que concorrem para a composição do perfil profissional ajustado aos referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

g) O processo de verificação do rendimento escolar tem o propósito de investigar as competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência estas DCNs e deverá incluir avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

3. Perfil Profissional do Egresso

Nestas DCNs, o médico é o profissional com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

4. Objetivos da Formação Médica no Contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais

A formação do médico mediante a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para o exercício profissional tem por objetivo desenvolver uma prática competente pautada nos seguintes princípios:

I - Atenção à saúde: Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de condições de saúde-doença, tanto no âmbito individual

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

quanto coletivo. A atenção à saúde deve ser pautada por princípios éticos e científicos. As ações de cuidado devem considerar a dimensão da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana e que singularizam cada pessoa ou cada grupo social. O direito à saúde e à qualidade de vida devem ser defendidos como valores de cidadania e de dignidade humana. As capacidades de atenção à saúde conformam uma área do perfil de competência médica orientada à defesa do(a):

a) Acesso universal e equidade em saúde - O acesso à saúde é um direito igualitário de cidadania, sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie. A atenção à saúde deve ser produzida de forma justa pelo SUS, segundo prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, de acordo com as necessidades de cada pessoa. Implica considerar as desigualdades para tratá-las com equidade.

b) Integralidade e humanização do cuidado - A prática médica deve ser realizada de forma integrada e contínua às demais ações profissionais e instâncias do sistema de saúde, com respeito à dignidade e à liberdade de escolha das pessoas. A produção do cuidado deve ser humanizada e estimular o autocuidado, reconhecendo as pessoas sob cuidado como construtores ativos de sua saúde, portadores de desejos e saberes, além de necessidades, o que requer uma construção compartilhada de projetos terapêuticos.

c) Qualidade e segurança - A realização de ações, dentro dos mais altos padrões de qualidade, visa o alcance dos propósitos dessas ações, de modo focado na melhoria da saúde das pessoas. A qualidade e a segurança da atenção à saúde devem ser promovidas pela utilização de diretrizes e protocolos clínicos e de normas técnicas para a realização de processos e procedimentos, como um esforço coletivo e permanente para a redução de riscos e danos às pessoas e aos profissionais.

d) Preservação da biodiversidade ambiental com sustentabilidade e melhoria da qualidade de vida - As políticas ligadas à sustentabilidade e à preservação da vida no planeta devem induzir a incorporação de novos hábitos e práticas de saúde. A compreensão da pessoa sob cuidado, familiares e responsáveis sobre as relações entre homem, ambiente, sociedade e tecnologia deve ser favorecida para que sejam identificados e superados os problemas que emergem nessas relações. A avaliação do impacto ambiental do desenvolvimento tecnológico na saúde é a base para a construção de soluções ou alternativas para minimizar os efeitos da própria prática no ambiente e na saúde. A ampliação da consciência e da responsabilidade de cada um na preservação da biodiversidade e da qualidade de vida das pessoas e das populações faz parte de uma prática compromissada com o futuro do planeta.

e) Ética profissional - Os princípios da ética/bioética devem fundamentar a prática médica, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com o enfrentamento do problema de saúde tanto no âmbito individual, como coletivo. O compromisso social deve estar presente em todos os momentos do trabalho em saúde. O respeito, considerando a diversidade de perspectivas e valores, deve promover a construção de relações profissionais pautadas pela visão de que as necessidades de saúde individuais e coletivas representam o centro do processo de cuidado.

f) Promoção da saúde - Deve ser levada a cabo como estratégia de promoção da saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

g) Cuidado centrado na pessoa sob cuidados, na família e na comunidade deve prevalecer no trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidados, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.

II – Gestão em Saúde: Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de gerenciamento e administração que visem articular sua atuação ao trabalho de outros profissionais de saúde, serviços e instituições. Como o sistema de saúde visa responder às necessidades de saúde individuais e coletivas, a organização dos serviços e a articulação de recursos devem produzir qualidade, segurança e eficiência na atenção à saúde. A liderança democrática e o trabalho em equipe devem ser colocados a serviço do compromisso social e da defesa do direito à saúde. As capacidades de gestão conformam uma área do perfil de competência médica, voltadas à (ao):

a) Gestão do cuidado - O uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas para promover a organização de Sistemas Integrados de Saúde, com uma visão ampliada da clínica, para articular ações, profissionais e serviços, visando o máximo benefício à saúde das pessoas, dentro dos recursos disponíveis, segundo os melhores padrões de qualidade e segurança.

b) Valorização da vida - A melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e mortalidade devem ser os resultados que orientam a gestão em saúde, considerando as condições evitáveis e o conhecimento científico e a tecnologia disponíveis. Independentemente da especialidade, os profissionais devem ser propositivos e resolutivos na condução de problemas de saúde prevalentes na atenção primária, na urgência e emergência e na prevenção de riscos e danos à saúde da população.

c) Tomada de decisões - A tomada de decisões deve ser baseada na análise de evidências científicas, visando ampliar a eficiência e a efetividade no trabalho em saúde. A racionalização no uso de tecnologias, com destaque para medicamentos, equipamentos e procedimentos, deve ser fundamentada pelas melhores práticas. A sistematização e a avaliação das condutas mais adequadas devem produzir protocolos e diretrizes que retroalimentam a tomada de decisões.

d) Comunicação - Ao comunicar-se com usuários, familiares e membros das equipes, os profissionais de saúde devem estabelecer relações que favoreçam a construção compartilhada de um projeto assistencial comum. Devem evitar o uso de “jargão médico” na coleta de informações, no estabelecimento da relação terapêutica e na negociação da conduta, com a pessoa sob seu cuidado e seus familiares. Devem compreender o papel da cultura e da linguagem no processo saúde-doença-cuidado, e demonstrar sensibilidade ao lidar com questões delicadas para os usuários, nos diversos estágios de vida, expressar empatia e interesse, e fornecer explicações em linguagem apropriada. Devem zelar pela segurança da pessoa sob cuidados e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal, empatia, e habilidades de escrita e leitura. A leitura em, pelo menos, uma língua estrangeira e o manejo de tecnologias de comunicação e informação, especialmente para o acesso às informações em bases remotas de dados, são requerimentos para a atualização permanente do profissional de saúde.

e) Liderança - Mesmo agindo localmente, o profissional precisa pensar globalmente. A construção de parcerias e do trabalho em redes visa incluir diferentes

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

perspectivas e ampliar a aproximação entre serviços, universidades e outros setores envolvidos na promoção da saúde. O trabalho em equipe multiprofissional e com professores e estudantes deve construir objetivos comuns, de modo compromissado com a saúde das pessoas e da sociedade e com a formação de futuros profissionais. A abertura para novas ideias favorece a criatividade e a inovação tecnológica, com produção de novos conhecimentos.

III - Educação em Saúde e Educação Continuada: Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a aprender continuamente, tanto durante sua formação inicial como ao longo da vida. A corresponsabilidade e o compromisso com a própria educação, bem como com a formação das futuras gerações de profissionais deve fazer parte da prática profissional. A promoção de benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, o desenvolvimento da mobilidade acadêmica e profissional e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais são as novas demandas da educação de profissionais de saúde. As capacidades em educação conformam uma área do perfil de competência médica, que promove a autonomia e a independência intelectual, com responsabilidade social:

a) Aprender a Aprender - A curiosidade em relação ao desconhecido e a capacidade de indignar-se diante de uma realidade insatisfatória, que pode ser superada pela mudança, é a base da aprendizagem. O desejo de conhecer melhor os problemas de saúde e os fenômenos neles envolvidos deve mover a construção de sentidos para a identidade profissional. A identificação dos conhecimentos prévios em relação a uma situação de saúde e a formulação de questões para buscar informações científicas sobre o problema devem orientar o processo ensino-aprendizagem. A avaliação crítica das informações obtidas deve incluir a análise de confiabilidade da fonte, o grau de recomendação e o nível de evidência científica, visando o desenvolvimento de autonomia intelectual.

b) Aprendizagem Interprofissional - A reflexão sobre a própria prática e a troca de saberes entre os profissionais de saúde devem orientar a identificação e discussão de problemas no processo de trabalho em saúde, para possibilitar o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde. A educação continuada e a aprendizagem interprofissional devem promover a melhoria da atenção e do trabalho em saúde.

c) Aprender com o Erro - O uso positivo da análise dos processos e dos resultados do equívoco e do erro, especialmente em situações e ambientes protegidos, ou em simulações da realidade, deve ser tratado como insumo para a aprendizagem profissional e organizacional.

d) Envolvimento na Formação - O envolvimento com movimentos de transformação e implementação de mudanças no cuidado e na formação de profissionais da área deve refletir o compromisso profissional junto à sociedade. A participação em processos de avaliação de desempenho de estudantes, docentes e da escola deve promover o autoconhecimento e a autoavaliação das escolas médicas e dos seus egressos, em conformidade com a legislação vigente no país. A articulação de ações de ensino, pesquisa e extensão devem proporcionar o estabelecimento e desenvolvimento de parcerias, orientadas para o enfrentamento dos problemas de saúde da sociedade brasileira.

e) Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes - A mobilidade de estudantes, professores, profissionais de saúde e de pessoas sob cuidado deve favorecer a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, bem como da identificação de

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

novos desafios voltados para o levantamento e enfrentamento dos problemas de saúde da sociedade. A construção de um sentimento de responsabilidade pelo planeta deve mobilizar a ajuda profissional, em situações de emergência em saúde pública, no âmbito nacional e internacional.

5. Competências

Competência, para os fins da formação médica, é compreendida como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com oportunidade, pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Assim, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, dentre outras, promove uma combinação de recursos que se expressa em ações diante de um problema.

As ações são traduzidas por desempenhos que refletem os elementos da competência: as capacidades, as intervenções, os valores e os padrões de qualidade, em um determinado contexto da prática. Traduzem a excelência da prática médica nos cenários do SUS.

A competência médica é alcançada pelo desenvolvimento integrado de três áreas de competência: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Cada área é representada por um conjunto de ações-chave que traduzem a prática profissional.

Os desempenhos descritos a seguir foram agrupados por afinidade em relação à ação-chave e representam a integração das capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais, em cada uma das áreas de competência.

ÁREA DE COMPETÊNCIA: Atenção à Saúde

Subáreas:

I - Atenção às necessidades individuais de saúde - Compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Identifica necessidades de saúde; (B) Desenvolve e avalia planos terapêuticos.

II - Atenção às necessidades coletivas de saúde: compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Investiga problemas de saúde coletiva e (B) Desenvolve e avalia projetos de intervenção coletiva.

I - Atenção às necessidades individuais de saúde

A. Ação-Chave: Identifica necessidades de saúde

a. Desempenho: Realiza história clínica – Estabelece uma relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares e/ou responsáveis. Identifica 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. Orienta o atendimento às necessidades de saúde das pessoas sob seus cuidados. Usa linguagem compreensível, estimulando o relato espontâneo e cuidando da privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados. Favorece a construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas trazidos pela pessoa sob seu cuidado e responsáveis. Identifica motivos ou queixas, evitando a explicitação de julgamentos, e considera o contexto de vida e os elementos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao processo saúde-doença.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

Orienta e organiza a anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico e a técnica semiológica. Investiga sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. Registra os dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

b. Desempenho: Realiza exame físico - Esclarece os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos e obtém consentimento da pessoa sob seu cuidado ou responsável. Cuida da segurança, privacidade e conforto dessa pessoa, ao máximo possível. Mostra postura ética 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 singularidade étnico-racial, gênero, orientação sexual e linguístico-cultural e identidade de gênero. Esclarece à pessoa ou responsável, os sinais verificados e registra as informações no prontuário, de modo legível.

c. Desempenho: Formula hipóteses e prioriza problemas - Estabelece hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e dos exames clínicos. Formula e prioriza os problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes. Informa e esclarece suas hipóteses de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob cuidados, familiares e responsáveis.

d. Desempenho: Promove investigação diagnóstica - Solicita exames complementares com base nas melhores evidências científicas, avaliando a possibilidade de acesso da pessoa sob seu cuidado aos testes necessários. Avalia condições de segurança para essa pessoa, bem como a eficiência e efetividade dos exames. Interpreta e relaciona os resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados. Registra e atualiza, no prontuário, a investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

B. Ação-Chave: Desenvolve e avalia planos terapêuticos

a. Desempenho: Elabora e implementa plano terapêutico - Elabora planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de modo contextualizado. Discute o plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas. Busca dialogar as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável com as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando-a a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado. Pactua as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário. Implementa as ações pactuadas e disponibiliza prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento e/ou encaminha a pessoa sob cuidados com justificativa. Informa situações de notificação compulsória aos setores responsáveis.

b. Desempenho - Acompanha e avalia planos terapêuticos: Acompanha e avalia a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação da pessoa sob seus cuidados e responsáveis em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas. Favorece o envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos. Revê diagnóstico e o plano terapêutico, sempre que necessário. Explica e orienta os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados e de seus responsáveis. Registra o acompanhamento e a avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientado ao cuidado integral.

II. Atenção às necessidades coletivas de saúde

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

A. Ação-Chave: Investiga problemas de saúde coletiva

Desempenhos - Analisa as necessidades de saúde de grupos e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando as dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde. Acessa e utiliza dados secundários ou informações que incluam o contexto cultural, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e determinantes no processo saúde-doença. Relaciona os dados e as informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de coletivos. Estabelece diagnósticos de saúde e prioriza problemas segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política da situação.

B. Ação-Chave: Desenvolve e avalia projetos de intervenção coletiva

Desempenhos - Participa da discussão e construção de projetos de intervenção em coletivos, de modo orientado à melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e à redução de riscos, danos e vulnerabilidades. Estimula a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos. Promove o desenvolvimento de planos orientados aos problemas priorizados. Participa da implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade. Participa da avaliação dos projetos, prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

ÁREA DE COMPETÊNCIA: Gestão em Saúde

A área compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Organiza o trabalho em saúde; e (B) Acompanha e avalia o trabalho em saúde.

A. Ação-Chave: Organiza o trabalho em saúde

a. Desempenho - Identifica problemas no processo de trabalho: Identifica oportunidades e desafios na organização do trabalho em saúde, considerando as diretrizes do SUS. Utiliza diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais, bem como a análise de indicadores e do modelo de gestão. Participa da priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis. Mostra abertura para ouvir opiniões diferentes da sua e respeita a diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde. Trabalha de modo colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional.

b. Desempenho - Elabora e implementa planos de intervenção: Participa da elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas classificados prioritariamente, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde. Apoia a criatividade e a inovação na construção de planos de intervenção.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

Participa da implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão baseada em evidências científicas, na eficiência e efetividade do trabalho em saúde. Participa da negociação de metas para os planos de intervenção, considerando os colegiados de gestão e de controle social.

B. Ação-Chave: Acompanha e avalia o trabalho em saúde

a. **Desempenho - Gerencia o cuidado em saúde:** Promove a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS. Utiliza as melhores evidências e os protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança na atenção à saúde. Favorece a articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

b. **Desempenho - Monitora planos e avalia o trabalho em saúde:** Participa de espaços formais para reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e os planos de intervenção. Monitora a realização de planos, identificando conquistas e dificuldades. Avalia o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação/certificação. Utiliza os resultados para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante melhoria. Faz e recebe críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

ÁREA DE COMPETÊNCIA: Educação em Saúde

A área compõe-se por três ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas; (B) Promove a construção e socialização de conhecimento; e (C) Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos.

A. Ação-Chave: Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas

Desempenhos: Estimula a curiosidade e o desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde. Identifica necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e dos responsáveis, dos cuidadores, 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.

B. Ação-Chave: Promove a construção e socialização de conhecimento

Desempenhos: Mostra postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática. Escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando a idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas. Orienta e compartilha

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

conhecimentos com as pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, respeitando o desejo e o interesse desses, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde. Estimula a construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, favorecendo espaços formais de educação continuada e participando da formação de futuros profissionais.

C. Ação-Chave: Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos

Desempenhos: Utiliza os desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses, buscando dados e informações. Analisa criticamente 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 cuidados, famílias e responsáveis. Identifica a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde e em medicina, a partir do diálogo entre sua própria prática e a produção científica, além de levar em consideração o desenvolvimento tecnológico disponível. Favorece ou participa do desenvolvimento científico e tecnológico voltado para 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.

6. Conteúdos Curriculares

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar:

- a) 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;
- b) compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- c) abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- d) compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, sem falar da capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado;
- e) diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios de prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;
- f) promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental;
- g) abordagem de temas transversais no currículo, que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos Direitos Humanos, Educação Ambiental, Ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), Educação das Relações Étnico-raciais e História e Cultura Afro-brasileira e Indígena.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

7. Estágios e Atividades Complementares

A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias, estabelecidas por meio de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, e sob supervisão dos docentes ou preceptores da própria Escola/Faculdade, observados o art. 27 da Lei n.º 12.772, de 28 de dezembro de 2012.

A carga horária mínima do estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Para ajustar-se ao que define o Programa Mais Médicos, ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, devem ser desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato. Recomenda-se ainda que, no âmbito das atividades do regime de internato dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve prevalecer o predomínio da carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica em relação à que é dedicada nos serviços de Urgência e Emergência, sendo que as atividades relacionadas à Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área de conhecimento da Medicina Geral de Família e Comunidade.

A carga horária restante do internato incluirá, necessariamente, aspectos fundamentais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não deverá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

Deverá ser possível, mediante manifestação favorável de órgão de gestão acadêmica do Curso de Graduação em Medicina, utilizar até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio supervisionado fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do SUS, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as IES deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou à distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

8. Organização do Curso

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

A implementação das diretrizes curriculares deverá contribuir para a inovação e para a qualidade do projeto pedagógico, devendo orientar o currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso condizente com as políticas de saúde do país.

O currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural, mediante a inclusão de habilidades, competências e conteúdos que propiciem a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade mais adequada aos propósitos da matriz e do Projeto de Desenvolvimento Institucional da IES, a ser caracterizada por:

a) ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde das pessoas e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

b) utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

c) incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os Direitos Humanos;

d) promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais;

e) inserir o aluno desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação de Medicina em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

f) utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

g) propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe 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;

h) vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica adequada às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS; e

i) promover a integração do currículo por meio da articulação entre teoria e prática, entre instituições formadoras e serviços, entre as distintas áreas de conhecimento, entre os aspectos objetivos e subjetivos, em um processo de formação flexível e multiprofissional, capaz de levar em conta as necessidades de aprendizagem e os problemas da realidade.

9. Acompanhamento da Qualidade na Implementação de Curso de Graduação em Medicina

A implantação e desenvolvimento das DCNs Medicina devem orientar e propiciar concepções curriculares do Curso de Graduação em Medicina, que deverão ser

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Como instâncias e mecanismos que podem contribuir para a qualidade da implementação do projeto pedagógico, o Curso de Graduação em Medicina deverá:

a) constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do Projeto Pedagógico do Curso, em consonância com a Resolução CONAES nº. 1, de 17 de junho de 2010;

b) manter um programa permanente de Formação e Desenvolvimento do seu Corpo Docente, com vistas ao maior envolvimento dos professores no conhecimento, manejo e aplicação dos projetos pedagógicos, com maior compromisso, para a transformação da escola médica em práticas interdisciplinares e transdisciplinares, integradas à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde;

c) manter um programa permanente de Formação e Desenvolvimento dos profissionais da rede de saúde, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem, nos cenários de prática 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.

10. Avaliação do Projeto do Curso

Os cursos de graduação em funcionamento serão avaliados, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem o ajuste dos conhecimentos, habilidades e atitudes às DCNs Medicina. Essa avaliação é específica e de caráter obrigatório e classificatório para os Programas de Residência Médica das Instituições Federais de Educação Superior ou mantidas por entes das três esferas gestoras do SUS, sendo sua realização de âmbito nacional. Será implementada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito dos Sistemas de Ensino.

11. Prazos e Limites

Para evitar que as ações resultantes da aprovação deste parecer e, em consequência, das novas DCNs Medicina sofram solução de continuidade, a Comissão da CES/CNE encarregada dos trabalhos em epígrafe, entende que será necessário definir que:

a) a avaliação específica levada a cabo, sob a responsabilidade do Inep, deverá ser desenvolvida no prazo de 2 (dois) anos a partir da publicação desta resolução;

b) progressivamente, até 31 de dezembro de 2018, os Programas de Residência Médica, de que trata a Lei n.º 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.

c) nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

II - VOTO DA COMISSÃO

A Comissão recomenda a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs Medicina), na forma deste Parecer e do Projeto de Resolução em anexo, do qual é parte integrante.

Brasília (DF), 3 de abril de 2014.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo – Relator

Conselheiro Gilberto Gonçalves Garcia – Presidente

Conselheira Ana Dayse Rezende Dorea

Conselheiro Erasto Fortes Mendonça

Conselheiro José Eustáquio Romão

Conselheiro Luiz Roberto Liza Curi

III - DECISÃO DA CÂMARA

A Câmara de Educação Superior aprova, por unanimidade, o voto da comissão.
Sala das Sessões, em 3 de abril de 2014.

Conselheiro Gilberto Gonçalves Garcia – Presidente

Conselheiro Erasto Fortes Mendonça – Vice-Presidente

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

PROJETO DE RESOLUÇÃO CNE/CES Nº __, DE __ DE __ DE 2014.

*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 de 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.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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-se-ão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:

I - Área de Competência de Atenção à Saúde;

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

- 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

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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, palpitação, 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:

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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;

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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 prioritizados;

V - participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e

f) 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;

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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 prioritizados, 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.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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, Ginecologia-Obstetrícia, 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 configurarem como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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, étnico-raciais, 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

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

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.

PROCESSO Nº: 23001.000096/2013-24

§ 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.

ANEXO B - Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 ^(*)

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.

**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,

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

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-se-ão 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 prioritizados;

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, Ginecologia-Obstetrícia, 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, étnico-raciais, 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