



5º Encontro Internacional de Política Social
12º Encontro Nacional de Política Social
Tema: “Restauração Conservadora e novas resistências”
Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

Eixo: Educação e Política Social.

“Mais Médicos”: humanização a partir das Diretrizes Curriculares em Medicina?

Diogo de Souza Vargas¹
Rodrigo da Costa Caetano²

Resumo

A carência de médicos na “Saúde da Família” no Brasil, influenciada em parte pela formação acadêmica oferecida, remete à necessidade de Políticas Públicas combativas. O “Programa Mais Médicos” (PMM), além do imediato provimento destes profissionais, visa também dar novos ares a sua formação. Trata-se de um estudo teórico, de modo a refletir a educação do médico brasileiro, valorizadora da doença e destoante das relações sociais nos processos de saúde, e como se apresentará a partir das novas Diretrizes Curriculares, enquanto objetivo do PMM. Acredita-se em mudanças efetivas, na qual a “medicalização” da vida e dos comportamentos tende a arrefecer, em busca de promover a saúde integral do ser humano, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Humanização; Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina.

"More Doctors": humanization from the Curriculum Guidelines in Medicine?

Abstract

The lack of doctors in "Family Health" in Brazil, influenced in part by the academic training offered, refers to the need for combative Public Policies. The "More Medical Program" (PMM), besides the immediate provision of these professionals, also aims to give new airs their training. This is a theoretical study, in order to reflect the education of the Brazilian doctor, valuing the disease and disrupting social relations in health processes, and how it will be presented from the new Curricular Guidelines, as an objective of the PMM. It is believed in effective changes, in which the "medicalization" of life and behavior tends to cool, in search of promoting the integral health of the human being, with a sense of social responsibility and commitment to citizenship.

Keywords: More Doctors Program; Humanization; National Curricular Guidelines for Medicine.

Introdução

Segundo Scheffer *et al.* (2015), o número de médicos no Brasil vem crescendo, proporcionalmente, mais do que o aumento da população nas últimas décadas. Em contrapartida, a alta concentração dos médicos nos grandes centros, somado à sua baixa adesão no Sistema Único de Saúde (SUS), demonstram a necessidade de medidas governamentais para o provimento e a fixação deste profissional em regiões remotas,

¹ Mestrando em Políticas Sociais, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF. E-mail: diogosvargas@yahoo.com.br.

² Professor do Curso de Mestrado em Políticas Sociais, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF. E-mail: profrodrigouenf@gmail.com.

verdadeiros “vazios” de profissionais, capazes por comprometer a rede de assistência pública em saúde, gerando descontentamento da população quanto aos serviços prestados (FNP, 2013).

Diversas são as causas da má distribuição do médico no Brasil, podendo ser analisadas de forma independente e/ou complementares: insuficiente dedicação ao trabalho devido à extensa carga horária exigida e ao multiemprego característico da classe; formação profissional voltada ao setor privado, gerando falta de identidade profissional em atuar em regiões carentes; e, sob a visão da sociedade: forte dependência deste profissional, enquanto provedor de saúde. O trabalho, inicialmente, versa sobre esta última, e tem como ápice a formação acadêmica do profissional médico e sua possível repercussão nas Políticas Sociais em Saúde.

O texto traz para análise o “Programa Mais Médicos” (PMM), no que tange às mudanças na conformação curricular do estudante de medicina. Muito mais do que as ações imediatas - provimento emergencial de médicos (nacionais e/ou estrangeiros), reformas estruturais das unidades de saúde e abertura de novos cursos de medicina-, o Programa perpassa a avaliação em números absolutos: de consultas, de médicos inseridos, de aberturas de cursos novos e de pesquisa de avaliação - por muito já abordado em trabalhos anteriores. Neste caminho, importa uma análise contextual e histórica das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Medicina, em sua última versão: a de 2014, em decorrência do PMM.

Portanto, trata-se de um estudo operacionalizado por meio de revisão bibliográfica, objetivando acarear a formação médica brasileira, sob uma revisão das suas diretrizes curriculares, e a forte dependência dos usuários aos serviços públicos de saúde, utilizando para tal os estudos clássicos de Canguilhem (1966/2009), Illich (1975) e Foucault (1977), dentre outros.

A participação de médicos estrangeiros no PMM, na sua maioria de origem cubana, desmistifica, de certa forma, a dependência do uso excessivo da tecnologia nas práticas de saúde e valoriza as questões sociais envolvidas no tratamento, ratificado por diversos trabalhos publicados sobre o ganho na qualidade da assistência à saúde em unidades beneficiadas pelo Programa, mesmo em regiões longínquas, vulneráveis socioeconomicamente e deficitárias quanto à infraestrutura nas unidades públicas prestadoras dos serviços básicos de saúde (SILVA e SOUZA, 2015; COLLAR; NETO e FERLA, 2015;

LIMA *et al.*, 2015). Os profissionais cubanos se baseiam na medicina familiar e social e, apesar de não ter um sistema de saúde com grandes tecnologias e hospitais requintados, sua medicina possui diferenciais quando comparados aos parâmetros mundiais (MORENO; VEDOVATO, 2015).

A “medicalização”¹ da vida e dos comportamentos, e a procura da saúde plena a todo o custo, onera demasiadamente o setor e prejudica o avanço das políticas públicas nacionais em saúde, na medida em que compromete a equidade e a integralidade dos serviços. Teoricamente, as práticas de saúde carecem de importantes mudanças, sendo uma delas atreladas à formação dos profissionais da saúde, em especial o médico. Assim, visa fortalecer um sistema de saúde menos técnico e mais humano, marcado significativamente pelo campo social das políticas de saúde.

Desenvolvimento

A implantação, nas últimas duas décadas, de Políticas Nacionais de Saúde voltadas para a fixação de médicos nas instituições públicas e, conseqüentemente, para uma distribuição mais equânime pelo Brasil, iniciou com a Portaria n° 2.027, de 25 de agosto de 2011², com o propósito de flexibilizar o trabalho do médico na ESF, destituindo-lhe da obrigação do cumprimento da carga horária de 40 horas semanais. Seguiu, cronologicamente, com o Programa de Valorização da Atenção Básica³, em 2011 (MS, 2011), e culminou em 2013 com o “Programa Mais Médicos” (PMM) (BRASIL, 2013).

Cercado de críticas, seja de caráter político, por parte dos cidadãos ou mesmo pela classe médica, o PMM necessita ser melhor compreendido, sobretudo quanto aos seus objetivos a longo prazo, caracterizando o seu vindouro legado a respeito da educação médica nos cursos de graduação, que será projetado enquanto um dos propósitos do trabalho.

¹A “medicalização” é um fenômeno pelo qual a vida cotidiana é apropriada pela medicina e interfere na construção de conceitos, costumes e comportamentos sociais. A questão da ética, unida à área da saúde pública e aliada à indústria farmacêutica, permite importantes discussões a respeito.

² Portaria n° 2.027, agosto de 2011: dispõe sobre a redução da carga horária dos profissionais médicos das Equipes de Saúde da Família, podendo ser reduzida até pela metade, ou seja: apenas 20 horas semanais em detrimento das 40 horas anteriormente disponibilizadas. A estas equipes, dá-se o nome de equipe da ESF parametrizada. Essa portaria foi revogada em 21 de outubro do mesmo ano, pela Portaria n° 2.488, mas manteve-se a possibilidade da parametrização da Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

³ PROVAB: objetiva estimular a formação do médico para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional para localidades com maior carência para este serviço. Após um ano de atuação, o profissional “ganha pontos”, de modo a cooperar no ingresso aos programas de residência (MS, 2011).

Defendida pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP), a necessidade de recrutamento de médicos estrangeiros ganhou destaque, principalmente após as manifestações populares conhecidas por “Jornadas de Junho de 2013”¹, contribuindo para que fosse implantado pelo Governo Federal, à época, a “agenda positiva”, na tentativa de arrefecer os clamores da sociedade. No setor da saúde estavam presentes: investimentos, ampliação e estruturação na rede de serviços de saúde; auxílio aos hospitais filantrópicos; e fixação de médicos em regiões vulneráveis (FNP, 2013).

O PMM, criado pela Medida Provisória nº 621, de 08 de Julho de 2013 (BRASIL, 2013) e regulamentado em outubro de 2013 pela Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013), possui três grandes eixos: o eixo provimento emergencial (também chamado de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”); o eixo investimento na infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde; e o eixo relacionado à formação médica. Este último, foco do estudo, não estava explícito nos anseios da sociedade durante as reivindicações de julho de 2013, o que pode demonstrar uma reivindicação estruturada na resistência aos ideais conservadores, sobressaindo aos clamores públicos e contrariando os interesses capitalistas ao estimular uma saúde menos técnica, mais humana.

O desenvolvimento do trabalho se dará em três partes: (1) a contribuição dos estudos clássicos a respeito da influência da medicina na vida das pessoas, na busca pela humanização das práticas profissionais e o quanto isso vem a representar na sociedade brasileira moderna, e (2) uma série histórica do avanço na saúde preventiva e o acompanhamento das DCN dos cursos de graduação em medicina. Ao final, (3) uma convergência dos tópicos, de modo a compreender como o PMM tem procedido no preparo do futuro médico brasileiro a atuar nas unidades públicas de saúde na resolutividade das demandas sociais em saúde - muito além de apenas recrutar médicos estrangeiros.

1) A Medicina na vida das pessoas: riscos e desafios

A Saúde, pensada como uma Política Social, ganha importantes proporções na medida em que necessita de uma atuação rápida e eficaz do Estado no combate às mazelas existentes na sociedade. Por tratar de vidas em risco e de inúmeras deficiências quanto a sua efetivação

¹“Jornadas de Junho de 2013”: manifestações populares ocorridas no Brasil em (Junho/2013). Teve como destaque as redes digitais na construção de estratégias infocomunicativas, orientadas para a ação política de indivíduos e de grupos, nas ruas e/ou na *Internet*. Objetivava melhorias das condições de vida no país nos diversos campos: transporte público, reforma política, educação e saúde (FERREIRA, 2016).

como política universal e integral, intensos debates a respeito externam a insatisfação popular quanto ao tema e corroboram com a necessidade do dimensionamento dos limites do Estado para com o cumprimento desta responsabilidade.

Diversos são os teóricos clássicos que embasaram parte de seus estudos no tema “saúde”, seja relacionado aos ambientes institucionais em que ela é trabalhada, seja na sua relação com a doença, ou na crescente e preocupante busca de sua plenitude pela sociedade. Foucault (1977), em “O Nascimento da Clínica”, fez uma crítica sobre a concepção equivocada do hospital como local de cura, enfatizando que as práticas de saúde devem se aproximar do convívio social do indivíduo, valorizando, contudo, “a medicina a domicílio”. O hospital pode ser encarado, segundo o filósofo e crítico literário, como um dificultador para a reabilitação social, além de criador de doença para os que ali se encontram.

[...] o médico de hospital só vê doenças distorcidas, alteradas, toda uma teratologia do patológico [...]. *A vocação desta medicina a domicílio é, necessariamente, ser respeitosa: ‘observar os doentes, ajudar a natureza sem violentá-la e esperar, confessando modestamente que faltam ainda muitos conhecimentos.* (FOUCAULT, 1977. p.18, grifo nosso).

Para Yazbek (2015, p.56), houve “uma mudança no nível de configuração dos objetos, dos conceitos e dos métodos da medicina” após a obra de Foucault (1977), atribuindo valores morais, éticos e sociais à medicina, ficando esta mais próxima do domicílio do indivíduo e de todo o contexto formador da doença.

Canguilhem (1966/2009) em “O Normal e o Patológico”, correlaciona saúde a potência, a criatividade e a capacidade de adaptação ao meio, sendo a doença limitadora do mundo no qual alguém se sentia à vontade em tempos anteriores. O foco deste estudo passa pelo descontentamento em relação à importância vultosa dada à doença pela sociedade e pelos profissionais da área, em detrimento da desvalorização dos “desvios de normalidade”: presentes naturalmente ou como forma de recuperação do corpo frente a um processo de reabilitação. O trabalho de Canguilhem, segundo Coelho e Filho (1999), contrariava o pensamento positivista dominante à época, por não apoiar a saúde e a doença numa variação quantitativa.

Observa-se, tanto em Foucault (1977) como em Canguilhem (2009), a preocupação em relação à queda da força produtiva do indivíduo afetado pela doença, como verdadeiros traços de uma sociedade capitalista: focada no lucro e, devido a isso, valorizadora do combate à doença - interpretada como prejuízo econômico. Em contrapartida, Coelho e Filho (1990)

concluíram que permeavam nos escritos de tais autores ideais socialistas, na medida em que: critica as instituições hospitalares como ambiente promotor de saúde e aproxima os serviços de saúde do ambiente familiar e social, na primeira obra; e descaracteriza a dialética saúde-doença, fomentando fatores determinantes da saúde para além de resultados técnicos e numéricos, mais próximos do contexto social do indivíduo, na segunda.

De maneira oposta, um modelo misto “de médicos privados e públicos e uma rede de hospitais e programas verticais contra doenças específicas”¹ (CUETO, 2015, p.33) oriunda dos países capitalistas, como exemplo maior os Estados Unidos da América (EUA) - não ficando o Brasil aqui de fora. Corroboram para tal apontamento os estudos de Maciel (2015), ao fazer uma reflexão de como a categoria médica tem agido sob as perspectivas do que é doença, num meio impregnado por influências capitalistas, com a “[...] intenção mercadológica de criar novas necessidades, de alterar parâmetros de normalidade, de manipular estatísticas e estudos clínicos em favor da indústria de medicamentos transforma a abordagem de risco no único imperativo médico” (MACIEL, 2015, p.328).

Em “A Expropriação da Saúde”, Illich (1975) critica a influência médica e de seus recursos empregados indiscriminadamente na vida das pessoas em busca de uma saúde perfeita. Denominou “iatrogenia clínica” os danos causados pelo excesso de intervenção médica, sejam no excesso de prescrição de medicamentos, de exames modernos e de atos cirúrgicos altamente invasivos e sem a devida indicação. Quanto à “iatrogenia social”, decorre de uma crescente dependência da população para com a figura do profissional médico. Chamou de “iatrogenia cultural” a destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para a priorização de uma medicina “autônoma”, relacionada com a enfermidade, com a dor e com a morte (ILLICH, 1975).

Mais tarde, ao fazer uma autocrítica a sua obra, Illich acrescentou o termo “iatrogenia do corpo”. Desenvolvido a partir do mercantilismo, o corpo corresponde a uma imagem de produção, e que posteriormente fora utilizado como veículo portador de felicidade e que é idolatrado: “[...] alimentado pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria da

¹ Programas verticais: “ações que visam a erradicação de determinada doença infecciosa por meio de uma tecnologia específica, e geralmente mediante uma operação administrativa e financeira muito complexa.” (CUETO, 2015, p. 40). Tais campanhas verticais eram lideradas pelos EUA, por três motivos: (1) promover a segurança nacional e defender seu território contra doenças estrangeiras; (2) proteger a produtividade econômica mundial, na medida em que defendiam a manutenção do consumo de seus produtos industrializados; e (3) conquistar a hegemonia política e cultural norte-americana nos países em desenvolvimento (CUETO, 2015).

‘dieta’ e pela indústria em geral, e, enfim, pelos que estão sempre interessados em vender este novo produto [...]” (NOGUEIRA, 2003. p.187).

Pelo exposto, o profissional médico, seus atos e seus espaços de atuação ocupam um lugar centralizador nas discussões a respeito da saúde capitalista ocidental, ficando o paciente, detentor da enfermidade, em segundo plano. A crescente dependência da sociedade por este profissional resulta numa população a cada dia mais “medicalizada”, “adoecida”, em busca de uma saúde “perfeita” e disposta a não medir esforços para se enquadrar aos padrões estatísticos estabelecidos.

Certamente, a valorização da doença e dos dividendos a que ela possibilita, contribui para a precarização dos modelos de saúde promotores de saúde e preventivos das doenças. Neste cenário, manter a ordem social através de Políticas Sociais efetivas torna-se objetivo central no combate à insatisfação popular quanto ao tema.

Como aponta Amoretti (2005), tanto os serviços de saúde, quanto a formação profissional, estão direcionados para o uso indiscriminado de equipamentos, técnicas e drogas modernas. Focada em um modelo que valoriza conhecimentos cada dia mais especializados, a educação médica brasileira passou a reproduzir o “modelo biomédico”, fato que provavelmente contribui para o desinteresse em ser “médico de família” (CECCIN e PINTO, 2007; BRITO, 2014), deixando a população a mercê da inconstância das políticas públicas de saúde.

Na prática, ainda falta creditar importância aos fatores sociais na saúde, principalmente nas práticas médicas, prejudicando sobremaneira a inter-relação saúde-doença com os fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente (MINAYO; SANCHES, 1993). Propostas de humanização e integralidade no cuidado¹ em saúde são vistos como estratégias de enfrentamento desta crise (AYRES, 2004), contra uma “ditadura da racionalidade fria e abstrata” (BOFF, 1999). A salvação das práticas de saúde, portanto, pode estar na Humanização e na construção do Cuidado nas práticas públicas em saúde.

¹ Utilizando de um ensaio de reflexão, Ayres (2004) descreve a dificuldade de sucesso terapêutico de D. Violeta, paciente fictícia, hipertensa descompensada e que procura os serviços de sua unidade de saúde reiterada vezes, e do outro lado, o inconformismo de seu médico quanto a esta situação. Sob este clima hostil, mesmo de forma despreziosa construiu-se, ao abandonar a caneta e o prontuário e a oportunizar o diálogo paciente-profissional, um novo olhar, um novo cuidado. A reconstrução da relação terapêutica, portanto, não foi por meio de uma técnica, de um conceito, mas de uma sabedoria prática, esta que deve ser humanizada (transformando em Cuidado) presente na interação entre usuários e serviços de saúde.

Frente às novas demandas sociais que se descortinam perante o SUS, e, reconhecendo a necessidade de redefinições em seus recursos humanos, admite-se que uma nova adequação dos modos de ensino seja imprescindível para que se possa atender melhor aos interesses e carências desses serviços.

2) A história da saúde pública e as DCN dos cursos de Medicina

Os motivos para o desinteresse da atuação do médico no SUS são vários, principalmente nas adversidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território brasileiro. Por requerer dedicação de grande quantidade de horas semanais e assim conflitar com o multiemprego característico da categoria (LACERDA *et al.*, 2012), e até mesmo devido a escolha profissional pela atuação exclusiva na rede privada de saúde; a ausência do profissional médico na Atenção Primária a Saúde¹ (APS), fruto talvez de sua formação acadêmica, vem a muito prejudicar a consolidação do sistema público de saúde brasileiro.

Importante para o trabalho em voga, um breve relato histórico dos movimentos da saúde pública no Mundo e no Brasil, o reflexo no ensino médico e suas consequências na atuação clínica destes profissionais.

Remonta ao “Movimento Preventista”, iniciado na América Latina nos meados da década de 1950, em que faziam parte do movimento “a reforma da prática médica a partir de mudanças localizadas na formação, sendo a incorporação das disciplinas de Medicina Preventiva nos currículos de Medicina a principal estratégia” (BATISTA, VILELA e BATISTA, 2015, p.82). O foco do ensino médico saiu, à época ainda incipientemente, do diagnóstico e do tratamento das doenças, devendo atuar de forma abrangente nos problemas de saúde da comunidade.

Outro marco foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada, em 1978, em Alma-Ata (ex-URSS). Com o *slogan* “Saúde para todos até o ano 2000” vários países passaram a reorganizar a prestação de serviços de saúde e a reorientação do ensino médico, caracterizado por estruturas administrativas rígidas, com o ensino predominantemente teórico, com transmissão vertical de conhecimentos, e pela falta de

¹ APS: termo mundialmente utilizado em referência à Atenção Básica (AB), este mais usado no Brasil. No estudo em questão, portanto, será priorizado a APS.

coordenação entre instrumentos de formação e as necessidades da comunidade (GARCIA, 1972).

Em 1986, ocorreu no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. A “Carta de Ottawa”, produto do evento, teve como uma de suas marcas a necessidade de empoderar a comunidade na busca da qualidade de vida. A saúde, segundo o documento, é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Observa-se a ampliação do conceito de saúde, incluindo a participação ativa do usuário no combate à enfermidade, em busca de uma vida melhor e mais independente das práticas médicas.

No mesmo ano, ocorreu no Brasil a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), fruto dos movimentos nacionais sanitários. Em luta pela abertura do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, esta Conferência veio na tentativa de romper o paradigma biomédico - racionalizado, individualista, voltado para os aspectos materiais e mensuráveis, focado no diagnóstico e na doença, valorizadora da tecnologia, das especializações e do hospital. Mas, como relata Batista, Vilela e Batista (2015), mudanças significativas foram dadas não no que tange ao ensino médico, mas sim ao modelo assistencial de saúde, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. No âmbito educacional, o modelo *flexneriano*, portanto, não foi superado.

Posteriormente, em 1988 e 1993, ambas em Edimburgo (Escócia), ocorreram respectivamente a I e a II Conferências Mundiais em Saúde, tendo como princípio norteador as prioridades educacionais para as escolas médicas, com forte impacto nas reformas curriculares dos cursos de medicina no Brasil e no mundo (BATISTA; VILELA e BATISTA, 2015).

As DCN para os cursos de graduação da área da saúde tem, como objetivo construir o perfil acadêmico e profissional em competências e conteúdos para atuarem no SUS com qualidade (MARANHÃO, 2003), devendo, portanto, estar atento aos diversos acontecimentos sobre a temática, de forma a capacitar profissionais de acordo com a realidade de trabalho.

3) O PMM e o futuro médico brasileiro: muito além de recrutar estrangeiros

Por ora, merece destaque no PMM o eixo relacionado à “formação médica”. Segundo o Governo Federal (GF), profissionais bem preparados, atuando de forma acolhedora, com humanização, vínculo e compreensão do contexto de cada pessoa, família e comunidade, estarão capacitados a resolverem em até 80% dos problemas de saúde que levam as pessoas a buscarem os serviços de saúde. Para que tenham condições para tal, torna-se necessário a reformulação do currículo de medicina, de modo a prepará-los adequadamente a ser um bom médico generalista (BRASIL, 2014).

A carência do profissional médico brasileiro nas UBS decorre, em parte, pelo conflito entre as instituições de ensino, focadas na visão capitalista e hospitalocêntrica¹, e a verdadeira necessidade de atuação deste profissional na ESF, pautado na visão holística do paciente, entendendo sobretudo as questões socioambientais e familiares.

Maciel (2015) faz uma reflexão de como a classe médica tem agido sob as perspectivas do que é doença - impregnada pelas influências capitalistas-, atrelando a “intenção mercadológica de criar novas necessidades, de alterar parâmetros de normalidade, de manipular estatísticas e estudos clínicos em favor da indústria de medicamentos” (MACIEL, 2015, p.328) à precarização do SUS.

Dessa forma, são deixadas de lado a conversa com o paciente e a priorização no indivíduo, que, por sua vez, deveria ser vista de forma abrangente e singular, respeitando a biografia e os valores do sujeito em todas as decisões relativas à sua vida. É necessário questionar, valorizar o ser humano e adotar novas posturas, aliando profissionais e pacientes por melhores conduções de tratamento - ouvir o paciente. Logo, a identidade médica construída com base na concepção da medicina extremamente técnica não coaduna, em geral, com uma formação profissional mais atenta às condições sociais e às dinâmicas territoriais em suas especificidades.

Esta forma de “poder”, tão negativamente abordado em Foucault (1977), encontra expresso no Art. 4º na penúltima versão das DCN do Curso de Graduação em Medicina (CNE/CES, 2001). Em seu parágrafo IV, redige sobre “Liderança”, e observa-se o predomínio de uma relação verticalizada e hierárquica das relações entre equipe:

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a *assumir posições de liderança*, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia,

¹ Baseado nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária, esta praticada nas UBS com a atuação da ESF.

habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (CNE/CES, 2011, grifo nosso).

De maneira oposta, as atuais DCN do Curso de Medicina inserem considerações quanto às diferenças “biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural”, garantindo o acesso universal e equidade como direito à cidadania. Também encontra presente a integralidade e a humanização do cuidado “por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, na construção de projetos terapêuticos compartilhados”, prevalecendo o “trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação *horizontal, compartilhada*” (MEC, 2014, grifo nosso).

As novas DCN, como eixo normativo do PMM, têm o propósito promover uma formação médica mais geral, humanística e crítica com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral da população.

A biomedicina ¹, modelo hegemônico no Brasil, portanto, não valoriza os determinantes sociais em saúde, pois: pouco considera a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; busca meios terapêuticos complexos e com uso de tecnologia onerosa; investe pouco na autonomia do paciente; e realiza a afirmação de uma medicina que tenha como categoria central a doença e não a saúde (ROMANO, 2008). Ou seja, vai de encontro aos teóricos anteriormente abordados: Foucault (1977), Canguilhem (1966/2009), Ivan Illich (1975), Boff (1999) e Ayres (2004).

O PMM tem como um dos objetivos formar médicos com uma formação geral e integral, alicerçada no SUS, formando profissionais aptos a cuidar da maioria dos problemas de saúde que uma pessoa apresente ao longo da vida (PINTO *et al.*, 2014).

Segundo Pereira e Ramos (2006), “A construção de um projeto de educação profissional contra-hegemônico exige refundar uma nova compreensão sobre o papel da educação profissional, radicalmente diferente da que predominou até então.” (p.105). E continuam: “deve ser guiado por valores éticos-políticos e não individualistas ou corporativos.” (p.105). Fato que não ocorria até a versão 2001 da DCN do Curso de

¹ Ciência voltada para a pesquisa das doenças humanas, com o objetivo de compreender as causas, efeitos, mecanismos e desenvolver e/ou aprimorar diagnósticos e tratamentos. Deixa de lado o estudo das interações sociais deste indivíduo como determinante de sua saúde.

Graduação em Medicina, mas que parece estar fundamentado na atual. O quanto repercutirá tais medidas nas práticas de saúde médica? Um longo tempo a esperar.

Considerações Finais

Reduzir a relevância de procedimentos altamente tecnicistas e elevar ações preventivas e promotoras de saúde, voltadas para a sociedade na qual o indivíduo está inserido, reforça o conceito de que proporcionar saúde não é apenas tratar doença. Logo, para promover saúde não precisa somente de “superespecialistas”, de “superequipamentos”; também é fundamental a disponibilidade de profissionais comprometidos com a população mais necessitada.

Merece registrar as mudanças das DCN de Medicina – somente agora em consonância com os estudos clássicos, publicados há mais de quarenta anos e aqui apresentados. Portanto, foi a partir da “Lei do Mais Médicos” que fortalece a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, cabendo aguardar como será a repercussão deste setor na prática clínica dos futuros profissionais.

O reforço nas relações éticas e humanizadas, e a inserção da relação de trabalho horizontal (expressas pela primeira vez na DCN de Medicina de 2014), pode representar a mudança de paradigmas, no qual a “medicalização” da vida e dos comportamentos se arrefecerá gradativamente frente ao progresso de um sistema de saúde resolutivo, preconizando o trabalho em equipe, valorizador do ambiente social do indivíduo e, portanto, menos dependente do médico.

Referências

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 10, n. 2, p. 136-146, 2005. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 26 jul. 2016.

BATISTA, N.A.; VILELA, R.Q.B.; BATISTA, S.H.S.S. **Educação médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015, p.398.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano**. Compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a carga horária Disponível em: <www.dhnet.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Minidos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília (DF), 23 out. 2013b. Seção 1, p. 01. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-pl.html>>. Acesso em: 10 Ago.2016.

BRASIL/PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Estudantes - O novo Currículo**. Publicado em 2014. Disponível em:< <http://maismedicos.gov.br/o-novo-curriculo>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

BRITO, L.M. **Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia (DF) quanto ao atendimento médico [monografia]**. Brasília (DF): Graduação em Saúde Coletiva; 2014. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/10286>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. 2. Reimpr. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CECCIN, R.B; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro. v. 31, n. 3, p. 266-277, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300009>. Acesso em: 20 ago.2016.

COELHO, M.T.A.D.; FILHO, N.A. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9, v.1, p.13-36, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/02.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

COLLAR, J.M.; NETO, J.B.A.; FERLA, A.A. Formulação e Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção e Cuidado em Saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, v.1, n.2, p.43-56, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/591/40>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CUETO, M. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde).

DAB/ESF. Departamento da Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 29 ago. 2016.

CNE/CES. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

FERREIRA, R. S. Jornadas de Junho: uma leitura em quatro conceitos para a Ciência da Informação. **Revista da Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.05-19, set. 2015/fev. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/incid/article/download/89761/103870>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

FNP. Frente Nacional de Prefeitos. **Número de médicos cresce, mas eles estão mal distribuídos pelo país.** Publicado em: 21 de Fev. 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 20 de Jul. 2016.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica.** Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

GARCIA, J.C. **La educación médica em la América Latina.** Washington, DC: OPS, 1972.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde – Nêmeses da Medicina.** Tradução de José Kosinski Cavalcante. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LACERDA, A. *et al.* Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v.14, n. 3, p.193-199, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/258>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

LIMA, R.C.G. *et al.* Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. **Tempus: actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 67-80, 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1741/1473>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MACIEL, M. G. S. Repensando a saúde e o tratamento médico. **Estudos avançados**, São Paulo. v. 29 n.83, p. 327-330, jan./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142015000100327>. Acesso em: 12 de Ago. 2016.

MARANHÃO, E. A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Márcio José (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede Unida, 2003.

MEC. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 239-262, jul./set.1993.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O PROVAB na UNA-SUS**. Brasília (DF, 2011. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/provab>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

MORENO, L.V.D.; VEDOVATO, L.R. Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, n.1, v.1, p. 156-182, 2015. Disponível em: <<http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/download/50/18>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

PINTO *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em saúde para debate**, n. 51, p.105-120, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/lil-771502>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ROMANO, V.F. A busca de uma identidade para o Médico de Família. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 18, v. 1, p.13-25. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100002>. Acesso em: 12 mar 2017.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015b, 284 p. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>>. Acesso em: 1º fev. 2017.

SILVA, R.J.O.; SOUSA, D. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. **REUNIR**: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade, v.3, n.2, p. 59-75, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/sus-31091>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

TEIXEIRA, M.A. As manifestações de junho e a política no Brasil contemporâneo: um convite ao debate. **Revista Estudos Políticos**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 372–378, dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaestudospoliticos.com>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

YAZBEK, A.C. 10 lições sobre Foucault. 6. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

