

Mateus Costa Moreno Romero
Daniel John Barnett
Rafael de Souza Pinto Paiva Diniz



A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Desafios Estruturais e Perspectivas
na Formação Contemporânea



 **SUS**
Sistema
Único
de Saúde



thesis editora
científica



2026 - Thesis Editora Científica

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores



Licença Creative Commons

A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA: Desafios Estruturais e Perspectivas na Formação Contemporânea da Thesis Editora Científica está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Thesis Editora Científica. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

O manuscrito foi previamente submetido à avaliação cega pelos pares (*blind peer review*), membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovado para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

ISBN: 978-65-83199-53-9

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br



2026

A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA: Desafios Estruturais e Perspectivas na Formação Contemporânea

Autores

Mateus Costa Moreno Romero
Daniel John Barnett
Rafael de Souza Pinto Paiva Diniz

Conselho Editorial

Felipe Cardoso Rodrigues Vieira – lattes.cnpq.br/9585477678289843
Adilson Tadeu Basquerote Silva – lattes.cnpq.br/8318350738705473
Andréia Barcellos Teixeira Macedo – lattes.cnpq.br/1637177044438320
Eliana Napoleão Cozendey da Silva – lattes.cnpq.br/2784584976313535
Rodolfo Ritchelle Lima dos Santos – lattes.cnpq.br/8295495634814963
Luís Carlos Ribeiro Alves – lattes.cnpq.br/9634019972654177
João Vitor Andrade – lattes.cnpq.br/1079560019523176
Bruna Aparecida Lisboa – lattes.cnpq.br/1321523568431354
Júlio César Coelho do Nascimento – lattes.cnpq.br/7514376995749628
Ana Paula Cordeiro Chaves – lattes.cnpq.br/4006977507638703
Stanley Keynes Duarte dos Santos – lattes.cnpq.br/3992636884325637
Brena Silva dos Santos – lattes.cnpq.br/8427724475551636
Jessica da Silva Campos – lattes.cnpq.br/7849599391816074
Milena Cordeiro de Freitas – lattes.cnpq.br/5913862860839738
Thiago Alves Xavier dos Santos – lattes.cnpq.br/4830258002967482
Clarice Bezerra – lattes.cnpq.br/8568045874935183
Bianca Thaís Silva do Nascimento – lattes.cnpq.br/4437575769985694
Ana Claudia Rodrigues da Silva – lattes.cnpq.br/6594386344012975
Francisco Ronner Andrade da Silva – lattes.cnpq.br/5014107373013731
Maria Isabel de Vasconcelos Mavignier Neta –
lattes.cnpq.br/8440258181190366
Anita de Souza Silva – lattes.cnpq.br/9954744050650291
Sara Milena Gois Santos – lattes.cnpq.br/6669488863792604
Leônidas Luiz Rubiano de Assunção – lattes.cnpq.br/4636315219294766
Jose Henrique de Lacerda Furtado – lattes.cnpq.br/8839359674024233
Noeme Madeira Moura Fé Soares – lattes.cnpq.br/7107491370408847
Luciene Rodrigues Barbosa – lattes.cnpq.br/2146096901386355
Mário César de Oliveira – lattes.cnpq.br/8924508898024445
Antonio da Costa Cardoso Neto – lattes.cnpq.br/9036328153320126



2026 - Thesis Editora Científica

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Romero, Mateus Costa Moreno

A educação médica brasileira [livro eletrônico] : desafios estruturais e perspectivas na formação contemporânea / Mateus Costa Moreno Romero, Daniel John Barnett, Rafael de Souza Pinto Paiva Diniz. -- Teresina, PI : Thesis Editora Científica, 2026.

PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-83199-53-9

1. Educação médica - Brasil 2. Medicina - Brasil 3. Médicos - Formação profissional - Brasil 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Barnett, Daniel John. II. Diniz, Rafael de Souza Pinto Paiva. III. Título.

26-367025.0

CDD-610.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação médica 610.7

Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB - SP-010133/O

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br



2026

A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA: Desafios Estruturais e Perspectivas na Formação Contemporânea

SOBRE OS AUTORES

Mateus Costa Moreno Romero – Bacharel em Odontologia (2017-2021) pelo Instituto de Ciência e Tecnologia (ICT) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP. Graduando em Medicina (2020-2026) pela Universidade de Taubaté (UNITAU). Já realizou pesquisas nas áreas de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; Bioestatística aplicada; Endodontia em modelo animal; Saúde Coletiva e Psiquiatria ambulatorial. Foi bolsista PIBIC do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, é docente do Centro Universitário Santa Cecília (UNIFASC) em Pindamonhangaba-SP. **Lattes ID:** <http://lattes.cnpq.br/0974342716234642>.

Daniel John Barnett – Graduando em Medicina pela Universidade de Taubaté (UNITAU), com conclusão prevista para o ano de 2026, foi membro da Liga Acadêmica de Nefrologia por 2 anos e membro da Diretoria da Liga Acadêmica de Infectologia por 2 anos. Atuou como voluntário em acampamentos de adolescentes com ensino e gincanas na parte social. Participou de eventos de promoção em saúde na cidade de Taubaté, com ações de prevenção de Diabetes e Hipertensão. Continua buscando ensinar e auxiliar as gerações futuras com mentoria e auxílio nos estudos e pontos de vista de carreira, além de continuar exercendo trabalho voluntário com adolescentes em São José dos Campos. **Lattes ID:** <http://lattes.cnpq.br/7157582431991639>.

Rafael de Souza Pinto Paiva Diniz – Graduando em Medicina pela Universidade de Taubaté (UNITAU), com conclusão prevista para 2026. Ao longo da formação, demonstrou perfil de liderança e engajamento institucional como membro do Diretório Acadêmico e da gestão da Liga Acadêmica de Cirurgia. Atuou ativamente na área de extensão e impacto social, sendo monitor do projeto "Treinamento em Primeiros Socorros para Crianças e Adolescentes de Escolas Públicas e Privadas", além de organizador do Mutirão da Saúde da APM em São José dos Campos e do projeto Mais Saúde e Comunidade da Inspirali. **Lattes ID:** <http://lattes.cnpq.br/9753097436771510>.

PREFÁCIO

Estimado (a) Leitor (a),

A educação médica brasileira vive um momento singular de sua história. Nas últimas décadas, o país assistiu à expansão acelerada dos cursos de Medicina, à incorporação de novas metodologias de ensino, ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como cenário formador e ao surgimento de tecnologias capazes de transformar profundamente a prática médica e os processos educacionais. Ao mesmo tempo, cresceram os questionamentos sobre a qualidade da formação, a adequação dos currículos às necessidades da população e o papel social das escolas médicas.

Formar médicos nunca significou apenas transmitir conhecimentos científicos. Trata-se de preparar profissionais capazes de compreender a complexidade do processo saúde-doença, tomar decisões éticas, lidar com incertezas e estabelecer relações humanas em contextos frequentemente marcados pela vulnerabilidade e pelo sofrimento. Em uma sociedade cada vez mais dinâmica e desigual, esse desafio torna-se ainda maior.

Foi a partir dessas reflexões que surgiu esta obra. Ao longo dos capítulos, discutiremos a trajetória histórica da educação médica brasileira, as influências que moldaram seus currículos, os impactos da expansão do ensino médico, o papel do SUS na formação profissional, os desafios enfrentados pelos estudantes e as perspectivas que se desenham para o futuro da profissão.

Mais do que oferecer respostas definitivas, este livro busca estimular uma análise crítica sobre os caminhos da formação médica no Brasil. Afinal, discutir educação médica é discutir também o futuro da assistência à saúde, das instituições formadoras e, sobretudo, dos profissionais que serão responsáveis pelo cuidado das próximas gerações.

Lhe desejamos uma excelente leitura!

*“Onde quer que a arte da Medicina seja amada, há também
um amor à humanidade”*

Hipócrates

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - Introdução: a formação médica em debate.....	10
CAPÍTULO 2 - A herança da formação médica: do modelo Flexneriano à contemporaneidade	17
CAPÍTULO 3 - Expansão do ensino médico no Brasil: democratização ou mercantilização?	28
CAPÍTULO 4 - O Sistema Único de Saúde como cenário formador	34
CAPÍTULO 5 - Qualidade da formação médica: entre diretrizes e realidade.....	44
CAPÍTULO 6 - O estudante de medicina na contemporaneidade	54
CAPÍTULO 7 - Desafios contemporâneos da educação médica.....	62
CAPÍTULO 8 - Perspectivas para o futuro da formação médica	70
CAPÍTULO 9 - Considerações finais: formar médicos para qual sociedade? ...	78
REFERÊNCIAS	84

CAPÍTULO 1 - Introdução: a formação médica em debate

1.1 A formação médica no centro das transformações sociais

A educação médica sempre ocupou posição estratégica no desenvolvimento das sociedades. Afinal, a qualidade da assistência prestada à população depende diretamente da formação daqueles que assumirão a responsabilidade de prevenir doenças, promover saúde, diagnosticar enfermidades e conduzir tratamentos. Mais do que uma atividade técnica, a medicina constitui uma prática social profundamente relacionada aos valores, às necessidades e aos desafios de cada época histórica.

Ao longo dos séculos, a figura do médico passou por significativas transformações. O profissional que outrora se apoiava predominantemente na observação clínica e em conhecimentos empíricos passou a atuar em um cenário marcado pelo desenvolvimento científico, pela incorporação de tecnologias sofisticadas e pela crescente complexidade dos sistemas de saúde. Paralelamente, as expectativas da sociedade em relação ao médico também se ampliaram. Atualmente, espera-se não apenas competência técnica, mas também sensibilidade humana, capacidade de comunicação, postura ética, raciocínio crítico e compreensão dos fatores sociais que influenciam o processo saúde-doença.

Nesse contexto, a formação médica tornou-se objeto de intenso debate em diferentes países. Universidades, entidades profissionais, órgãos governamentais e pesquisadores passaram a discutir quais competências são necessárias para o exercício da medicina contemporânea e quais estratégias

educacionais são mais adequadas para desenvolvê-las. Questões relacionadas à qualidade do ensino, à integração entre teoria e prática, ao papel das tecnologias digitais e à formação humanística passaram a ocupar espaço central nas discussões sobre educação médica.

No Brasil, tais debates assumem relevância ainda maior diante das particularidades do sistema de saúde nacional, das desigualdades sociais e regionais existentes e da rápida expansão do número de cursos de Medicina observada nas últimas décadas. Compreender a formação médica brasileira exige, portanto, analisar não apenas os currículos universitários, mas também os contextos sociais, políticos e econômicos que influenciam sua construção.

1.2 Um cenário em transformação

Poucas áreas do ensino superior brasileiro sofreram mudanças tão expressivas nos últimos anos quanto a Medicina. O crescimento do número de escolas médicas, a ampliação da oferta de vagas, a interiorização do ensino superior e a criação de novas políticas públicas voltadas à formação profissional alteraram significativamente o panorama da educação médica nacional. Essas transformações ocorreram em resposta a demandas legítimas da sociedade brasileira. Durante décadas, diversas regiões do país enfrentaram escassez de profissionais médicos, especialmente em municípios do interior e áreas socialmente vulneráveis. A ampliação da oferta de cursos foi frequentemente apresentada como estratégia para aumentar o número de médicos disponíveis e reduzir desigualdades no acesso à assistência à saúde.

Entretanto, a expansão quantitativa da formação médica trouxe consigo uma série de questionamentos. Afinal, o aumento do número de vagas foi

acompanhado pela ampliação da infraestrutura necessária para garantir ensino de qualidade? Existem campos de prática suficientes para absorver o crescente contingente de estudantes? As instituições dispõem de corpo docente qualificado em quantidade adequada? Os cenários de aprendizagem permitem o desenvolvimento das competências previstas pelas diretrizes nacionais?

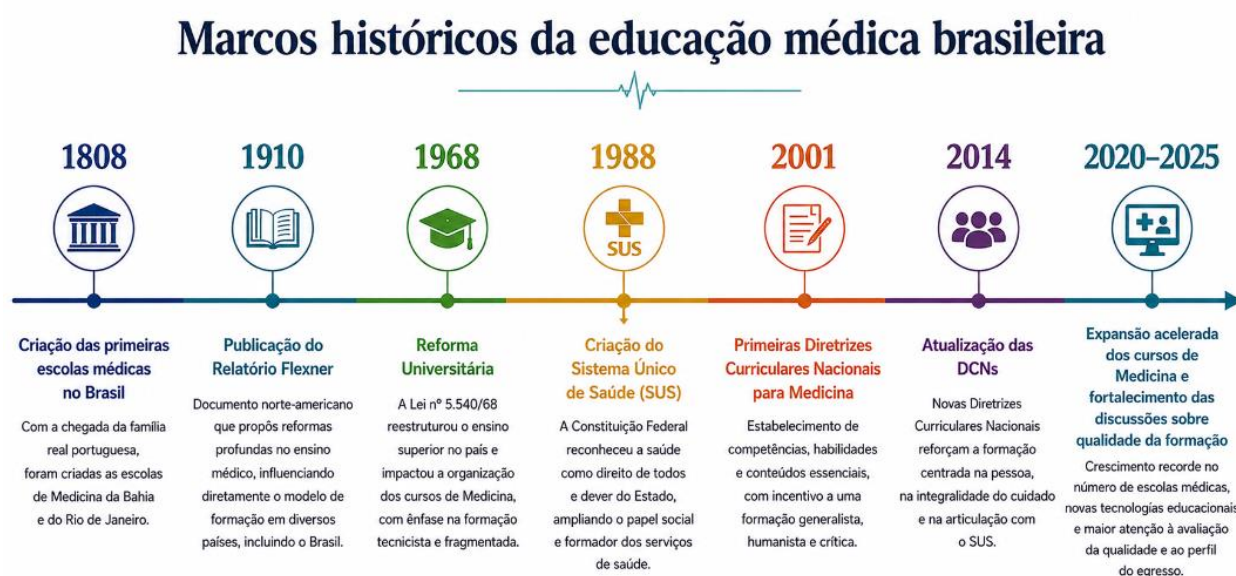


Figura 1 – Linha do tempo dos marcos históricos da educação médica brasileira (Fonte: autoria-própria).

Tais perguntas não possuem respostas simples. De um lado, é inegável que a ampliação do acesso ao ensino médico representa importante avanço social. De outro, diversos especialistas alertam para os riscos de uma expansão acelerada desacompanhada de mecanismos eficazes de avaliação e garantia da qualidade formativa. Assim, o debate sobre a educação médica contemporânea ultrapassa a questão do acesso e passa a envolver também a discussão sobre excelência acadêmica, responsabilidade institucional e compromisso social.

1.3 Entre tradição e inovação

Grande parte dos desafios atuais da educação médica decorre da

coexistência de diferentes modelos de formação profissional. Durante boa parte do século XX, predominou um paradigma educacional fortemente influenciado pelo modelo biomédico, centrado na doença, na especialização e no ambiente hospitalar. Nesse contexto, o conhecimento científico relacionado aos mecanismos biológicos das enfermidades ocupava posição central na formação dos estudantes. Esse modelo contribuiu decisivamente para avanços extraordinários da medicina moderna. O desenvolvimento da farmacologia, da microbiologia, da cirurgia, da imagiologia e de inúmeras outras áreas permitiu diagnósticos mais precisos e tratamentos cada vez mais eficazes. Contudo, ao privilegiar a dimensão biológica do adoecimento, muitas vezes relegou a segundo plano fatores psicológicos, sociais, culturais e econômicos que influenciam a saúde das populações.

Nas últimas décadas, emergiu de forma mais consistente a necessidade de uma abordagem ampliada do cuidado. A compreensão de que doenças não resultam exclusivamente de alterações biológicas, mas também de condições sociais, hábitos de vida, fatores ambientais e experiências individuais, impulsionou mudanças importantes nos currículos médicos. Conceitos como integralidade, humanização, trabalho em equipe multiprofissional e atenção centrada na pessoa passaram a ganhar espaço crescente nas propostas educacionais.

Entretanto, a transição entre modelos não ocorre de maneira uniforme. Em muitas instituições, práticas pedagógicas inovadoras convivem com estruturas tradicionais. Currículos modernos coexistem com métodos de ensino centrados na transmissão passiva de conteúdo. Discursos voltados à formação humanística encontram dificuldades para se concretizar em ambientes marcados por elevada competitividade e sobrecarga acadêmica. Essa coexistência entre

diferentes concepções de formação constitui uma das características mais marcantes da educação médica brasileira contemporânea.

1.4 O papel do Sistema Único de Saúde na formação médica

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, representou um marco não apenas para a assistência à saúde, mas também para a formação dos profissionais da área. Ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS ampliou a compreensão sobre as necessidades sanitárias da população brasileira e evidenciou a importância de profissionais preparados para atuar em diferentes níveis de atenção. Historicamente, grande parte da formação médica esteve concentrada em hospitais universitários e serviços especializados. Embora esses ambientes continuem fundamentais para o aprendizado, tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de diversificar os cenários de prática. Nesse sentido, unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial, ambulatórios, serviços de vigilância e diversas estruturas da rede pública passaram a integrar de forma mais significativa o processo formativo. Essa aproximação entre universidade e serviços de saúde oferece oportunidades valiosas de aprendizagem. O contato precoce com a realidade social permite aos estudantes compreender as múltiplas dimensões do adoecimento humano, reconhecer os determinantes sociais da saúde e desenvolver habilidades de comunicação, acolhimento e trabalho em equipe. Além disso, fortalece a compreensão do SUS não apenas como sistema assistencial, mas também como importante espaço de formação profissional.

Apesar dos avanços observados, persistem desafios relacionados à integração entre ensino e serviço. Questões estruturais, limitações de recursos humanos e dificuldades organizacionais frequentemente dificultam o pleno

aproveitamento das potencialidades educacionais existentes na rede pública. Ainda assim, poucos espaços oferecem oportunidades tão ricas para a construção de uma formação médica alinhada às necessidades reais da população brasileira.

1.5 Os novos desafios da formação médica

A medicina contemporânea é exercida em um contexto profundamente diferente daquele vivenciado por gerações anteriores. A produção científica cresce em velocidade sem precedentes, novas tecnologias surgem continuamente e a disponibilidade de informações transformou radicalmente a forma como profissionais e pacientes acessam conhecimento. Os estudantes de medicina atuais pertencem a uma geração inserida em ambiente digital, hiperconectado e caracterizado por intensa circulação de informações. Ao mesmo tempo, enfrentam elevados níveis de exigência acadêmica, intensa competição por programas de residência médica e crescente preocupação com a inserção profissional em um mercado cada vez mais complexo.

Além dos desafios técnicos e científicos, questões relacionadas à saúde mental dos estudantes passaram a receber atenção crescente. Altas cargas horárias, pressão por desempenho, insegurança quanto ao futuro profissional e dificuldades para conciliar vida pessoal e acadêmica são fatores frequentemente associados ao aumento de sintomas de ansiedade, estresse e esgotamento emocional durante a graduação. Paralelamente, a sociedade também se transforma. Pacientes mais informados, mudanças demográficas, envelhecimento populacional, crescimento das doenças crônicas e avanços tecnológicos exigem profissionais capazes de aprender continuamente ao longo de toda a carreira. Nesse cenário, formar médicos tornou-se uma tarefa que vai

muito além da transmissão de conteúdos técnicos, exigindo o desenvolvimento de competências adaptativas, pensamento crítico e capacidade de lidar com contextos em constante mudança.

1.6 Formar médicos para o presente e para o futuro

Refletir sobre educação médica é refletir sobre o futuro da assistência à saúde. Cada currículo elaborado, cada metodologia adotada e cada política educacional implementada influenciam diretamente a formação dos profissionais que atenderão milhões de brasileiros nas próximas décadas. A discussão sobre a formação médica não deve ser reduzida à simples oposição entre modelos antigos e modernos, nem à disputa entre metodologias tradicionais e inovadoras. Trata-se, sobretudo, de compreender quais características são essenciais para que o médico contemporâneo exerça sua profissão de maneira competente, ética e socialmente responsável.

Ao longo desta obra, serão analisadas as origens históricas da educação médica brasileira, as influências que moldaram seus currículos, os impactos da expansão do ensino superior, os desafios relacionados à qualidade formativa e as perspectivas futuras para a profissão. Mais do que apresentar respostas definitivas, busca-se fomentar uma reflexão crítica sobre os caminhos percorridos até aqui e sobre os rumos que poderão ser adotados nos próximos anos.

Afinal, discutir como formamos médicos é, em última análise, discutir o tipo de cuidado que desejamos oferecer à sociedade e o futuro do próprio sistema de saúde brasileiro.

CAPÍTULO 2 - A herança da formação médica: do modelo Flexneriano à contemporaneidade

2.1 O contexto histórico da medicina moderna

Compreender a educação médica contemporânea exige revisitar alguns dos acontecimentos que moldaram a medicina moderna. Muito antes da existência das atuais escolas médicas, a formação dos profissionais da saúde ocorria de maneira predominantemente prática, baseada na observação direta, na transmissão oral de conhecimentos e na experiência adquirida junto a mestres mais experientes. Durante séculos, a medicina esteve fortemente vinculada a concepções filosóficas e religiosas, com limitado embasamento científico e reduzida capacidade de intervenção sobre muitas doenças.

A partir do século XIX, entretanto, uma profunda transformação passou a ocorrer. O desenvolvimento das ciências biológicas, os avanços da anatomia patológica, a consolidação da microbiologia, as descobertas relacionadas aos agentes infecciosos e o aprimoramento dos métodos diagnósticos contribuíram para modificar radicalmente a compreensão do processo saúde-doença. A medicina passou a se aproximar cada vez mais do modelo científico experimental, incorporando métodos de investigação rigorosos e ampliando significativamente sua capacidade de diagnóstico e tratamento. Nesse período, universidades e hospitais assumiram papel central na produção do conhecimento médico. A formação profissional passou gradualmente a valorizar o estudo sistemático das ciências básicas, especialmente anatomia, fisiologia, patologia e farmacologia. Essa mudança permitiu avanços extraordinários para a prática médica, mas também inaugurou um processo de crescente especialização e

fragmentação do conhecimento.

Ao final do século XIX e início do século XX, muitas escolas médicas apresentavam grande heterogeneidade em sua organização. Em diversos países, especialmente nos Estados Unidos, coexistiam instituições com excelente infraestrutura e outras que ofereciam formação precária, sem laboratórios adequados, corpo docente qualificado ou integração consistente entre teoria e prática. Esse cenário despertou preocupações sobre a qualidade da educação médica e impulsionou iniciativas voltadas à sua reorganização. Foi nesse contexto histórico que surgiu um dos documentos mais influentes de toda a história da educação médica: o Relatório Flexner.

2.2 O Relatório Flexner e a reorganização do ensino médico

Em 1910, o educador norte-americano Abraham Flexner publicou o estudo intitulado *Medical Education in the United States and Canada*, posteriormente conhecido mundialmente como Relatório Flexner. Encomendado pela Carnegie Foundation, o documento avaliou centenas de escolas médicas norte-americanas e canadenses, identificando profundas deficiências estruturais, pedagógicas e científicas. Os resultados encontrados foram alarmantes. Muitas instituições funcionavam sem laboratórios adequados, possuíam critérios frágeis de admissão de estudantes e apresentavam escassa articulação entre ensino teórico e prática clínica. Em alguns casos, a formação médica era conduzida de maneira quase artesanal, sem os padrões mínimos necessários para garantir a qualidade profissional.

Diante desse cenário, Flexner propôs uma ampla reforma da educação médica baseada em princípios que buscavam aproximar a formação profissional

dos métodos científicos modernos. Entre suas principais recomendações destacavam-se a valorização das ciências básicas, a exigência de formação prévia para ingresso nos cursos médicos, a qualificação do corpo docente, a integração entre universidades e hospitais de ensino e a adoção de critérios mais rigorosos de avaliação institucional. As propostas apresentadas tiveram impacto imediato e profundo. Diversas escolas médicas foram fechadas, outras passaram por reestruturações significativas e novos padrões educacionais foram estabelecidos. Em poucas décadas, o modelo flexneriano tornou-se referência internacional para a organização dos cursos de Medicina.

A influência desse paradigma ultrapassou as fronteiras norte-americanas e alcançou diversos países, incluindo o Brasil. Ao longo do século XX, grande parte das escolas médicas brasileiras adotou estruturas curriculares inspiradas nos princípios defendidos por Flexner, incorporando a divisão entre ciclo básico e ciclo clínico, a centralidade do hospital como espaço de aprendizagem e a valorização das especialidades médicas.

Não há dúvidas de que essas transformações contribuíram significativamente para a modernização da medicina. A aproximação entre ensino e ciência favoreceu avanços diagnósticos e terapêuticos que revolucionaram a prática profissional. Entretanto, os mesmos elementos que impulsionaram o progresso científico também deram origem a limitações que seriam progressivamente questionadas nas décadas seguintes.

CONTRIBUIÇÃO		IMPACTO
	Integração entre ensino e pesquisa	Transformou as escolas médicas em centros de produção de conhecimento científico, aproximando professores, estudantes e investigação.
	Valorização das ciências básicas	Estabeleceu sólida base científica para a compreensão do corpo humano e das doenças, elevando o rigor acadêmico da formação.
	Critérios rigorosos para escolas médicas	Defendeu padrões mínimos de infraestrutura, currículo e corpo docente, resultando no fechamento de escolas inadequadas e na melhoria da qualidade institucional.
	Integração com hospitais universitários	Promoveu a articulação entre ensino e prática clínica em hospitais de ensino, garantindo maior contato com pacientes e melhor formação profissional.
	Qualificação docente	Reforçou a importância de professores qualificados, com dedicação integral e produção científica, contribuindo para a profissionalização do ensino médico.

Quadro 1 – Contribuições do modelo Flexneriano à educação médica moderna (Fonte: autoria-própria).

2.3 A consolidação do modelo biomédico

As transformações promovidas pelo Relatório Flexner contribuíram decisivamente para a consolidação de um modelo de formação médica que dominaria grande parte do século XX: o modelo biomédico. Fundamentado nos avanços das ciências biológicas e na valorização do método científico, esse paradigma passou a orientar não apenas os currículos das escolas médicas, mas também a própria forma de compreender a saúde, a doença e o papel do médico na sociedade.

Nesse modelo, a doença é concebida principalmente como resultado de alterações biológicas identificáveis no organismo humano. O processo diagnóstico concentra-se na busca por sinais, sintomas e alterações fisiopatológicas capazes de explicar determinado quadro clínico. Conseqüentemente, a formação médica passou a privilegiar o estudo aprofundado da anatomia, da fisiologia, da patologia, da microbiologia e das demais ciências básicas que permitiam compreender os mecanismos biológicos das enfermidades. Essa perspectiva trouxe avanços extraordinários para a medicina. A identificação de agentes infecciosos, o desenvolvimento de antibióticos, a evolução das técnicas cirúrgicas, os avanços da farmacologia e o aprimoramento dos métodos diagnósticos transformaram radicalmente a capacidade de intervenção sobre inúmeras doenças. Condições que anteriormente levavam à morte passaram a ser tratáveis ou controláveis, contribuindo para o aumento da expectativa de vida e para a melhoria dos indicadores de saúde em diversos países.

A organização dos cursos médicos acompanhou essa lógica. O estudante passava os primeiros anos imerso nas ciências básicas, adquirindo conhecimentos sobre o funcionamento normal e patológico do organismo. Posteriormente, ingressava nos cenários clínicos, predominantemente hospitalares, onde aprendia a reconhecer doenças, estabelecer diagnósticos e indicar tratamentos. Esse percurso reforçava uma visão centrada na enfermidade e na especialização progressiva do conhecimento.

No Brasil, a influência desse modelo foi particularmente marcante. Durante décadas, a excelência médica foi frequentemente associada ao domínio técnico-científico e à atuação em hospitais de alta complexidade. A especialização tornou-se símbolo de prestígio profissional, enquanto áreas

ligadas à atenção primária, à saúde coletiva e à medicina preventiva permaneceram, muitas vezes, em posição secundária na hierarquia simbólica da profissão. Embora os benefícios proporcionados pelo paradigma biomédico sejam inegáveis, sua hegemonia também produziu efeitos que passaram a ser questionados progressivamente por pesquisadores, educadores e profissionais de saúde. À medida que a sociedade se tornava mais complexa e os perfis epidemiológicos se modificavam, tornava-se evidente que muitos problemas de saúde não podiam ser compreendidos exclusivamente por meio de alterações biológicas.

Doenças crônicas, transtornos mentais, condições associadas à pobreza, à violência, ao envelhecimento populacional e aos estilos de vida demonstravam que fatores psicológicos, sociais, culturais e ambientais exerciam influência significativa sobre a saúde das pessoas. Essa constatação abriria caminho para críticas crescentes ao modelo biomédico e para a busca de abordagens mais abrangentes na formação médica.

2.4 As limitações do paradigma Flexneriano

Nenhum modelo educacional é capaz de responder integralmente às demandas de todas as épocas. O paradigma flexneriano representou uma resposta eficiente aos desafios existentes no início do século XX, quando a prioridade consistia em elevar o rigor científico da formação médica e combater a precariedade de muitas escolas de Medicina. Entretanto, as próprias características que contribuíram para seu sucesso passaram a revelar limitações diante das transformações sociais e sanitárias observadas nas décadas seguintes.

Uma das principais críticas refere-se à fragmentação do conhecimento. A

divisão do corpo humano em órgãos, sistemas e especialidades favoreceu o aprofundamento técnico, mas frequentemente dificultou uma compreensão integrada do indivíduo. Em muitos contextos, o paciente passou a ser analisado a partir de suas doenças específicas, e não como uma pessoa inserida em determinado contexto familiar, social e cultural. Outra limitação importante relaciona-se à centralidade do ambiente hospitalar na formação médica. Durante muito tempo, os hospitais universitários foram considerados os principais cenários de aprendizagem, concentrando grande parte das atividades práticas dos estudantes. Embora indispensáveis para a formação clínica, esses espaços representam apenas uma parcela das situações enfrentadas pelos profissionais de saúde. A realidade vivenciada em comunidades, unidades básicas de saúde, escolas, domicílios e demais espaços sociais frequentemente permanecia distante do processo formativo.

Essa predominância hospitalocêntrica contribuiu para fortalecer uma visão centrada na doença instalada e no tratamento curativo, em detrimento de estratégias voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e compreensão dos determinantes sociais do adoecimento. Consequentemente, muitos profissionais ingressavam no mercado de trabalho com sólida formação biológica, mas limitada compreensão das condições sociais que influenciam a saúde das populações. Também passaram a surgir críticas relacionadas à relação médico-paciente. A valorização do conhecimento técnico e da autoridade científica frequentemente favoreceu relações marcadas pela verticalidade, nas quais o médico assumia posição central nas decisões terapêuticas, enquanto o paciente ocupava papel predominantemente passivo. Com o passar do tempo, tornou-se evidente que uma assistência de qualidade exige comunicação efetiva, escuta qualificada e participação ativa dos indivíduos em seu próprio processo de cuidado.

Além disso, a crescente especialização da medicina trouxe benefícios importantes, mas também contribuiu para a fragmentação da assistência. Em muitos casos, diferentes profissionais passaram a concentrar-se em partes específicas do organismo, dificultando uma visão global das necessidades do paciente. O desafio de integrar conhecimentos e coordenar cuidados tornou-se cada vez mais evidente em sistemas de saúde marcados pela complexidade e pela multiprofissionalidade. Essas críticas não significam rejeição às contribuições do modelo flexneriano. Pelo contrário, reconhecem sua importância histórica para a consolidação da medicina científica moderna. O que se questiona é sua capacidade de responder, isoladamente, às demandas contemporâneas de saúde. A necessidade de incorporar novas perspectivas à formação médica tornou-se cada vez mais evidente, impulsionando o surgimento de propostas educacionais mais integradoras e centradas na pessoa.

2.5 O surgimento do modelo biopsicossocial

A partir da segunda metade do século XX, intensificaram-se os esforços para ampliar a compreensão do processo saúde-doença. Diversos pesquisadores passaram a questionar a ideia de que fatores exclusivamente biológicos seriam suficientes para explicar o adoecimento humano. Tornava-se evidente que elementos psicológicos, comportamentais, sociais e culturais exerciam influência significativa tanto no surgimento quanto na evolução das doenças. Nesse contexto, ganhou destaque o modelo biopsicossocial, que propõe uma compreensão mais abrangente da saúde. Diferentemente da perspectiva biomédica tradicional, essa abordagem considera que os fenômenos relacionados ao adoecimento resultam da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, compreender uma doença implica também compreender a história de vida do indivíduo, suas relações familiares,

condições socioeconômicas, crenças, comportamentos e contexto cultural.

A incorporação dessa perspectiva representou importante mudança na forma de pensar a formação médica. O paciente deixou de ser visto apenas como portador de determinada enfermidade e passou a ser reconhecido como sujeito singular, com experiências, expectativas e necessidades próprias. O cuidado em saúde passou a exigir não apenas competência técnica, mas também habilidades de comunicação, empatia, escuta ativa e capacidade de atuação em equipes multiprofissionais.

No Brasil, esse movimento encontrou terreno fértil no processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde. A valorização da integralidade da atenção, da promoção da saúde, da participação social e da atenção primária contribuiu para fortalecer concepções mais amplas sobre o papel dos profissionais de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais passaram a incorporar essas perspectivas, estimulando metodologias de ensino que favorecem a integração entre conhecimentos biológicos, sociais e humanísticos. Entretanto, a adoção do modelo biopsicossocial não significa abandonar o conhecimento científico produzido pela medicina moderna. O desafio consiste justamente em integrar os avanços das ciências biomédicas com uma compreensão mais ampla da complexidade humana. Em vez de substituir um modelo por outro, busca-se construir uma formação capaz de articular excelência técnica, pensamento crítico e sensibilidade social.

Aspecto	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicossocial
Objeto central de atenção	Doença e suas alterações fisiopatológicas	Pessoa em sua integralidade
Compreensão do adoecimento	Resultante principalmente de alterações biológicas	Resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais
Foco da assistência	Diagnóstico e tratamento da doença	Promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral
Papel do paciente	Receptor das condutas médicas	Participante ativo do processo terapêutico
Relação médico-paciente	Predominantemente verticalizada e centrada na autoridade profissional	Baseada na comunicação, escuta qualificada e tomada de decisão compartilhada
Cenário predominante de formação	Hospitais e serviços especializados	Rede de atenção à saúde, incluindo atenção primária, comunidade e hospitais
Organização do conhecimento	Fragmentada por especialidades e sistemas orgânicos	Integrada e interdisciplinar
Valorização dos determinantes sociais da saúde	Limitada	Fundamental para compreensão do processo saúde-doença
Perfil profissional esperado	Especialista com elevada competência técnico-científica	Profissional tecnicamente competente, ético, crítico e socialmente comprometido
Visão de saúde	Ausência de doença ou alteração biológica identificável	Estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social
Estratégias educacionais predominantes	Ensino centrado no professor e na transmissão de conteúdos	Metodologias ativas, aprendizagem significativa e protagonismo discente
Objetivo final da formação	Formar especialistas aptos a diagnosticar e tratar doenças	Formar profissionais capazes de cuidar de indivíduos e coletividades em sua complexidade

Tabela 1 – Comparativo entre o modelo Biomédico e Biopsicossocial (Fonte: autoria-própria).

A educação médica contemporânea encontra-se em um momento de transição. As transformações sociais, tecnológicas e epidemiológicas das últimas décadas tornaram insuficiente a adoção exclusiva de modelos tradicionais de formação, ao mesmo tempo em que revelaram a necessidade de novas competências profissionais. O médico do século XXI precisa dominar conhecimentos científicos cada vez mais complexos, mas também desenvolver

habilidades relacionadas à comunicação, ao trabalho em equipe, à gestão do cuidado e à compreensão dos determinantes sociais da saúde. Nesse cenário, as escolas médicas passaram a incorporar metodologias ativas de aprendizagem, currículos integrados e experiências práticas precoces em diferentes cenários de atenção. O estudante deixou gradualmente de ocupar posição exclusivamente receptiva no processo educacional, assumindo papel mais ativo na construção do conhecimento. A aprendizagem baseada em problemas, a problematização, a simulação clínica e outras estratégias pedagógicas refletem essa busca por modelos mais participativos e contextualizados.

Ao mesmo tempo, novos desafios emergem continuamente. O crescimento acelerado do número de cursos de Medicina, a necessidade de garantir qualidade formativa, a expansão das tecnologias digitais, as mudanças no mercado de trabalho e as transformações do perfil epidemiológico da população exigem constante adaptação das instituições formadoras. A formação médica contemporânea encontra-se, portanto, diante de uma tarefa complexa: preservar os avanços científicos que caracterizam a medicina moderna sem perder de vista a dimensão humana do cuidado. Equilibrar conhecimento técnico, compromisso ético e responsabilidade social tornou-se um dos maiores desafios das escolas médicas do presente.

O debate iniciado pelas críticas ao modelo Flexneriano permanece atual. As discussões contemporâneas não procuram negar a importância da ciência, mas ampliar seus horizontes. Afinal, formar médicos não significa apenas ensinar a reconhecer doenças; significa preparar profissionais capazes de compreender pessoas, atuar em contextos diversos e responder, com competência e sensibilidade, às necessidades de saúde da sociedade.

CAPÍTULO 3 - Expansão do ensino médico no Brasil: democratização ou mercantilização?

3.1 Um fenômeno sem precedentes

Poucas transformações ocorridas na educação superior brasileira nas últimas décadas foram tão expressivas quanto a expansão dos cursos de Medicina. Em um intervalo relativamente curto de tempo, o país assistiu ao crescimento acelerado do número de escolas médicas, à ampliação da oferta de vagas e à interiorização de instituições de ensino para municípios que até então não participavam da formação médica nacional. O fenômeno foi frequentemente apresentado como resposta a uma demanda histórica: a necessidade de aumentar o número de médicos disponíveis para atender a população brasileira. Durante muitos anos, gestores públicos, entidades de saúde e representantes da sociedade civil apontaram a insuficiência e a má distribuição desses profissionais como fatores que contribuíam para dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões distantes dos grandes centros urbanos.

Sob essa perspectiva, ampliar a formação médica parecia uma medida lógica. Afinal, se faltam médicos em determinadas localidades, formar mais profissionais poderia representar um caminho para reduzir desigualdades assistenciais e fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde. Foi nesse contexto que diferentes iniciativas governamentais passaram a incentivar a abertura de novos cursos e a expansão das vagas existentes. Contudo, a velocidade com que esse processo ocorreu despertou preocupações crescentes entre especialistas em educação médica. A questão central deixou de ser apenas quantos médicos o país seria capaz de formar e passou a envolver também a qualidade da formação oferecida. Em outras palavras, a discussão deslocou-se

do campo quantitativo para uma reflexão mais complexa sobre a capacidade das instituições de garantir padrões adequados de ensino, infraestrutura e formação prática.

Essa preocupação não é exclusiva do Brasil. Em diversos países, processos acelerados de expansão do ensino superior foram acompanhados por debates sobre qualidade acadêmica, regulação institucional e sustentabilidade dos sistemas educacionais. No caso da Medicina, entretanto, tais preocupações assumem relevância particular, uma vez que as consequências de uma formação inadequada podem repercutir diretamente sobre a segurança dos pacientes e a qualidade da assistência prestada à população.

3.2 A expansão dos cursos de Medicina no contexto brasileiro

Historicamente, o acesso ao curso de Medicina esteve concentrado em um número relativamente restrito de instituições, localizadas principalmente nas capitais e grandes centros urbanos. Durante boa parte do século XX, ingressar em uma escola médica representava uma oportunidade disponível para parcela limitada da população, tanto pela oferta reduzida de vagas quanto pela concentração geográfica das instituições formadoras.

Nas últimas décadas, esse cenário sofreu mudanças profundas. O crescimento econômico observado em determinados períodos, associado à expansão do ensino superior privado e às políticas de ampliação do acesso à educação, favoreceu a criação de novos cursos em diferentes regiões do país. Paralelamente, consolidou-se a percepção de que a interiorização da formação médica poderia contribuir para reduzir desigualdades regionais e estimular a fixação de profissionais em áreas historicamente desassistidas.

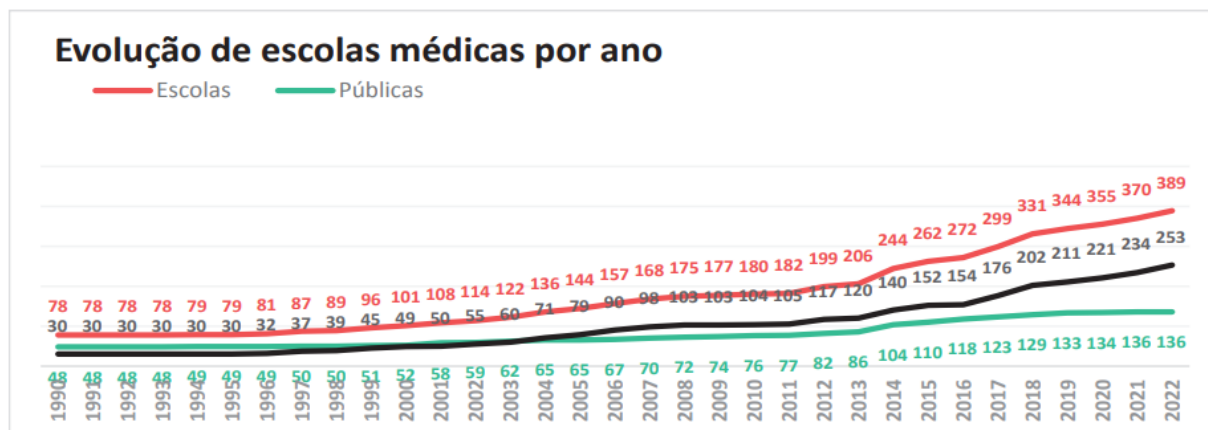


Figura 2 – Expansão do número de escolas médicas brasileiras ao longo das últimas décadas (Fonte: Radiografia das Escolas Médicas CFM, 2023).

Nesse processo, programas governamentais destinados à ampliação da cobertura assistencial também exerceram influência significativa. A discussão sobre a distribuição desigual de médicos ganhou visibilidade nacional e passou a ocupar posição central nas agendas de saúde pública. A criação de mecanismos voltados à expansão da formação profissional foi frequentemente apresentada como componente estratégico para enfrentar esse problema. Entretanto, embora a interiorização tenha produzido resultados positivos em diversos contextos, sua implementação nem sempre ocorreu acompanhada das condições estruturais necessárias para garantir uma formação de excelência. A simples abertura de cursos não assegura, por si só, a existência de hospitais de ensino adequados, redes de atenção suficientemente estruturadas, laboratórios modernos ou corpo docente qualificado.

Formar médicos exige muito mais do que disponibilizar salas de aula. Trata-se de um processo complexo, dependente da articulação entre ensino, pesquisa, extensão e prática assistencial. Quando essa articulação é insuficiente, surgem riscos relacionados à qualidade do processo formativo e à consolidação das competências profissionais esperadas.

3.3 Democratização do acesso: avanços inegáveis

Seria equivocado analisar a expansão do ensino médico apenas sob uma perspectiva crítica. Existem aspectos positivos que merecem reconhecimento e análise equilibrada. A ampliação da oferta de vagas permitiu que estudantes provenientes de regiões anteriormente excluídas da formação médica passassem a ter maiores oportunidades de ingresso no ensino superior. Em muitos municípios do interior, a instalação de cursos de Medicina contribuiu para dinamizar a economia local, fortalecer serviços de saúde e ampliar a oferta de atividades acadêmicas e científicas. Além disso, a presença de estudantes e professores em diferentes territórios favoreceu a aproximação entre universidade e comunidade, estimulando projetos de extensão, atividades de pesquisa aplicada e ações voltadas às necessidades locais. Em determinadas situações, a própria existência do curso impulsionou melhorias na infraestrutura de saúde disponível para a população. Outro aspecto relevante refere-se à diversificação do perfil dos estudantes. Políticas de inclusão social e expansão educacional contribuíram para ampliar a participação de grupos historicamente sub-representados no ensino superior, enriquecendo a formação médica por meio da convivência com diferentes experiências de vida e perspectivas sociais.

Portanto, qualquer análise séria sobre a expansão dos cursos médicos deve reconhecer que democratizar o acesso à educação superior constitui objetivo legítimo e socialmente desejável. O problema central não está na ampliação do acesso em si, mas nas condições sob as quais essa expansão ocorre.

3.4 Quando a educação se transforma em mercado

Se por um lado a expansão ampliou oportunidades educacionais, por outro favoreceu o crescimento acelerado da participação do setor privado na formação médica brasileira. A Medicina tornou-se um dos cursos mais valorizados do ensino superior, atraindo investimentos significativos e despertando interesse crescente de grupos educacionais. Sob a lógica de mercado, cursos de alta demanda apresentam potencial econômico expressivo. As mensalidades praticadas pelas escolas médicas figuram entre as mais elevadas do país, gerando receitas substanciais para instituições privadas. Como consequência, a abertura de novos cursos passou a representar não apenas uma estratégia educacional, mas também uma oportunidade de expansão empresarial.

Evidentemente, a existência de instituições privadas não constitui problema em si. Muitas delas oferecem formação de elevada qualidade e desempenham papel importante no sistema educacional brasileiro. O desafio surge quando interesses econômicos passam a se sobrepor às exigências acadêmicas indispensáveis para a formação médica. A educação médica exige investimentos permanentes em laboratórios, bibliotecas, tecnologia, hospitais conveniados, cenários de prática diversificados e qualificação docente. Trata-se de um modelo educacional complexo e oneroso, cuja qualidade depende diretamente da capacidade institucional de manter elevados padrões de infraestrutura e supervisão acadêmica. Quando a expansão ocorre motivada predominantemente por interesses financeiros, existe o risco de redução dos investimentos necessários para garantir excelência formativa. Em tais circunstâncias, a abertura de vagas pode avançar em ritmo superior à capacidade de construção dos ambientes de aprendizagem indispensáveis ao desenvolvimento profissional dos estudantes. A preocupação não reside na

natureza jurídica da instituição, mas na possibilidade de que critérios mercadológicos se tornem mais relevantes do que critérios acadêmicos na definição das estratégias de expansão.

3.5 Qualidade da formação: o debate inevitável

A discussão sobre qualidade tornou-se inevitável à medida que o número de cursos continuou crescendo. Diversas entidades ligadas à educação médica passaram a defender mecanismos mais rigorosos de avaliação institucional e acompanhamento dos resultados obtidos pelas escolas. Indicadores de desempenho acadêmico, avaliações nacionais, infraestrutura dos cursos, qualificação docente e disponibilidade de cenários de prática passaram a ocupar espaço central nos debates sobre regulação educacional. A preocupação fundamental consiste em assegurar que a ampliação do acesso não ocorra às custas da qualidade da formação profissional. Nesse contexto, emerge uma questão particularmente sensível: existe um limite para a expansão da educação médica? Embora não haja consenso absoluto sobre a resposta, muitos especialistas defendem que a abertura de novos cursos deve estar condicionada à demonstração efetiva da capacidade institucional de oferecer formação compatível com os padrões exigidos para uma profissão de elevada responsabilidade social. Afinal, diferentemente de outras áreas do conhecimento, a formação médica possui repercussões diretas sobre a vida das pessoas. Garantir qualidade não constitui apenas um compromisso acadêmico, mas também uma responsabilidade ética perante a sociedade.

CAPÍTULO 4 - O Sistema Único de Saúde como cenário formador

4.1 O SUS como eixo estruturante da formação médica

A formação médica brasileira não pode ser compreendida de maneira dissociada do Sistema Único de Saúde. Desde a Constituição Federal de 1988, o SUS passou a representar não apenas a principal política pública de saúde do país, mas também um campo privilegiado para a formação de profissionais comprometidos com as necessidades reais da população. Ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS ampliou a compreensão do cuidado em saúde e exigiu uma formação médica capaz de ultrapassar os limites do hospital e da doença isolada. Nesse novo horizonte, o médico passou a ser chamado não apenas a diagnosticar e tratar enfermidades, mas também a compreender territórios, famílias, vulnerabilidades, modos de vida e determinantes sociais do processo saúde-doença. Essa perspectiva representa uma mudança profunda em relação ao modelo tradicional de ensino médico. Se durante grande parte do século XX a formação esteve centrada no hospital, nas especialidades e na doença instalada, o SUS abriu espaço para uma formação mais próxima da vida cotidiana da população. A unidade básica de saúde, a visita domiciliar, o acolhimento, a escuta qualificada e o trabalho em equipe passaram a ocupar lugar estratégico na construção da identidade profissional do futuro médico. Nogueira (2009) destaca que o SUS funciona como superfície de emergência de novas demandas para a educação médica brasileira, especialmente ao exigir a valorização da atenção básica, dos cenários diversificados de aprendizagem e das dimensões psicossociais do adoecimento. A autora observa que a formação médica contemporânea passou a ser tensionada por um projeto ético-humanista, capaz de questionar a hegemonia do modelo

tecnocientífico tradicional.

Assim, formar médicos no contexto do SUS significa formar profissionais capazes de reconhecer que a saúde não se resume ao funcionamento biológico do corpo. Significa compreender que doenças são atravessadas por condições de moradia, alimentação, trabalho, renda, escolaridade, acesso ao transporte, vínculos familiares, sofrimento psíquico e desigualdades sociais. Em um país como o Brasil, marcado por profundas diferenças regionais e socioeconômicas, essa compreensão não é apenas desejável: é indispensável.

4.2 A atenção primária como espaço de aprendizagem

Entre os diferentes níveis de atenção do SUS, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição particularmente importante na formação médica. É nesse nível que o estudante se aproxima de problemas comuns, acompanha pessoas ao longo do tempo e compreende que o cuidado em saúde depende de continuidade, vínculo e responsabilidade compartilhada. A experiência na atenção primária permite ao estudante perceber que muitas demandas de saúde não chegam organizadas em diagnósticos claros, como frequentemente ocorre nos livros didáticos. Elas aparecem como queixas vagas, dores inespecíficas, sofrimento emocional, dificuldades familiares, uso inadequado de medicamentos, dúvidas sobre prevenção, limitações de acesso e necessidades sociais. É nesse contato com a realidade concreta que a formação médica ganha densidade humana. Na unidade básica de saúde, o estudante aprende que escutar pode ser tão importante quanto prescrever. Aprende que uma conduta tecnicamente correta pode fracassar quando ignora as condições de vida do paciente. Aprende que orientar mudanças de hábito exige compreender o

cotidiano da pessoa. Aprende, sobretudo, que a medicina não acontece apenas no consultório, mas também no território.

Essa vivência é fundamental para a formação de médicos mais sensíveis às necessidades coletivas. O contato com famílias, agentes comunitários de saúde, equipes multiprofissionais e usuários do sistema amplia a compreensão do estudante sobre o cuidado. Ao participar de ações de promoção da saúde, acompanhamento de doenças crônicas, pré-natal, vacinação, visitas domiciliares e atividades educativas, o futuro médico passa a enxergar a saúde como fenômeno contínuo e socialmente determinado. Machado, Wuo e Heinzle (2018) observam que a formação médica contemporânea passou a exigir profissionais vinculados à realidade social que os cerca, especialmente diante da inserção do médico em programas de saúde da família e em equipes multiprofissionais. Essa exigência reforça a necessidade de currículos capazes de aproximar o estudante dos cenários reais de cuidado.

Portanto, a atenção primária não deve ser vista como espaço secundário ou complementar à formação hospitalar. Ao contrário, ela oferece experiências insubstituíveis para o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais, éticas e sociais.

4.3 Integração ensino-serviço-comunidade

A formação médica no SUS depende de uma relação efetiva entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade. Essa integração, frequentemente chamada de integração ensino-serviço-comunidade, representa uma das estratégias mais importantes para aproximar a formação acadêmica das necessidades reais da população. Quando bem estruturada, essa integração

beneficia todos os envolvidos. Os estudantes vivenciam situações reais de cuidado; os serviços de saúde recebem apoio acadêmico e participação discente; a comunidade passa a ter maior aproximação com ações educativas, preventivas e assistenciais; e os professores conseguem articular teoria e prática de maneira mais significativa.

Entretanto, essa relação não ocorre automaticamente. Para que seja efetiva, é necessário planejamento institucional, pactuação com gestores municipais, preparação dos profissionais dos serviços, supervisão adequada e definição clara dos objetivos educacionais. A simples presença do estudante em uma unidade de saúde não garante aprendizagem qualificada. É preciso que essa presença esteja integrada a um projeto pedagógico coerente. Um dos riscos existentes é transformar os serviços do SUS apenas em locais de observação ou cumprimento de carga horária. Quando isso acontece, perde-se o potencial transformador da experiência. O estudante pode estar fisicamente presente no território, mas continuar interpretando a realidade a partir de uma lógica distante, fragmentada e pouco comprometida com o cuidado integral.

A integração ensino-serviço-comunidade exige mudança de postura. O estudante deve compreender que não está ali apenas para “ver casos”, mas para aprender com a complexidade das pessoas e dos serviços. O professor deve atuar como mediador entre o conhecimento acadêmico e a realidade social. A equipe de saúde deve ser reconhecida como parte ativa do processo formativo. E a comunidade deve ser respeitada como protagonista do cuidado, não apenas como objeto de aprendizagem. Nesse sentido, o SUS permite que a formação médica ultrapasse o ensino de competências técnicas e se aproxime de uma educação comprometida com cidadania, equidade e responsabilidade social.

4.4 O estudante diante da realidade social brasileira

Um dos maiores méritos da formação no SUS é colocar o estudante diante de realidades que muitas vezes permanecem invisíveis nos ambientes exclusivamente hospitalares ou privados. Ao entrar em contato com comunidades vulneráveis, famílias em situação de pobreza, pacientes com dificuldade de acesso a medicamentos, idosos sem rede de apoio e pessoas afetadas por múltiplas formas de exclusão, o futuro médico passa a compreender que a prática clínica não se esgota no diagnóstico. Essa experiência pode ser profundamente formadora. Ela desloca o estudante de uma visão abstrata da doença para uma compreensão concreta do adoecimento. A hipertensão arterial deixa de ser apenas uma alteração pressórica; passa a ser também a dificuldade de comprar alimentos adequados, o medo de perder o emprego, o uso irregular da medicação e a impossibilidade de comparecer às consultas. O diabetes deixa de ser apenas um distúrbio metabólico; passa a envolver hábitos familiares, acesso à alimentação saudável, sofrimento emocional e condições de cuidado cotidiano. Esse contato com a realidade social contribui para ampliar a empatia e a responsabilidade profissional. Ao perceber que muitas condutas dependem de fatores externos ao consultório, o estudante desenvolve uma visão mais realista e menos culpabilizante do paciente. Compreende que orientar não é simplesmente informar, e que adesão ao tratamento não depende apenas de “boa vontade”, mas de condições concretas de vida.

A formação no SUS também permite ao estudante reconhecer a importância do trabalho multiprofissional. Em muitos contextos, o cuidado adequado depende da articulação entre médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, agentes comunitários, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros profissionais. Essa convivência contribui para romper

com a ideia de que o médico atua isoladamente como figura central do sistema.

Ao mesmo tempo, o contato com a realidade do SUS pode produzir desconfortos. O estudante se depara com filas, falta de recursos, sobrecarga das equipes, dificuldades administrativas e limitações estruturais. Esses problemas não devem ser ocultados. Pelo contrário, fazem parte da formação crítica. Conhecer o SUS em sua potência e em suas fragilidades permite compreender que defender o sistema público não significa ignorar seus problemas, mas reconhecer sua importância e lutar por seu aprimoramento.

4.5 Potencialidades do SUS na formação médica

O SUS oferece uma diversidade de cenários formativos dificilmente encontrada em ambientes exclusivamente privados. Sua capilaridade territorial, sua organização em redes de atenção e sua abrangência populacional permitem ao estudante vivenciar diferentes dimensões do cuidado. Na atenção primária, é possível acompanhar ações de promoção, prevenção, cuidado longitudinal e vigilância em saúde. Na atenção secundária, o estudante entra em contato com ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e acompanhamento de condições mais complexas. Na atenção hospitalar, desenvolve competências clínicas e terapêuticas fundamentais para o manejo de situações agudas e de maior gravidade. Nos serviços de saúde mental, urgência, reabilitação e vigilância epidemiológica, compreende a amplitude do sistema e a complexidade da organização da atenção. Essa diversidade contribui para formar médicos mais preparados para atuar em diferentes contextos. Além disso, favorece o desenvolvimento de competências previstas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gestão e educação permanente.

Outro aspecto relevante é a possibilidade de contato com problemas de saúde prevalentes na população brasileira. Enquanto ambientes altamente especializados tendem a concentrar casos complexos e menos frequentes, o SUS permite ao estudante lidar com condições comuns, acompanhar sua evolução e compreender sua relação com o território. Isso é essencial para formar médicos capazes de resolver grande parte das demandas de saúde da população. A formação no SUS também fortalece a compreensão da integralidade. O estudante aprende que um mesmo usuário pode precisar de diferentes pontos da rede ao longo de sua trajetória de cuidado. Aprende que encaminhar não significa abandonar o paciente. Aprende que o cuidado precisa ser coordenado, acompanhado e contextualizado.

Dessa forma, o SUS não é apenas um cenário de prática. Ele é um projeto formador. Sua existência possibilita uma educação médica mais próxima da sociedade brasileira, mais sensível às desigualdades e mais comprometida com a construção de um cuidado universal, equânime e integral.

4.6 Limites e desafios da formação no SUS

Apesar de seu enorme potencial, a utilização do SUS como cenário formador enfrenta desafios importantes. Muitos serviços de saúde convivem com sobrecarga de atendimentos, escassez de profissionais, infraestrutura inadequada e dificuldades de organização do trabalho. Essas limitações podem comprometer tanto a qualidade da assistência quanto a qualidade da experiência educacional. Um dos principais desafios é garantir supervisão adequada. A presença do estudante nos serviços deve ocorrer sob orientação de profissionais qualificados, capazes de articular as atividades práticas aos objetivos

pedagógicos. Quando essa supervisão é insuficiente, há risco de exposição inadequada dos estudantes, prejuízo à aprendizagem e até mesmo interferência negativa na rotina dos serviços.

Outro desafio diz respeito à preparação das equipes de saúde para o papel formador. Nem todos os profissionais dos serviços se reconhecem como participantes do processo educacional. Muitas vezes, recebem estudantes sem planejamento adequado, sem tempo destinado à preceptoria e sem apoio institucional. Essa situação pode gerar desgaste e limitar o potencial formativo da experiência. Também existem dificuldades relacionadas à articulação entre universidades e gestores públicos. A integração ensino-serviço depende de pactuações claras, estabilidade institucional e compromisso compartilhado. Mudanças políticas, rotatividade de gestores e ausência de planejamento podem fragilizar essa relação. Além disso, é necessário evitar uma visão romantizada do SUS. O sistema oferece enorme riqueza formativa, mas também revela contradições, desigualdades e carências. A experiência discente deve ser orientada por uma postura crítica, capaz de reconhecer tanto a grandeza do sistema público brasileiro quanto os desafios concretos que ainda precisam ser enfrentados.

Assim, o fortalecimento do SUS como cenário formador exige investimento, planejamento e compromisso ético. Não basta inserir estudantes nos serviços; é preciso garantir que essa inserção seja qualificada, supervisionada e coerente com os princípios da formação médica contemporânea.

4.7 O SUS e a formação humanística

A formação humanística não se constrói apenas por meio de disciplinas teóricas sobre ética, comunicação ou humanização. Embora essas disciplinas sejam importantes, a sensibilidade profissional se desenvolve também no contato direto com pessoas, histórias, sofrimentos e contextos reais de vida. Nesse sentido, o SUS oferece experiências profundamente humanizadoras. Ao acompanhar pacientes em sua realidade cotidiana, o estudante percebe que cada caso clínico carrega uma história singular. O adoecimento deixa de ser apenas uma categoria diagnóstica e passa a ser compreendido como experiência vivida por uma pessoa inserida em determinada rede de relações. Essa vivência contribui para desenvolver escuta, empatia e responsabilidade. O estudante aprende que a linguagem técnica precisa ser traduzida de forma compreensível, que decisões terapêuticas devem considerar possibilidades concretas e que o vínculo pode ser tão importante quanto a prescrição.

A formação no SUS também aproxima o estudante da dimensão ética da medicina. Em contextos de vulnerabilidade, as escolhas clínicas frequentemente envolvem dilemas relacionados à justiça, equidade, autonomia e acesso. Compreender essas dimensões amplia a maturidade profissional e prepara o futuro médico para lidar com a complexidade da prática cotidiana. Nogueira (2009) ressalta que a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer, assim como a incorporação de tecnologias relacionais na formação médica, possibilita uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento. Essa perspectiva reforça a importância de uma formação que não se limite à técnica, mas que também reconheça a singularidade dos sujeitos.

Portanto, o SUS contribui para que a humanização deixe de ser apenas

um conceito abstrato e se torne experiência concreta de formação.

4.8 SUS: Pilar inseparável da formação médica brasileira

O Sistema Único de Saúde representa um dos mais importantes cenários de formação médica no Brasil. Sua abrangência, diversidade e compromisso com a universalidade permitem ao estudante entrar em contato com realidades sociais, clínicas e humanas que dificilmente seriam plenamente compreendidas em ambientes exclusivamente hospitalares ou privados. Ao aproximar o futuro médico da atenção primária, dos territórios, das famílias, das equipes multiprofissionais e das vulnerabilidades sociais, o SUS contribui para uma formação mais integral, crítica e humanística. Entretanto, seu potencial formador depende de integração efetiva entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade, além de supervisão adequada, planejamento pedagógico e valorização dos profissionais que atuam como preceptores.

Formar médicos no SUS é formar profissionais para a realidade brasileira. É reconhecer que a medicina não se limita ao domínio técnico da doença, mas envolve compromisso com pessoas, coletividades e contextos sociais concretos. Nesse sentido, o SUS não é apenas campo de prática: é espaço de aprendizagem, cidadania e responsabilidade social.

CAPÍTULO 5 - Qualidade da formação médica: entre diretrizes e realidade

5.1 A qualidade como questão central

Discutir educação médica no Brasil implica, inevitavelmente, discutir qualidade. A expansão dos cursos de Medicina, a diversificação dos modelos pedagógicos e a crescente incorporação de metodologias ativas trouxeram novas possibilidades para a formação profissional, mas também ampliaram as preocupações sobre a consistência do ensino oferecido pelas instituições.

Na formação médica, qualidade não pode ser compreendida apenas como cumprimento de carga horária, existência formal de disciplinas ou aprovação em avaliações institucionais. Trata-se de um conceito mais amplo, relacionado à capacidade de formar médicos tecnicamente competentes, eticamente responsáveis, socialmente comprometidos e preparados para atuar em diferentes realidades do sistema de saúde. Essa qualidade depende de múltiplos fatores: projeto pedagógico coerente, corpo docente qualificado, infraestrutura adequada, cenários de prática diversificados, integração entre teoria e prática, avaliação consistente e compromisso institucional com a formação integral do estudante. Quando qualquer um desses elementos é fragilizado, todo o processo formativo pode ser comprometido.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, especialmente em sua atualização de 2014, estabeleceram princípios importantes para orientar a formação médica brasileira. Elas reforçaram a necessidade de metodologias ativas, integração ensino-serviço, inserção precoce do estudante em cenários de prática, formação generalista, humanística, crítica e

reflexiva. Entretanto, entre o que está previsto nas diretrizes e o que se concretiza nas escolas médicas, existe um espaço de tensão que precisa ser analisado criticamente.

5.2 O ideal das diretrizes curriculares

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) representam um marco fundamental na organização da educação médica brasileira. Ao propor uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, as DCNs deslocam o foco de uma formação exclusivamente técnica para uma compreensão mais ampla do papel social do médico. Em termos pedagógicos, as diretrizes defendem que o estudante participe ativamente da construção do conhecimento, superando modelos centrados apenas na transmissão passiva de conteúdo. Também enfatizam a integração entre ensino, serviço e comunidade, reconhecendo que a aprendizagem médica deve ocorrer em diferentes cenários e não apenas no hospital.

Outro ponto essencial é a valorização da atenção à saúde em sua integralidade. O médico formado segundo essa perspectiva deve ser capaz de atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidado longitudinal. Isso exige domínio técnico, mas também sensibilidade ética, capacidade de comunicação e compreensão dos determinantes sociais da saúde. Machado, Wuo e Heinzle (2018) destacam que as DCNs de 2014 reforçam a necessidade de uma formação voltada ao pensamento crítico e reflexivo, contemplando determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença.

No plano normativo, portanto, o projeto é sólido. As diretrizes descrevem uma formação alinhada aos desafios contemporâneos da medicina e às necessidades do SUS. O problema surge quando se observa que sua implementação depende de condições concretas nem sempre presentes nas instituições formadoras.

5.3 A distância entre o texto normativo e a prática institucional

Um dos grandes desafios da educação médica brasileira está na distância entre o que os documentos oficiais propõem e o que ocorre no cotidiano das escolas. Projetos pedagógicos bem elaborados, currículos integrados e discursos voltados à humanização podem coexistir com práticas tradicionais, fragmentadas e pouco articuladas com a realidade social.

Em muitas instituições, a adoção de metodologias ativas aparece formalmente no currículo, mas sua aplicação é limitada ou superficial. O estudante é chamado a ser protagonista, mas continua inserido em ambientes marcados por avaliações conteudistas, excesso de aulas expositivas e pouca autonomia real. O professor é descrito como mediador do conhecimento, mas nem sempre recebe formação pedagógica adequada para exercer esse papel. Esse descompasso revela que reformar documentos não é o mesmo que transformar práticas. A mudança curricular exige alterações profundas na cultura institucional, na organização docente, nos métodos de avaliação e na relação entre universidade e serviços de saúde. Sem isso, há risco de que conceitos como integralidade, humanização e aprendizagem ativa sejam incorporados apenas como linguagem institucional, sem impacto efetivo sobre a formação.

A literatura sobre educação médica aponta que mudanças na arquitetura

curricular, isoladamente, não garantem transformação do perfil profissional. Machado, Wuo e Heinzle (2018) observam que ainda são escassos os estudos capazes de demonstrar, de forma consistente, a eficiência transformadora dos diferentes métodos e currículos sobre o perfil do médico formado. Essa constatação é especialmente importante. Ela mostra que não basta declarar que uma escola adota metodologias modernas ou possui currículo inovador. É necessário avaliar se tais propostas realmente modificam a forma como o estudante aprende, pensa, se relaciona com pacientes e compreende seu papel social.

5.4 Infraestrutura e cenários de prática

A qualidade da formação médica depende fortemente da infraestrutura disponível. Laboratórios de anatomia, histologia, habilidades clínicas, simulação, bibliotecas, ambientes digitais, ambulatórios, hospitais e unidades de saúde constituem espaços fundamentais para o desenvolvimento das competências profissionais.

Entretanto, a existência desses recursos não pode ser apenas formal. Um laboratório inadequadamente equipado, uma biblioteca desatualizada ou um campo de prática sobrecarregado pouco contribuem para a formação de excelência. A Medicina exige aprendizagem progressiva, supervisionada e baseada em experiências reais ou simuladas que permitam ao estudante desenvolver raciocínio clínico, habilidades técnicas e postura ética. Os cenários de prática merecem atenção especial. A formação médica não ocorre plenamente apenas em salas de aula. O contato com pacientes, famílias, equipes de saúde e serviços assistenciais é indispensável para que o estudante aprenda a lidar com a complexidade da prática profissional.

Quando os campos de estágio são insuficientes ou mal organizados, o aprendizado se torna fragmentado. Turmas numerosas disputam espaços reduzidos, estudantes observam mais do que participam, preceptores ficam sobrecarregados e o acompanhamento pedagógico se enfraquece. Nesses contextos, a prática pode perder seu caráter formativo e tornar-se apenas cumprimento de exigência curricular. A expansão dos cursos de Medicina torna esse problema ainda mais sensível. A abertura de novas escolas precisa considerar a existência real de serviços de saúde capazes de receber estudantes com qualidade, sem comprometer a assistência prestada à população. Caso contrário, corre-se o risco de multiplicar vagas sem garantir experiências formativas adequadas.

5.5 Corpo docente e formação pedagógica

Outro elemento central para a qualidade da educação médica é o corpo docente. A formação de médicos depende de professores capazes de articular conhecimento técnico, experiência profissional, sensibilidade pedagógica e compromisso ético. Historicamente, muitos docentes da área médica ingressaram no ensino superior a partir de sua expertise clínica ou científica, mas sem formação específica para a docência. Ser bom médico ou bom pesquisador não significa, automaticamente, ser bom professor. Ensinar exige planejamento, clareza metodológica, capacidade de avaliação, escuta, mediação de conflitos e compreensão dos processos de aprendizagem.

Com a incorporação de metodologias ativas, essa necessidade tornou-se ainda mais evidente. Estratégias como aprendizagem baseada em problemas, tutoria, simulação e problematização exigem professores preparados para orientar a construção do conhecimento, estimular pensamento crítico e avaliar

competências de forma contínua. A revisão sistemática sobre aprendizagem baseada em problemas na educação médica brasileira aponta que as metodologias ativas são frequentemente descritas como inovadoras e integradoras, favorecendo o protagonismo discente. Entretanto, também evidencia fragilidades no processo avaliativo e dificuldades relacionadas à ausência de métodos considerados plenamente adequados para estudantes e professores. Esse dado é relevante porque mostra que a simples adoção de metodologias ativas não garante, por si só, melhoria da formação. É necessário que professores estejam preparados para aplicá-las de maneira consistente. Caso contrário, há risco de transformar uma proposta inovadora em prática improvisada.

5.6 Avaliação: o ponto sensível da formação

A avaliação é um dos elementos mais complexos da educação médica. Em muitos cursos, ainda predomina uma cultura avaliativa centrada na memorização de conteúdos, em provas teóricas extensas e em resultados numéricos. Embora o conhecimento cognitivo seja indispensável, ele representa apenas uma das dimensões da competência médica. Formar médicos exige avaliar raciocínio clínico, habilidades de comunicação, tomada de decisão, postura ética, trabalho em equipe, capacidade técnica e compreensão do contexto social do paciente. Avaliar essas dimensões é mais difícil do que aplicar provas tradicionais, mas é essencial para garantir uma formação de qualidade.

A contradição aparece quando instituições afirmam adotar currículos integrados e metodologias ativas, mas mantêm avaliações fragmentadas e conteudistas. Nesse caso, o estudante rapidamente percebe que aquilo que

realmente importa para sua progressão acadêmica é memorizar informações para a prova, e não necessariamente desenvolver competências amplas. A avaliação também influencia a saúde mental e o comportamento dos estudantes. Sistemas avaliativos excessivamente punitivos, competitivos ou pouco transparentes podem estimular ansiedade, comparação constante e aprendizado superficial. Por outro lado, avaliações formativas, feedbacks qualificados e acompanhamento longitudinal favorecem amadurecimento acadêmico e profissional. Portanto, discutir qualidade da formação médica exige discutir avaliação. Sem instrumentos avaliativos coerentes com os objetivos educacionais, qualquer proposta curricular perde força.

5.7 Metodologias ativas: avanço ou aparência de inovação?

As metodologias ativas passaram a ocupar lugar de destaque no debate sobre educação médica. Aprendizagem baseada em problemas, problematização, sala de aula invertida, simulação clínica e ensino por competências são frequentemente apresentadas como alternativas ao modelo tradicional centrado no professor. Essas estratégias possuem grande potencial. Ao estimular participação, autonomia, trabalho em grupo e pensamento crítico, podem contribuir para uma aprendizagem mais significativa. Além disso, aproximam o estudante de situações reais ou simuladas, favorecendo a articulação entre teoria e prática.

Entretanto, é necessário evitar uma visão ingênua. Metodologias ativas não são solução mágica para os problemas da educação médica. Quando mal planejadas, podem gerar insegurança, superficialidade, sobrecarga discente e desigualdade no processo de aprendizagem. Sua efetividade depende de bons tutores, objetivos claros, materiais adequados, avaliação coerente e cultura

institucional favorável.

Estudos sobre aprendizagem baseada em problemas na educação médica brasileira demonstram que essa metodologia tem sido considerada positiva por favorecer autoaprendizagem e pensamento crítico, inclusive no ensino das ciências básicas. Contudo, também aponta dificuldades relacionadas ao processo avaliativo e à necessidade de melhor estruturação pedagógica. Assim, a pergunta central não deve ser se uma escola utiliza ou não metodologias ativas, mas como, com quais recursos, com qual preparo docente e com quais resultados. A inovação pedagógica verdadeira não está no nome da metodologia, mas na transformação efetiva da experiência formativa.

5.8 Qualidade, regulação e responsabilidade social

A formação médica possui impacto direto sobre a sociedade. Por isso, sua qualidade não pode depender apenas da autorregulação das instituições de ensino. É necessário que existam mecanismos públicos, transparentes e rigorosos de avaliação, acompanhamento e regulação. Esses mecanismos devem considerar não apenas documentos institucionais, mas também evidências concretas de funcionamento. É preciso avaliar infraestrutura, corpo docente, campos de prática, desempenho discente, inserção no SUS, resultados acadêmicos e condições reais de aprendizagem. A responsabilidade social das escolas médicas exige compromisso com a população que será atendida por seus egressos. Uma instituição que forma médicos não responde apenas aos seus estudantes ou mantenedores; responde também à sociedade. Cada profissional mal formado representa risco potencial para pacientes, equipes e sistemas de saúde.

Essa responsabilidade torna-se ainda mais relevante em um contexto de expansão acelerada dos cursos. A abertura de vagas precisa ser acompanhada de avaliação rigorosa e contínua. A democratização do acesso não pode ser confundida com flexibilização da qualidade. Ao contrário, ampliar oportunidades exige fortalecer garantias formativas.

5.9 Entre modelos consolidados e tendências contemporâneas

A qualidade da formação médica brasileira situa-se em um campo de tensão entre diretrizes avançadas e realidades institucionais desiguais. As DCNs propõem uma formação humanística, crítica, reflexiva, integrada ao SUS e baseada em metodologias ativas. Entretanto, sua concretização depende de condições materiais, pedagógicas e culturais que nem sempre estão presentes nas escolas médicas. Infraestrutura adequada, cenários de prática qualificados, docentes preparados, avaliação coerente e compromisso institucional são elementos indispensáveis para transformar diretrizes em realidade. Sem esses componentes, há risco de que a inovação permaneça apenas no discurso.

A educação médica de qualidade não se mede apenas pelo número de vagas, pela beleza do projeto pedagógico ou pela adoção nominal de metodologias modernas. Mede-se pela capacidade concreta de formar profissionais capazes de cuidar de pessoas e coletividades com competência, ética e responsabilidade social. E é necessário um monitoramento constante e reflexões sobre os caminhos que tomamos, e as consequências práticas na formação das novas gerações.

O que as diretrizes propõem	Desafios observados na prática
Formação generalista, humanística, crítica e reflexiva	Persistência de formação tecnicista e centrada na doença
Inserção precoce em cenários de prática	Campos de prática insuficientes ou mal supervisionados
Metodologias ativas de aprendizagem	Aplicação superficial ou sem preparo docente adequado
Integração ensino-serviço-comunidade	Dificuldades de pactuação entre instituições e serviços
Avaliação por competências	Predomínio de avaliações conteudistas e fragmentadas
Compreensão dos determinantes sociais da saúde	Baixa integração entre conteúdos biomédicos e sociais
Formação voltada às necessidades do SUS	Distanciamento entre currículo formal e realidade da rede pública

Tabela 2 – Correlação entre o que as Diretrizes Curriculares propõem e a realidade prática observada

(Fonte: autoria-própria).

CAPÍTULO 6 - O estudante de medicina na contemporaneidade

6.1 Uma geração diferente, desafios diferentes

Ser estudante de Medicina nunca foi uma tarefa simples. A complexidade dos conteúdos, a responsabilidade inerente à futura profissão e a longa trajetória de formação sempre exigiram dedicação intensa dos graduandos. Entretanto, os estudantes que ingressam nos cursos médicos no século XXI enfrentam desafios que vão muito além daqueles vivenciados por gerações anteriores. A medicina contemporânea é exercida em uma sociedade profundamente transformada pela tecnologia, pela velocidade da informação e pelas mudanças nas relações sociais. O estudante atual convive diariamente com um volume de conhecimento que cresce em ritmo sem precedentes. Artigos científicos são publicados continuamente, novos protocolos surgem com frequência e avanços diagnósticos e terapêuticos modificam constantemente a prática médica.

Paradoxalmente, embora o acesso à informação nunca tenha sido tão amplo, a sensação de insuficiência também parece nunca ter sido tão presente. Muitos estudantes relatam a impressão de que sempre há mais conteúdo para estudar, mais cursos para realizar, mais habilidades para desenvolver e mais exigências para cumprir. A formação médica passou a ocorrer em um ambiente marcado pela hiperconectividade, mas também pela sobrecarga cognitiva. Além disso, a atual geração de estudantes cresceu em um contexto de intensa exposição digital. Redes sociais, plataformas educacionais, aplicativos de mensagens e ambientes virtuais passaram a fazer parte da rotina acadêmica. Se por um lado essas ferramentas ampliam oportunidades de aprendizagem, por outro contribuem para fenômenos como comparação constante, ansiedade de

desempenho e dificuldade de desconexão. Dessa forma, compreender o estudante de medicina contemporâneo exige reconhecer que sua formação ocorre em um cenário significativamente diferente daquele existente há poucas décadas.

6.2 A pressão por desempenho

A trajetória até o ingresso no curso de Medicina costuma ser marcada por intensa competitividade. Em muitos casos, os estudantes dedicam anos de preparação para processos seletivos altamente concorridos, enfrentando jornadas prolongadas de estudo e elevadas expectativas familiares e pessoais.

Entretanto, o ingresso na graduação não representa o fim dessa pressão. Em diversos contextos, a competitividade apenas assume novas formas. As avaliações acadêmicas, a busca por monitorias, projetos de pesquisa, ligas acadêmicas, atividades extracurriculares e, posteriormente, a preparação para programas de residência médica passam a compor uma rotina frequentemente intensa. Muitos estudantes desenvolvem a percepção de que precisam aproveitar todas as oportunidades disponíveis para construir um currículo competitivo. A participação simultânea em múltiplas atividades torna-se comum, contribuindo para agendas sobrecarregadas e reduzindo o tempo destinado ao descanso, ao lazer e à convivência social. Esse fenômeno é reforçado pela crescente valorização do desempenho acadêmico como critério de seleção para programas de residência e oportunidades profissionais. Como consequência, alguns estudantes passam a associar seu valor pessoal exclusivamente aos resultados obtidos, criando relações pouco saudáveis com o estudo e com o próprio processo de formação.

É importante destacar que dedicação e excelência acadêmica são características desejáveis. O problema surge quando a busca pelo desempenho se transforma em fonte permanente de sofrimento, comprometendo a saúde física, emocional e social do estudante.

6.3 Saúde mental: um tema cada vez mais presente

Nas últimas décadas, a saúde mental dos estudantes de Medicina passou a ocupar espaço crescente na literatura científica e nas discussões institucionais. Diversos estudos apontam prevalências elevadas de sintomas de ansiedade, estresse, esgotamento emocional e depressão entre graduandos da área da saúde. As causas desse fenômeno são multifatoriais. A carga horária extensa, o volume de conteúdos, a responsabilidade associada à futura profissão, a exposição ao sofrimento humano, a competitividade acadêmica e as incertezas relacionadas ao futuro profissional constituem fatores frequentemente mencionados pelos estudantes. Além disso, a própria cultura médica historicamente valorizou características como resistência, produtividade contínua e capacidade de suportar pressão. Em alguns ambientes, admitir sofrimento psicológico ainda é interpretado como sinal de fragilidade, dificultando a busca por ajuda profissional.

Outro aspecto relevante refere-se ao contato precoce com situações emocionalmente complexas. Durante a graduação, muitos estudantes vivenciam pela primeira vez experiências relacionadas à morte, ao sofrimento intenso, às limitações terapêuticas e às desigualdades sociais. Embora essas experiências sejam fundamentais para a formação profissional, também podem gerar impacto emocional significativo quando não acompanhadas por espaços adequados de acolhimento e reflexão.

Promover saúde mental nas escolas médicas não significa reduzir exigências acadêmicas, mas criar ambientes capazes de conciliar excelência formativa e cuidado com os estudantes. A formação de médicos saudáveis emocionalmente constitui condição essencial para a construção de profissionais capazes de cuidar adequadamente de outras pessoas.

6.4 O estudante diante do sofrimento humano

Uma das experiências mais marcantes da graduação médica é o contato progressivo com o sofrimento humano. Diferentemente de muitas áreas do conhecimento, a Medicina exige que seus estudantes convivam com situações que envolvem dor, adoecimento, limitações funcionais, vulnerabilidade e morte. Nos primeiros anos da graduação, esse contato costuma ocorrer de forma gradual. Com o avanço do curso, entretanto, torna-se cada vez mais frequente e intenso. Ambulatórios, enfermarias, centros cirúrgicos, unidades de terapia intensiva e serviços de emergência expõem os estudantes a realidades que frequentemente desafiam suas expectativas e concepções prévias sobre a profissão. Essas experiências possuem enorme potencial formativo. Elas contribuem para o desenvolvimento da empatia, da maturidade emocional e da compreensão da complexidade do cuidado. Ao mesmo tempo, exigem elaboração psicológica adequada. Sem espaços de discussão e reflexão, existe o risco de que mecanismos defensivos levem ao distanciamento emocional excessivo ou à banalização do sofrimento. A construção de uma postura profissional equilibrada exige que o estudante aprenda a lidar com emoções difíceis sem perder a capacidade de acolhimento e sensibilidade. Trata-se de uma competência tão importante quanto o domínio técnico dos conteúdos biomédicos.

6.5 A influência das tecnologias digitais

As tecnologias digitais transformaram profundamente a forma como os estudantes aprendem. Bibliotecas físicas deixaram de ser a principal fonte de informação. Hoje, artigos científicos, plataformas educacionais, bancos de questões, vídeos, simuladores e aplicativos especializados estão disponíveis a poucos cliques de distância. Essa transformação trouxe benefícios evidentes. O acesso ao conhecimento tornou-se mais rápido, democrático e atualizado. Estudantes podem consultar diretrizes internacionais, assistir procedimentos complexos, participar de cursos online e acompanhar discussões científicas em tempo real. Contudo, o excesso de informação também produz desafios. A abundância de conteúdos pode gerar dificuldade para selecionar fontes confiáveis, sensação permanente de atraso e sobrecarga cognitiva. Muitos estudantes relatam dificuldade para estabelecer limites entre estudo e vida pessoal, uma vez que o acesso aos materiais permanece disponível continuamente.

As redes sociais acrescentam outra camada de complexidade. Perfis voltados à educação médica, divulgação científica e compartilhamento de rotinas acadêmicas tornaram-se extremamente populares. Embora possam contribuir para a aprendizagem, também favorecem comparações constantes e expectativas irreais sobre produtividade e desempenho. O desafio contemporâneo não consiste apenas em acessar informação, mas em desenvolver capacidade crítica para selecioná-la, interpretá-la e utilizá-la de forma responsável.

6.6 A construção da identidade profissional

A graduação médica não forma apenas conhecimentos e habilidades; ela contribui para a construção da identidade profissional do futuro médico. Ao longo dos anos de formação, o estudante internaliza valores, comportamentos, modelos de atuação e formas de compreender a profissão. Esse processo ocorre tanto por meio do currículo formal quanto por experiências informais vivenciadas nos ambientes acadêmicos e assistenciais. Professores, preceptores, colegas e profissionais observados na prática exercem influência significativa sobre a maneira como os estudantes percebem a medicina.

Nesse contexto, exemplos positivos possuem enorme valor educativo. Profissionais tecnicamente competentes, éticos, empáticos e comprometidos com seus pacientes frequentemente tornam-se referências para os estudantes. Da mesma forma, experiências negativas também deixam marcas importantes, funcionando como modelos a serem evitados. A identidade profissional contemporânea precisa equilibrar excelência técnica e sensibilidade humana. O médico do século XXI deve dominar conhecimentos científicos complexos sem perder a capacidade de reconhecer a singularidade de cada pessoa atendida. Essa construção não ocorre instantaneamente; trata-se de um processo contínuo que se inicia na graduação e se prolonga ao longo de toda a carreira.

6.7 O futuro visto pelos estudantes

As preocupações dos estudantes atuais diferem significativamente das observadas em gerações anteriores. Muitos demonstram incertezas relacionadas ao mercado de trabalho, à crescente concorrência profissional, à expansão dos cursos médicos e às transformações tecnológicas que prometem modificar a

prática da medicina.

A residência médica permanece como objetivo central para grande parcela dos graduandos, sendo frequentemente percebida como etapa indispensável para consolidação da carreira. Conseqüentemente, a preparação para processos seletivos torna-se fonte importante de ansiedade e organização da vida acadêmica, principalmente considerando o aumento exponencial observado nos processos seletivos de residências médicas, observado ao longo dos últimos anos.

Ao mesmo tempo, temas como inteligência artificial, telemedicina, inovação tecnológica e novas formas de prestação de serviços em saúde passam a ocupar espaço crescente nas reflexões sobre o futuro profissional. Os estudantes reconhecem que atuarão em uma medicina diferente daquela exercida por seus professores e preceptores, exigindo constante atualização e capacidade de adaptação. Apesar das incertezas, permanece presente o desejo de construir uma profissão capaz de combinar realização pessoal, reconhecimento social e contribuição significativa para a vida das pessoas. Essa expectativa continua sendo um dos principais elementos que motivam a escolha pela medicina.

6.8 Como alcançar o equilíbrio?

O estudante de medicina contemporâneo encontra-se inserido em um contexto marcado por profundas transformações tecnológicas, sociais e educacionais. Embora disponha de recursos de aprendizagem sem precedentes, enfrenta também desafios relacionados à sobrecarga de informações, à pressão por desempenho, à competitividade acadêmica e à preservação da saúde mental. A formação médica ultrapassa a simples aquisição de conhecimentos técnicos. Ela envolve amadurecimento emocional, construção de identidade profissional,

desenvolvimento de competências relacionais e contato direto com a complexidade do sofrimento humano. Compreender essa realidade é fundamental para que instituições de ensino possam construir ambientes formativos mais saudáveis, acolhedores e compatíveis com as demandas contemporâneas.

Formar bons médicos exige cuidar também daqueles que estão aprendendo a sê-lo.

CAPÍTULO 7 - Desafios contemporâneos da educação médica

7.1 Uma formação inserida em um mundo em transformação

A educação médica nunca esteve isolada da sociedade. As escolas médicas refletem, em maior ou menor grau, as transformações econômicas, culturais, tecnológicas e políticas que ocorrem ao seu redor. Por essa razão, compreender os desafios contemporâneos da formação médica exige analisar um contexto muito mais amplo do que os limites físicos das universidades ou dos serviços de saúde.

O século XXI trouxe mudanças profundas para a forma como as pessoas vivem, trabalham, se relacionam e acessam informações. A velocidade da comunicação, a globalização do conhecimento, o avanço das tecnologias digitais, as mudanças demográficas e a crescente complexidade dos sistemas de saúde modificaram significativamente as expectativas em relação ao papel do médico e, conseqüentemente, aos processos de formação profissional. Nesse cenário, a educação médica passou a enfrentar demandas cada vez mais complexas. Espera-se que as escolas formem profissionais tecnicamente competentes, atualizados cientificamente, sensíveis às questões humanas, capazes de trabalhar em equipe, preparados para utilizar tecnologias avançadas e comprometidos com a redução das desigualdades em saúde. Conciliar todas essas expectativas representa um desafio permanente para instituições, docentes e estudantes. Além disso, a própria sociedade tornou-se mais crítica e participativa. Pacientes passaram a ter maior acesso à informação, questionar condutas profissionais e reivindicar participação ativa nas decisões relacionadas ao seu cuidado. Essa mudança exige profissionais preparados para dialogar, comunicar-se adequadamente e estabelecer relações baseadas no respeito mútuo.

A formação médica contemporânea, portanto, precisa responder simultaneamente às exigências da ciência, às necessidades da população e às transformações da própria sociedade.

7.2 A crise de confiança nas instituições e seus reflexos na medicina

Nas últimas décadas, diversos países observaram redução da confiança pública em instituições tradicionalmente reconhecidas como autoridades sociais, incluindo governos, meios de comunicação, universidades e organizações científicas. Embora a medicina continue sendo uma das profissões mais respeitadas, ela também não permaneceu imune a esse fenômeno. A ampla circulação de informações e desinformações por meio das redes digitais alterou significativamente a forma como o conhecimento científico é recebido pela população. Opiniões pessoais, notícias falsas e conteúdos sem fundamentação passaram a competir diretamente com evidências científicas produzidas por instituições de pesquisa e profissionais especializados. Esse cenário produz impactos importantes sobre a formação médica. O futuro médico precisa aprender não apenas conteúdos técnicos, mas também habilidades relacionadas à comunicação científica, ao enfrentamento da desinformação e à construção de relações de confiança com pacientes e comunidades.

Durante a graduação, torna-se cada vez mais importante discutir temas como alfabetização científica, avaliação crítica das evidências e responsabilidade na divulgação de informações em saúde. O médico contemporâneo frequentemente assume papel de mediador entre conhecimento científico complexo e as dúvidas da população, exigindo preparo para lidar com diferentes formas de percepção e compreensão da saúde. A confiança social não

é construída exclusivamente pelo domínio técnico. Ela depende também da capacidade de comunicação, da postura ética e do respeito às experiências individuais dos pacientes.

7.3 Redes sociais, exposição pública e comportamento profissional

As redes sociais transformaram profundamente a relação entre profissionais de saúde e sociedade. Plataformas digitais passaram a ser utilizadas para educação em saúde, divulgação científica, marketing profissional, construção de imagem pública e interação com pacientes. Embora ofereçam oportunidades importantes, esses ambientes também criaram novos desafios éticos para a formação médica. A exposição permanente, a busca por visibilidade e a lógica da viralização nem sempre são compatíveis com os princípios de responsabilidade e prudência que caracterizam o exercício profissional.

Diversos episódios amplamente divulgados pela mídia demonstraram como comportamentos inadequados de estudantes ou profissionais podem gerar repercussão nacional e impactar a percepção social sobre a profissão médica. Comentários ofensivos, exposição indevida de pacientes, brincadeiras incompatíveis com o ambiente assistencial e manifestações desrespeitosas passaram a receber atenção crescente da sociedade. Essas situações evidenciam que a formação médica não pode limitar-se ao ensino de conteúdos científicos. É necessário desenvolver reflexão ética permanente sobre o uso das tecnologias digitais, os limites da exposição pública e as responsabilidades inerentes ao exercício profissional.

Ao mesmo tempo, é importante evitar generalizações injustas. Casos

isolados não representam a totalidade dos estudantes de medicina nem da profissão médica. Contudo, sua repercussão demonstra como atitudes individuais podem influenciar a imagem coletiva de uma categoria profissional historicamente associada à confiança social. Nesse contexto, a educação médica precisa fortalecer discussões sobre ética digital, profissionalismo e responsabilidade social, preparando os estudantes para atuar em uma realidade cada vez mais conectada e visível.

7.4 Desigualdades sociais e formação médica

O Brasil permanece entre os países com maiores desigualdades sociais do mundo. Diferenças relacionadas à renda, escolaridade, moradia, acesso à saúde e oportunidades de desenvolvimento influenciam profundamente as condições de vida da população e, conseqüentemente, os perfis de adoecimento observados nos diferentes territórios. Formar médicos para atuar nesse contexto exige muito mais do que transmitir conhecimentos biomédicos. É necessário desenvolver capacidade de compreender os determinantes sociais da saúde e reconhecer que doenças frequentemente refletem condições estruturais que ultrapassam o âmbito individual.

A educação médica contemporânea enfrenta o desafio de preparar profissionais capazes de atuar em uma sociedade heterogênea, marcada por contrastes econômicos, culturais e regionais. O médico pode atender, no mesmo dia, pacientes com realidades completamente distintas, exigindo sensibilidade para adaptar sua comunicação, suas orientações e suas estratégias terapêuticas. Nesse sentido, a aproximação dos estudantes com comunidades vulneráveis, territórios periféricos e diferentes contextos sociais representa componente fundamental da formação. O contato direto com essas realidades permite

compreender que o cuidado em saúde depende não apenas da disponibilidade de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, mas também das condições concretas de vida das pessoas. Ignorar as desigualdades sociais significa formar profissionais menos preparados para enfrentar os desafios reais da prática médica brasileira.

7.5 O desafio da formação ética e humanística

Apesar dos extraordinários avanços científicos observados nas últimas décadas, muitos dos principais desafios da medicina continuam relacionados à dimensão humana do cuidado. Escutar, acolher, comunicar más notícias, respeitar a autonomia dos pacientes e lidar com dilemas éticos permanecem competências essenciais para o exercício profissional.

Entretanto, desenvolver essas habilidades não é tarefa simples. A intensa valorização do conhecimento técnico e a pressão por produtividade podem contribuir para que aspectos relacionais sejam percebidos como secundários durante a formação. Em alguns contextos, estudantes passam a dedicar grande parte de sua energia à aquisição de conteúdos biomédicos, enquanto questões éticas e humanísticas recebem atenção limitada. A literatura educacional demonstra que valores profissionais são aprendidos não apenas por meio de disciplinas formais, mas também pela observação cotidiana de comportamentos e atitudes. Professores, preceptores e profissionais dos serviços de saúde funcionam como modelos que influenciam profundamente a construção da identidade médica.

Por essa razão, a formação ética não pode restringir-se ao estudo de códigos de conduta ou legislações profissionais. Ela exige ambientes institucionais coerentes, relações respeitadas e oportunidades contínuas de

reflexão sobre as responsabilidades associadas ao cuidado em saúde. A medicina do futuro continuará necessitando de tecnologia, ciência e inovação. Contudo, continuará necessitando também de profissionais capazes de compreender o sofrimento humano e estabelecer vínculos significativos com seus pacientes.

7.6 Educação médica em um cenário de mudanças tecnológicas

A incorporação de novas tecnologias representa um dos fenômenos mais marcantes da medicina contemporânea. Inteligência artificial, telemedicina, prontuários eletrônicos, algoritmos diagnósticos, dispositivos vestíveis e ferramentas de apoio à decisão clínica estão transformando progressivamente a prática profissional. Essas mudanças trazem oportunidades importantes para ampliar a eficiência, a precisão diagnóstica e o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, também geram desafios relacionados à formação médica. As escolas precisam preparar profissionais capazes de utilizar tecnologias avançadas sem se tornarem dependentes delas ou abandonarem o raciocínio clínico próprio.

A capacidade de interpretar criticamente informações produzidas por sistemas automatizados será cada vez mais importante. O médico do futuro precisará compreender não apenas como utilizar ferramentas tecnológicas, mas também suas limitações, riscos e implicações éticas. Além disso, a presença crescente da tecnologia reforça a importância das competências exclusivamente humanas. Empatia, julgamento ético, comunicação, compreensão contextual e tomada de decisões complexas permanecem atributos dificilmente substituíveis por sistemas automatizados. O desafio da educação médica não consiste em escolher entre tecnologia e humanização, mas em integrá-las de maneira equilibrada.

7.7 Entre expectativas e realidade

Talvez um dos maiores desafios contemporâneos da educação médica seja equilibrar expectativas frequentemente conflitantes. Espera-se que o médico seja cientista, gestor, comunicador, educador, líder, pesquisador e cuidador. Espera-se excelência técnica, sensibilidade humana, produtividade e compromisso social. Espera-se atualização constante em um cenário de expansão contínua do conhecimento. Essas expectativas são legítimas, mas também evidenciam a complexidade da profissão médica contemporânea. Nenhum currículo consegue contemplar integralmente todas as demandas possíveis. Por essa razão, a formação médica precisa desenvolver não apenas conhecimentos específicos, mas também capacidade permanente de aprendizagem, adaptação e reflexão crítica.

Mais do que transmitir respostas prontas, a educação médica deve preparar profissionais capazes de lidar com incertezas, mudanças e situações complexas. Em um mundo em constante transformação, talvez essa seja uma das competências mais importantes que uma escola médica pode oferecer.

7.8 Uma questão multifatorial

A educação médica contemporânea encontra-se inserida em um cenário marcado por profundas transformações sociais, tecnológicas e culturais. Questões relacionadas à confiança pública, ao uso das redes sociais, às desigualdades sociais, à formação ética e à incorporação de novas tecnologias ampliam significativamente os desafios enfrentados pelas instituições formadoras.

Preparar médicos para essa realidade exige muito mais do que atualizar currículos ou incorporar novas ferramentas pedagógicas. Exige formar profissionais capazes de compreender a complexidade do mundo contemporâneo, dialogar com diferentes públicos, utilizar tecnologias de maneira responsável e manter compromisso permanente com os princípios éticos que sustentam a prática médica.

Os desafios são numerosos, mas também representam oportunidades para construir uma formação mais crítica, mais humana e mais alinhada às necessidades da sociedade em que está inserida.

CAPÍTULO 8 - Perspectivas para o futuro da formação médica

8.1 O futuro começa no presente

Refletir sobre o futuro da educação médica não significa tentar prever com exatidão os acontecimentos das próximas décadas. A história demonstra que transformações científicas, tecnológicas e sociais frequentemente ocorrem de maneira mais rápida e imprevisível do que imaginamos. No entanto, observar tendências já em curso permite compreender alguns dos desafios e oportunidades que provavelmente moldarão a formação dos médicos do futuro. A medicina contemporânea encontra-se em permanente transformação. Novos conhecimentos científicos são produzidos diariamente, tecnologias inovadoras modificam a prática clínica e mudanças demográficas alteram os perfis de adoecimento da população. Nesse contexto, torna-se evidente que os currículos médicos não podem permanecer estáticos.

A formação médica do futuro precisará ser suficientemente flexível para acompanhar mudanças constantes, sem renunciar aos fundamentos científicos, éticos e humanísticos que caracterizam a profissão. Mais do que transmitir conteúdos específicos, as escolas médicas serão cada vez mais desafiadas a formar profissionais capazes de aprender continuamente ao longo de toda a carreira. Essa perspectiva representa uma mudança importante. Em vez de considerar a graduação como etapa capaz de fornecer todo o conhecimento necessário para a vida profissional, passa-se a compreendê-la como o início de um processo permanente de educação e atualização.

8.2 Inteligência artificial e novas tecnologias

Poucas transformações despertam tanta atenção atualmente quanto o avanço da inteligência artificial. Ferramentas capazes de processar grandes volumes de dados, interpretar exames de imagem, auxiliar na elaboração de diagnósticos e fornecer suporte à tomada de decisões clínicas já fazem parte da realidade de diversos sistemas de saúde. É provável que a presença dessas tecnologias se torne cada vez mais frequente nos próximos anos. Conseqüentemente, a educação médica precisará incorporar discussões relacionadas ao uso responsável dessas ferramentas, seus benefícios, limitações e implicações éticas. Entretanto, o avanço tecnológico não elimina a necessidade do médico. Pelo contrário, torna ainda mais importante o desenvolvimento de competências humanas dificilmente substituíveis por algoritmos. Empatia, comunicação, julgamento ético, interpretação contextual e construção de vínculos terapêuticos permanecem elementos centrais do cuidado em saúde.

A formação médica deverá preparar profissionais capazes de utilizar tecnologias de maneira crítica e inteligente. O desafio não consiste em competir com sistemas automatizados, mas em aprender a trabalhar em conjunto com eles, potencializando seus benefícios e reconhecendo suas limitações. Além da inteligência artificial, outras inovações tendem a ganhar espaço na educação médica, incluindo simulação realística de alta fidelidade, realidade virtual, realidade aumentada, plataformas digitais adaptativas e recursos educacionais baseados em análise de desempenho individual. Essas ferramentas poderão ampliar oportunidades de aprendizagem, desde que utilizadas como complemento — e não substituição — da experiência humana e do contato direto com pacientes.

8.3 A medicina em um mercado cada vez mais competitivo

Outra tendência que provavelmente influenciará a formação médica nas próximas décadas é a crescente competitividade do mercado profissional. A expansão do número de cursos e de vagas observada nos últimos anos já produz impactos perceptíveis em diversas regiões do país. Durante muito tempo, a escassez relativa de médicos garantiu ampla disponibilidade de oportunidades profissionais. Entretanto, o aumento contínuo do número de graduados modifica progressivamente esse cenário. Em determinadas localidades, observa-se maior concorrência por vagas, redução de remunerações em alguns segmentos e valorização crescente de diferenciais acadêmicos e profissionais. Essa realidade exige que a formação médica prepare os estudantes para um ambiente mais competitivo e complexo. Competência técnica continuará sendo indispensável, mas outros atributos ganharão importância crescente, incluindo comunicação, liderança, trabalho em equipe, capacidade de inovação, produção científica e educação continuada.

Ao mesmo tempo, é importante evitar interpretações excessivamente pessimistas. O Brasil continua apresentando desafios significativos relacionados ao acesso à saúde e à distribuição regional de profissionais. A questão central não parece ser a existência de médicos em excesso, mas sim a necessidade de melhor organização dos sistemas de formação e trabalho. Ainda assim, é provável que os futuros profissionais precisem desenvolver estratégias mais sofisticadas de planejamento de carreira do que aquelas adotadas por gerações anteriores.

8.4 A discussão sobre avaliação nacional e proficiência profissional

Entre os debates mais relevantes sobre o futuro da educação médica brasileira encontra-se a possibilidade de fortalecimento dos mecanismos nacionais de avaliação da formação profissional. A crescente preocupação com a qualidade dos cursos tem estimulado discussões sobre formas de monitorar de maneira mais consistente as competências desenvolvidas pelos graduandos. Nesse contexto, surgem propostas relacionadas à ampliação de exames nacionais de avaliação, ao fortalecimento dos processos de acreditação institucional e até mesmo à criação de mecanismos de certificação profissional inspirados em modelos existentes em outras profissões regulamentadas.

Os defensores dessas iniciativas argumentam que avaliações nacionais podem contribuir para identificar fragilidades formativas, estimular melhorias institucionais e aumentar a segurança da população. Por outro lado, críticos alertam para o risco de transformar a formação médica em processo excessivamente centrado em exames padronizados, reduzindo a complexidade da prática profissional a indicadores quantitativos. Independentemente do modelo que venha a ser adotado futuramente, é provável que a discussão sobre avaliação e qualidade permaneça presente nos próximos anos. A sociedade tende a exigir mecanismos cada vez mais transparentes para acompanhar a formação dos profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde. Para as escolas médicas, isso representa incentivo adicional à busca permanente por qualidade, inovação e responsabilidade social.

8.5 O fortalecimento da formação interprofissional

Os sistemas de saúde contemporâneos dependem cada vez mais da

atuação integrada de diferentes profissionais. Médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e diversos outros trabalhadores compartilham responsabilidades relacionadas ao cuidado das pessoas e comunidades. Entretanto, durante muito tempo, a formação desses profissionais ocorreu de maneira relativamente isolada. Cada curso desenvolvia suas atividades em espaços próprios, com poucas oportunidades de interação acadêmica significativa.

A educação interprofissional surge como resposta a essa limitação. Seu objetivo é promover experiências de aprendizagem compartilhadas, permitindo que estudantes de diferentes áreas compreendam melhor seus papéis profissionais, desenvolvam habilidades colaborativas e aprendam a atuar em equipe. Diversos organismos internacionais e pesquisadores da área da educação em saúde apontam a formação interprofissional como uma das estratégias mais promissoras para qualificar os sistemas de saúde. Nos próximos anos, é provável que currículos médicos incorporem de maneira mais consistente atividades integradas com outros cursos da área da saúde. Essa mudança poderá contribuir para reduzir barreiras profissionais históricas e fortalecer práticas colaborativas centradas nas necessidades dos pacientes.

8.6 O equilíbrio entre tecnologia e humanização

Talvez nenhum desafio seja tão importante para o futuro da educação médica quanto a busca de equilíbrio entre avanço tecnológico e humanização do cuidado. A medicina continuará incorporando novas ferramentas diagnósticas, terapêuticas e informacionais. A precisão dos exames aumentará, algoritmos apoiarão decisões clínicas e sistemas digitais estarão cada vez mais presentes nos serviços de saúde. Entretanto, a essência da prática médica continuará

envolvendo pessoas em situações de vulnerabilidade, sofrimento e incerteza.

Por essa razão, competências humanas tendem a adquirir valor ainda maior. Escuta ativa, empatia, comunicação, sensibilidade cultural e capacidade de estabelecer vínculos terapêuticos continuarão sendo elementos fundamentais da boa prática médica. A formação do futuro não deverá escolher entre ciência e humanização. O verdadeiro desafio consiste em integrar ambas as dimensões. O médico do século XXI precisará dominar conhecimentos científicos sofisticados sem perder a capacidade de reconhecer a singularidade de cada paciente. Nesse sentido, as escolas médicas terão papel decisivo na preservação dos valores humanísticos da profissão, mesmo em um cenário marcado por aceleradas transformações tecnológicas.

8.7 Um novo perfil profissional

As transformações discutidas ao longo deste capítulo sugerem a emergência de um perfil profissional cada vez mais abrangente. O médico do futuro precisará reunir competências técnicas sólidas, pensamento crítico, capacidade de adaptação, domínio de tecnologias, habilidades comunicacionais e compromisso ético.

Mais do que acumular informações, será necessário saber interpretar evidências, lidar com incertezas, trabalhar em equipe e aprender continuamente. A rapidez das mudanças científicas tornará impossível dominar todo o conhecimento disponível, aumentando a importância da educação permanente e da atualização profissional ao longo da carreira. Ao mesmo tempo, a valorização crescente da integralidade do cuidado exigirá profissionais capazes de compreender não apenas doenças, mas também pessoas, famílias e contextos

sociais. O conhecimento biomédico continuará essencial, mas deverá coexistir com habilidades relacionais e compreensão ampliada do processo saúde-doença. Formar esse profissional representa um dos maiores desafios da educação médica contemporânea.

8.8 Um profissional mais humano, versátil e capaz de se adaptar

O futuro da formação médica será influenciado por transformações tecnológicas, mudanças no mercado de trabalho, novas formas de avaliação profissional e crescente valorização do trabalho colaborativo. Essas mudanças exigirão currículos flexíveis, metodologias inovadoras e compromisso permanente com a qualidade da formação. Entretanto, apesar das inovações que certamente surgirão, alguns princípios tendem a permanecer inalterados. A responsabilidade ética, o compromisso com a ciência, o respeito à dignidade humana e a busca pelo melhor cuidado possível continuarão constituindo os fundamentos da profissão médica.

O desafio das próximas décadas não será apenas formar profissionais capazes de utilizar novas tecnologias, mas formar médicos preparados para exercer sua profissão em uma sociedade cada vez mais complexa, diversa e dinâmica. Um profissional humano, com sensibilidade e capacidade de se adaptar às mudanças. O futuro da educação médica dependerá da capacidade de equilibrar inovação e tradição, conhecimento científico e sensibilidade humana, eficiência tecnológica e responsabilidade social.



Figura 3 – Tendências para o futuro da educação médica brasileira (Fonte: autoria-própria).

CAPÍTULO 9 - Considerações finais: formar médicos para qual sociedade?

9.1 Uma discussão que vai além da universidade

Ao longo desta obra, analisamos diferentes dimensões da educação médica brasileira. Discutimos suas raízes históricas, a influência do modelo flexneriano, as transformações promovidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, o papel do Sistema Único de Saúde como cenário formador, os desafios enfrentados pelos estudantes, os impactos da expansão dos cursos de Medicina e as perspectivas que se desenharam para o futuro da profissão. Entretanto, todas essas discussões convergem para uma pergunta fundamental: afinal, para qual sociedade estamos formando médicos?

À primeira vista, a questão pode parecer simples. Espera-se que os cursos de Medicina formem profissionais aptos a diagnosticar doenças, realizar tratamentos e promover saúde. Contudo, uma análise mais profunda revela que a formação médica envolve muito mais do que a aquisição de competências técnicas. Ela reflete escolhas sociais, políticas, éticas e culturais sobre o tipo de cuidado que desejamos oferecer à população. Cada currículo, cada metodologia de ensino, cada política educacional e cada decisão institucional expressam determinada concepção de medicina e de sociedade. Formar médicos significa, em certa medida, decidir quais valores serão transmitidos às futuras gerações de profissionais e quais prioridades orientarão sua atuação.

Por essa razão, a educação médica não constitui tema de interesse exclusivo das universidades. Trata-se de uma questão que diz respeito a toda a sociedade, uma vez que os profissionais formados hoje serão responsáveis pelo

cuidado das próximas décadas.

9.2 Entre ciência e humanidade

Poucas profissões dependem tanto da integração entre conhecimento científico e sensibilidade humana quanto a medicina. Os avanços observados ao longo dos últimos séculos permitiram extraordinário desenvolvimento diagnóstico e terapêutico. Tecnologias sofisticadas, medicamentos inovadores, métodos de imagem de alta precisão e recursos cirúrgicos complexos ampliaram significativamente a capacidade de intervenção sobre inúmeras doenças. Entretanto, o progresso científico não eliminou a necessidade do encontro humano que caracteriza a prática médica. Pacientes continuam procurando profissionais capazes de compreender suas dúvidas, seus medos, suas expectativas e suas experiências de sofrimento. Continuam necessitando de escuta, acolhimento e orientação em momentos de vulnerabilidade. Esse equilíbrio entre técnica e humanidade representa um dos maiores desafios da formação médica contemporânea. O médico do futuro deverá dominar conhecimentos cada vez mais complexos, mas também preservar competências relacionais que nenhuma tecnologia é capaz de substituir integralmente.

Ao longo do livro, observamos que diversos movimentos de reforma educacional buscaram justamente ampliar essa compreensão do cuidado. A valorização da integralidade, dos determinantes sociais da saúde, da comunicação e da humanização não representa oposição à ciência. Pelo contrário, constitui tentativa de torná-la mais completa e mais próxima das necessidades reais das pessoas. Assim, formar bons médicos não significa escolher entre excelência técnica e sensibilidade humana. Significa reconhecer que ambas são inseparáveis.

9.3 O desafio da responsabilidade social

Outro aspecto central discutido nesta obra refere-se à responsabilidade social da educação médica. Em um país marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais e regionais, a formação profissional não pode ser analisada exclusivamente sob a perspectiva do mercado de trabalho ou dos interesses institucionais. A medicina possui função social inegável. Seus profissionais atuam em situações que envolvem sofrimento, vulnerabilidade e direitos fundamentais. Por essa razão, a qualidade da formação médica interessa não apenas aos estudantes e às escolas, mas também às comunidades que serão atendidas por esses futuros profissionais.

A expansão dos cursos de Medicina exemplifica bem essa complexidade. Democratizar o acesso ao ensino superior constitui objetivo legítimo e desejável. Contudo, ampliar vagas sem garantir qualidade formativa adequada pode produzir consequências negativas tanto para os profissionais quanto para a população. Da mesma forma, a incorporação de novas tecnologias oferece oportunidades importantes, mas exige reflexão ética permanente. O desenvolvimento científico precisa estar acompanhado de compromisso com a equidade, a dignidade humana e a justiça social. Nesse sentido, a educação médica do futuro deverá fortalecer sua dimensão social, preparando profissionais capazes de compreender os desafios coletivos da saúde e contribuir para a construção de sistemas mais justos e acessíveis.

9.4 Os médicos que a sociedade precisará

Embora seja impossível prever com precisão como será a medicina nas

próximas décadas, algumas características parecem cada vez mais necessárias. O profissional do futuro precisará lidar com mudanças rápidas, interpretar grandes volumes de informação, utilizar tecnologias avançadas e atuar em equipes multiprofissionais. Precisar aprender continuamente, adaptar-se a novos contextos e responder a desafios ainda desconhecidos. Entretanto, algumas competências provavelmente permanecerão essenciais independentemente das transformações tecnológicas. Capacidade de comunicação, pensamento crítico, ética profissional, responsabilidade social e respeito à autonomia dos pacientes continuarão constituindo pilares da boa prática médica.

A sociedade não necessitará apenas de especialistas altamente qualificados. Necessitará também de profissionais capazes de compreender pessoas em sua complexidade, reconhecer vulnerabilidades, atuar com empatia e estabelecer relações de confiança. Essas características não surgem espontaneamente após a graduação. Elas são construídas ao longo do processo formativo por meio de experiências, exemplos, reflexões e vivências que moldam a identidade profissional dos estudantes. Por essa razão, a formação médica deve preocupar-se não apenas com aquilo que os alunos sabem, mas também com aquilo que se tornam durante a trajetória universitária.

9.5 Educação médica como projeto de futuro

Pensar a educação médica é pensar o futuro da saúde. Cada estudante que ingressa em uma escola médica representa um profissional que, em poucos anos, tomará decisões clínicas, orientando pacientes, participando de equipes de saúde e influenciando diretamente a vida de inúmeras pessoas. As escolhas realizadas hoje pelas instituições formadoras repercutirão durante décadas. Currículos, metodologias pedagógicas, modelos de avaliação e experiências

práticas contribuirão para definir a maneira como esses profissionais compreenderão a medicina e exercerão sua profissão.

Por isso, a educação médica deve ser compreendida como projeto coletivo de futuro. Não se trata apenas de transmitir conhecimentos acumulados pelas gerações anteriores, mas também de preparar profissionais capazes de enfrentar desafios inéditos e construir respostas para problemas ainda em transformação. A qualidade da assistência à saúde nas próximas décadas dependerá, em grande medida, da qualidade da formação oferecida hoje.

9.6 Observar o passado, entender o futuro

A história da educação médica brasileira demonstra que nenhum modelo formativo é definitivo. As transformações sociais, científicas e culturais exigem constante revisão das práticas educacionais e permanente disposição para o aperfeiçoamento. Ao longo deste livro, procuramos mostrar que a formação médica é um processo complexo, influenciado por fatores históricos, políticos, institucionais, tecnológicos e humanos. Também procuramos evidenciar que a discussão sobre educação médica não pode ser reduzida a disputas curriculares ou metodológicas. Em sua essência, trata-se de uma reflexão sobre valores, responsabilidades e compromissos sociais.

A pergunta que orienta este capítulo permanece aberta: para qual sociedade estamos formando médicos?

A resposta dependerá das escolhas que realizarmos como educadores, estudantes, gestores, profissionais e cidadãos. Dependerá da capacidade de equilibrar inovação e tradição, ciência e humanidade, excelência técnica e

responsabilidade social. Mais do que formar profissionais capazes de tratar doenças, talvez o maior desafio da educação médica brasileira seja formar médicos capazes de compreender pessoas, respeitar suas singularidades e contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável, mais justa e mais humana.



Figura 4 – Os elementos essenciais da formação médica contemporânea no Brasil (Fonte: autoria-própria).

REFERÊNCIAS

Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2234-2249.

Almeida Filho N. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2007.

Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). *Cadernos ABEM*. Brasília: ABEM; vários números.

Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). *Diretrizes para a educação médica brasileira*. Brasília: ABEM; diversas edições.

Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. *Semina Cienc Soc Hum*. 2011;32(1):25-40.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e organização dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*. 1990 set 20.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*. 1990 dez 31.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 2001 nov 9.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2014 jun 23.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e*

Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(2):219-230.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.

Conselho Federal de Medicina. Radiografia das escolas médicas do Brasil. Brasília: CFM; 2023.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: problematização e aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):780-788.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136.

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-544.

Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.

Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu)*. 2002;6(10):37-50.

Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 68ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2021.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 75ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2021.

General Medical Council. Outcomes for graduates. London: GMC; 2018.

Harden RM. Outcome-based education: the future is today. *Med Teach*. 2007;29(7):625-629.

Harden RM, Crosby JR, Davis MH. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education. Part 1—An introduction to outcome-based education. *Med Teach*. 1999;21(1):7-14.

Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. *Acad Med*. 2010;85(11):1738-1743.

Lampert JB. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. *Gaz Med Bahia*. 2008;78(1):31-37.

Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM; 2009.

Machado FRS, Wuo AS, Heinzle MRS. Educação médica no Brasil: uma análise histórica e crítica sobre a formação profissional. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(4):66-73.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(Suppl 2):2133-2144.

Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):262-270.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A formação médica para os sistemas universais de saúde. Brasília: OPAS; 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia de recursos humanos para acesso universal à saúde. Washington (DC): OPAS; 2017.

Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-1797.

Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Associação Médica Brasileira; 2023.

Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM,

Matijasevich A, et al. Demografia médica no Brasil 2025. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Associação Médica Brasileira; 2025.

Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

World Federation for Medical Education (WFME). WFME global standards for quality improvement in basic medical education. Copenhagen: WFME; 2020.

World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO education guidelines 2013. Geneva: WHO; 2013.



SUS
Sistema
Único
de Saúde



ISBN 978-658319953-9

9 786583 199539

thesis editora
científica