

Inserção da saúde coletiva nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina da Bahia, Brasil

Incorporating public health into the curricula of medical programs in Bahia, Brazil

Incorporación de la salud pública en los proyectos pedagógicos de los cursos de medicina de Bahía, Brasil

Geysse Clea Silva de Miranda <https://orcid.org/0009-0007-1807-1279>¹; Carmen Fontes Teixeira <https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>²

Resumo O objetivo deste trabalho é analisar a inserção dos conhecimentos e práticas de Saúde Coletiva nos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina, tomando como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina de 2014. A metodologia contemplou a seleção de seis cursos dentre os 30 ofertados no estado da Bahia e a análise da matriz curricular e das ementas dos componentes curriculares que apresentam conteúdos das subáreas da Saúde Coletiva – Epidemiologia, Política, Planejamento e Gestão e Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Os resultados apontam a diversidade de designações, cargas horárias, evidenciando a coexistência de concepções e práticas oriundas de diversos movimentos de reforma a exemplo da Medicina Preventiva, Comunitária, Social, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, incluindo também temas correlatos ao campo da Saúde Coletiva, ofertados no período pré-internato e no Internato. Conclui-se que os cursos analisados não estão cumprindo plenamente o disposto nas DCN 2014, com graus distintos de aproximação à estas recomendações, o que exige um processo de avaliação abrangente destes cursos, principalmente por conta da enorme expansão e privatização da educação médica no país na última década.

Palavras-chave Educação Médica, Saúde Coletiva, Diretrizes Curriculares Nacionais

Abstract The present study aims to analyze the inclusion of Collective Health knowledge and practices in the pedagogical projects of medical courses, taking as a reference the 2014 National Curricular Guidelines (Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs) for Undergraduate Medical Courses. The methodology included selecting six courses from among the 30 offered in the state of Bahia and analyzed the curricular matrix and the syllabuses of the curricular components that present content from the sub-areas of Collective Health—Epidemiology, Policy, Planning and Management, and Social and Human Sciences in Health. The results show a diversity of designations and workloads, highlighting the coexistence of concepts and practices stemming from various reform movements, such as Preventive Medicine, Community Medicine, Social Medicine, Family Health, Primary Health Care, as well as topics related to the field of Collective Health, offered in the pre-internship and internship periods. The conclusion is that the courses analyzed are not fully complying with the provisions of the 2014 DCN, with varying degrees of approximation to these recommendations, which requires a comprehensive evaluation process of these courses, especially given the enormous expansion and privatization of medical education in the country over the last decade.

Key words Medical Education, Collective Health, National Curriculum Guidelines

Resumen El objetivo de este trabajo es analizar la inclusión de conocimientos y prácticas de Salud Colectiva en los proyectos pedagógicos de los cursos de medicina, tomando como referencia las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) 2014 para Cursos de Pregrado en Medicina. La metodología incluyó la selección de seis cursos de los 30 ofrecidos en el estado de Bahía y el análisis de la matriz curricular y de los programas de los componentes curriculares que presentan contenidos de las subáreas de Salud Colectiva –Epidemiología, Políticas, Planificación y Gestión y Ciencias Sociales y Humanas en Salud. Los resultados muestran una diversidad de designaciones y cargas de trabajo, destacándose la coexistencia de concepciones y prácticas provenientes de diversos movimientos de reforma, tales como Medicina Preventiva, Medicina Comunitaria, Medicina Social, Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud, así como temas relacionados al campo de la Salud Colectiva, ofrecidos en los períodos de prepasantía y pasantía. Se concluye que los cursos analizados no están cumpliendo plenamente con lo establecido en el DCN 2014, con diferentes grados de aproximación a estas recomendaciones, lo que exige un proceso de evaluación integral de estos cursos, sobre todo teniendo en cuenta la gran expansión y privatización de la educación médica en el país en la última década.

Palabras clave Educación Médica, Salud Colectiva, Directrices Curriculares Nacionales

¹ Instituto de Psicologia e Serviço Social, Universidade Federal da Bahia. R. Aristides Novis (Estrada de São Lázaro) 197, Federação. 40210-730 Salvador BA Brasil. geyse.miranda@ufba.br
² Instituto de Humanidades Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

Introdução

A formação profissional na área de Saúde tem sido considerada um “nó crítico” do processo de consolidação do sistema de saúde brasileiro¹. Nessa perspectiva, vários autores têm avançado na crítica aos limites do modelo de formação dominante na área por seu enfoque eminentemente biomédico, voltado à assistência a doentes, especialmente no âmbito hospitalar, fundamentado, portanto, na reprodução da prática clínica, no atendimento individual, dependente do uso de tecnologias diagnósticas e terapêuticas que concorrem para a intensificação do processo de “medicalização” da saúde^{2,3} e “mercantilização” do processo de prestação de serviços⁴.

Isso acarreta, segundo Teixeira *et al.*⁵ a perda da racionalidade integradora, a dificuldade em se desenvolver um pensamento que dê conta da complexidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença e dos modos como este se apresenta nos diversos grupos da população e em indivíduos singulares. Esse modelo tende, ainda, a dificultar a compreensão dos desafios que se colocam na contemporaneidade para a organização e operacionalização de uma atenção integral à saúde da população e ao cuidado humanizado.

Coloca-se, portanto, a necessidade de mudanças na educação superior em saúde, que transcendam os limites das reformas curriculares e proponham novos modelos de formação de pessoal que incidam sobre a organização e a gestão das atividades acadêmicas, proporcionando interlocução entre os diversos campos do conhecimento. Com isso, é possível pensar na “formação de profissionais que detenham uma visão ampliada do processo saúde-doença, nos planos individual e coletivo, estejam capacitados para trabalhar em equipe, aptos para inserir-se com competência em práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos, e capazes de prestar atendimento clínico integral e resolutivo, levando em conta a diversidade e complexidade da situação de saúde da população brasileira”⁵ (p.26).

Assim, é importante resgatar a contribuição que o ensino da Saúde Coletiva pode (ou não) estar dando aos processos de mudança na formação profissional em saúde, não somente através da expansão dos cursos desenvolvidos nos programas de pós-graduação⁶, e nos cursos de graduação em Saúde Coletiva⁷, mas, fundamentalmente, nos demais cursos profissionalizantes da área de saúde, buscando analisar a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes consentâneas com os pressupostos te-

órico-epistemológicos, pedagógicos e políticos que fundamentam o campo da Saúde Coletiva⁸, especialmente o ensino da Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão (PPGS); e Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS).

Buscando fundamentar esta afirmação, tratamos de proceder a uma revisão bibliográfica preliminar sobre o ensino da Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Medicina, no Portal de Periódicos da Capes, no mês de agosto de 2021, através do descritor “educação médica”, idioma português, durante o período de 2014 a 2021. Este levantamento revelou a existência de poucos estudos que abordam o ensino da Saúde Coletiva nas escolas médicas. Além disso, estes artigos tratam majoritariamente sobre disciplinas e/ou conteúdos de: saúde mental; estratégia de saúde da família; promoção da saúde; com destaque para a atenção primária em saúde, o que demonstra uma carência de trabalhos que problematizem, disciplinas estruturantes do campo da Saúde Coletiva⁹.

Buscando preencher esta lacuna, foi conduzido um estudo com o objetivo de analisar a inserção dos conhecimentos e práticas de Saúde Coletiva nos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina, tomando como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina de 2014.

Referenciais teóricos e normativos

O projeto pedagógico de um curso médico, conforme as orientações contidas nas DCN^{10,11} explicita os objetivos, perfil de egresso, conteúdos curriculares e demais atividades que o estudante precisa desenvolver para se “transformar em médico”¹², orientando, assim, todo o processo de ensino. Esse documento, portanto, expressa uma intencionalidade formativa e o caminho a ser percorrido no sentido de alcançar os objetivos propostos¹³, direcionando o conjunto de atividades de ensino a serem desenvolvidas durante o curso.

Além dessa dimensão pedagógica, este projeto supõe uma direção política, visto que as diversas opções materializadas no documento não ocorrem de forma aleatória, mas considerando interesses de determinados grupos no âmbito da escola médica. Portanto, a escolha dos conteúdos curriculares não é neutra, mas atravessada por relações de poder existentes neste campo, especialmente as disputas em torno da organização e reprodução do modelo de atenção hegemônico, médico-assistencial e hospitalocêntrico¹⁴, no qual o médico ocupa um

lugar dominante na hierarquia das diversas profissões, definidas em função da divisão técnica e social do trabalho médico¹⁵.

A reprodução deste modelo, estimula, no âmbito do processo formativo, a especialização e a subespecialização, decorrentes da incorporação de conhecimentos produzidos no âmbito de diversas disciplinas científicas subsidiárias do paradigma biomédico¹⁶, bem como o desenvolvimento de competências tecnológicas para o manejo de procedimentos, métodos e técnicas diagnósticas e terapêuticas cada vez mais especializadas, derivadas do paradigma biomédico, centrado na prática clínica e cirúrgica que se exerce sobre corpos individuais, em detrimento dos conhecimentos e práticas derivadas dos movimentos de reforma do ensino, a exemplo da Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar¹⁷.

A Saúde Coletiva, originada da crítica a estes movimentos, é um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde “[...] são disciplinas complementares a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras [...]”¹⁸. Nessa perspectiva, o ensino em Saúde Coletiva engloba um conjunto de disciplinas específicas, mas, também, estabelece interfaces com disciplinas e até conteúdos curriculares de outras áreas, tanto das chamadas ciências exatas quanto das ciências humanas e sociais¹⁹ (p.27).

O ensino da Saúde Coletiva nos cursos de Medicina, assim, pode ser realizado sob o formato “disciplinar” – Epidemiologia, PPGS, CSHS – e/ou através de disciplinas correlatas e campos de prática específicos. Nas DCN 2014 a Saúde Coletiva está contemplada expressamente na subárea “Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva” que compõe a “Área de Competência Atenção à Saúde e no internato que “deve incluir necessariamente aspectos essenciais da área de Saúde Coletiva”¹¹. Além disso, está presente por meio de temáticas que são objeto das suas subáreas como, por exemplo, a determinação social do processo saúde-doença, as questões étnico-racial e de gênero, gestão e educação em saúde e outras.

Cabe destacar que as DCN 2014, por um lado, aumentaram a ênfase na Saúde Coletiva, na medida em que ressignificam essa área como espaço estratégico para a formação médica²⁰, porém, apresentam certo risco de reducionismo e confusão entre Saúde Coletiva e Atenção Primária à Saúde (APS)²¹.

Estratégia metodológica

O estado da Bahia possui uma população de quase 15 milhões de habitantes, segundo censo de 2022, sendo o quarto mais populoso do Brasil e tem, atualmente, 30 (trinta) cursos²² de graduação em medicina em funcionamento, sendo 11 (onze) públicos e 19 (dezenove) privados, que juntos, ofertam de cerca de 3.060 (três mil e sessenta) vagas por ano.

Considerando o grande número de cursos selecionamos, inicialmente, aqueles que integralizaram a carga horária total e, consequentemente, concluíram a primeira turma. Dentre os 15 que obedecem a esse critério foi retirada uma amostra intencional por tipo contemplando: a) escolas públicas e privadas; b) escolas antigas e recentes; c) escolas vinculadas à universidade e faculdades isoladas; e d) escolas da capital e do interior. A combinação desses critérios, conduziu à seleção de 06 (seis) escolas: Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Bahiana), Universidade Salvador (Unifacs), Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) - Paulo Afonso, Faculdade Santo Agostinho de Vitória da Conquista (Fasavic) e Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador.

A análise dos projetos pedagógicos dos cursos incluiu a identificação da matriz curricular, ementas e planos de ensino dos componentes curriculares que integram o eixo disciplinar básico da Saúde Coletiva e outras disciplinas e/ou conteúdos correlatos, contemplando: a) carga horária proporcional ao total da carga horária do curso; b) natureza (obrigatórios); c) subárea da Saúde Coletiva (Epidemiologia; PPGS; CSHS); d) componentes curriculares obrigatórios que contemplam integração ensino-serviço-comunidade; e) inserção dos conhecimentos e práticas de Saúde Coletiva no internato.

Além disso, levou-se em conta a inserção das disciplinas do núcleo e/ou do campo da Saúde Coletiva²³ que participam dos currículos, sendo mapeados os conteúdos curriculares de Epidemiologia, PPGS e CSHS, mas também disciplinas e conteúdos teóricos e práticos identificados como conteúdos que pertencem ou se articulam com o núcleo ou com o campo da Saúde Coletiva.

Posto isso, tratamos de discutir os principais aspectos analisados nos cursos selecionados, visando elaborar uma crítica aos projetos pedagógicos em função da aproximação ou distanciamento do que é proposto para o ensino da Saúde Coletiva nas DCN 2014, buscando identificar o

grau de aderência dos cursos analisados às citadas diretrizes.

Resultados e discussão

O ensino da Saúde Coletiva nos cursos de Medicina

O primeiro aspecto que chama a atenção na análise da Saúde Coletiva nos cursos selecionados diz respeito à proporção da carga horária destinada ao ensino desta área comparada à carga horária total dos cursos. Assim, observa-se uma variação entre 12% (UFBA) e 16,6 % (Uneb) ocorrendo, contudo, um curso que dedica 27,4% (Unifacs), representado uma discrepância entre a média dos demais. Tratando especificamente do período que antecede o internato, verifica-se uma variação entre 6,4% (Univasf) e 8,5% (Uneb), com exceção da Unifacs que dedica 21,3%. Durante o internato, por sua vez, a Saúde Coletiva representa entre 4,1% (UFBA) e 9,6% (Univasf) da carga horária total dos cursos, verificando-se, nessa etapa, uma uniformidade na disposição da carga horária entre todos os cursos.

O segundo aspecto a ser destacado diz respeito à designação dos componentes curriculares dedicados à Saúde Coletiva. Apenas dois cursos (Bahiana e Uneb) possuem nas matrizes curriculares componentes denominados “Saúde Coletiva” no período que antecede o internato. Além disso, esses dois cursos também oferecem a disciplina Epidemiologia, um curso (Unifacs), oferta o componente curricular PPGS e nenhum oferta o componente curricular CSHS.

Entretanto, constatamos a inserção de conteúdos teóricos e práticos pertencentes ao campo da Saúde Coletiva em componentes curriculares dedicados à “integração ensino-serviço-comunidade” ou naquelas cujas designações remetem à temas desta área como “Políticas de Saúde”, “Comunicação em Saúde”, “Antropologia da Saúde”, etc.

Assim, é importante destacar que o ensino da Saúde Coletiva nesses cursos não se dá a partir das subáreas que a compõe, predominando a oferta de componentes curriculares e conteúdos correlatos, ao “campo” da Saúde Coletiva, aparecendo em menor frequência, componentes curriculares do “núcleo” que confere identidade à Saúde Coletiva²³.

Outro aspecto a ser destacado é a oferta de componentes curriculares intitulados “Medicina Social e Clínica”, “Medicina Social”, “Medi-

cina de Família e Comunidade”, “Saúde da Família”, “Atenção Primária” e “Saúde da Família e Comunidade”, nos quais, segundo as ementas, são abordados conteúdos da Saúde Coletiva, o que indica a permanência de designações que fazem parte da própria constituição histórica desse campo²⁴ (p.179).

De fato, desde o estudo pioneiro de García¹² (1972), sobre o ensino da Medicina Preventiva em escolas médicas latino-americanas na década de 1970, este autor constatou que tais escolas tinham nos currículos disciplinas que, embora não fossem intituladas como “medicina preventiva”, ofereciam conteúdo dessa área. Ademais, termos como “Saúde Pública”, “Medicina Social” e “Medicina Comunitária” frequentemente eram utilizados como sinônimos de Medicina Preventiva.

Passados cerca de cinquenta anos, a permanência desta diversidade de nomenclaturas pode evidenciar, inclusive, a existência de distintas concepções entre os docentes que atuam nos componentes curriculares do campo da Saúde Coletiva nos cursos de Medicina, o que pode resultar das características de sua formação pós-graduada, em programas que privilegiam diferentes movimentos ideológicos em saúde, a exemplo da Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina de Família e movimentos mais recentes como Atenção Primária em Saúde e Promoção da Saúde¹⁷ (p.101) que subsidiavam a formulação de políticas e programas de saúde no âmbito do SUS, a exemplo da Política de Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família, do Programa Mais Médicos, entre outros.

Ensino das subáreas que compõem o “núcleo” da Saúde Coletiva

A análise das ementas considerando a inclusão de conteúdos relativos às subáreas que compõem o “núcleo” da Saúde Coletiva demonstrou o predomínio de conteúdos de PPGS, seguida das subáreas Epidemiologia e CSHS. Este predomínio da subárea PPGS, evidencia a importância conferida, na maioria dos projetos pedagógicos, ao aprendizado da prática médica que se exerce nos diversos níveis de complexidade dos sistemas de saúde – seja no âmbito hospitalar ou na atenção especializada e na atenção básica.

Com isso, constata-se uma perspectiva pragmática em detrimento do aprendizado de conteúdo das subáreas Epidemiologia e CSHS, que confeririam ao egresso dos cursos uma visão mais abrangente dos aspectos epidemiológi-

cos e sociais concernentes ao exercício da Medicina, seja, ao nível micro, do cuidado individual dispensado aos pacientes, no qual é relevante o ensino da Epidemiologia clínica²⁵, seja no âmbito coletivo, para a compreensão das determinações sociais do processo saúde-doença, objeto da Epidemiologia Crítica²⁶.

Cabe ressaltar que a maioria dos cursos insere os conteúdos de PPGS em componentes e atividades de integração ensino-serviço-comunidade que abordam basicamente o processo histórico de conformação da política de saúde no Brasil e o próprio SUS, com diferentes abordagens e graus de aprofundamento. Além disso, um único curso insere os conteúdos de PPGS em disciplinas intituladas “Medicina Social e Clínica” (UFBA), “Medicina Social” (UFBA) e “Medicina de Família e Comunidade” (UFBA), evidenciando certa imprecisão sobre essa subárea e a própria Saúde Coletiva.

No que diz respeito ao SUS, observa-se distintas formas de abordagem e variação na frequência desse conteúdo nas ementas, sendo que apenas dois cursos (UFBA e Bahiana) tratam dos princípios, diretrizes, formas de organização e funcionamento desse sistema, aspecto preocupante, porquanto as atividades teórico-práticas e práticas dos cursos ocorrem no âmbito do SUS e, por isso, seria desejável que os estudantes detenham o conhecimento básico acerca dele.

Nesse particular, as DCN 2014 recomendam que “o egresso adquira competências para atuar, prioritariamente, no SUS”¹¹ e estabelecem que os estudantes cumpram uma carga horária mínima na atenção básica. Entretanto, na maioria dos cursos, a abordagem da APS é restrita, sem analisar princípios, características, concepções e desafios, com exceção do curso da Bahiana que contempla, em alguns componentes curriculares, o ensino dos princípios, fundamentos e condutas a serem realizados pelos médicos nessa área.

Esse é um aspecto a ser destacado considerando que, antes do internato, o ensino dos conteúdos de PPGS ocorre majoritariamente em componentes curriculares que utilizam as unidades de Saúde da Família (USF) da rede municipal do SUS onde estão situados os cursos como campo de prática dos estudantes, logo, seria de se esperar que os conteúdos teóricos incluíssem informações acerca da Política de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família²⁷.

Entretanto, a reduzida carga horária dedicada a estes conteúdos no conjunto da matriz curricular, bem como a superficialidade com que

são abordados na maioria dos cursos reforça as análises de alguns autores^{1,28} acerca do distanciamento e inadequação do perfil dos egressos dos cursos médicos às necessidades do sistema público de saúde, cuja expansão, especialmente no âmbito da atenção básica, demanda um perfil de médico generalista, qualificado a atuar sobre os problemas mais comuns e frequentes da população que acessa o sistema nesse nível.

Ademais, chama a atenção o fato de dois dos cursos (UFBA, Univasf) ofertarem conteúdo específico de “Medicina de Família e Comunidade”, indicando que, no desenho da matriz curricular destes cursos, e, especificamente, na elaboração das ementas, predominou a reprodução dos princípios e fundamentos da Medicina de Família¹⁷ (p.125-126), originária dos EUA, e subsidiária de uma concepção liberal da Medicina, que no Brasil se traduziu na formação em Residências de Medicina de Família e Comunidade²⁹, configurando o movimento atualmente representado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade que reúne médicos “especialistas” nesta área, distante portanto da visão do “generalista” propugnado pelas DCN 2014.

Passando a analisar o ensino da Epidemiologia, cabe, em primeiro lugar, enfatizar que, também ocorre de forma diversificada entre os cursos, sendo que naqueles em que existem componentes curriculares específicos desta subárea (UFBA e Uneb), verifica-se maior abrangência de conteúdos relativos aos aspectos epidemiológicos dos problemas de saúde da população. Nos demais cursos, os conteúdos de Epidemiologia aparecem em componentes curriculares dedicados a outras disciplinas, sendo, portanto, fragmentados, não permitindo uma compreensão clara de sua importância na formação médica.

Nas duas situações, as ementas enfatizam o aprendizado de conteúdos básicos da epidemiologia descritiva, a exemplo de indicadores de morbimortalidade, utilizados no ensino da situação de saúde da população e na caracterização de problemas definidos em função da incidência e prevalência de doenças específicas³⁰, sendo que apenas as ementas dos cursos da Bahiana e da Univasf tratam, além destes conteúdos básicos, o aprendizado dos determinantes sociais da saúde, conteúdo relacionado à abordagem crítica da Epidemiologia²⁶.

Verifica-se, portanto, que os conteúdos da epidemiologia são tratados nos cursos selecionados de forma instrumental, ou seja, são incluídos na matriz curricular meramente como

conhecimentos auxiliares ao desenvolvimento da prática clínica ou, no máximo, como indicação de instrumentos e técnicas de produção e análise de dados epidemiológicos que podem contribuir para uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde da população brasileira. Nesse sentido, o ensino da vigilância em saúde, ocorre, na maioria dos cursos, de modo desarticulado com o debate sobre as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde³¹ ou com a contribuição da vigilância para o planejamento em saúde³².

Estes achados reforçam, a análise feita por Souza *et al.*³³, segundo o qual apesar dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva formarem profissionais de excelência em Epidemiologia, nos cursos de graduação da Medicina, a Epidemiologia, muitas vezes, fica em segundo plano, ou seja, como uma “disciplina secundária quando comparada às Clínicas Médica e Cirúrgica”, o que não dialoga com as orientações das DCN 2014.

Por último, cabe discutir o ensino dos conteúdos da subárea CSHS que, a partir dos anos 1990, tem ampliado e diversificado seus temas e objetos de pesquisa e intervenção, incluindo “gênero”, “racismo”, “medicalização social”, novas formas de sociabilidade decorrentes do uso de tecnologias digitais, “interseccionalidade” e outros, que fundamentam e enriquecem o campo da Saúde Coletiva e, concomitantemente, geram conhecimentos específicos³⁴.

A análise das matrizes curriculares dos cursos selecionados evidencia conteúdos bastante heterogêneos, refletindo, talvez, a diversidade de perfis dos docentes da área. Desse modo, as ementas analisadas contemplam desde os conceitos básicos das Ciências Humanas e Sociais, até o debate sobre “Direitos Humanos” (Unifacs), os “Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença” (Bahiana, Univasf), a “Questão Étnico-Racial” (UFBA, Unifacs e Fasavic), “Saúde Mental” (Univasf), “Espiritualidade” (Uneb e Univasf) e outros.

Um aspecto que chama a atenção é a oferta de componentes curriculares sobre “Antropologia médica” (Uneb) e “Antropologia na Saúde” (Unifacs), porém, em nenhum deles o aprendizado de conceitos e métodos da antropologia aborda aspectos culturais do processo saúde-doença, de forma articulada com o aprendizado da Epidemiologia ou de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, como defendido por pesquisadores desta subárea^{34,35}.

Também se constata que a abordagem da questão étnico-racial, tema transversal ao en-

sino das profissões de saúde, está contemplada apenas na metade dos cursos de medicina analisados (UFBA, Unifacs e Fasavic), e mesmo assim, junto a outros temas relevantes, como “Globalização”, “Direitos Humanos”, “Gênero”, “Neoliberalismo”, “Meio-Ambiente” etc., sendo que na matriz da Fasavic este conteúdo aparece em um componente curricular específico do eixo “integração ensino -serviço”. A ausência dessa temática nos demais cursos, bem como a rarefação com que é tratado nos cursos que incluem essa questão em algum componente é preocupante, dada a composição étnico-racial da população brasileira e, baiana em particular, cuja população é 80% autodeclarada parda e preta³⁶.

De fato, estudo elaborado por Cabral *et al.*³⁷ constatou a invisibilidade do debate racial na formação médica, em flagrante desacordo com o que é preconizado pelas DCN 2014, que enfatizam a necessidade de apropriação de conteúdos sobre a história da cultura afro-brasileira e indígena, articulada à aquisição de competências que levem em conta as particularidades da saúde desses grupos, especialmente a população negra. Nesse sentido, Souza *et al.*³⁸ (p.3), apontam que, não obstante os avanços decorrentes da formulação e implementação das políticas de ações afirmativas, as temáticas “racismo” e “saúde da população negra” são abordadas de forma incipiente nos currículos dos cursos da área de saúde.

Outro tema interdisciplinar por excelência que tem sido abordado na área de Saúde Coletiva diz respeito aos conteúdos da área de Saúde Mental, que estão presentes nas ementas de quatro cursos (Bahiana, Uneb, Univasf e Fasavic), contudo de forma incipiente e fragmentada, apesar da relevância deste tema inclusive pela mudança do modelo de atenção nesta área, com a substituição do modelo nosocomial pela atenção psicossocial³⁹ através da Rede de Atenção Psicossocial, que constitui um dos espaços de prática médica, verificando-se que apenas no curso da Univasf este tema é abordado.

O ensino da Saúde Coletiva no Internato

A análise do desenho do Internato dos cursos estudados revela que cada curso organiza o ensino da Saúde Coletiva de forma distinta, como segue: “Medicina social” (UFBA - 320 horas); “Atenção Primária e Saúde Coletiva” (Bahiana - 580h); “Saúde da Família e Comunidade” (Uneb - 600h) e o “Internato em Saúde Coletiva” (Uneb - 80h); “Saúde da Família e Comunidade” (Uni-

facs - 240h), “Saúde da Família e Comunidade e Saúde Coletiva” (Unifacs - 240h); “Medicina de Família e Comunidade” (Univasf - 720h), e “Atenção Primária em Saúde” (Fasavic - 520h), e “Saúde Coletiva” (Fasavicn - 48h).

Essa diversidade de denominações reproduz a multiplicidade de abordagens já apontadas anteriormente, chamando a atenção, porém, a disparidade de cargas horárias nos diversos cursos. A análise das ementas evidencia que os conteúdos de Saúde Coletiva aparecem de forma fragmentada, juntamente com outros relacionados à assistência aos indivíduos nas distintas fases da vida (criança, adulto, idoso, mulher etc.).

As práticas são desenvolvidas em serviços de atenção primária, geralmente em unidades de Saúde da Família ou Centros de Saúde tradicionais, que compõem a rede de serviços públicos do SUS nos municípios onde os cursos estão situados, restringindo-se ao aprendizado da prática médica realizada no nível primário de atenção, notadamente o atendimento individual a usuários das unidades básicas, mesmo aquelas que dispõem de equipes multiprofissionais de Saúde da Família.

Assim, o aprendizado desenvolvido pelos estudantes durante o Internato não ultrapassa a reprodução da prática clínica, no atendimento da chamada “demanda espontânea”, ou, no desenvolvimento de “ações programáticas” previstas nos Programas de saúde, a exemplo das ações de saúde materno-infantil e do controle da Hipertensão e Diabetes. Corroborando essa hipótese o fato de que as ementas dos programas de Internato, não fazem referência às subáreas Epidemiologia, PPGS e CSHS, nem mesmo na ementa dos Internatos intitulados “Saúde Coletiva” (Uneb e Fasavic), sendo a única exceção o curso da Ufba que propõe a realização de “Práticas de Medicina Social e Saúde Pública sob a forma de treinamento em serviços nas áreas de Epidemiologia, Planejamento, Administração, Organização e Gestão de serviços e Educação em Saúde”.

Como argumentam Oliveira *et al.*⁴⁰, a implantação das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e consequente compatibilização dos currículos ainda é feita de forma incipiente nos cursos médicos, o que compromete a formação dos futuros profissionais de saúde. Na mesma direção, Oliveira *et al.*⁴¹ (p.2) apontam que as mudanças “ainda encontram resistências e dificuldades à plena implementação”.

Comentários finais

Em que pese a análise dos projetos pedagógicos e das ementas dos componentes curriculares evidenciar uma variedade de conteúdos de Saúde Coletiva incluídos na matriz curricular dos cursos, tanto no período do pré-internato quanto, de forma incipiente, no Internato, a proporção desses conteúdos no conjunto do “processo de produção de médicos”¹² é pequena comparativamente ao conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas ministradas nos componentes curriculares voltados à reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico, isto é, o modelo clínico, que valoriza a assistência especializada e hospitalar.

Além disso, observa-se uma desproporção na organização do ensino da Saúde Coletiva nos diversos cursos estudados, com certa ênfase no ensino de temas da subárea PPGS, em detrimento do ensino da Epidemiologia e principalmente do ensino das CSHS, o que contrasta com o processo histórico de constituição do campo da Saúde Coletiva, no qual a Epidemiologia brasileira é a subárea mais consolidada e reconhecida internacionalmente⁴².

Por outro lado, o ensino do conteúdo de PPGS, apesar de presente em todos os cursos, mostra-se rarefeito, fragmentado, com certo destaque para o aprendizado da história da política de saúde e de algumas políticas e programas prioritários, sem, todavia, aprofundar criticamente os limites e desafios do processo de implementação do SUS ao longo dos seus quase quarenta anos de existência.

O ensino das CSHS, por sua vez, é ainda mais incipiente e desarticulado do aprendizado das determinações sociais do processo saúde-doença, temática essencial para a formação crítica e humanística preconizada pelas DCN 2014. Dessa forma, não favorece a formação de profissionais dotados de uma visão ampliada da situação de saúde da população brasileira, aptos para o trabalho em equipes de saúde no âmbito dos serviços de atenção primária, visando a realização de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos, bem como capaz de prestar atendimento clínico integral e resolutivo.

Essa lacuna na formação se constitui um obstáculo para a reorientação do modelo de atenção à saúde uma vez que os médicos formados nesse contexto tendem a reproduzir a concepção hegemônica da prática médica no âmbito do SUS, seja na atenção primária ou especializada. Desse modo, a fragilidade no ensino da Saúde Coletiva dificulta a formação

de profissionais aptos a identificar e intervir no conjunto de necessidades de saúde da população e a prestar uma atenção de qualidade, bem como atuar de forma ética e comprometida com o fortalecimento do sistema público de saúde.

Por fim, cabe destacar que a análise das características do ensino da Saúde Coletiva nos cursos selecionados pode evidenciar como se

dão, no âmbito das escolas médicas, as relações de poder, as disputas em torno do perfil profissional a ser formado, as relações entre agentes de ensino (docentes e estudantes) e suas posições face às tensões que ocorrem entre a reprodução do modelo biomédico, clínico e hospitalocêntrico e as propostas de mudança que valorizam os conteúdos e práticas de Saúde Coletiva.

Colaboradores

GCS Miranda foi responsável pela concepção do estudo, levantamento e análise dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo. CF Teixeira foi responsável pela concepção do estudo, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação final.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

- Almeida-Filho NM. Ensino Superior e os serviços de saúde no Brasil. *Lancet* 2011; 377(9781):1898-1900
- Illich I. *A expropriação da Saúde: nêmesis da medicina*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- Nogueira RP. *A Saúde pelo avesso*. Natal: Seminare Editora; 2003.
- Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e Desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl.):13-20.
- Teixeira CF, Santos L, Rocha MD. Desafios da formação profissional em saúde. In: Lina F, Guimarães JMM, Rocio ECA, Santos LAC, Cardoso AJC, Pereira MF, organizadores. *Educação em saúde na Atenção primária: história e memória*. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2022. p. 19-40.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). *Nota do Fórum de Coordenadores dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO em Defesa da Continuidade do Processo Avaliativo Quadrienal da Capes* [Internet]. 2021 [acessado 2021 nov 23]. Disponível em: <https://www.Abrasco.org.br/site/coordenadoresdepos/nota-forum-coordenadores-ppgsc-avaliacao-quadrenio-2017-2020/1019>.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). *Fórum de Graduação em Saúde Coletiva* [Internet]. [acessado 2021 nov 23]. Disponível em: <https://www.Abrasco.org.br/site/graduacaoemsaude/cursos>.
- Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LLS. O que é Saúde Coletiva. In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2023.
- Miranda GCS. *O Ensino da Saúde Coletiva nos cursos de graduação em medicina do estado da Bahia: uma análise a partir dos projetos pedagógicos* [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2024.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*; 2001.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2014.
- García JC. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPAS; 1972.
- Eyng AM. A produção de sentidos de currículo: o projeto pedagógico em questão. In: Oliveira IB, Amorim ACR, organizadores. *Sentidos do currículo, entre linhas teóricas, metodológicas e experiências investigativas*. Campinas: FE/UNICAMP, ANPE; 2006.
- Teixeira CF, Vilabôas ALQ. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: Paim JS, Almeida-Filho NAM. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023. p. 691-735.
- Ayres JR, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história: uma revisita às contribuições de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves*. 1ª ed. São Paulo, Porto Alegre: Rede Unida, HUCITEC; 2017.
- Nogueira RP. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Ed. Unesp; 2007.
- Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
- Paim JS, Almeida-Filho NM. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
- Almeida-Filho NM. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Admin Publica* 2000; 34(6):11-34.
- Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Souza MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface (Botucatu)* 2019; 23(Supl.1):e170920.
- Bursztyn I. *Diretrizes Curriculares Nacionais de 2015: um novo lugar para a Saúde Coletiva?* Rio de Janeiro: ABEM; 2015.
- Brasil. Ministério da Educação (MEC). *Sistema de Regulação do Ensino Superior. Cadastro e-MEC* [Internet]. [acessado 2024 ago 23]. Disponível em <https://emec.mec.gov.br/>.
- Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2):219-230.
- Vieira-da-Silva LM. *O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2018.
- Schmidt MI, Duncan BB, Lopes AA. Epidemiologia Clínica: como empregar evidências epidemiológicas na prática clínica. In: Almeida-Filho NA, Barretto ML, organizadores. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 350-362.
- Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(2):104-122.
- Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Nunes CA, Prado NMBL. Estratégia de Saúde da Família – Evolução do Modelo de Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2023. p. 737-793.
- Cyrino EG, Sordi MRL, Mendes GSCV, Luna WF, Mendonça CS, Alexandre FLF, Vitti Junior W, Godoy DC, Parenti LC, Lopes CVM, Silva EB, Freitas MSBF, Durães MD, Padilha M. Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais Brasileiras. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:117.
- Andrade HS, Alves MGM, Carvalho SR, Silva Junior AGS. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis* 2018; 28(3):e280311.
- Barata RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Rev Saude Publica* 1997; 3(5):531-537.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiol SUS* 1998; VII(2):7-28.

32. Teixeira CF, Vilabóas ALQ, Jesus WLA. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: Teixeira CF, organizador. *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EdUFBA; 2010.
33. Souza CDF, Machado MF, Correia DS, Ferreira Filho OF. Covid-19 e a necessidade de ressignificação do ensino de epidemiologia nas escolas médicas: que nos ensinam as Diretrizes Curriculares Nacionais? *Rev Bras Educ Med* 2020; 44(3):e092.
34. Castellanos MEP, Loyola MA, Iriart JAB. Ciências Sociais em Saúde Coletiva. In: Castellanos MEP, Loyola MA, Iriart JAB. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2023. p. 1300-1337.
35. Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, Fiocruz; 2009. p. 189-218.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022 Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade: Resultados do universo*. 2023 [acessado 2024 set 13]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3105/cd_2022_etnico_racial.pdf.
37. Cabral MPG, Batista MH, Gomes NA, Fontenele ACT, Rocha RC. Educação médica, raça e saúde: o que falta para a construção de um projeto pedagógico antirracista? *Rev Bras Educ Med* 2022; 46(4):e133.
38. Souza DH, Rocha DG, Nunes NRA. Saúde da população negra na formação em saúde: perspectivas rumo à equidade racial. *Cien Saude Colet* 2024; 29(7):e02992024.
39. Mota AMA. *Análise da implementação da Política Nacional de Saúde Mental no período 2001-2018: fatos, debates e controvérsias* [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2022.
40. Oliveira FP, Santos LMP, Shimizu HE. Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: Avanços e Fortalecimento do Sistema de Saúde. *Trab Educ Saude* 2019; 17(1):e0018415.
41. Oliveira CA, Amaral EM, Cyrino EG, Gianini RJ. Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de professores. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200076.
42. Almeida-Filho NM, Medronho RA, Barreto ML. Estado da Arte em Epidemiologia no Brasil. In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2023. p. 1318-1339.

Artigo apresentado em 29/01/2025

Aprovado em 18/03/2026

Versão final apresentada em 20/03/2026

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca