PESQUISAS E AÇÕES EM
SAÚDE PÚBLICA
EDIÇÃO XIX

Capítulo 5

VARIABILIDADE CURRICULAR NAS ESCOLAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO SUL: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO

AFONSO ALENCAR DE SOUZA SEGANFREDO[1]
AMANDA FOERSTER GRANDE[3]
CATHARINA ANSELMINI ACCORSI[1]
EDUARDO FLACH KLEIN[4]
GABRIELLY PEREIRA ARGIMON[2]
LAISSA HARUMI FURUKAWA[3]
MARIA RITA MARCON[2]
MILENA LESSA DA SILVA[5]
PEDRO HENRIQUE CONSORTE DOS SANTOS[1]
PEDRO HENRIQUE ENGSTER[4]
RAFAELA GAGEIRO LUCHESI SOARES[4]
RAFAELLA PEREIRA ARGIMON[2]
THAIS FERNANDA DALFERTH[3]
VANESSA PREDEBON[6]
VINICIUS DE SOUZA[6]

[1]Discente – Medicina da Universidade Luterana do Brasil.
[2]Discente – Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
[3]Discente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
[4]Discente – Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
[5]Discente – Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
[6]Orientador – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

Palavras-Chave: *Educação Médica; Currículo; Sistema Único de Saúde.*

DOI 10.59290/978-65-6029-181-2.5

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A formação médica no Brasil está em constante desenvolvimento, buscando sempre se adequar às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2001 representaram um passo importante nesse sentido, ao defenderem um perfil de médico generalista, humanista e integrado à realidade social. Essa mudança de paradigma, incentivada por programas como o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (PROMED), visa superar o modelo tradicional, focado na especialização precoce e no ambiente hospitalar, e aproximar a formação médica da realidade da saúde pública brasileira (OLIVEIRA *et al*., 2010; REGINA *et al*., 2013). No entanto, essa busca por uma formação mais próxima às necessidades do SUS levanta questões importantes a respeito da homogeneização curricular, da formação orientada para o SUS e dos desafios na implementação dessas novas diretrizes (OLIVEIRA *et al*., 2010; NOGUEIRA, 2009). A Lei nº 11. 788/2008, que regulamenta os estágios de estudantes (BRASIL, 2008), e a Lei nº 12.871/ 2013, que criou o Programa Mais Médicos, impactam diretamente a formação médica e a inserção dos futuros profissionais no SUS (BRASIL, 2013; CASTRO *et al*., 2020). É essencial, portanto, que a discussão sobre a formação médica considere o impacto da legislação vigente.

Além disso, o Ministério da Saúde tem a responsabilidade, por definição constitucional e da Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde (REGINA *et al*., 2013; BRASIL, 2013), de estimular e organizar o processo de capacitação de trabalhadores em saúde. Para que os profissionais formados tenham o perfil que atenda às necessidades do SUS, os cursos de saúde (incluindo os de medicina) precisam adequar sua metodologia de ensino, integrando os diferentes saberes e estabelecer atividades práticas ao longo de todo o curso em todos os tipos de unidades de saúde (OLIVEIRA *et al*., 2010).

Este capítulo analisa a formação médica no Rio Grande do Sul (RS), um estado com uma longa tradição nesse tipo de ensino (CASTRO *et al*., 2020). A investigação se concentra na forma como a diversidade curricular das escolas médicas gaúchas influenciam a formação dos futuros médicos, considerando as especificidades regionais e as diretrizes nacionais. Para isso, serão abordadas diferentes dimensões da formação médica, como o movimento de reforma curricular na formação médica no Brasil e no RS, dando ênfase ao papel das DCNs e do PROMED na busca por uma formação médica que atenda às necessidades do SUS (OLIVEIRA *et al*., 2010; REGINA *et al*., 2013); a análise comparativa da estrutura curricular das escolas médicas do RS, identificando as diferentes ênfases, metodologias de ensino e formas de integrar os estudantes aos serviços de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS) OLIVEIRA *et al*., 2010; CASTRO *et al*., 20 20; ALVES *et al*., 2011); a reflexão sobre os desafios na implementação das novas diretrizes curriculares, considerando a resistência por parte de alguns professores, a necessidade de adequação da infraestrutura dos serviços de saúde e a busca por uma maior integração entre o ensino e a realidade do SUS, à luz das Leis 11. 788/2008 e 12.871/2013 (OLIVEIRA *et al*., 20 10; REGINA *et al*., 2013); e a discussão sobre a importância da homogeneização curricular em aspectos básicos, garantindo uma base comum na formação médica, sem negligenciar a importância da flexibilidade curricular para que seja possível atender às especificidades regionais e promover a inovação pedagógica (OLIVEIRA *et al*., 2010; CASTRO *et al*., 2020).

O objetivo deste estudo foi examinar a variabilidade curricular e suas implicações na for-

mação médica no RS, o que contribui para o debate sobre a construção de um modelo de educação médica que, além de garantir a qualidade e a homogeneização de elementos essenciais, seja capaz de formar profissionais preparados para atuar de forma ética, competente e humanizada no SUS, com foco nas necessidades de saúde da população (OLIVEIRA *et al.*, 20 10).

MÉTODO

Foi realizado um levantamento bibliográfico abrangendo 2 documentos oficiais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), 3 legislações (BRASIL, 1990; BRASIL, 2008; BRASIL, 2013) e uma revisão de literatura, na base de dados Scielo, do ano de 2004 a 2024, com os descritores "currículo, medicina, diretrizes, formação médica, saúde pública, sistema único de saúde (SUS)", localizando um total de 331 artigos.

Após a análise, foram selecionados aqueles que abordavam diretamente a relação entre as mudanças e a adequação do currículo médico às demandas do SUS e escritos nos idiomas inglês e/ou português, restando a quantidade de 12 artigos compilados.

Os resultados da revisão foram apresentados de forma descritiva e agrupados em três categorias principais: homogeneização curricular, formação médica orientada ao SUS e desafios na implementação das novas diretrizes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A variabilidade curricular nas escolas médicas é um tema de grande relevância no contexto educacional brasileiro, que busca por uma homogeneização curricular e o alinhamento dos currículos às exigências do SUS. Contudo, embora essa transformação seja fundamental para capacitar futuros médicos a atuar de forma eficiente e humanizada, as instituições de ensino enfrentam desafios para adaptar suas práticas pedagógicas.

A seguir, abordamos inicialmente maiores detalhes sobre a homogeneização curricular, destacando as tendências e padrões identificados que visam garantir uma formação médica mais coesa e uniforme em todo o país. Em seguida, exploramos a formação médica orientada ao SUS, enfatizando as competências desenvolvidas para melhor atender às necessidades de saúde da população brasileira. Por fim, discutimos os desafios encontrados na implementação das novas diretrizes, refletindo sobre as barreiras e oportunidades de aprimoramento contínuo.

Homogeneização curricular

A homogeneização curricular na formação médica tem sido um tema central na formação médica brasileira, especialmente a partir do início dos anos 2000, com o lançamento do PROMED. No RS, essa discussão ganha relevância ao buscar adequar os currículos médicos não somente às necessidades do SUS, mas também às demandas contemporâneas de qualidade na formação profissional e homogênea. O PROMED visava uma atualização curricular com base em três eixos: uma orientação teórica focada na produção de conhecimento voltado ao SUS; a implementação de metodologias pedagógicas ativas e centradas no estudante; e a diversificação dos cenários de prática, integrando o ensino aos serviços de saúde. Esses pilares visam promover uma formação mais alinhada com a realidade do sistema de saúde brasileiro, preparando médicos capacitados para os desafios do SUS.

A implementação das novas DCNs para o curso de Medicina no Brasil, publicadas em 20 14, trouxe como um dos seus principais obje-

tivos a homogeneização curricular, visando a uma formação médica mais alinhada com as necessidades do SUS. As DCNs enfatizam a importância da formação de médicos generalistas, com habilidades para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, especialmente na A-PS. Essa mudança curricular visa superar o modelo tradicional, implementado no Brasil a partir do relatório Flexner no século XIX, criticado por sua ênfase em um perfil profissional pouco preparado para lidar com as demandas da saúde pública no país. As novas DCNs propõem uma formação médica que valorize aspectos como atenção integral à saúde, educação em saúde, gestão em saúde, comunicação, desenvolvimento de pesquisas científicas e interação multiprofissional (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019). Esses aspectos se conectam com a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS (BRASIL, 2013).

Apesar da importância da homogeneização proposta pelas DCNs, estudos que ouviram estudantes do primeiro e segundo períodos de um curso de medicina, revelaram que a maioria dos estudantes do primeiro ano de medicina ainda demonstra desconhecimento a respeito das diretrizes de 2001 e 2014. Este dado sugere que a busca por informações sobre as diretrizes curriculares se intensifica após o ingresso na faculdade, evidenciando o papel crucial das instituições de ensino na difusão e consolidação das novas DCNs. Apesar disso, observou-se que as expectativas dos estudantes se mostraram, em sua maioria, alinhadas aos princípios das novas DCNs. Os estudantes reconhecem a importância da Atenção Integral à Saúde, da Educação em Saúde e da Gestão em Saúde como competências essenciais para a formação médica, corroborando as diretrizes. Ademais, demonstraram receptividade à inclusão de disciplinas como Saúde, Sociedade e Ambiente, e Linguagens e Tecnologias de Comunicação, que visam ampliar a compreensão do contexto social e da comunicação na prática médica. As DCNs incentivam a utilização de metodologias ativas de ensino, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), previstas no Art. 29, parágrafo II, e a Medicina Baseada em Evidências (MBE) (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019). Constata-se que os estudantes consideram importantes as metodologias ativas de aprendizagem, o que dialoga com a Lei nº 11. 788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes e reforça a importância do aprendizado de competências próprias da atividade profissional (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019; BRASIL, 2008).

Entretanto, também podemos notar alguns pontos de desencontro entre as expectativas dos estudantes e as DCNs. Um exemplo é o desejo de se tornarem médicos especialistas/subespecialistas, em detrimento da formação generalista preconizada pelas diretrizes (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019). Outro ponto de divergência reside na importância atribuída pelos estudantes ao cuidado da própria saúde física e mental, aspecto enfatizado nas DCNs de 2001 e presente na Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que trata da saúde e segurança no trabalho dos estudantes (BRASIL, 2008), mas não enfatizado nas novas diretrizes (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019). A pesquisa apontou, ainda, que parte dos estudantes ainda demonstram preferência pelo método tradicional de ensino, o que pode se configurar como um desafio à homogeneização curricular, embora as DCNs incentivem o uso de metodologias ativas. Esses resultados sugerem que, para que a homogeneização curricular

proposta pelas DCNs se efetive na prática, é necessário um esforço conjunto das instituições de ensino, docentes e estudantes (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019).

A adoção de um currículo disciplinar homogêneo nos cursos de medicina é fundamental para promover uma base educacional uniforme e sólida em todo o país, assegurando que todos os estudantes adquiram conhecimentos essenciais de maneira padronizada, independentemente da instituição em que estudam. Iniciativas como o PROMED e legislações como a Lei do Estágio (BRASIL, 2008) e a Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013) têm sido fundamentais para alinhar a formação médica às necessidades do SUS e aos padrões de qualidade, favorecendo a integração eficaz entre teoria e prática e garantindo a aplicação justa das diretrizes de ensino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Isso resultou em uma melhoria significativa na qualidade da educação médica e na capacitação dos profissionais. Dessa forma, a uniformidade curricular contribui não apenas para uma formação de alta qualidade, mas também facilita a mobilidade profissional entre estados e permite uma avaliação mais equitativa do desempenho acadêmico e profissional.

Formação médica orientada ao SUS

A Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, do Ministério da Educação, estabelece as DCNs para o curso de graduação em Medicina no Brasil. Uma das principais mudanças introduzidas por essa resolução está relacionada ao internato médico, que é a etapa final do curso de Medicina, com foco na formação prática dos estudantes (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

A resolução define que o internato deve incluir atividades em especialidades básicas, como Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, além de Saúde Coletiva e Medicina da Família e Comunidade. Dentro dessas áreas, pelo menos 30% da carga horária total do internato deve ocorrer em serviços de Atenção Básica e Urgência/Emergência vinculados ao SUS. Essa medida busca aproximar os futuros médicos da realidade do sistema de saúde pública brasileiro e prepará-los para lidar com situações frequentes no contexto da saúde pública, como atendimentos de urgência e cuidados na APS. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

Uma das principais dificuldades reside na compartimentalização de saberes e perspectivas, aspecto ainda predominante na graduação e pós-graduação em saúde (NOGUEIRA, 20 09). A formação médica tradicional, frequentemente criticada por sua natureza hospitalocêntrica e reducionista, privilegia o conhecimento especializado em detrimento de uma visão integral do paciente (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019). Essa fragmentação se reflete na atuação profissional, dificultando a implementação de práticas colaborativas e interprofissionais essenciais ao funcionamento do SUS (NOGUEIRA, 2009).

A Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, define a participação complementar da iniciativa privada no SUS, mas ressalta a preferência por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019; BRASIL, 1990). No entanto, a compatibilização entre os setores público e privado na saúde exige a superação de diferentes racionalidades e modelos de organização, o que demanda um esforço conjunto na formação de profissionais aptos a transitar entre esses espaços (NOGUEIRA, 2009; BRASIL, 1990).

As novas DCNs propõem a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como a ABP e a MBE. Essas abordagens, pre-

vistas no Art. 29, parágrafo II da Resolução nº 3/2014, incentivam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, buscando romper com o método tradicional de ensino e avaliação. Entretanto, a implementação efetiva dessas metodologias depende de um alinhamento entre o corpo docente, a estrutura curricular e as práticas nos serviços de saúde (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019).

A participação ativa e a construção do conhecimento são fundamentais na formação médica. Metodologias ativas, como o ABP, colocam o aluno no centro do processo de aprendizagem, promovendo um ambiente de ensino mais dinâmico e interativo. Isso está alinhado com os princípios do SUS, que valoriza a formação de médicos críticos e reflexivos, capazes de entender e responder às necessidades de saúde da população de maneira contextualizada. Ao participar ativamente na construção do conhecimento, o estudante de medicina desenvolve competências essenciais para atuar de forma mais eficiente no SUS, contribuindo para um atendimento mais qualificado e humanizado (WAGNER & MARTINS FILHO, 2022). Já a integração entre conteúdos é essencial para uma formação médica que supere o modelo tradicional e segmentado. Promovendo uma visão holística do processo de cuidado em saúde, essa abordagem é fundamental no contexto do SUS, que preconiza um cuidado integral e o entendimento das múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença. A integração curricular facilita a formação de profissionais capazes de oferecer um atendimento mais compreensivo e humanizado, alinhado aos princípios do SUS e às necessidades reais da população (MIGUEL *et al*., 2023)

Além disso, a formação médica orientada ao SUS também visa fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade, promovendo uma maior relação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde pública. Essa integração busca aproximar os estudantes das necessidades locais e regionais, incentivando uma visão crítica sobre as desigualdades sociais e de saúde do país (VASCONCELOS & RUIZ, 20 15). Porém, conforme estabelecida pela formação médica orientada ao SUS, é que, na prática, muitas instituições de ensino ainda não conseguem garantir uma articulação efetiva entre os serviços de saúde e o ensino. Embora o modelo previsto pelas DCNs proponha que os estudantes estejam diretamente inseridos em unidades de saúde ligadas ao SUS, a realidade de muitas faculdades ainda apresenta dificuldades estruturais, como a falta de preceptores capacitados, recursos inadequados e infraestrutura de saúde insuficiente (MEIRELES *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2019). Em muitos casos, a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade é prejudicada pela distância entre os ambientes acadêmicos e a prática profissional, o que acarreta na formação de futuros médicos inexperientes. Essa desconexão entre o que é proposto pelas diretrizes e a realidade dos serviços de saúde gera uma formação precária, onde futuros médicos não possuem estrutura mínima necessária para um aprendizado de qualidade.

Desafios na implementação das novas diretrizes

As mudanças no panorama educacional da Medicina no Brasil, especialmente após a publicação das DCNs de 2014, representam um marco transformador na formação médica. Elas foram desenvolvidas com o objetivo de alinhar os currículos médicos às necessidades de saúde da população brasileira, priorizando a atenção integral, a interdisciplinaridade e o fortalecimento do SUS. A intenção dessas diretrizes é fomentar a formação de médicos capazes de atuar de forma resolutiva nos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase na APS e na gestão

do cuidado (MACHADO *et al*., 2021; OLIVEIRA *et al*., 2020).

Todavia, a implementação dessas diretrizes tem enfrentado desafios consideráveis, especialmente em instituições de ensino que ainda seguem um modelo educacional baseado no paradigma flexneriano, caracterizado pela compartimentação das disciplinas e pelo ensino tradicional hospitalocêntrico. O distanciamento entre as práticas pedagógicas vigentes e as exigências das DCNs evidencia a dificuldade de adaptação de muitas escolas, que ainda mantêm currículos segmentados e pouco integrados (MACHADO *et al*., 2021; OLIVEIRA *et al*., 2020).

Um dos principais desafios identificados está na necessidade de romper com modelos rígidos e ultrapassados, que não atendem à formação de um médico com competências voltadas para o cuidado integral e a prática multiprofissional e interdisciplinar (MACHADO *et al*., 2021). A superação deste desafio demanda não apenas alterações estruturais nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs), mas também o desenvolvimento de uma cultura docente capaz de incorporar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como a problematização e a ABP. O envolvimento docente, contudo, ainda é um ponto crítico, visto que muitos professores relutam em abandonar métodos tradicionais em favor de abordagens mais inovadoras e centradas no aluno (MACHADO *et al*., 2021; MIGUEL *et al*., 2023).

Nesse sentido, faz-se necessária uma mudança de paradigma, onde a prática médica não se restringe ao tratamento de doenças, mas passa a incorporar os determinantes sociais, culturais e econômicos do processo saúde-doença (FERREIRA *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2023). Nessa nova perspectiva, a prática multiprofissional e interprofissional torna-se essencial para garantir um cuidado mais eficaz e humanizado, promovendo a colaboração entre diferentes profissionais de saúde em um modelo de atenção compartilhada (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019).

A implementação dessas mudanças, entretanto, encontra resistência nas estruturas educacionais atuais, que ainda privilegiam a hierarquia médico-centrada. Essa resistência é particularmente evidente em instituições onde os currículos permanecem focados no ambiente hospitalar e em disciplinas isoladas, dificultando a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a integração dos alunos em cenários de prática mais próximos à realidade da população, como a APS (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019).

Isso demonstra a dificuldade de incentivar a interdisciplinaridade e a formação em ambientes diversificados, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2023). A adoção de estratégias como a clínica ampliada e os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) também contribuem para superar o olhar fragmentado sobre o cuidado, promovendo a integração entre a clínica e a saúde coletiva (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019).

No contexto específico do RS, a implementação das DCNs de 2014 nos cursos de Medicina enfrenta desafios complexos, relacionados tanto às características geográficas e socioeconômicas da região, quanto à estrutura acadêmica das instituições de ensino médico. O Estado, conhecido por sua diversidade de instituições públicas e privadas, ainda luta para romper com modelos educacionais tradicionais, que perpetuam a formação médica centrada no ambiente hospitalar e na biomedicina, dificultando a adoção das diretrizes orientadas para a formação generalista e humanista (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019). Além disso, as escolas médicas situadas em regiões interioranas enfrentam dificuldades particulares relacio-

nadas à infraestrutura e à inserção dos alunos nos cenários de prática, especialmente no âmbito do SUS (MACHADO *et al*., 2021). Essas limitações reforçam a necessidade de uma maior articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para garantir uma formação alinhada com as demandas locais e regionais (MIGUEL *et al*., 2023).

Uma das dificuldades mais prementes no RS é a interiorização dos cursos de Medicina, que, em muitos casos, enfrenta barreiras estruturais, como a falta de recursos em unidades de APS e de professores capacitados em metodologias ativas de ensino. Esse cenário contrasta com o proposto pelas DCNs, que priorizam o aprendizado nos cenários da APS como base para a formação médica (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2023). Em regiões interioranas do Estado, a insuficiência de infraestrutura e a dificuldade de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde têm impactado negativamente a integração ensino-serviço-comunidade, um dos pilares fundamentais das novas diretrizes (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019).

A variabilidade curricular entre as escolas médicas reflete não apenas as diferenças entre as instituições, mas também as condições regionais em que estão inseridas. Enquanto as escolas situadas em Porto Alegre, como a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), possuem acesso a hospitais terciários e a uma infraestrutura robusta, permitindo uma formação mais integrada ao ambiente hospitalar, instituições em cidades do interior enfrentam desafios distintos. A Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), localizada no extremo sul do estado, tem como foco a formação de médicos com competências voltadas à APS e à saúde da família, refletindo a carência de especialistas em saúde pública na região. No entanto, a falta de preceptores qualificados e a infraestrutura limitada das unidades de saúde rural representam obstáculos significativos à implementação das metodologias preconizadas pelas DCNs (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014). Esse contraste regional sublinha a necessidade de uma maior flexibilidade curricular para atender às especificidades de cada localidade, sem perder de vista os princípios de formação generalista defendidos pelas diretrizes nacionais.

Além do mais, as instituições médicas gaúchas enfrentam resistência na implementação de práticas pedagógicas mais inovadoras, como o Problem-Based Learning (PBL) e outras metodologias ativas. O tradicionalismo acadêmico de muitas faculdades de Medicina ainda favorece currículos fragmentados, o que impede uma transição mais fluida para o modelo interdisciplinar e multiprofissional preconizado pelas DCNs (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019). Embora algumas universidades no Estado tenham iniciado a incorporação dessas metodologias, a consolidação dessas práticas depende de um esforço contínuo de capacitação docente e de mudanças estruturais nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) (FERREIRA *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2023).

Nesse aspecto, outro ponto crítico refere-se à formação docente. A falta de incentivo para a capacitação contínua de professores e a insuficiente articulação com as necessidades do SUS limitam a implementação efetiva das DCNs. Muitos docentes no RS ainda mantêm abordagens focadas em técnicas biomédicas e disciplinas isoladas, o que dificulta a promoção de um ensino que contemple os determinantes sociais da saúde e que prepare os estudantes para a prática interprofissional (MACHADO *et al*., 2021; FERREIRA *et al*., 2019; FERREIRA *et al*., 2023).

Assim, a implementação das DCNs de 20 14, apesar de representar uma proposta robusta

e necessária para a modernização do ensino médico no Brasil, revela-se um processo complexo, que exige não apenas uma revisão curricular profunda, mas também uma mudança paradigmática na forma como a educação médica é concebida e operacionalizada (MACHADO *et al*., 2021; OLIVEIRA *et al*., 2020). Para que essa transformação seja efetiva, é essencial que todos os envolvidos — educadores, gestores, alunos e profissionais de saúde — colaborem de maneira integrada. Essa abordagem colaborativa é fundamental para assegurar que a formação médica atenda às reais necessidades da sociedade, contribuindo efetivamente para a promoção da saúde e o bem-estar da população brasileira.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, realizamos uma investigação abrangente da complexa trajetória da formação médica, com foco especial no RS, que possui uma rica tradição nessa área. A análise das DCNs de 2001 e 2014, aliada a iniciativas como o Programa Mais Médicos, evidencia um movimento significativo em direção a uma formação médica mais integrada, humanista e orientada para as necessidades do SUS. Essa mudança de perspectiva busca superar o modelo tradicional de especialização precoce e a centralização no sistema hospitalar, respondendo à necessidade da saúde pública de contar com profissionais capacitados para atuar em cenários complexos e desafiadores.

Como ocorre com toda inovação, a implementação dessas diretrizes enfrenta desafios. As resistências internas nas instituições de ensino tradicionais, a necessidade de uma infraestrutura adequada para uma formação de qualidade e a busca por uma melhor articulação entre o ensino teórico e a prática no SUS são pontos que requerem atenção e esforços colaborativos de todos os envolvidos. Os dados levantados mostram que, embora exista um alinhamento geral entre as expectativas dos estudantes e os princípios das DCNs, persistem discrepâncias que precisam ser debatidas, como a preferência por modelos tradicionais de ensino e a ambição por especializações em detrimento da formação generalista.

A homogeneização curricular, um dos focos das novas diretrizes, é fundamental para garantir a uniformização de conhecimentos e habilidades, desde que esteja acompanhada da flexibilidade necessária para atender às especificidades regionais. Portanto, é imprescindível encontrar um equilíbrio entre a padronização, a qualidade e a inovação pedagógica, de modo a atender ao contexto local.

Por fim, ao refletir sobre o impacto da legislação vigente, como a Lei nº 11.788/2008 e a Lei nº 12.871/2013, fica claro que a construção de uma educação médica alinhada ao SUS não é apenas uma responsabilidade das instituições de ensino, mas um compromisso compartilhado que envolve toda a sociedade. Nesse sentido, a eficácia de metodologias ativas em diferentes contextos regionais e a análise da percepção dos alunos sobre o seu currículo trariam maiores evidências ao assunto, contudo novos estudos devem ser realizados.

Investir na relação entre ensino, serviço e comunidade resulta em uma melhor conexão entre educação e saúde pública. Assim, este capítulo visa estimular a reflexão sobre a formação médica no Estado do RS, ressaltando a importância de preparar médicos que sejam não apenas competentes, mas também éticos e comprometidos com a saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. *et al.* Currículo integrado: entre o discurso e a prática. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, n. 1, p. 20–25, 1 mar. 2011. doi: 10.1590/S0100-55022011000100004

BRASIL. Lei n° 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. Brasília DF., set., 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Lei n° 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília DF., out., 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF., set., 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

CASTRO *et al.* Memória do processo de estruturação curricular do curso de medicina. In: Dias *et al.*, eds. Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2020. p. 71-80. https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/214060/001117970.pdf. doi: 10.18310/9786587180090.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, 16 maio 2019. doi: 10.1590/S0100-55022008000300008

MACHADO, C. *et al.* Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021. doi: 10.1590/interface.200358

MEIRELES, M. A. DE C.; FERNANDES, C. DO C. P.; SILVA, L. S. E. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 2, p. 67–78, jun. 2019. doi: 10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178

MIGUEL, E. A. *et al.* Implantação curricular para curso de Medicina: superando desafios. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 47, p. e053, 26 jun. 2023. doi: https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.2-20220239

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Médicos e Intensivistas. Brasília DF., jun., 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/@@download/file

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, n. 2, p. 262–270, jun. 2009. doi: 10.1590/S0100-55022009000200014

OLIVEIRA, C. A. DE *et al.* Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de professores. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021. doi: 10.1590/interface.200076

OLIVEIRA, N. A. DE *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, p. 333–346, 1 set. 2008. doi: 10.1590/S0100-55022008000300008

REGINA, C. *et al.* Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do PROMED. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, p. 157–166, jun. 2013. doi: 10.1590/Interface.170920

VASCONCELOS, R. N. DE C.; RUIZ, E. M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, n. 4, p. 630–638, dez. 2015. doi: 10.1590/1981-52712015v39n4e02772014

WAGNER, K. J. P.; MARTINS FILHO, L. J. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: uso, dificuldades e capacitação entre docentes de curso de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 46, n. 1, 2022. doi: 10.1590/1981-5271v46.1-20210356