

**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**

<b>INTERESSADO:</b> Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior		<b>UF:</b> DF
<b>ASSUNTO:</b> Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.		
<b>COMISSÃO:</b> Gilberto Gonçalves Garcia (Presidente), Arthur Roquete de Macedo (Relator), Ana Dayse Rezende Dorea, Erasto Fortes Mendonça, José Eustáquio Romão e Luiz Roberto Liza Curi.		
<b>PROCESSO Nº:</b> 23001.000096/2013-24		
<b>PARECER CNE/CES Nº:</b> <b>116/2014</b>	<b>COLEGIADO:</b> <b>CES</b>	<b>APROVADO EM:</b> <b>3/4/2014</b>

**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 nacional<sup>1</sup>;
- 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)<sup>2</sup>;
- as criteriosas análises e reflexões sobre os 10 anos de vigência das DCNs Medicina, publicadas por especialistas em educação médica<sup>3</sup>, 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

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

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

<sup>3</sup> 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.

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 docente<sup>4</sup>, 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 Venturelli<sup>5</sup>, 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 autores<sup>6</sup>, 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 médico<sup>7</sup>.

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<sup>8 9 10 11</sup>.

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

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

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 médica<sup>12</sup>.

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<sup>13 14 15</sup>.

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 saúde<sup>16</sup>.

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

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

<sup>11</sup> 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.

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

<sup>13</sup> AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. C. M. Estou me formando (ou me formei) 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.

<sup>14</sup> 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.

<sup>16</sup> CECILIO, L. C. O.; MERHY, 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.

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,

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

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.

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 (prisões) 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



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 restrições.

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

experiências de aprendizagem, que implicaram a perda de “terminalidade”<sup>17</sup> 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)<sup>18</sup>.

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)<sup>19</sup>.

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)<sup>20</sup>.

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)<sup>21</sup> 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.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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.

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

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> DONNANGELO, M. C. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1979.

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)<sup>22</sup>, 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).

---

<sup>22</sup> 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.

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)<sup>23</sup>, da Pedagogia Crítica (FREIRE, 1987<sup>24</sup>; POPKEWITZ, 1999)<sup>25</sup> e da Pedagogia Pós-Crítica (SILVA, 2000)<sup>26</sup>. Piaget<sup>27</sup> e Vigotsky<sup>28</sup> 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)<sup>29</sup>.

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 dialogue com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país.

---

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

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

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

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

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

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

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

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)<sup>30</sup>.

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 excludentes, 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)<sup>31</sup>.

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.

---

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

<sup>31</sup> FEUERWERKER L. C. M.; SENA R A. Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J., FFEUERWERKER, 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.

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

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,

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 (MERHY; FEUERWERKER, 2007).<sup>32</sup>

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 exercitar 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 –

---

<sup>32</sup> MERHY, 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.



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

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 progridem 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. Permitem, 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**

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

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.

**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

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 comprometido 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

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.



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**

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 prioritizados. 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. Apoiar a criatividade e a inovação na construção de planos de intervenção.

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

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 da 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.

## **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

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

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.

## **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



**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.

## **Seção I** **Da Atenção à Saúde**

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

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Seção II** **Da Gestão em Saúde**

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

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;

VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

### **Seção III** **Da Educação em Saúde**

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

I - aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;

II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;

III - aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;

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

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

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

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

### **CAPÍTULO II** **DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA**

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

**I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos:**

a) estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;

b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;

c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;

d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;

e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;

f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;

g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;

h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida; e

i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.

**II - Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos:**

a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;

b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;

c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;

d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e

e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

**Subseção II**  
**Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva**

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

I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento;

II - relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e

III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

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

I - participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;

II - estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;

III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;

IV - promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados;

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

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;



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.