

Reflexões sobre as mudanças na formação médica no Brasil

Reflections on changes in medical training in Brazil

Márcia Silveira Ney^{1,2}  marcia.ney.unesa@gmail.com
Mirian Teresa de Sá Leitão Martins³  mirianteresad@yahoo.com.br
Mônica de Cássia Firmida¹  mfirmida@gmail.com

RESUMO

Introdução: Este ensaio tem como objetivos rever e analisar as mudanças ocorridas na educação médica com o olhar sobre a humanização no modelo assistencial e promover uma reflexão crítica sobre a formação de profissionais médicos no país. As discussões apontadas são derivadas de uma análise crítica reflexiva de publicações disponíveis na literatura sobre a temática.

Desenvolvimento: Recentes discussões para uma proposta da reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina suscitam análises sobre o período histórico da formação médica. Apontamos como marcos importantes de mudanças as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina em 2001 e 2014, a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar como modelo pedagógico pautado na integralidade para a assistência como princípios organizativos do Sistema Único de Saúde e o marco político com a implementação do Programa Mais Médicos desde 2013.

Conclusão: Apesar das iniciativas implementadas no currículo, o egresso do curso de graduação em Medicina ainda prioriza um fazer médico baseado na racionalidade biomédica. Contudo, nota-se a evolução das competências e habilidades do componente de prática profissional na interdisciplinaridade do cuidado ainda focado em uma ciência médica e com o impacto do avanço da utilização da medicina digital no século XXI. Para termos mudanças significativas no processo formativo, é necessária uma práxis educacional que priorize o acolhimento e a humanização do cuidado em saúde das diversas formas de vida e das individualidades.

Palavras-chave: Formação Médica; Política de Educação Superior; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: This essay aims to review and analyse the changes that have occurred in education medical care with a view to humanisation in the care model and promote critical reflection on the training of medical professionals in the country. The discussions highlighted are derived from an analysis reflective criticism of publications available in the literature on the subject.

Development: Recent discussions regarding a proposal to reformulate the national curricular guidelines for undergraduate medical courses raise analyses of the historical period of medical training. We point out as important milestones of change the 2001 and 2014 National Curriculum Guidelines (DCNs) for the medicine course, the multidisciplinary and interdisciplinary approach as a pedagogical model based on comprehensive care as organisational principles of the Unified Health System and the political framework with the implementation of the More Doctors Programme since 2013.

Conclusion: Given the initiatives implemented in the curriculum, medical graduates still prioritise medical practice based on biomedical rationality, there is an evolution of the skills and abilities of the professional practice component, in the interdisciplinarity of care, but still focused on a medical science and with the impact of advancing the use of digital medicine in the 21st century. In order to have significant changes in the training process, an educational praxis is necessary that prioritises welcoming and the humanisation of health care for different patients and individualities.

Keywords: Medical training; Higher Education Policy; Health.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Kristopheron Lustosa.

Recebido em 26/08/24; Aceito em 11/09/25.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Este ensaio aborda questões fundamentais no século XXI no que tange à saúde e às mudanças que ocorreram na formação médica no Brasil. Os processos formativos não são estáticos e sofrem transformações. Tanto que, passados dez anos da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação de Medicina em 2014, novamente se inicia uma discussão, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, para que haja reformulações no sentido de propor melhorias para formação profissional^{1,2}.

Partimos, então, da seguinte reflexão:

- Após a publicação das DCN para o curso de graduação em Medicina em 2014, ocorreram mudanças significativas com relação à humanização do cuidado nas práticas assistenciais nos serviços de saúde?

Com essa pergunta norteadora, percorremos a literatura científica publicada na base SciELO utilizando os descritores “cuidado humanizado” e “educação médica” nos últimos dez anos e outros estudos que trouxessem uma reflexão sobre a formação e os currículos vigentes ao longo dos últimos anos, com um olhar sobre a humanização das práticas de cuidado, a fim de contextualizar e propor reflexões sobre a temática. Utilizamos outros estudos que tratam da temática^{2,3-7}.

As transformações da sociedade exigem novos cenários de profissionais na saúde e nos modelos de assistência. A partir dos anos 1980, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, inicia-se a construção da concepção de uma saúde para todos, pautada no entendimento da saúde como um direito. Tal concepção se consolida na década seguinte com a implementação de um modelo assistencial universal, humanizado e de qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{3-5,8}.

Nesse contexto, os serviços de saúde demandaram outros perfis profissionais para o modelo assistencial^{3,4,8}. A partir dos anos 2000, pautaram-se discussões envolvendo os Ministérios da Educação e da Saúde para a implementação das DCN que consolidaram e possibilitaram em 2001 a implementação das primeiras DCN para a formação na área da saúde. Essas diretrizes preconizavam um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Diante de diversas transformações ocorridas na sociedade e no setor da saúde, e com os desafios para formar profissionais médicos qualificados e adequados para o SUS, as DCN foram revisitadas e implementaram-se novas diretrizes em 2014^{1,2,6,7}.

Em comparação ao preconizado em 2001, foi dada maior ênfase a aspectos humanísticos durante a formação, e houve uma tentativa de transformar o ensino pautado em um conceito do cuidado por meio de uma prática profissional com

empatia e solidariedade. E, ao mesmo tempo, buscou atender às demandas de cuidado da população mais pobre no âmbito do SUS, para a ampliação do acesso aos cuidados médicos, impulsionados pelo Programa Mais Médicos com a abertura de novos cursos de Medicina pelo país. Atualmente a graduação em Medicina é o curso que mais forma profissionais de saúde no país, e essa tendência tende a aumentar com a ampliação de vagas e a autorização de abertura de novos cursos^{3,6-9}.

DESENVOLVIMENTO

No Brasil, a primeira significativa modificação na educação médica foi a implementação de uma educação rigorosamente científica baseada no modelo flexneriano. No nosso país, as escolas de Medicina anteriormente se baseavam no modelo francês. O modelo flexneriano fundamentou-se nos avanços da própria ciência médica consolidada pelo conhecimento anatomofisiológico sobre os corpos, nas especialidades médicas, nos recursos técnico-científicos disponíveis para cuidar das doenças e curá-las, e na expansão de um conhecimento fragmentado baseado em disciplina nas escolas médicas de todo o mundo, em substituição às cátedras^{10,11}.

As mudanças ocorreram também na organização do curso e nas metodologias. A partir da década de 1960, houve as seguintes mudanças no Brasil:

- As cátedras foram definitivamente substituídas pelos departamentos médicos.
- Esses departamentos passaram a reunir as diferentes disciplinas.
- O ensino médico passou a ser dividido em dois ciclos: básico e profissionalizante.
- Nesses ciclos, também havia uma divisão: especialidades médicas e internato.
- Por fim, novas metodologias de ensino passaram a ser utilizadas.

As novas metodologias não eram apenas as baseadas no ensino oral e dentro dos muros escolares, mas iniciou-se uma formação médica que ocorria concomitante com a prática hospitalar, fundamentada nas especialidades médicas e de tempo integral, dentro dos departamentos de cada área¹¹.

A partir das décadas de 1960 e 1970, houve todo um conjunto de forças políticas e sociais que demandaram modificações no campo do ensino médico já com um novo entendimento baseado no princípio da integralidade, além de uma discussão sobre a importância da humanização e dos aspectos biopsicossociais da doença e da saúde. O princípio da integralidade pressupõe o cuidado da pessoa baseado no atendimento das necessidades dela, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação^{4,5}.

Para Mattos¹², esse princípio é um dos principais objetivos do movimento sanitarista tecido nos anos 1970 no Brasil, na Europa e na América Latina. A partir de então, foi reivindicado um novo conceito de saúde baseado na dimensão social do processo saúde/doença¹². As novas reivindicações ganharam força no que concerne a uma demanda social na educação médica e no plano das ideias, o que possibilitou mudanças para a adoção de um currículo em resposta a demanda das instituições assistenciais, por um determinado tipo de médico¹³, mais humanista.

No Brasil, a partir da criação do SUS, as reivindicações por uma atenção pautada na figura do médico generalista e mais humanizado tomaram fôlego com os pressupostos da medicina comunitária, para que fosse possível uma atenção mais humanizada e voltada para atender às necessidades práticas do dia a dia da população, principalmente no âmbito de um sistema público de saúde. Consolidaram-se dois domínios: o mais humanizado e integral, e a perpetuação dos discursos sobre os cuidados de base biomédica e superespecializados na prática e na formação nas escolas de Medicina⁴.

Com a consolidação dos princípios do SUS e o entendimento entre os profissionais e gestores da saúde da importância de uma atenção mais humanizada – a que priorize o indivíduo na sua totalidade –, houve uma maior preocupação sobre a formação desses profissionais para responder a essa demanda, a partir do início do século XXI. Entre tantas outras considerações e reflexões nos campos da educação e da saúde, a emergência de um ensino que respondesse, na área da saúde, às novas reformulações em curso possibilitou a formulação de diretrizes para o aprendizado dos referidos profissionais.

As mudanças curriculares para os cursos da área da saúde, com as primeiras DCN dos cursos de graduação, foram consolidadas em 2001 e priorizaram uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, em especial no âmbito do SUS. As DCN de 2001 para o curso médico trouxeram mudanças na estrutura curricular e instituíram a inclusão das disciplinas no ciclo básico, como psicologia médica e saúde coletiva, e maior integração com os serviços de saúde. Nesse contexto, manteve-se a formação médica com as especialidades médicas, como clínica médica e semiologia, que ocorriam geralmente em hospital universitário^{1,2,7,8}.

Com isso, em 2001 outras mudanças possíveis foram elencadas mediante a articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde com a criação do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares em Medicina (Promed). O Promed visou à diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem (desde o primeiro período), assim como à utilização de novas metodologias ativas de ensino^{4,5,8}.

Em 2013, com a criação do Programa Mais Médicos pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, novas discussões suscitaram mudanças na formação. O programa, além de impulsionar a expansão dos cursos de graduação em todo território nacional, para a fixação de profissionais de saúde de acordo com as necessidades do sistema de saúde nas regiões do país⁷, buscava a interiorização e fixação de médicos nas regiões desassistidas. O programa ainda realizou o provimento emergencial de profissionais médicos nas áreas descobertas por meio do intercâmbio de médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior do país, o que gerou bastante discussões na mídia e no âmbito da classe médica¹³.

Outra reformulação importante foi a consolidação da abordagem multidisciplinar baseada no paradigma da interdisciplinaridade, com vistas à implementação da educação interprofissional. Para isso, devem-se destacar as DCN de 2001 e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) de 2005, o qual buscou reorientar a formação dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, já que os profissionais dessas áreas faziam, naquele momento, parte da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família^{1,3,13}.

Entre outras orientações, na substituição definitiva dos currículos mínimos no curso de graduação em Medicina, as DCN de 2014 recomendam que haja uma integração entre saúde, educação e sociedade para que se consolide uma experiência clínica dos profissionais de saúde voltada aos determinantes sociais e psíquicos que envolvem o binômio saúde-doença, uma ênfase no cuidado humanizado, uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar como modelo pedagógico para que discentes saibam trabalhar em equipe e o uso de metodologias ativas para problematizar questões reais do atendimento médico^{2,14}.

Alinhada às transformações propostas, surgiu mais recentemente a Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, do Conselho Nacional de Educação (CNE), que regulamentou a meta do Plano Nacional de Educação (PNE) para o período de 2014 a 2024 e estabeleceu as diretrizes para a extensão na educação superior brasileira. Além disso, a resolução estabeleceu a obrigatoriedade da integralização de, no mínimo, 10% do total de créditos curriculares em programas e projetos de extensão voltados para as demandas sociais, em todos os cursos de graduação. Essa inserção curricular visa colocar a extensão em pé de igualdade com o ensino e a pesquisa, reconhecendo seu valor na formação de profissionais mais completos e engajados com a sociedade. Essas medidas vão ao encontro do artigo 207 da Constituição de 1988, que determina a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão como base para a atuação das universidades¹⁵.

Todas as reformulações implementadas e citadas aqui foram fundamentais para se avançar na formação do profissional de saúde, porém a questão da implementação de um currículo para os cursos de Medicina, no nosso país, ainda se apresenta como um desafio devido à sua importância para a própria formação. De acordo com Barreto et al.³, as mudanças no papel do atendimento em saúde pautado no cuidado implicam que os currículos dos cursos de graduação em Medicina estimulem o senso crítico de discentes sobre as condições de vida, saúde e trabalho da população, possibilitando que egressos tenham desenvolvido competências para o cuidar de todos com dignidade e cidadania.

Em um estudo qualitativo realizado com 25 médicos, Grossen et al.¹⁶ refletiram sobre a interação médico e paciente, as atitudes aprendidas e ensinadas na formação, e a prática médica para a promoção da competência técnica humanista. De acordo com os autores, na formação não se valorizam a dimensão do cuidado humanizado e a interação médico e paciente. Centrada no diagnóstico e tratamento de doenças, tanto nas aulas como no ambiente hospitalar, a aprendizagem não possibilita uma aproximação com as subjetividades e condições de vida dos pacientes. Por conta dessa inabilidade de interação, os profissionais acabam, na prática médica, não exercendo um cuidado humanizado. Segundo os autores, a dimensão do cuidado é fundamental nessa interação e reflete diretamente na satisfação ou insatisfação tanto dos pacientes quanto da relação docente-aluno¹⁶.

Já Barros et al.¹⁷, em um estudo qualitativo-exploratório com entrevistas semiestruturadas realizadas com diversos profissionais da saúde em um hospital-escola de alta complexidade, objetivaram conhecer as sugestões de profissionais que atuaram na assistência à saúde sobre como melhor prepará-los para lidar com esse contexto. Os resultados desse estudo demonstraram que as instituições de ensino na saúde aplicaram as seguintes mudanças para a humanização na saúde: maior ênfase do currículo nos aspectos psicológicos e no cuidado integral destinado ao ser humano, com destaque para a humanização, a comunicação, o trabalho colaborativo em equipe e a liderança e gestão de pessoas. Os autores recomendam também que as instituições de ensino na área da saúde adotem uma maior carga horária de teoria e prática com simulação e práticas em cenários reais em emergência e cuidado intensivo com aspectos relacionados aos conteúdos da "medicina de crise", da biossegurança, da bioética e dos cuidados com pacientes críticos¹⁷.

Mudanças ocorreram na atualidade?

Mesmo que a partir dos anos 2000 tenham sido implementadas as DCN (2001 e 2014), para Pereira et al.¹⁸ ainda

não foi consolidado todo o cenário das mudanças trazidas pela reforma sanitária, com a criação do SUS e os novos paradigmas para a formação. Segundo os autores, as reformas propostas pelas DCN não são suficientes para promover mudanças significativas na formação do egresso, pois, como a socialização dos estudantes de Medicina ocorre majoritariamente em espaços hospitalares, eles são influenciados por valores, atitudes e comportamentos dos médicos que atuam como docentes. Por isso, é fundamental refletir sobre o desenvolvimento de determinadas competências que extrapolam o saber científico, como as habilidades de comunicação e atitudes de empatia perante os pacientes¹⁸. Compartilhando da mesma reflexão, entendemos que tais mudanças ao longo dos anos não garantiram profundas transformações na formação médica, pois ainda imperam o saber biomédico e a experiência clínica.

Para Rios et al.¹⁹, Veras et al.²⁰ e Miguel et al.²¹, a excessiva biologização na formação médica favorece uma fragmentação da concepção da saúde e não leva em consideração os aspectos subjetivos que envolvem a relação entre docente e discentes, do indivíduo com a sua saúde e nem a que ocorre entre a pessoa que está em busca de cuidado e cura e os profissionais. Além disso, não favorece os aspectos da relação médico-paciente, que é elemento-chave na atenção à saúde, nem as questões referentes ao conhecimento dos aspectos humanos que envolvem a assistência médica.

De acordo com Ceccim²² (2019), deveria ser ensinada, na formação do curso de Medicina, uma prática na qual os corpos afetivos se encontrem na dinâmica do cuidado e escapem do paradigma da relação médico-paciente fortalecido pelo paradigma biomédico, já que há uma insuficiência de conteúdos e competências ao longo do processo da formação. Para o autor, a aprendizagem ocorre a partir de experiências baseadas na cognição e somadas aos aspectos afetivos, e deveria priorizar também uma escuta pedagógica produzida pelos múltiplos encontros entre docentes e discentes e entre discentes e pacientes que ressignificam as subjetividades, o que produziria mudanças de reconhecimento da alteridade em forma de acolhimento²².

Marques et al.²³, em um estudo realizado com egressos do curso de Medicina, trazem em relevo a importância de uma prática médica humanizada a ser desenvolvida na própria formação: o acolhimento na universidade e uma reflexão sobre a conduta profissional médica dos docentes. Os discentes, por vezes, sinalizaram que a conduta humanizada não se apresenta na prática de alguns de seus docentes, e esse modelo não deve ser seguido. Nesse estudo, os autores constataram também que o significado do conceito de humanização às vezes não foi bem compreendido ou se confundiu com amizade por parte de colegas, e pode ter impacto no acolhimento na universidade.

Outra questão levantada que se refletiu positivamente na formação foi a relação entre discentes e docentes. Se professores se apresentam afetivos e mais flexíveis com os discentes, essas condutas contribuem para a segurança destes durante a trajetória acadêmica e para uma maior participação durante as aulas, o que favoreceria a formação deles como futuros profissionais de medicina²³.

Já Donnangelo et al.²⁴, em diálogo com Foucault²⁵, salientam que a medicina se correlaciona com as relações de poder e os contextos sociopolíticos de determinados períodos históricos.

Retomamos então a concepção da articulação da medicina com a sociedade defendida pelos autores para analisar o momento atual, no qual duas questões capturam o campo médico: o individualismo e o avanço da tecnologia. O individualismo como uma ideologia predominante nas sociedades implica o desinteresse pelo outro, além de configurar a perda da legitimidade do ser humano como sujeito de direitos, da solidariedade entre as pessoas e do respeito à dignidade humana. As tecnologias, ao serem superestimadas, dominam a sociedade e passam a subjugar as pessoas. Portanto, tanto o individualismo como a superestimação da tecnologia vão operar na relação médico-paciente na atualidade, na qual o respeito e a responsabilização pelo outro podem ser obscurecidos pelo desenvolvimento das tecnologias biomédicas²⁶.

Compreendemos, em diálogo com os autores citados, que houve mudanças em alguns aspectos do processo formador nas escolas de Medicina e, como marcos importantes das mudanças, apontamos os seguintes: 1. as DCN de 2014 com a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar como modelo pedagógico pautado na integralidade para a assistência como princípio organizativo do SUS e 2. o marco político, com a implementação do Programa Mais Médicos desde 2013, que priorizou mudanças para a formação do médico^{2,13}.

As aprendizagens foram (re)construídas para os estudantes desde o início da formação, com as mudanças que possibilitaram o aprendizado em diferentes cenários assistenciais para contato com realidades distintas no âmbito do SUS com ênfase maior em espaços da atenção primária à saúde. Os discentes, ao realizarem uma prática médica nesses espaços, têm a possibilidade de ampliar a visão do que significa o atendimento integral e vivenciar práticas integrativas complementares, de cuidados paliativos e de assistência à saúde mental, o que os aproxima ainda mais dos aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença.

Ao entendermos o processo formativo para a educação médica, em diálogo com Ceccim²², como um dispositivo que aciona outras formas de se constituir como profissional de

saúde e não como uma modelagem da aprendizagem pautada apenas na transmissão de conhecimentos entre docentes e discentes, afirmamos a importância dos aspectos relacionais do processo educativo.

Apenas uma educação que possibilite o encontro afetivo entre indivíduos pelo caráter significativo das interações será capaz de produzir marcas e mudanças nas subjetividades. Compreendemos que a própria formação médica por vezes captura a dimensão afetiva das subjetividades dos discentes ao enfatizar e valorizar demasiadamente a técnica e a ciência médica.

A valorização das relações afetivas dos sujeitos médicos por meio das mudanças das práticas pedagógicas no âmbito da educação poderia constituir egressos mais comprometidos com a humanização do cuidado, mesmo agora que imperam o individualismo e a “fetichização” das tecnologias e a medicina digital do século XXI.

CONCLUSÃO

As transformações da educação médica que envolvem o resgate do sentido da dignidade humana no cuidado e da humanização vão além das tecnologias digitais de aprendizagem e das especialidades tecnobiológicas.

Nesse sentido, a educação como uma práxis poderia promover uma ação transformadora por meio da aprendizagem e do conhecimento, de modo a possibilitar um encontro entre corpos afetivos²⁷.

A educação deveria priorizar uma formação para o cuidado não apenas do que é cognoscível – o corpo biológico –, mas uma relação afetiva adequada às necessidades de saúde do indivíduo²⁷. Enfatiza-se aqui um encontro de médico e paciente em que possam ser afetados pela alteridade, pelo diverso e pelo plural, de modo a evidenciar as diferentes formas de existência de cada pessoa.

As DCN devem ser aprimoradas para a consolidação de uma formação baseada em um outro modelo assistencial: na concepção de que o indivíduo por trás da sua doença é uma existência plural e deve ser objeto de acolhimento. O trabalho médico e a formação médica deveriam se ater a uma ética. Para isso, deve-se priorizar uma reflexão sobre as diversas formas de vida, para além dos dispositivos tecnocientíficos.

Portanto, o *dever* pedagógico nos cursos da saúde, e em especial no curso de Medicina, só ocorrerá com novos paradigmas que possibilitem a promoção do encontro entre demandas tão diversas, pautado em um dispositivo educativo dialógico comprometido com a defesa da dignidade humana, que possibilite reflexão e mudanças no acolhimento e cuidado em saúde das diversas formas de vida – das subjetividades.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Márcia Silveira Ney e Mirian Teresa de Sá Leitão participaram da concepção e elaboração do desenho de estudo, da revisão de literatura, da aquisição dos dados e da redação e revisão intelectual do manuscrito. Mônica de Cássia Firmida participou da revisão dos dados e da redação e revisão intelectual do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior; 2001 [acesso em 20 abr 2025]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf.
2. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [acesso em 20 abr 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view.
3. Barreto LSO, Dal Poz MR. Formação profissional em saúde: análise dos programas interministeriais de formação em saúde a partir de 2003. Curitiba: Appris; 2024. 300 p.
4. Machado CDB, Wu A, Heinze M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. Rev Bras Educ Med. 2018;42(4):66-73. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>.
5. Pereira GA, Stadler AMU, Uchimura KY. O olhar do estudante de Medicina sobre o Sistema Único de Saúde: a influência de sua formação. Rev Bras Educ Med. 2018;42(3):57-66. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170110.r1>.
6. Oliveira NA, Meirelles RM, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):333-46. doi: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022008000300008>.
7. FERREIRA, Matheus Mendes dos Santos et al. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina no Brasil: mudanças no processo de formação. Jornal de Políticas Educacionais, v. 17, 2023. Disponível em: Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina no Brasil: mudanças no processo de formação.
8. Faria L, Santos LAC. Influências dos modelos de formação e prática médicas no Brasil: o desenvolvimento da saúde global. Revista História: Debates e Tendências. 2021;21(3):80-98.
9. Santos Júnior CJ dos, Misael JR, Trindade Filho EM, Wyszomirska RM de AF, Santos AA dos, Costa PJM de S. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?” Rev Bras Educ Med. 2021;45(2):e058. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200523>.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: bulletin number four. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. 364 p.
11. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tipologia das escolas. 2a ed. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica; 2009. 302 p.
12. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica. 2004;20(5):1411-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>.
13. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 23 out. 2013. Seção 1, p. 1.
14. Costa DC, Costa NMSC, Pereira ERS. Os papéis do professor de Medicina: diálogo entre teoria e prática no ensino superior. Rev Bras Educ Med. 2023;47(4):1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2022-0183>.
15. Brasil. Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional da Educação – PNE 2014-2024 – e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2018 [acesso em 22.08.2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/resolucoes/resolucoes-cne-ces-2018>.
16. Grossen Z, Patricio ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. Rev Bras Educ Med. 2004;28(2):99-105.
17. Barros, HRS, Grosseman, S. Sugestões de uma equipe de saúde hospitalar à formação e ao preparo profissional para pandemias. Rev Bras Educ Med. 2024;48(4):1-13.
18. Pereira CMAS, Bernardes FM, Minari AG, Silva CHM, Paro HBMS. Innovations in curriculum designs do not guarantee students' patient-centered attitudes running title: curricula and patient-centered attitudes. Rev Bras Educ Med. 2019;43(4):167-75. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180198ingles>.
19. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MT, Oliveira RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. Rev Bras Educ Med. 2008;32(1):112-21. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100015>.
20. Veras RM, Passos VBC, Feitosa CCM, Fernandes SCS. Diferentes modelos formativos em saúde e as concepções estudantis sobre atendimento médico humanizado. Cienc Saude Colet. 2022;27(5):1781-92. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23832021>.
21. Miguel EA, Diegues ME, Gasques LS, Baretta IP. Implantação curricular para curso de Medicina: superando desafios. Rev Bras Educ Med. 2023;47(2):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.2-20220239>.
22. Ceccim RB. Aprendizagem e criação de formas de vida. II Seminário online: Formar, Reações e Reflexões na Formação Profissional. 2019 [acesso em 22.08.2025]. Disponível em: https://www.facebook.com/pg/Brapep/çavideos/ref=page_internal.
23. Marques VA, Cecagno D, Tavares AR, Porto AR, Biana CB, Palheta AMS. Significados da formação: visão de médicos egressos de uma universidade pública. Res Soc Develop. 2020;9(11):1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9841>.
24. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2011. 178 p.
25. Foucault, M. Microfísica do poder. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
26. Simmel G. O indivíduo e a liberdade. In: Souza J, Oélze B, organizadores. Simmel e a modernidade. Brasília: Editora UnB; 1998. p. 107-17.
27. Freire P. Pedagogia do oprimido. 84a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019. 256 p.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.