



**ABMES®**

# **Aspectos regulatórios, avaliativos e de expansão de cursos de medicina no Brasil**

**Brasília/DF, junho de 2021**

# ASPECTOS REGULATÓRIOS, AVALIATIVOS E DE EXPANSÃO DE CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL

## INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2021, a Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior – ABMES, na condição de representante das mantenedoras de educação superior, foi convidada a participar de reunião da Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação que trata dos aspectos regulatórios, avaliativos e de expansão de cursos de medicina no Brasil, presidida pelo Conselheiro Maurício Romão, para apresentar dados sobre os cursos de medicina no Brasil. Em junho do corrente ano, essa Comissão solicitou à ABMES um posicionamento sobre os aspectos regulatórios, avaliativos e de expansão dos cursos de medicina no país.

Neste contexto, a ABMES apresenta este documento à Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação como contribuição ao debate sobre os cursos de medicina no Brasil.

Este posicionamento delimita o período de 2012 a 2021, assim como considera, principalmente, mas, não exclusivamente, a realidade sanitária que foi agravada a partir de fevereiro de 2020 com a chegada do novo coronavírus ao Brasil, em especial a partir de 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde – OMS declarou a Covid-19 como uma pandemia.

### Oferta na graduação

O sistema e-MEC, em 02 de dezembro de 2020, informava a existência de 337 (trezentos e trinta e sete) cursos de medicina em atividade no Brasil, sendo o setor privado responsável por 60% da oferta, totalizando 36.670 vagas anuais.

## CURSOS E VAGAS DE MEDICINA NO PAÍS POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES

CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES	CURSOS	VAGAS
Privada com fins lucrativos	97	12.071
Privada sem fins lucrativos	108	13.498
Pública Estadual	35	2.265
Pública Federal	79	7.102
Pública Municipal	13	1.388
Especial	5	346
Total	337	36.670

Fonte: Sistema e-MEC, 2020.

O Relatório Demografia Médica no Brasil 2020, produzido por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com cooperação técnica do Conselho Federal de Medicina, revela que, em novembro de 2020, o Brasil passou a contar com 500 mil médicos. Com isso, o país passou a ter a razão de 2,38 médicos por 1.000 habitantes, permanecendo a desigualdade na distribuição por região: Norte (1,30) e Nordeste (1,69) apresentam média menor do que o índice nacional, enquanto o Sul (2,68), Centro-Oeste (2,74) e Sudeste (3,15) exibem um desempenho melhor.

Cabe registrar que o Relatório Demografia Médica no Brasil 2020 não considera a diversidade entre as regiões nem cita as situações qualitativas que interferem nas condições de vida e de saúde da população brasileira, assim como não trata da pandemia do novo coronavírus presente no cenário mundial desde 2020.

Apesar da elevação quantitativa de médicos por mil habitantes, o Brasil ainda está abaixo de vários países como Chile 2,5; Estados Unidos 2,6; Canadá 2,7; Reino Unido 2,8; Austrália 3; Argentina 3,2; Itália 3,5; Alemanha 3,6; Uruguai 3,7; Portugal 3,9 e Espanha 4. Outra informação relevante é que a média dos 37 países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 3,5 médicos por mil habitantes.

## Além dos números

Essa realidade não pode ser considerada exclusivamente pela abordagem quantitativa. É preciso considerar também as questões qualitativas, assim como os aspectos relacionados às diversidades regionais, nacionais e internacionais.

Desta forma, podemos afirmar que a análise referente aos cursos da medicina não pode levar em conta apenas o quantitativo de profissionais com registro profissional. Essa análise deve ser muito mais abrangente e qualitativa devido às várias especificidades presentes nessa temática. Como sabemos, há muitos profissionais médicos que, apesar do registro profissional, não atuam diretamente na assistência à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. Muitos profissionais estão liberados para atuarem exclusivamente em entidades de classe (conselhos, sindicatos, partidos políticos etc.) ou em instituições de educação superior, instituições de pesquisa ou em outras realidades.

Nesse sentido, vários estudos e documentos oficiais revelam que a carência de médicos no Brasil não é recente. É, na verdade, um problema crônico que tem dificultado a implementação de vários programas e projetos vinculados ao SUS. Com a pandemia de Covid-19, essa situação se agravou, chegando a colocar em risco a qualidade da assistência prestada à população nas cinco regiões brasileiras.

Dito de outra forma, ao analisar a força de trabalho em saúde é preciso considerar, além dos dados quantitativos, as situações qualitativas das realidades social, econômica, educacional, sanitária, cultural e política, destacando que a realidade brasileira é totalmente diferente das realidades dos países citados acima.

Outra informação importante é que os equipamentos de saúde aumentaram mais do que os médicos nos últimos cinco anos, inclusive com vários hospitais de campanha para atender aos pacientes com Covid-19.

Segundo documentos do Ministério da Saúde, nos últimos dez anos, foram abertos 146 mil postos de primeiro emprego formal contra 93 mil formados em medicina. Situação alarmante é verificada na região Norte, que concentra o maior déficit de médicos no país em comparação com a quantidade de equipamentos de saúde.

## FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A formação médica envolve duas áreas extremamente importantes e que interferem diretamente nas condições de vida das pessoas: educação e saúde.

Desta forma, em primeiro plano, a formação em saúde deve considerar todos os atos normativos da educação, mas também é necessário considerar os atos normativos da saúde. Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, é o fundamento principal para todos os cursos de graduação em saúde, sendo o referencial que embasa tanto a formação como o exercício profissional.

Esta afirmação se confirma nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em saúde, do Conselho Nacional de Educação, e na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 287, de 8 de outubro de 1999, que assumem as seguintes premissas:

- 1) Saúde é direito de todos e dever do Estado, ampliando essa compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social.
- 2) Ação em saúde é interdisciplinar e multiprofissional, tendo o SUS como fundamento principal.
- 3) A Resolução do CNS nº 287 define as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Além dos atos normativos citados, é preciso considerar, na formação médica, a Resolução CNE/CES nº 2, de 18 de junho de 2007, que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial; a Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN Medicina) e dá outras providências; e a Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018, que estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira.

A Resolução CNE/CES nº 3/2014, obrigatória para todos os cursos de medicina conceberem seus projetos pedagógicos, é considerada um avanço na formação médica por estabelecer bases epistemológicas e metodológicas atuais e contemporâneas, preconizando que o graduado em medicina tenha formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Essas DCNs de medicina ampliam a formação ao prescrever que o curso deverá desdobrar-se nas áreas de atenção em saúde, gestão em saúde e educação em saúde, demandando 35% da carga horária total do curso ao estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, que deverá ocorrer nos quatro últimos períodos do curso.

Neste contexto, o curso de medicina demanda um arcabouço teórico inovador e criativo, além de recursos tecnológicos de última geração. É formação teórico-prática que articula ensino-serviço durante todo o curso, que tem carga horária mínima e tempo de integralização longos, 7.200 horas em seis anos.

Essas especificidades dos cursos de medicina exigem docentes, preceptores e técnicos preparados e competentes, investimentos de várias naturezas, além de período longo para a formação profissional. Assim, não dá para improvisar. As políticas públicas precisam prever todas as situações que envolvem ou que poderão envolver a formação em medicina pública e privada de qualidade, que é complexa, dinâmica e intersetorial.

## POLÍTICAS PÚBLICAS E CURSO DE MEDICINA

Um olhar focado no período de 2012 a 2021 revela que o curso de medicina tem sido alvo de políticas públicas que visam impedir a sua expansão, independentemente da qualidade da instituição de educação superior (IES) e da precária realidade sanitária brasileira, que se caracteriza pelas extensas filas nas unidades de saúde, principalmente, nas unidades hospitalares de média e alta complexidades, além de planos de saúde caríssimos com baixo acesso da população.

Antes da pandemia, a situação da formação médica no Brasil já era preocupante devido, principalmente, ao fato de o Ministério da Educação – MEC ter fechado o protocolo do sistema e-MEC, em 2013, para abertura de novos processos de autorização de cursos de medicina sem justificativas plausíveis e sem debater com as entidades nem com a sociedade. Esse fechamento do protocolo e-MEC permanece até os dias atuais, independentemente da qualidade da IES e do perfil epidemiológico da região. Essa decisão levou à redução significativa de formados em medicina para atuar no país, em especial no SUS.

O fechamento do sistema e-MEC ocorreu, inicialmente, por meio da Portaria Normativa nº 1, de 25 de janeiro de 2013, que estabeleceu o calendário regulatório de 2013 excluindo a possibilidade de protocolo de pedidos de autorização de cursos de medicina. Esse ato de fechamento foi reproduzido anualmente, sendo o mais recente a Portaria nº 1.067, de 23 de dezembro de 2020, que estabelece o calendário anual de abertura do protocolo de ingresso de processos regulatórios no sistema e-MEC em 2021.

Art. 8º Os pedidos de autorização de cursos de medicina serão regidos pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 e outros instrumentos normativos específicos, conforme o caso, não seguindo os trâmites e prazos previstos nesta Portaria.

Parágrafo único: Os pedidos de aumento de vagas em cursos de medicina observarão o disposto na portaria MEC nº 328, de 5 de abril de 2018, não seguindo os trâmites e prazos previstos nesta Portaria.

Até hoje, não há um ato normativo do MEC específico que trate do fechamento do protocolo no sistema e-MEC para apresentação de processos de autorização de cursos de medicina pelas IES privadas.

## Mais médicos

A alternativa apresentada pelo governo federal foi criar o Programa Mais Médicos, por meio de medida provisória convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, tendo como um dos seus objetivos suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades.

### CAPÍTULO II

#### DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre: ...

Até a presente data, foram publicados quatro editais (2014, 2015, 2017 e 2018) para criação de novos cursos de medicina pelo Programa Mais Médicos. O edital de 2018 se deu em substituição ao de 2015, cancelado por conta de disputas judiciais.

Vários estudos, inclusive do Tribunal de Contas da União – TCU, revelaram que os objetivos do programa não foram alcançados. Em seu voto, Ana Arraes, relatora do TCU (acórdão TCU nº 1869/2016) no julgamento das representações apresentadas após o primeiro edital (ADI 5037), critica a politicagem nos municípios para que eles fossem selecionados para a abertura dos cursos.

Em síntese, os argumentos dela foram:

152. Contrariamente ao que afirma a Seres/MEC, a política educacional implantada não traz expansão de mercado para oferta de cursos de Medicina. Na melhor das hipóteses, se presta apenas a promover uma redistribuição na oferta dos cursos, com sua interiorização. No que se relaciona aos números nacionais, a política de autorização de funcionamento de cursos exclusivamente em municípios pré-selecionados tem o potencial de restringir a oferta, uma vez que os grandes centros – onde se situam os maiores mercados e as maiores rendas, necessárias para pagamento das mensalidades de cursos médicos – estarão alijados do processo.

153. Neste sentido, saliento que o processo de interiorização dos cursos, na forma pretendida, poderá ocasionar um “nivelamento por baixo” na proporção de médicos para as necessidades da população, uma vez que,

contrariamente ao que se imagina, não existe saturação no mercado de médicos em praticamente nenhum local do Brasil. A respeito, transcrevo trecho constante do documento intitulado “Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde Para Os Brasileiros”, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf) Acesso em: 15 jun 2016):

Além de o Brasil apresentar uma proporção insuficiente de médicos para as necessidades da população, esses profissionais estão mal distribuídos no território. Das 27 unidades da Federação, 22 estão abaixo da média nacional, sendo que 5, todas nas regiões Norte e Nordeste, têm o indicador de menos de 1 med/1.000 hab. O Estado de São Paulo, o mais rico da Federação e com a terceira melhor proporção nacional de médicos (2,49 med./1.000 hab.), tem apenas 6 de suas 17 Regionais de Saúde com média acima da nacional.

Sabe-se que o número de médicos por habitante do Brasil está abaixo de outros países, bem como da média dos países da OCDE, que é de 3,2.

156. Ao valer-me da teoria econômica que explica os movimentos dos mercados, concebo que essa possível migração somente deixará de existir quando a demanda por novos profissionais e a oferta para sua formação for tratada em sua forma integral, ou seja, quando o total de profissionais formados em todo o país for igual ou superior ao número de profissionais demandados pela sociedade.

157. A política pública adotada, no entanto, não enfrenta essa questão e atua em sentido oposto, na medida em que, como já afirmei, cria cláusulas de barreira diversas que restringem, dificultam ou mesmo impedem a abertura de novos cursos de Medicina. [...]

Em 15 de dezembro de 2017, foi publicado o Decreto nº 9.235 que referendou, no seu artigo 23, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, para autorização de curso de medicina.

No ano seguinte, a Portaria MEC nº 328, de 05 de abril de 2018, suspendeu por cinco anos o protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de medicina, nos termos do art. 3º da Lei 12.871/2013. Essa portaria criou tratamento diferenciado para aumento de vagas de medicina para IES privadas e para as universidades federais.

A suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas de que trata o caput não se aplica aos cursos de Medicina autorizados no âmbito dos editais de chamamento público em tramitação ou concluídos, segundo o rito estabelecido no art. 3º da Lei nº 12.871, de 2013, e aos cursos de Medicina pactuados no âmbito da política de expansão das universidades federais, cujos pedidos de aumento de vagas poderão ser solicitados uma única vez e analisados de acordo com regras e calendário específicos, a serem definidos pelo Ministério da Educação – MEC.

O art. 3º da Portaria MEC nº 328, de 05 de abril de 2018, cria um grupo de trabalho (GT) vinculado ao Gabinete da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior – Seres/MEC composto por representantes de cada um dos seguintes órgãos e entidades:

- I – Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação – SERES-MEC;
- II – Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação – SESu-MEC;
- III – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep;
- IV – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh;
- V – Conselho Nacional de Educação – CNE;
- VI – Conselho Federal de Medicina – CFM;
- VII – Associação Médica Brasileira – AMB; e
- VIII – Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM.

O art. 4º da mesma portaria estabelece que o GT deverá apresentar relatórios e estudos a fim de subsidiar a política de formação médica e as ações regulatórias do MEC para a autorização de novos cursos de medicina, considerando aspectos de qualidade dos cursos em funcionamento, de inserção regional quanto aos serviços de atendimento à saúde, de inclusão dos egressos e de condição de oferta.

Com base em buscas nas fontes de informação, não localizamos nenhum documento (atas, relatórios, estudos etc.) sobre esse GT. Assim, podemos declarar que este artigo não foi cumprido até a presente data.

## Atos normativos

Em 5 de abril de 2018, o MEC publicou a Portaria nº 329 que dispõe sobre a autorização e o funcionamento de cursos de graduação em medicina nos sistemas de ensino dos estados e do Distrito Federal.

Art. 1º Os sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal deverão adotar os critérios definidos na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, nos termos definidos pelo art. 46, § 5º, da Lei nº 9.394, de 1996, para a autorização e o funcionamento de cursos de graduação em Medicina.

Parágrafo único. Os processos de autorização de cursos de graduação em Medicina nos estados e no Distrito Federal deverão ser precedidos de procedimento de chamamento público para seleção de municípios e de propostas das instituições públicas de ensino superior dos seus respectivos sistemas de ensino.

Em 4 de dezembro de 2018, o MEC publicou a Portaria nº 1.302 alterando a portaria MEC nº 328, de 5 de abril de 2018.

Art. 1º .....

Parágrafo único. A suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas de que trata o caput não se aplica:

I – aos cursos de Medicina autorizados no âmbito dos editais de chamamento público em tramitação ou concluídos, segundo o rito estabelecido no art. 3º da Lei nº 12.871, de 2013;

II – aos pedidos de aumento de vagas de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data da publicação desta Portaria, cuja análise observará instrução a ser expedida pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior; e

III – aos cursos de Medicina pactuados no âmbito da política de expansão das universidades federais, cujos pedidos de aumento de vagas poderão ser solicitados uma única vez e analisados de acordo com regras e calendário específicos, a serem definidos pelo Ministério da Educação." (NR)

A Instrução Normativa Seres/MEC nº 2, de 26 de dezembro de 2018, publicada no DOU nº 249, em 28 de dezembro de 2018, regulamenta o disposto no parágrafo único do art. 1º da Portaria MEC nº 328, de 5 de abril de 2018, com redação dada pela

Portaria MEC nº 1.302, de 4 de dezembro de 2018, DOU nº 249, em 28 de dezembro de 2018, que possibilita o aumento de vagas de cursos de medicina segundo alguns critérios e procedimentos.

Em 18 de dezembro de 2019 foi promulgada a Lei nº 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS. Entretanto, a Lei nº 12.871, do Programa Mais Médicos, não foi revogada integralmente. Foram revogados apenas os arts. 6º e 7º da Lei nº 12.871, que tratavam de residência médica.

Com base no exposto, podemos constatar a implementação de uma política pública restritiva em relação à expansão de cursos de medicina em IES privadas, independentemente dos indicadores de qualidade da IES e da realidade epidemiológica da região, do estado e do Brasil.

### **Desdobramentos**

A política do MEC de proibição de abertura de novos cursos de medicina tem os seguintes impactos:

- Baixo atendimento da demanda por formação na área médica.
- Elitização da profissão.
- Encarecimento das mensalidades dos cursos de medicina.
- Crescimento da procura de brasileiros por cursos em países vizinhos.
- Impasse no Revalida.
- Impacto na qualidade da atenção e da integralidade em saúde – SUS.

## ERA DAS PANDEMIAS

A história é marcada por guerras, epidemias e pandemias. No início do século XXI, temos registros de epidemias de coronavírus, de ebola e de gripe aviária.

No Brasil, desde fevereiro de 2020 convivemos com o novo coronavírus. Em 11 de março de 2020, a OMS elevou o *status* da contaminação causada pelo novo coronavírus ao patamar de pandemia. No Brasil, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, reconhece a ocorrência do estado de calamidade pública e constitui comissão mista no âmbito do Congresso Nacional para acompanhamento das medidas emergenciais de saúde pública relacionadas ao novo coronavírus.

Hoje, estamos na “segunda onda” que se apresenta mais aguda e mais avassaladora do que a primeira. Ainda temos problemas em relação à vacinação. Vários estudos indicam que o planeta está vivendo a “era das pandemias”.

Estudo patrocinado pela Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES) estima a existência de 1,7 milhão de vírus “não descobertos” vivendo entre mamíferos e aves, dos quais até 827 mil teriam a capacidade de infectar as pessoas. Aponta que mudanças na forma como usamos o solo, a expansão e intensificação da agricultura, o comércio, a produção e o consumo insustentáveis afetam a natureza, aumentando o contato entre a vida silvestre, o gado, os patógenos e as pessoas. São caminhos que nos conduzem às pandemias.

O virologista francês Christian Drosten, professor da Universidade da Flórida e ex-diretor do Instituto Pasteur, afirmou, em fevereiro de 2021, que é preciso entender que 70% das epidemias e pandemias são zoonoses, ou seja, vírus transmitidos por animais. O papel do homem na transformação da natureza tem influência direta no aparecimento da Covid-19 e de outras doenças. A saber:

- Urbanização
- Desmatamento
- Migração humana
- Aquecimento global

Christian Brechot alerta:

“Temos a impressão de que houve uma aceleração da transmissão de animais para humanos, que é favorecida pela modificação do ecossistema pelo homem. É preciso preparar estoques com antecedência e poder reagir rapidamente em caso de epidemia”.

Yuval Harari, no livro *Notas sobre a pandemia: breves lições para o mundo pós-coronavírus*, publicado em 2020, pergunta: “quando a vacina ficar de fato pronta e a pandemia chegar ao fim, qual será a principal lição que a humanidade extrairá disso tudo?”

Ele mesmo responde:

“Muito provavelmente, que precisamos dedicar ainda mais esforços à proteção das vidas humanas. Precisamos de mais hospitais, mais profissionais de medicina e de enfermagem. Precisamos estocar mais respiradores, mais equipamentos de proteção, mais kits de testagem. Precisamos investir mais dinheiro na pesquisa de patógenos desconhecidos e no desenvolvimento de novos tratamentos. Não podemos ser pegos desprevenidos de novo”.

De acordo com boletim emitido pelo Ministério da Saúde, em 2020, há carência de profissionais de saúde capacitados para manejo de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e cuidados avançados de enfermagem direcionados para o manejo clínico de pacientes graves de Covid-19 e profissionais treinados na atenção primária para o manejo clínico de casos leves de síndrome gripal.

É preciso considerar também que, concomitantemente à Covid-19, o sistema de saúde continua atendendo às doenças infantis e de adultos que continuam existindo: doença isquêmica do coração; câncer; Alzheimer e outras demências; doença pulmonar obstrutiva crônica; violência interpessoal; diabetes mellitus; acidentes de trânsito; doença renal crônica; cirrose; outras doenças hepáticas crônicas etc.

Outras situações precisam ser levadas em consideração como o envelhecimento dos profissionais de saúde; as aposentadorias; a mudança de exercício profissional (da assistência direta à população para se dedicarem ao ensino, à pesquisa, à gestão em órgãos nacionais e internacionais) etc.

Nesse contexto, a alternativa do governo federal em relação à formação, considerando a presença da Covid-19, foi a Medida Provisória nº 934, de 1º de abril de 2020, convertida na Lei nº 14.040, de 18 de agosto de 2020, que dispensa, em caráter

excepcional, os estabelecimentos de ensino da obrigatoriedade de cumprimento do mínimo de dias letivos, desde que cumprida a carga horária estabelecida.

A Lei nº 14.040/2020 estabelece também que as instituições de educação superior poderão antecipar a conclusão dos cursos superiores de medicina, farmácia, enfermagem, fisioterapia e odontologia, desde que cumpridos 75% da carga horária do internato do curso de medicina ou 75% da carga horária dos estágios curriculares obrigatórios dos demais cursos. Essa medida fere Resoluções do CNE que estabelecem as DCNs desses cursos, além das Resoluções do CNE nº 2/2007 e 4/2009.

Consequentemente, em 2020 foram incorporados ao sistema de saúde mais de sete mil estudantes sem a conclusão integral dos currículos exigida pelo MEC. A saber: enfermagem 1.266; farmácia 403; fisioterapia 502; e medicina 5.440, totalizando 7.611 estudantes sem a integralização total dos respectivos currículos. Essa medida governamental comprova a carência desses profissionais no sistema de saúde.

#### **COLAÇÕES DE GRAU ANTECIPADAS, POR ÁREA, 2020**

<b>Categoria Administrativa</b>	<b>Enfermagem</b>	<b>Farmácia</b>	<b>Fisioterapia</b>	<b>Medicina</b>	<b>Total</b>
<b>Privada</b>	<b>985</b>	<b>302</b>	<b>451</b>	<b>3.381</b>	<b>5.119</b>
Privada com fins lucrativos	675	81	246	1.538	2.540
Privada sem fins lucrativos	310	221	205	1.843	2.579
<b>Pública</b>	<b>281</b>	<b>101</b>	<b>51</b>	<b>2.059</b>	<b>2.492</b>
Pública Estadual	80	21		194	295
Pública Federal	177	80	39	1.663	1.959
Pública Municipal	24		12	202	238
<b>Total</b>	<b>1.266</b>	<b>403</b>	<b>502</b>	<b>5.440</b>	<b>7.611</b>

*Fonte: Portal MEC, 2020.*

## CURSOS DE MEDICINA E SINAES

O presente tema carece de muitas reflexões e de políticas públicas que assumam a realidade brasileira como ela se apresenta de fato, isto é, sem maquiagens nem filtros. Neste sentido, é preciso desconsiderar posturas de entidades vinculadas à área da saúde que, lamentavelmente, defendem a reserva de mercado coberta por um discurso, sem comprovações científicas, de que os cursos não têm qualidade, o que pode ser interpretado como um paradoxo, pois a maioria dos profissionais que propaga esse discurso foi formada em cursos de graduação no Brasil nas últimas décadas.

Abordar a qualidade dos cursos remete aos processos de avaliação que as IES e os cursos se submetem conforme preconizado pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), instituído pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. O SINAES nasceu como uma política de Estado com o propósito de avaliar as instituições, os cursos e os alunos vinculados à graduação: cursos de bacharelado, licenciatura e superior de tecnologia.

Esse sistema de avaliação, que é nacional e operacionalizado em todas as IES públicas e privadas vinculadas ao Sistema Federal de Ensino Superior, tem possibilitado a expansão com qualidade, além de aproximar o Brasil das nações desenvolvidas que primam pela responsabilidade com a educação.

No cenário do SINAES, todas as IES e todos os cursos de graduação são objetos das seguintes modalidades avaliativas: autoavaliação institucional realizada pela Comissão Própria de Avaliação – CPA, que conta na sua composição com a presença de docentes, técnicos administrativos, discentes e representante da sociedade civil; avaliação de cursos realizada pelo INEP/MEC; avaliação institucional realizada pelo INEP/MEC; e Enade, realizado pelo INEP/MEC.

Vale registrar que o INEP/MEC tem informações e dados importantíssimos sobre as IES e os cursos de graduação que compreendem o período, sem solução de continuidade, de 2004 a 2019, obtidos por meio das modalidades avaliativas do SINAES e do Censo da Educação Superior. Esse banco de informações e dados precisa ser analisado profundamente por educadores e pesquisadores nacionais e internacionais, visando embasar as políticas públicas de educação. É preciso dar vida aos dados e às informações que estão à disposição do MEC.

Em nenhum outro país as IES e os cursos de graduação são tão avaliados em períodos curtos como ocorre no Brasil. Essas avaliações, segundo dados do INEP/MEC, demonstram que a maioria das IES públicas e privadas obtém conceitos satisfatórios. Sabe-se que a qualidade, a inclusão, a diversidade e a sustentabilidade são premissas fundamentais quando se trata, principalmente, de educação e saúde.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com base no exposto, constata-se que, desde 2013, com a Lei nº 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos, o Brasil adota dois sistemas de regulação e avaliação de cursos de graduação que não dialogam nem se articulam no que diz respeito às avaliações externas de curso.

As avaliações externas dos cursos de graduação (bacharelados, licenciaturas e superiores de tecnologias), exceto os cursos de medicina, ocorrem fundamentadas na Lei do SINAES, por meio de instrumentos, procedimentos e comissões do INEP. Esta realidade é totalmente diferente para os cursos de medicina, que seguem normas definidas em editais de chamamentos públicos, sem inserção no SINAES nem participação do INEP. Todo o processo de autorização de curso de medicina ocorre, exclusivamente, conduzido pela Seres/MEC.

Esses dois modelos de avaliação geram sistemáticas diferentes de regulação e de supervisão, com utilização de padrões decisórios, critérios de análise e indicadores de qualidade distintos, gerando dois pesos e duas medidas.

Nesse sentido, a ABMES defende uma única sistemática de regulação e de avaliação para todos os cursos de graduação, sem distinção por área de conhecimento e em consonância com a Lei do SINAES.

Outro ponto de destaque é a urgente necessidade de mudança do atual paradigma da educação superior para uma concepção que articula inovação, criatividade e empreendedorismo, coerente com os desafios do século XXI.

O aspecto essencial nesse debate é a urgência de revisitar e ressignificar o sistema educacional brasileiro, visando a mudança do modelo de educação tradicional e conservador para um modelo inovador e empreendedor, que articule a tríade **saber, fazer e criatividade**, aplicando as tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC), as metodologias ativas e o sistema híbrido.

Desta forma, é oportuno romper com o modelo tradicional que concebe a educação superior em várias modalidades (presencial, a distância e remoto) e assumir a educação superior híbrida, garantindo autonomia didático pedagógica para que as IES possam construir projetos pedagógicos institucionais e de cursos aplicando a configuração curricular que melhor se adeque à realidade regional, à missão, aos objetivos e aos valores institucionais, considerando também as diversidades culturais, sociais e econômicas.

A constatação da necessidade de reformular o modelo da educação superior brasileiro foi acelerada pela pandemia do novo coronavírus, revelando o distanciamento da educação superior dos desafios do século 21, que se caracteriza pela quarta revolução industrial, pela era pós-digital e, infelizmente, pela Covid-19.

Corroborando com essa assertiva, Niskier, Xavier e Diniz (2020) afirmam que a pandemia colocou à prova aquilo que já era apontado como necessidade dentro da percepção de mundo atual, quer seja o mundo V.U.C.A., por sua sigla em inglês, com suas características de volatilidade, incerteza, complexidade e ambiguidade (*Volatility, Uncertainty, Complexity and Ambiguity*)<sup>1</sup>, tornando imperativa a reinvenção do estilo de vida e afetando nossa interação com as outras pessoas (em termos mundiais e no desempenho de quaisquer dos nossos papéis sociais) e a nossa relação com a natureza.

No mundo V.U.C.A. a realidade não é linear e evolui pelas contradições e incertezas. A vida nunca para e, por vezes, a história parece andar em saltos. No século 21, essas características se intensificam demandando mais criatividade e inovação para enfrentamento dos problemas e os desafios impostos pela complexidade, que cada vez mais se amplia em um ambiente global e que será acelerada nos próximos anos.

Tal contexto exige que profissionais e líderes estejam adequados a essa transformação: ou nos reinventamos ou morremos, onde essa questão de morrer ou viver, que pode soar um tanto exagerada é, na verdade, um momento propício a mudanças e oportunidades de avanços (Xavier; Damas; 2020).

Neste sentido, a realidade impõe novas competências, habilidades, atitudes e conhecimentos que devem ser incorporados ao processo de formação de todas as áreas profissionais e, especialmente, na formação de profissionais para a área da saúde.

A formação do profissional para este tempo precisa promover uma metamorfose profunda nos currículos e nos processos de avaliação dos cursos de graduação para garantir a presença dos conteúdos e métodos inerentes ao novo paradigma, assim como as IES precisam apostar em modelo de gestão que dialogue com a concepção acadêmica inovadora e empreendedora. É a metamorfose do modelo de gestão do conhecimento no formato de pirâmide para o modelo no formato de rede.

No tocante ao governo, é necessário que as políticas públicas de educação assumam

---

<sup>1</sup> O conceito de mundo V.U.C.A. é utilizado para classificar o contexto de caos e de difícil previsão de cenários que é o ambiente corporativo e institucional (<https://hsmuniversity.com.br/blog/mundo-vuca>, 14 de setembro de 2020).

o paradigma da inovação e do empreendedorismo, estabelecendo com as IES o relacionamento de cooperação e de parceira. Nesse sentido, é urgente revisar os sistemas de regulação e de avaliação da educação superior, que deverão assumir a educação como o caminho para o crescimento e desenvolvimento do Brasil, retirando amarras e preconceitos.

Vale a sugestão do artigo “Concorrência insuficiente e desvirtuada na oferta de cursos de Medicina”, de autoria do Ministro Vice-Presidente Do Superior Tribunal Militar e Conselheiro do CNE Dr. José Barroso Filho.<sup>2</sup>

Frente à era das pandemias, é fundamental o investimento em educação, saúde e ciência. Esta afirmativa está em consonância com o pensamento de Thomas Piketty, que revolucionou a teoria da economia contemporânea com a publicação do livro “O Capital no Século XXI”, em 2014, e do livro “Capital e Ideologia”, em 2020.

Thomas Piketty declara que a prioridade do investimento social deveria ser a educação.

A educação é central, e foi uma ponte para a prosperidade nos países ricos, o êxito foi investir em educação e em saúde, mas isto requer um sistema tributário que seja equitativo para que as pessoas aceitem pagar por tudo isto. Trata-se de equilibrar o investimento em saúde e em educação com um sistema apropriado de tributação para cobrir esses custos.

A pandemia de Covid-19 explicitou que a formação de profissionais para a área médica se coloca como prioridade no cenário nacional.

Esses profissionais atuam em todos os níveis de atenção em saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) da Covid-19 e de outras enfermidades. São seres humanos, formados em cursos superiores, que se dedicam cuidar de seres humanos nas mais diversas situações.

O cuidado em saúde requer dos profissionais muitas competências, habilidades e atitudes fundamentadas em bases científicas, tecnológicas e éticas, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos.

Concluindo, a ABMES, é favorável à revogação da Lei nº 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos, com definição de critérios mais adequados para autorização de cursos de medicina, respeitando a Lei do SINAES.

Além do exposto, a ABMES registra a necessidade de um projeto sobre a residência médica no Brasil.

---

2 Artigo disponível no portal da ABMES. [www.abmes.org.br](http://www.abmes.org.br)