Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Áreas de competências de egressos/as dos cursos de medicina do nordeste brasileiro

Competency areas of graduates from medical courses in northeastern Brazil

Áreas de competencias de los egresados de los cursos de medicina del nordeste de Brasil

Elaine Andrade Leal Silva[1], Mercia Pereira Sousa[1], Tertuliano Victor Galvão Moreira[1], Sylvia Helena Souza da Silva Batista[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar os cursos de medicina em universidades federais do Nordeste brasileiro quanto às áreas de competências do egresso. **Métodos:** Neste estudo qualitativo documental foram coletados, através dos Projetos Pedagógicos de Cursos, dados estruturais e das áreas de competências médicas e colaborativas dos cursos de medicina ofertados por universidades federais localizadas no nordeste brasileiro e realizada a análise temática de Bardin. **Resultados:** A análise revelou que, dos 27 cursos existentes, a maioria está localizada no interior e utiliza o Sistema de Seleção Unificada como forma de ingresso. Cada universidade organiza, autonomamente, as áreas de competências atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde. Contudo, os projetos pedagógicos analisados não apresentam de forma consistente, competências colaborativas nas áreas de Atenção à Saúde, Educação em Saúde e Gestão em Saúde, como previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais. **Conclusão:** Embora haja avanços, é necessária a atualização dos currículos para alinhar-se às demandas contemporâneas do Sistema Único de Saúde e realizar novos estudos que incluam as demais escolas médicas públicas e as confessionais e privadas.

Palavras-chave: Currículo, Medicina, Saúde, Universidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze medical programs at federal universities in the Brazilian Northeast with regard to graduates' areas of competence. **Methods:** This qualitative documentary study collected structural and competency-related data—both medical and collaborative—from the Pedagogical Course Projects of medical programs offered by federal universities in the Brazilian Northeast. A thematic analysis based on Bardin's method was conducted. **Results:** The analysis showed that, among the 27 existing programs, most are located in inland regions and use the Unified Selection System (SISU) for admissions. Each university independently organizes the competency areas of healthcare, health education, and health management. However, the analyzed pedagogical projects do not consistently present collaborative competencies in these areas, as required by the National Curriculum Guidelines. **Conclusion:** Although progress has been made, curriculum updates are necessary to align with the contemporary demands of the Unified Health System (SUS), as well as further studies that include other public medical schools, both state and municipal, as well as confessional and private institutions.

Palavras-chave: Curriculum, Medicine, Health, University.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los cursos de medicina en universidades federales del noreste de Brasil en relación con las áreas de competencias del egresado. **Métodos:** En este estudio cualitativo documental se recolectaron, a través de los Proyectos Pedagógicos de Curso, datos estructurales y sobre las áreas de competencias

[1] Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus - BA.
[2] Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP.

SUBMETIDO EM: 7/2025 | **ACEITO EM: 8/2025** | **PUBLICADO EM: 9/2025**

médicas y colaborativas de los cursos de medicina ofrecidos por universidades federales ubicadas en el noreste brasileño. Se realizó un análisis temático basado en el método de Bardin. **Resultados:** El análisis reveló que, de los 27 cursos existentes, la mayoría se encuentra en el interior y utiliza el Sistema de Selección Unificada como forma de ingreso. Cada universidad organiza de manera autónoma las áreas de competencia en atención a la salud, educación en salud y gestión en salud. Sin embargo, los proyectos pedagógicos analizados no presentan de manera consistente competencias colaborativas en estas áreas, como lo establecen las Directrices Curriculares Nacionales. **Conclusión:** Aunque se han logrado avances, es necesaria la actualización de los planes de estudio para alinearse con las demandas contemporáneas del Sistema Único de Salud, así como la realización de nuevos estudios que incluyan las demás escuelas de medicina públicas, confesionales y privadas.

Palabras clave: Currículo, Medicina, Salud, Universidad**.**

INTRODUÇÃO

O ensino médico no Brasil expandiu-se significativamente, especialmente, após a década de 2000. Em 2019, havia 337 cursos de medicina, um aumento superior a 200% em relação ao ano de 2000 (SANTOS CJ, et al., 2021). No entanto, a distribuição é desigual, privilegiando o Sudeste (SANTOS CJ, et al., 2021; SCHEFFER M, 2022). No Nordeste, a densidade de vagas é menor, mesmo com a interiorização promovida por programas como o Mais Médicos.

Na tentativa de diminuir a escassez ou ausência de profissionais médicos em regiões com desigualdade na área da saúde, o Programa Mais Médicos (PMM), criado através da Lei nº 12.871, no governo da presidente Dilma Roussef, visa, através da qualificação e formação, a interiorização do ensino médico no Brasil (BRASIL, 2013). A interiorização dos cursos reflete políticas de ampliação da oferta de médicos no interior, mas ainda enfrenta desafios quanto à fixação destes profissionais. Essa interiorização é, fundamental para uma distribuição equitativa de vagas ofertadas entre as regiões, além de favorecer o interesse do formando em permanecer próximo ao seu lugar de origem gerando retorno financeiro, qualidade de vida e oportunidades de emprego (OLIVEIRA BL, et al., 2019).

A expansão da oferta de vagas em sete anos (2011 e 2018), são equiparáveis há quase dois séculos da história de implantação de cursos de medicina no país (OLIVEIRA BL, et al., 2019). Almeida CJ (2022) demonstra que a expansão dos cursos e vagas de graduação de medicina foi um marco bastante importante, pois houve um saldo quantitativo de médicos, principalmente para os estudantes do interior que outrora necessitavam migrar para as capitais, cujo custo de vida é mais elevado. A diferença de oferta de vagas que varia de 40 a 160 sinaliza a necessidade de rever a redistribuição de vagas e, consequentemente, o aumento da oferta de profissionais médicos entre os estados do nordeste.

O Programa de incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas, criado em 2001, objetivou mudanças curriculares com base nos problemas da população e do Sistema Único de Saúde (SUS) e na capacidade da formação profissional mitigar essas questões (BRASIL, 2002). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina de 2014 enfatizam a formação integral, humanística e crítica, visando atender às demandas do SUS (BRASIL, 2014)

De acordo com estas Diretrizes, os alunos devem ser corresponsáveis pela própria formação inicial, continuada e em serviço, além de apresentar competências e habilidades condizentes com a prática como: saber compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde; participar de ações de gerenciamento e administração, atuar nos diferentes níveis do processo saúde e doença; prezar as necessidades de saúde dos indivíduos, populações e setores de saúde; dentre outras (BRASIL, 2014)

No que se refere ao tempo de publicação é fundamental que os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPCs) estejam atualizados e em consonância com as DCNs do curso, pois isto é fundamental para um alinhamento na formação de médicos para trabalhar no SUS. O PPC requer uma referência padrão que sirva para alcançar um mínimo de objetivos e metas e sejam capazes de refletir as mudanças necessárias na formação dos novos profissionais, capacitando-os para os desafios que a prática exige (ABDALLA IG, et

al., 2009; NOVATO VO, et al., 2022). Nas DCNs do Curso de Medicina em 2014, foram propostas áreas de competências, entendendo-as como as capacidades do egresso de articular, com os recursos disponíveis, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes para solucionar os desafios profissionais, em diferentes cenários, especialmente no SUS (BRASIL, 2014).

As competências podem ser distintas entre “comuns”, aquelas comuns entre todas as profissões, “complementares”, as que distinguem uma profissão de outra e as “colaborativas”, aquelas necessárias para trabalhar efetivamente com as outras (BARR H, 2005). Valores e ética, funções e responsabilidades, comunicação interprofissional e equipe e trabalho em equipe são competências essenciais e fundamentais para os cuidados de saúde seguros, de elevada qualidade, acessíveis e centrados na pessoa, devendo ser desenvolvidas continuamente para que os profissionais de saúde entrem no mundo de trabalho preparados (ORCHARD C e BAINBRIDGE L, 2015; INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE, 2016, p. 10).

Uma década após a publicação das referidas DCNs, inscreve-se o momento contemporâneo de discussão de novas DCNs dos Cursos de Medicina bem como a realização da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde trazendo novamente a pauta sobre a formação médica com destaque para a necessidade de uma demanda crescente de profissionais de saúde com perfil e competências necessárias para as demandas do trabalho em saúde (ABEM, 2024; (BRASIL, 2024, p. 15). Nesse contexto de mobilização nacional na análise da formação médica para o Brasil e dos movimentos na perspectiva da educação e do trabalho interprofissional em saúde, o presente artigo tem como objetivo analisar os cursos de medicina em universidades federais do Nordeste brasileiro quanto às áreas de competências de egresso.

MÉTODOS

Este estudo faz parte do projeto maior intitulado Colaboração Interprofissional no Estágio Curricular na Atenção Básica de Cursos de Saúde onde o lócus do estudo foram os cursos de medicina ofertados pelas Universidades Federais da Região Nordeste do Brasil (SILVA EAL, 2023).

O recorte apresentado caracteriza-se como estudo qualitativo, utilizando-se a análise documental dos PPCs de universidades federais do Nordeste. Elegeu-se utilizar a análise documental possibilitando o acesso a registros e informações que podem ser cruciais para a compreensão dos fenômenos estudados (FLICK U, 2009). A análise documental é uma metodologia que permite a análise e interpretação dos acontecimentos sociais por meio da recuperação de dados valiosos de fontes documentais diversas, como relatórios, cartas, leis e outros documentos oficiais (MINAYO MCS, 2014).

Os dados foram coletados em julho de 2024 por meio de autorização da pesquisadora principal ao banco de dados da pesquisa armazenado no Núcleo de Saúde, Educação e Trabalho (NSET) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Utilizou-se como instrumento de coleta planilha no software Microsoft Excel contendo informações relacionados ao nome das universidades, data de publicação dos PPCs, modalidade de ensino, turno de funcionamento, quantidade de vagas ofertadas anualmente, prazo mínimo, máximo e médio de integralização curricular, forma de ingresso, áreas de competências da prática médica e nestas, as competências colaborativas.

A análise dos dados seguiu a proposta de Bardin L (2011) utilizando o software sistema Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) para buscar e identificar as áreas de competência da prática médica e competências colaborativas no corpus de dados dos PPCs. Adotou-se três etapas:

1. Pré-análise, onde houve a preparação do material analisado, seleção e organização dos dados seguido da leitura flutuante;

2. Exploração do material, realizando-se: 1. identificação dos aspectos estruturais quanto às identificações e características dos cursos (contextualização dos cursos) e 2. agrupamento das

competências por áreas (Atenção à Saúde, Educação em Saúde e Gestão em Saúde). Com auxílio do IRaMuTeQ foi realizado a análise do corpo textual e da formação de tabelas quantitativas de palavras para identificação da recorrência do uso de cada palavra em cada PPC segundo a divisão de áreas de competências. Nesta etapa, com base nas competências do egresso oferecidos por cada instituição e agrupando as instituições com base em similaridades das palavras analisadas, foram estabelecidas duas categorias de análise: cursos de Medicina no Nordeste Brasileiro: uma contextualização e áreas de competências dos egressos: analisando competências colaborativas.

3. Na terceira e última etapa ocorreu o tratamento, a inferência e interpretação a fim de responder à pergunta investigativa da pesquisa.

Ao respeitar os aspectos éticos quanto à confidencialidade, utilização e armazenamento dos documentos, buscou-se garantir a integridade dos dados de cada documento analisado. Por se tratar de documento de fonte e acesso públicos, dispensou-se o consentimento de autorização da instituição responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados produzidos abrangeram dois conjuntos de informações relativas à contextualização dos Cursos e às áreas de competências.

Cursos de medicina no nordeste brasileiro: uma contextualização

No Nordeste do Brasil há dezessete Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), **Quadro 1**, que ofertam o curso de medicina. Juntas, estas universidades ofertam o total de vinte e sete cursos. Os estados da Bahia e Pernambuco contém a maior concentração de cursos, seguidos pelos estados de Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte e os estados de Alagoas e Sergipe.

Quadro 1 - Universidades e quantitativo de cursos.

Estado	Quantidade de cursos	Universidade
Alagoas	2	Universidade Federal de Alagoas
Bahia	4	Universidade Federal da Bahia
		Universidade Federal do Oeste da Bahia
		Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
		Universidade Federal do Sul da Bahia
Ceará	3	Universidade Federal do Cariri
		Universidade Federal do Ceará
Maranhão	3	Universidade Federal do Maranhão
Paraíba	3	Universidade Federal da Paraíba
		Universidade Federal de Campina Grande
Pernambuco	4	Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco
		Universidade Federal de Pernambuco
Piauí	3	Universidade Federal do Delta do Parnaíba
		Fundação Universidade Federal do Piauí
Rio Grande do Norte	3	Universidade Federal Rural do Semi-Árido
		Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Sergipe	2	Fundação Universidade Federal de Sergipe
Total	27	

Fonte: Silva EAL, et al., 2025.

Dos 27 cursos analisados, 66,6% estão localizados no interior, sendo a maioria a mais de 100 quilômetros da capital. A oferta anual de vagas varia de 40 a 160, com predomínio de 80 vagas por curso. No tocante à data de criação dos cursos, observa-se que 56,5% (N=13) dos Cursos que compõem o campo deste estudo foram criados após a instituição do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e

Expansão das Universidades Federais (REUNI) (BRASIL, 2007). Destes, 76,9% (N=10) surgiram após o estabelecimento do PMM.

Atualmente, de acordo com os registros do Conselho Federal de Medicina, no Brasil há 77 cursos de medicina ofertados pela rede pública federal (BRASIL, 2007). Diante do exposto, observamos que o quantitativo ofertado pelas IES federais do Nordeste é considerável, pois a região concentra aproximadamente um terço do quantitativo de cursos ofertados pelas IES federais de todo país. Há também um protagonismo do NE quando comparado às regiões norte e centro-oeste que, em 2020, possuíam um total de 25 e 30 cursos, respectivamente (PEREIRA DV, 2021)

O crescimento significativo de novos cursos de medicina está alinhado aos objetivos do REUNI, que visa a criação de condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, e do PMM que institui a reordenação da oferta de cursos de Medicina (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013)

Dos vinte e três PPCs analisados, cinco foram publicados há mais de dez anos, um não possui o ano de publicação e os demais dezessete foram publicados a menos de uma década (considerando-se o ano de 2023 para análise). Um PPC está datado no ano de 2001, sendo o documento mais antigo analisado, enquanto dois foram publicados em 2023, sendo os mais atuais. Deste modo, a constante revisão dos PPCs além de favorecer o alinhamento com a atualização das DCNs, poderá promover um currículo consonante com a interdisciplinaridade e interprofissionalidade. A partir dos documentos analisados, constata-se que a forma de ingresso para os cursos acontece por meio do Sistema de Seleção Unificado (SISU), exceto um, que declara que o método é vestibular.

A criação do SISU democratizou o acesso, contudo contradições ainda permanecem, uma vez que, por exemplo, pode limitar a inclusão de estudantes locais, com a entrada de estudantes de várias regiões do país, muitos deles com residência em regiões bem distantes das IES que foram aprovados (GILIOLI RS, 2016). É importante destacar que esta política pública de ingresso no ensino superior brasileiro diminuiu o quantitativo de datas sobrepostas de provas de vestibular e parece ter ampliado a busca pela realização do Enem após a conclusão do ensino médio (GILIOLI RS, 2016).

Dos cursos analisados, 82,6% (N=19) são ofertados na modalidade de turno integral e 17,3% (N=4) são diurnos. O período mínimo de integralização de todos os cursos é de seis anos, o tempo máximo pode chegar a até onze anos. Em sete documentos também foram informados o tempo médio de formação, sendo este tempo médio de 7,1 anos.

A extensa carga horária dos cursos de medicina exige que os mesmos sejam ofertados em mais de um turno, entretanto, universitários de turnos integrais são mais ausentes do convívio familiar e mais vulneráveis aos impactos dos estímulos externos capazes de sincronizar a função do meio interno (zeitgebers) e influências culturais (SCHNEIDER ML,2009). Este mesmo autor sinaliza para a necessidade de trabalhar, estudar ou estagiar em um terceiro turno, podendo gerar privação do sono e ocasionar sintomas depressivos e uso abusivo de substâncias. Ademais, tais modalidades de ensino podem impactar no tempo de integralização, pois, os programas “de tempo integral” no Brasil incrementam o acesso à educação pública com maior tempo de permanência nas instituições (CRUZ T, et al., 2018).

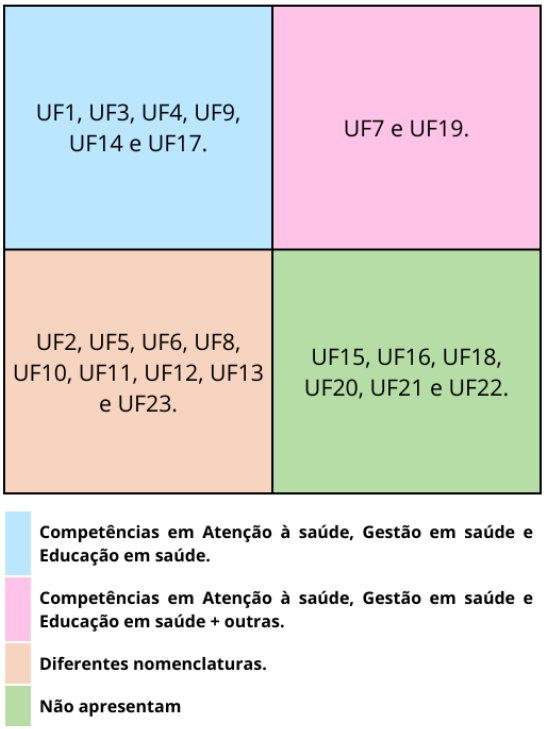
Áreas de competências dos egressos: analisando competências colaborativas

Para cada competência do egresso foram analisadas três áreas conforme apresentadas nas DCNs, a saber: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Considerando que cada Universidade possui autonomia didático-científica, os PCCs analisados nomeiam as competências do egresso de forma distinta.

A heterogeneidade na apresentação das áreas de competências do egresso compromete o alinhamento com as DCNs. A formação dos recursos humanos continua sendo um desafio para preencher as competências definidas pelas DCNs nas variadas estratégias pedagógicas existentes e na formação médica que priorize os aspectos além dos biológicos e que fortaleça as competências de cada profissional (FERREIRA MJ, et al., 2019).

A elaboração das DCNs para os Cursos da Área da Saúde foi orientada por uma compreensão político-epistemológica de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, fomentando, no campo da Medicina, uma estratégia para formação médica em todo o contexto da saúde coletiva (FERREIRA MJ, et al., 2019). Essa estratégia teve sua validade testada, como pode-se observar a presença de seus requisitos nos PPCs. No entanto, quanto à sua validação, as competências demandam a necessidade de avaliação tanto da aplicação quanto da articulação de competências profissionais (FREITAS LS, et al., 2018). De acordo com a **Imagem 1**, a análise dos PPCs permitiu configurar agrupamentos por Área de Competência:

Imagem 1 - Descrição das áreas de competências do egresso por IES.



Fonte: Silva EAL, et al., 2025.

As áreas de *Competências em Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde* refere-se a PPCs que destacam essas três áreas como os pilares centrais no desenvolvimento das habilidades e competências dos alunos, alinhando-se de forma clara às exigências das DCNs. Nesta classificação, foram encontrados 6 PPCs.

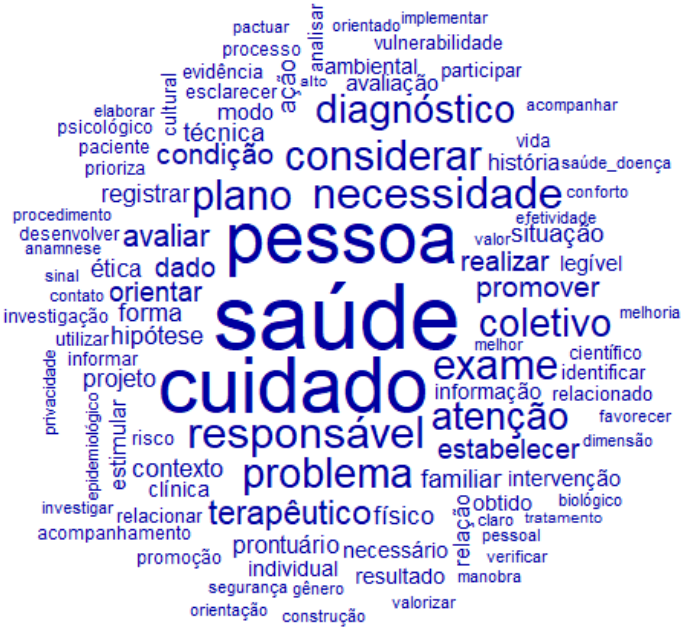
As *Áreas de competências em Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde + outras*são aquelas que, além das três áreas principais, acrescentam outras competências específicas, relacionadas às necessidades específicas da formação médica ou ao contexto institucional. Neste âmbito, identificou-se 02 PPCs.

As nomeadas como *Diferentes Nomenclaturas* se referem às que possuem terminologias distintas para descrever competências e habilidades e compartilham similaridade em seus conteúdos e objetivos educacionais; foram identificados nesta classificação 09 PPCs.

As que *Não Apresentam* refere-se a N=6 PPCs que não apresentam, de forma explícita, as nomenclaturas das competências e habilidades esperadas, impossibilitando a análise de sua estrutura formativa em relação às DCNs.

Na área de competência *Atenção à Saúde* a palavra encontrada com mais frequência (**Imagem 2**) foi "saúde" (N =108), seguido de "cuidado" (N= 89), "pessoa" (N=81), "responsável" (N=47) e "necessidade" (N=45).

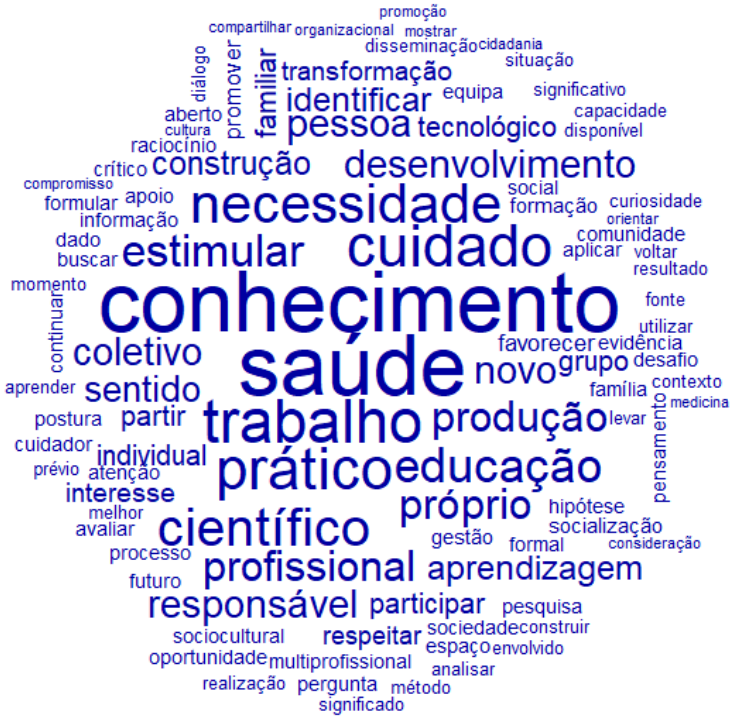
Imagem 2 - Nuvem de Palavras das competências do egresso de medicina na área de competência Atenção à Saúde.



Fonte: Silva EAL, et al., 2025.

Na área de competência Educação em Saúde, conforme **Imagem 3**, a palavra "saúde" e "conhecimento" foram encontradas com maior frequência (N= 41 cada), seguidas de "trabalho" (N=28), "prático" (N=27) e "cuidado" (N=27).

Imagem 3 - Nuvem de Palavras das competências do egresso de medicina na área de Educação em Saúde.



Fonte: Silva EAL, et al., 2025.

Na área de competência Gestão em Saúde a palavra "saúde" foi encontrada com maior frequência (N=104), seguida de "trabalho" (N=71), "plano" (N=40), "identificar" (N=28) e "processo" (N=27), compondo as 5 palavras mais prevalentes que podem ser visualmente identificadas na **Imagem 4**.

Imagem 4 - Nuvens de Palavras das competências do egresso de medicina na área de Gestão em Saúde.

Fonte: Silva EAL, et al., 2025.

Nessa análise não foram encontradas palavras que levassem à compreensão das competências colaborativas interprofissionais descritas na DCN. A ausência de palavras que indiquem competências colaborativas interprofissionais sinaliza a necessidade de investigar sobre o currículo de medicina no que concerne às competências estabelecidas pelas DCNs (OLIVEIRA BL, et al., 2019; BRASIL, 2024; BRASIL 2009).

Na contemporaneidade, a Atenção à Saúde, contempla uma perspectiva social na qual a saúde se descentraliza do saber médico e é compartilhada, em caráter de equidade com a equipe de saúde, com o/a usuária, havendo uma corresponsabilização e autonomia no processo de saúde-doença das pessoas. Nesse sentido, a prática de saúde deve estar incluída na clínica do sujeito, abrangendo sua subjetividade, sendo necessário que o processo de atenção à saúde configure um cuidado compartilhado entre os e as partes envolvidas, e uma composição epistemológica dos saberes e racionalidades no cuidado em todos os aspectos (CAMPOS GW, 2009).

Esse tipo de atenção já é estabelecida dentro da prática clínica por meio de métodos cientificamente validados e usados na atenção primária, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), elucidado por Moira Stewart e outros autores, em que há uma organização do tratamento para que o processo de saúde e doença, bem como o atendimento e o acompanhamento, tenham uma organização fluida, mas que também respeite as singularidades de cada paciente e considere aspectos além da fisiologia, como os sentimentos, ideais, preocupações e funcionalidade (STEWART M, et al., 2017).

A concepção ampliada de saúde forja uma nova perspectiva de Atenção à Saúde e que há uma continuidade compartilhada do cuidado no que se diz respeito também à educação do usuário/a e sua autonomia. Esta configuração de concepções e práticas exige ambiências de aprendizagem no trabalho, imbricando-se dos atos de aprender e ensinar no cotidiano da prática profissional (BRASIL, 2018; BRASIL, 2012).

No âmbito da aprendizagem pelo e no trabalho, há um protagonismo da educação permanente destacando os processos formativos compartilhados. Durante a formação é essencial que estudantes aprendam interprofissionalmente para desenvolverem reflexões sobre a própria prática, trocar saberes, identificar e discutir problemas, estimularem a colaboração e a qualidade da atenção à saúde, desenvolvendo um Cuidado Centrado no Paciente (CCP) (BRASIL, 2014; D'AMOUR D, et al., 2008).

Para promover um CCP de qualidade, a relação médico-paciente surge como um elemento central, inclusive integrando indicadores de qualidade dos sistemas de saúde, reduzindo iniquidades e respeitando suas necessidades, características e valores (WOLLMANN L, et al., 2024).

Na esteira da presente discussão, identificar a presença das palavras "saúde" "cuidado" , "pessoa" , "responsável" e "necessidade" parece ser um achado importante e significativo na superação da formação centrada na doença, todavia inscreve-se como fundante que, a despeito dos esforços e compromissos expressos em diferentes políticas públicas de reorientação da formação, a área de competência Atenção em Saúde permanece fortemente compreendida dentro da prática médica, secundarizando (ou, pelo menos, não dando visibilidade) os saberes da equipe de saúde, do/a usuário, da comunidade.

O processo de Gestão em saúde, é também um dos pontos de destaque na Política Nacional de Educação Popular Permanente (PNEP), uma vez que nas atuais perspectivas os modelos gerenciais de

trabalho possuem uma conduta interdisciplinar, com a responsabilidade da gestão sendo dividida entre diversos profissionais do serviço de saúde (BRASIL, 2014 b). Nesse sentido há uma necessidade de um plano estratégico e processual na implementação das políticas públicas de saúde, uma vez que no modelo de gestão compartilhada, os médicos e médicas estarão, dentro dos serviços de saúde, compondo equipes de trabalho em saúde (BRASIL, 2009)

Os achados deste estudo indicam que na área de competência Gestão em Saúde, as palavras mais recorrentes foram "saúde", "trabalho", "plano", "identificar" e "processo". Configura-se um campo bastante fecundo de uma compreensão de gestão que ultrapassa o foco gerencial, todavia o silêncio em relação a trabalho em equipe, decisões compartilhadas, colaboração, parece indicar que ainda permanece uma representação de Gestão em Saúde centrada no trabalho médico (IGLESIAS A, et al., 2021).

As palavras mais presentes na área de competência Educação em Saúde abrangeram "saúde", "conhecimento", "trabalho", "prático" e "cuidado". São palavras fecundas e robustas, pois é possível inferir aproximações da aprendizagem com os ambientes de trabalho e cuidado, valorizando os conhecimentos práticos na produção do cuidado (CASTRO RCL e KNAUTH DR, 2021). Contudo, a ausência dos ecos e reverberações de palavras como interdisciplinar, interprofissional, coletivo, colaboração, parecem diminuir o fôlego de práticas formativas mais ampliadas e comprometidas com as necessidades de saúde das pessoas.

CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido favorece uma compreensão da importância dos PPCs dos Cursos de Medicina, bem como sua permanente atualização e disponibilidade pública. Imbricam-se aos PPCs, as DCNs como instrumentos de pactuação coletiva, envolvendo estudantes, professores, gestores, usuários/as, famílias e sociedade no delineamento do perfil desejado do egresso. E aqui situa-se um apontamento: esta análise foi feita tendo por referência as DCNs do Curso de Medicina promulgadas em 2014 e ainda em vigência, contudo inspiradora é a oportunidade de contribuir para as DCNs que serão promulgadas em 2025, fortalecendo uma formação socialmente referenciada. Quanto as Áreas de Competências nos PPCs analisados, compreende-se a heterogeneidade na forma como são apresentadas e ressalta-se a necessidade de uma melhor e maior explicitação no que tange as relações das áreas de competências com o SUS, as aprendizagens compartilhadas e as competências colaborativas interprofissionais na formação médica. Como limites do estudo emergem: a centralidade intencional nas instituições de ensino público federais e a falta de disponibilidade de todos os PPCs nos sítios da IES selecionadas. Os referidos limites se apresentam como fortalezas, na medida em que outros estudos possam envolver as demais escolas médicas públicas (estaduais e municipais), confessionais e privadas.

REFERÊNCIAS

1. ABEM. Proposta da ABEM para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina. Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 2024.
2. ABDALLA IG, et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, 2009; 33(1):44-52.
3. ALMEIDA CJ. Interiorização de cursos e vagas de graduação em Medicina e movimentação territorial de médicos no Brasil. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022. 91 p.
4. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
5. BARR H. Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review. London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2005. 47 p.
6. BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/544223/pg-7-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-25-04-2007. Acesso em: 27 jan. 2025.

7. BRASIL. Democracia, trabalho e educação na saúde para o desenvolvimento: gente que faz o SUS acontecer. Conselho Nacional de Saúde: Documento Orientador; 2024. 42 p. Disponível em: https://central.to.gov.br/download/369504. Acesso em: 27 jan. 2025.
8. BRASIL. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.
9. BRASIL. II Caderno de educação popular em saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 224 p. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-943206. Acesso em: 27 jan. 2025.
10. BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.
11. BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_edu_permanente_saude.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.
12. BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 78 p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.
13. BRASIL. Projeto de incentivo a mudanças curriculares em cursos de medicina. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2002. 12 p. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_incentivo_mudancas_curriculares.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.
14. BRASIL. Resolução n° 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/72042236/dou-secao-1-23-06-2014-pg-8. Acesso em: 03 jul. 2024.
15. CAMPOS GW. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS GW, et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 53-92.
16. CASTRO RCL, et al. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2021; 16(43):2702.
17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Busca por Escolas Médicas. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/busca-por-escolas-medicas. Acesso em: 02 jan. 2025.
18. CRUZ T, et al.Escola de Tempo Integral. Brasília: D3E; 2018. 28 p.
19. D'AMOUR D, et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research, 2008; 8:188.
20. FERREIRA MJ, et al. New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2019; 23(1):e170920.
21. FLICK U. Desenho da pesquisa qualitativa. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 165 p.
22. FREITAS LS, et al. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. Revista Médica de Minas Gerais, 2018; 28:e1949.
23. GILIOLI RS. Evasão em instituições federais de ensino superior no Brasil: expansão da rede, SISU e desafios. Brasília: Câmara dos Deputados; 2016. 55 p.
24. IGLESIAS A, et al. Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas. Espaço para a Saúde, 2021; 22.

25. INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016. 22 p.
26. MARTINS JB, et al. Fatores que influenciam a escolha da especialização médica pelos estudantes de Medicina em uma instituição de ensino de Curitiba (PR). Revista Brasileira de Educação Médica, 2019; 43(2):152-158.
27. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
28. NOVATO VO, et al. Adherence of the Medical Course PPCs to the parameters of the Brazilian medical education policy. Revista Brasileira de Educação Médica, 2022; 46(3):e101.
29. OLIVEIRA BL, et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). Trabalho, Educação e Saúde, 2019; 17(1):e0018317.
30. ORCHARD C, BAINBRIDGE L. What is Competence in Client-Centered Collaborative Practice? In: ORCHARD C, BAINBRIDGE L (Eds.). Interprofessional client-centered collaborative practice: What is it? How can it be done? N.Y.: Nova Scientific Publishers; 2015.
31. PEREIRA DV, et al. Mapping of medical schools: the distribution of undergraduate courses and annual vacancies in Brazilian cities in 2020. Revista Brasileira de Educação Médica, 2021; 45(1): e005.
32. SANTOS CJJ, et al.Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?”. Revista Brasileira de Educação Médica, 2021; 45(2): e058.
33. SCHEFFER M. Ofertas de cursos e vagas de graduação em Medicina no Brasil: evolução, cenários e perspectivas. Ministério da Saúde: ProvMed 2030; 23 mai. 2022. 100 p.
34. SCHNEIDER ML. Estudo do cronotipo em estudantes universitários de turno integral e sua influência na qualidade do sono, sonolência diurna e no humor. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 76 p.
35. SILVA EAL. Colaboração Interprofissional no Estágio Curricular na Atenção Básica de Cursos De Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; 2023. Código: PD998-2023.
36. STEWART M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3 ed. Tradução: Burmeister A, Rosa SM. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.
37. WOLLMANN L, et al. Fatores associados à qualidade da relação médico-paciente no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2024; 412/2014.