

### Nuevas Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Medicina: oportunidades para resignificar la formación

**Marcelo José Monteiro Ferreira<sup>(a)</sup>**

<marceloferreira@ufc.br> 

**Kelen Gomes Ribeiro<sup>(b)</sup>**

<kelengomesr@yahoo.com.br> 


**Magda Moura de Almeida<sup>(c)</sup>**

<magda.almeida.mfc@gmail.com> 


**Maria do Socorro de Sousa<sup>(d)</sup>**

<sousams3@gmail.com> 

**Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro<sup>(e)</sup>**

<marcotuliomfc@gmail.com> 

**Márcia Maria Tavares Machado<sup>(f)</sup>**

<marciamachadoufc@gmail.com> 

(continúa p. 12)

Las nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN) apuntan a la reestructuración y adecuación de los currículos médicos. Objetivo: Realizar un análisis crítico-reflexivo de la reestructuración de la matriz curricular para un curso de Medicina. Se trata de una investigación-acción participativa realizada en una universidad federal brasileña. Para el análisis del material se procedió con un Análisis de Discurso. Como resultado, se destacó una proposición curricular que valorice la vida, capaz de transponer el paradigma biomédico incorporando otras dimensiones al cuidado de la salud. El objetivo fue el fortalecimiento de una matriz curricular retroalimentada por las demandas sociales, con la atención primaria como escenario preferencial para la formación. Se propone establecer relaciones longitudinales y transversales entre las áreas de competencia de las DCN de 2014 y los componentes curriculares ofertados. Se intenta fomentar la comprensión de los factores determinantes y las relaciones de las enfermedades con la forma de vida de las comunidades.

**Palabras clave:** Educación médica. Currículum. Atención primaria de salud. Salud pública. Integralidad en salud.

## Introducción

El siglo XXI demostró la fragilidad de los sistemas de salud para enfrentar la triple carga de enfermedades infecto-parasitarias, crónicas no transmisibles y causas externas. También expuso el descompás de la formación médica en relación con las principales necesidades de salud de la población<sup>1</sup>.

Parte de esa incongruencia entre formación profesional y necesidades de salud se relaciona con un proceso histórico de elaboración de currículos, muchas veces fuera de contexto, fragmentados y enfocados en la técnica. En ese contexto, podemos destacar, por lo menos tres generaciones de reformas educativas<sup>2</sup>. La primera fue un cambio paradigmático, desencadenado a partir de la publicación del Informe Flexner, al principio de la década de 1920, en el cual se solidifica la formación en ambientes hospitalarios como escenarios privilegiados para el ejercicio de la práctica médica<sup>2</sup>.

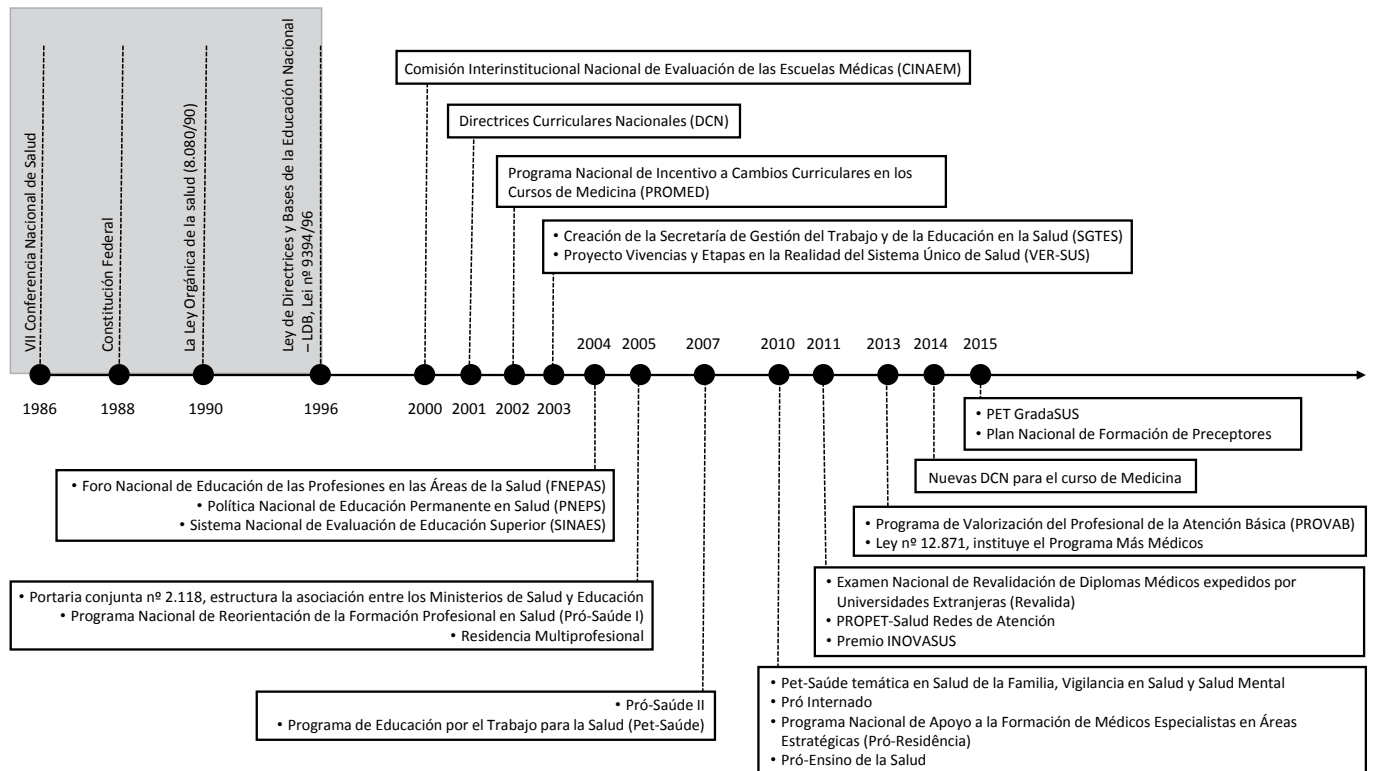
La segunda reforma introdujo innovaciones pedagógicas, como el *Problem-Based Learning* (PBL), las metodologías activas y el trabajo en pequeños grupos, en la formación de profesionales de salud. Se incentivó especialmente a las facultades de medicina a que rompieran con estructuras jerarquizadas y modelos tradicionales de enseñanza para adoptar metodologías de enseñanza–aprendizaje, concentradas en el alumno<sup>3</sup>.

La tercera generación de cambios adquiere fuerza en los sistemas educativos a partir del concepto de “*social accountability*”, término que todavía no tiene traducción, puesto que no se limita tan solo a la responsabilidad social. Se trata del compromiso de rendir cuentas, de una relación que comienza en la acogida de las preocupaciones sociosanitarias de las comunidades, regiones o naciones para el direccionamiento de las actividades de enseñanza, investigación y servicio<sup>4</sup>. Por lo tanto, se caracteriza por la necesidad de que las instituciones educativas estén comprometidas para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, adoptando las competencias profesionales esenciales para contextos y escenarios específicos<sup>1</sup>.

En Brasil, el movimiento por la Reforma Sanitaria puede considerarse la vanguardia de ese nuevo paradigma, cuando contribuyó para la institucionalización de la formación de recursos humanos para la salud por medio de la Constitución Federal. De acuerdo con la Ley Orgánica de la Salud Nº 8.080/90, la ordenación del proceso de formación de esos profesionales debe ser orientada por el Sistema Brasileño de Salud (SUS), en conformidad con las necesidades de salud más prevalentes de la población<sup>5</sup>.

Aliado ese aspecto, gana relieve la conformación del campo de la Salud Colectiva, constituido a partir de críticas al modelo biomédico de formación. Se instituye como expansión de un paradigma que incorpora una perspectiva biopsicosocial del individuo y que extrapola su concepción pedagógica más allá de los muros de los hospitales, dirigiendo experiencias y miradas educativas también hacia las comunidades<sup>6</sup>.

En las últimas tres décadas, se propusieron diversas acciones significativas en la forma de documentos y legislaciones en Brasil (Figura 1). Estas iniciativas han contribuido para fomentar el debate sobre la formación de profesionales de la salud<sup>7-14</sup>.



**Figura 1.** Marcos Históricos de Políticas Públicas Orientadoras de la Formación Médica

Fuente: Elaborado por los autores.

Un gran marco que merece destaque se refiere a la publicación de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para los cursos de Medicina, en el año 2001<sup>8</sup>, que ya expresaban la preocupación por una formación médica, generalista, humanista, crítica y reflexiva. Además, trajeron para orientación curricular las competencias divididas en seis temáticas: atención de la salud, toma de decisiones, comunicación, liderazgo, administración y gestión y educación permanente<sup>8</sup>.

En el año 2013, el gobierno brasileño lanzó el Programa Más Médicos por medio de la Ley 12.871, con directrices que reorientan la educación médica en la graduación y en el postgrado. Entre sus objetivos se destaca el establecimiento de nuevos parámetros para la formación médica en el país<sup>9,10</sup>.

En 2014, se publicaron las nuevas Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de graduación en medicina<sup>11</sup>. En su alcance incluyen la necesidad de capacitar a los futuros profesionales para que actúen en los diferentes niveles de atención. Además, refuerza el compromiso con la defensa de la dignidad humana, de la salud integral y de la transversalidad de su práctica orientada por la determinación social del proceso salud-enfermedad<sup>11</sup>.

Diferentemente de las DCN de 2001, las de 2014 enfatizan el campo de la Salud Colectiva cuando disponen sobre acciones-clave planificadas y realizadas a partir del reconocimiento de datos demográficos, epidemiológicos, sanitarios y ambientales, considerando dimensiones de riesgo y vulnerabilidad de las colectividades. También

presentan las áreas de competencia divididas en tres ejes temáticos: Atención de la Salud, Gestión en Salud y Educación en Salud<sup>12</sup>.

Los cursos de graduación en Medicina de todo Brasil han realizado esfuerzos en la dirección de la reestructuración y readecuación de sus currículos para la atención de lo determinado en las nuevas DCN. El punto de partida para la tesis de este manuscrito se basa en la necesidad de reformulación del currículum vigente de una escuela médica en el nordeste de Brasil, con el objetivo de su adecuación a las nuevas DCN de 2014. Pasados diecisiete años desde su última alteración, el currículum vigente demanda modificaciones: por la predominancia de los escenarios de práctica en el ámbito hospitalario, la poca inserción de actividades teórico-prácticas vinculadas al campo de la Salud Colectiva de modo general y de la Atención Primaria en Salud en específico y la baja planificación y realización de actividades orientadas por la determinación social del proceso salud-enfermedad. En ese contexto, el objetivo es realizar un análisis crítico-reflexivo de la reestructuración de la matriz curricular para un curso de Medicina en una Universidad Pública Federal en el Nordeste del país.

## Metodología

Se adoptó como metodología de investigación la investigación-acción participativa que, además de comprender, también tiene el objetivo de intervenir en la situación para modificarla. Este proceso de investigación se mueve por medio de una espiral permanente de acción y reflexión<sup>13</sup>. Las fases de la investigación-acción pueden sobreponerse y los planes iniciales muchas veces sufren modificaciones con los procesos de reflexión realizados por los investigadores y participantes<sup>14</sup>.

En este estudio, la investigación-acción participativa se delineó en tres momentos: elaboración de un referencial teórico, acción práctica y evaluación/reflexión permanente. Todos los momentos de la tesis de una nueva matriz curricular para el curso de medicina, con el enfoque en la Salud Colectiva a la luz de las DCN de 2014, formaron parte y se vivieron en un movimiento en espiral de acuerdo con las presuposiciones de la investigación-acción participativa<sup>14</sup>.

El escenario de investigación fue el curso de graduación en Medicina de la Universidad Federal de Ceará, en el municipio de Fortaleza. Este, a su vez, fue pionero en la formación, siendo la primera escuela médica del estado, constituyéndose como una de las referencias para la organización de las matrices curriculares de los demás cursos que surgieron a *posteriori*. Además, es la Institución de Enseñanza Superior (IES) que más ofrece plazas para ingreso en el estado<sup>15</sup>.

Administrativamente, la Facultad de Medicina se divide en ocho departamentos, entre ellos el Departamento de Salud Comunitaria (DSC) objeto analítico de este artículo. Este departamento es corresponsable de la organización pedagógica de los dos únicos componentes curriculares longitudinales y obligatorios presentes en todos los semestres del curso: Asistencia Básica de la Salud (ABS) y el de Desarrollo Personal (DP). Además de esos, también es responsable de coordinar el Internado en Salud Comunitaria, con énfasis en la Atención Primaria. Dialoga con los campos de la "Epidemiología", de las "Ciencias Sociales y Humanas", "Salud, Trabajo y Ambiente" y "Política y Planificación en Salud".

Los sujetos de investigación fueron docentes y coordinadores de módulos longitudinales ofrecidos por el DSC. También formaron parte del estudio servidores técnicos que contribuyen con la enseñanza en la graduación, tales como enfermeros, médicos y pedagoga.

La investigación se realizó entre marzo de 2015 y abril de 2016. Durante ese período se realizaron 4 Seminarios Temáticos. Tres de ellos se definieron en conformidad con las áreas de competencia establecidas para la formación médica: I – Atención de la Salud; II – Gestión en Salud; y III – Educación en Salud<sup>11</sup>. El objetivo de ellos fue discutir las nuevas directrices, con el objetivo de conseguir cambios curriculares capaces de extrapolar un simple ejercicio pragmático. El 4º seminario se realizó con el objetivo de presentar al colegiado del DSC el producto de las sistematizaciones, para promover una validación colectiva de los resultados. El número de participantes varió en cada seminario. Sin embargo, al menos un representante de cada módulo estuvo presente en todos los encuentros, totalizando el mínimo de siete integrantes en cada momento. Los seminarios se realizaron con facilitación de una pedagoga con experiencia en reelaboración de proyectos pedagógicos de cursos de graduación en el área de la salud.

Para la dirección de los seminarios se adoptaron las siguientes preguntas orientadoras: “qué enseñar”, “por qué enseñar”, “para qué enseñar” y “a quién enseñar”. A partir de estas preguntas se instigó a cada participante a que problematizara y escribiera individualmente sus ideas sobre su práctica pedagógica actual, utilizando las áreas de competencia en sus tres ejes temáticos: Atención de la Salud, Gestión en Salud y Educación en Salud de las nuevas DCN de 2014 como modelo de referencia analítica. Con eso se buscó promover una reflexión ontológica sobre la naturaleza del proceso de enseñanza-aprendizaje, de la producción de conocimiento, de la cultura y de la sociedad<sup>16</sup>.

El producto de cada seminario se transcribió, sistematizó, categorizó y presentó en el seminario siguiente, generando nuevas reflexiones, debates, embates y producción. Siendo así, la participación se realizaba en tres momentos: individual, pequeños grupos y plenaria. Las categorizaciones temáticas<sup>17</sup> se organizaron en diálogo con las DCN de 2014, siguiendo las áreas presentadas en la resolución: Atención de la Salud, Gestión en Salud y Educación en Salud<sup>11</sup>. Posteriormente se analizaron y discutieron a la luz de la literatura científica.

Para el análisis del material cualitativo, se procedió con el Análisis de Discurso (AD). El AD busca “describir, explicar y evaluar críticamente los procesos de producción, circulación y consumo de los sentidos”<sup>17</sup> (p. 7). De esa forma, la AD no se interesa tan solo por lo que el texto dice o pone en evidencia. Por otro lado, su objetivo es la comprensión de cómo un objeto simbólico produce sentidos, cómo está investido de significancia para los sujetos y por los sujetos, puesto que todo diálogo es una forma de acción<sup>18</sup>.

Para ello, es fundamental que los discursos se comprendan e interpreten como prácticas sociales determinantes y determinadas por el contexto sociohistórico. En realidad, el analista de discurso no se coloca fuera de la historia, de lo simbólico o de la ideología. Se coloca en posición que le permite contemplar y actuar sobre el proceso de producción de los sentidos y en sus condiciones<sup>18</sup>. Solamente de esa forma, el analista de discurso tiene propiedad para interpretar y reinterpretar su *corpus* textual<sup>17</sup>. También se acordó entre los participantes que los diálogos provenientes de

los seminarios no se tratarían de forma individual, sino que se tratarían como producto colectivo de cada encuentro, identificándose con la letra (S) seguida del número del seminario.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética en investigación de la Universidad Federal de Ceará bajo el número de parecer nº 04350712.4 0000.5054/2013.

## Resultados y discusión

### Áreas de competencia de la formación médica y la interfaz con el campo de la Salud Colectiva

Para iniciar el ejercicio del análisis crítico-reflexivo de las DCN de 2014, se optó por realizar una problematización sobre las propuestas inscritas en cada una de las áreas de competencia y sus acciones-clave. La opción por esa trayectoria se justificó por residir en esas secciones la posibilidad de transformar las directrices en prácticas efectivas y competentes, adecuadas y oportunas para la formación médica<sup>11</sup>.

### Atención de la Salud

En lo que se refiere al área de competencia Atención de la Salud, la misma se estructura en dos subáreas: atención de las necesidades individuales de salud y de las necesidades de salud colectiva. Se subraya que incluso en el ámbito de la atención a las necesidades individuales, el grupo de docentes identificó contribuciones relevantes del campo de la Salud Colectiva para la formación médica. Entre ellas se subraya un resignificado del paradigma biomédico, caminando hacia una gestión compartida de la clínica con el paciente, recolocándolo como protagonista de su propio proceso de cuidado:

La competencia médica no es solamente técnica. Es necesario salir del eje biológico y ampliar la mirada para el paciente, para las decisiones que él toma sobre su vida, sus condiciones de enfrentar la enfermedad. Eso puede hacerse real si pensamos y trabajamos para la formación de un profesional más humanizado, algo que interconecte la formación humana con aprendizaje, con las teorías del conocimiento, con los aspectos de la cultura. (S2)

No obstante, superar el paradigma biomédico para un enfoque de transición centrado en la persona parece no ser todavía un consenso, ni en la práctica profesional ni en la literatura científica. El paradigma médico-centrado todavía se considera, algunas veces, como un elemento de poder. Autores como Bursztyn<sup>19</sup> subrayan que la atención a las necesidades individuales es un dominio de destaque del médico:

La clínica, nombrada aquí como Atención de la Salud Individual es el espacio indiscutible de liderazgo del médico. a Salud Colectiva, nombrada como

Atención de las Necesidades de Salud Colectiva es un dominio en el que el médico colabora con otros profesionales<sup>19</sup>. (p. 15)

En ese alcance, se prioriza el fortalecimiento de una formación de cuño asistencial, enfocada en general hacia la atención a la enfermedad en su manifestación corporal. Debemos subrayar también que fomentar un tratamiento anacrónico que propone la jerarquización del profesional médico con relación a las demás categorías de salud también parece contraproducente. Principalmente cuando consideramos la complejidad y la multicausalidad de los problemas presentes en el binomio salud-enfermedad.

Por lo tanto, demarcar la clínica como un espacio indiscutible de liderazgo del médico está de acuerdo con las propias orientaciones inscritas en la estructura de las nuevas Directrices Curriculares Nacionales. De acuerdo con el documento, en la formación médica debe prevalecer:

El trabajo interprofesional, en equipo, con el desarrollo de la relación horizontal, compartida, respetándose las necesidades y los deseos de la persona bajo cuidados, familia y comunidad, la comprensión de ellos sobre el enfermarse, la identificación de objetivos y responsabilidades comunes entre profesionales de salud y usuarios en el cuidado<sup>11</sup>. (p. 2)

Otro punto de confluencia identificado en las nuevas DCN de 2014 con el campo de la salud colectiva reside en el desarrollo de planes terapéuticos compartidos que prevén la negociación del tratamiento con la persona bajo cuidados, considerando la utilización de prácticas populares de salud<sup>11</sup>. Desde esa perspectiva, se identificó un alineamiento teórico con las contribuciones provenientes de los Proyectos Terapéuticos Singulares (PTS)<sup>20,21</sup>.

Los PTS se caracterizan como un conjunto de propuestas y conductas terapéuticas articuladas, para un sujeto individual o colectivo, resultante de discusión colectiva de un equipo interdisciplinario<sup>21</sup>. Se presenta como una herramienta importante, tanto por el hecho de hacer oportunos diálogos transdisciplinarios entre los equipos de salud, como por la propuesta de acciones que van más allá del combate a las enfermedades:

Creemos que el estudiante de medicina tiene condición de articular su actuación con el trabajo de otros profesionales de salud, servicios e instituciones. Porque podrá entender la complejidad de la enfermedad y que necesita varias manos para obtener el resultado deseado. La asistencia de la salud la realiza un equipo y no un único profesional. (S1).

La propuesta del grupo de docentes y técnicos para la reformulación de la matriz curricular para el curso de graduación en Medicina de la Universidad Federal de Ceará caminó hacia el fortalecimiento de la Clínica Ampliada, vista como una importante estrategia para superar la mirada fragmentada, esencialmente curativa y centrada en hospital en donde todavía se asienta la formación en muchas escuelas médicas<sup>22</sup>.

En ese contexto, se hace oportuna la confluencia entre la clínica y la salud colectiva. A pesar de reconocer que ambas tienen espacios de dominio propios, o campos

científicos específicos<sup>23</sup>, los objetos de sus praxis convergen hacia la responsabilidad sobre el cuidado de la salud.

A partir de ese enfoque, la clínica y la salud colectiva dejan de figurar como campos dicotómicos de conocimiento. Por otro lado, la conjunción de esos paradigmas contribuye mucho para una formación médica generalista, con visión ampliada, capaz de reconocer la complejidad presente en el proceso salud-enfermedad en sus diferentes dimensiones biológicas, subjetivas, socioeconómicas, sanitarias y culturales.

La confluencia entre la clínica y la salud colectiva en la matriz curricular de los cursos de medicina, antes de representar espacios dicotómicos, desconectados o poco atractivos para los estudiantes<sup>19</sup>, contribuye para una formación humanista, ética, crítica y reflexiva. Por lo tanto, presenta potencial para alinearse a las necesidades de salud y a la realidad epidemiológica de las poblaciones y comunidades. Además, fortalece el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades, teniendo como enfoque analítico para la conducción terapéutica la determinación social del proceso salud-enfermedad<sup>11</sup>.

## Educación y Gestión en Salud

En los seminarios realizados también se identificaron confluencias entre las orientaciones de las DCN con el campo de la salud colectiva en lo que se refiere a las áreas de competencia de Educación en Salud y Gestión en Salud. Dentro de ese contexto se priorizó la reflexión sobre las potencialidades de los escenarios de prácticas para el diálogo sistemático entre los estudiantes de medicina y las comunidades durante toda su trayectoria de formación. Siendo así, se facilita la creación de ambientes fecundos para el desarrollo de procesos continuos de reflexión/formación sobre las prácticas de salud que se delimitan y que son referenciadas también por los usuarios de los servicios de salud<sup>24</sup>.

También se establecen mecanismos y estrategias que fomentan no solo el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que también promueven el desarrollo del protagonismo y autonomía de los estudiantes de medicina, médicos y usuarios con el proceso de cuidado<sup>24,25</sup>. Además, facilita el fortalecimiento del vínculo entre estos actores, propiciando el desarrollo de relaciones horizontales regidas por el respeto mutuo:

[...] Son estos desafíos presentados a las instituciones de enseñanza superior. Reconocer la importancia de cada uno de los sujetos para el plan terapéutico [...] creo que deberíamos ir rescatando el ejercicio de la crítica reflexiva, de arreglar, de construir y de descubrir mejores caminos y prácticas de la enseñanza y del cuidado. (S2)

Con base en ese alcance, se camina hacia una propuesta curricular que valoriza la vida, con el objetivo de la mejora de la calidad de la atención de la salud por medio del desarrollo de estrategias que fortalezcan también las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades como indispensables para la práctica médica. Con eso se busca la transición de un paradigma orientado por medio de “indica-dolores”, basado en los efectos negativos para la salud y enfocado en la mirada biomédica y curativa,



para la estructuración de una propuesta de “indica-acción”, que pone en el centro de su abordaje las condiciones de vida y los contextos sociales en los que se desarrollan los procesos de producción y reproducción de la vida social<sup>26</sup>.

La incorporación de esas propuestas en la matriz curricular de los cursos de medicina representa un resignificado del actual modelo de formación, en la que se prioriza el hospital como el escenario prioritario de prácticas, promoviendo un descompás entre las orientaciones provenientes de las políticas públicas<sup>10-12</sup>, las necesidades sociales del país y el fortalecimiento de la Atención Básica<sup>27</sup>. Por otro lado, propone una praxis que se sostiene en un permanente e indisoluble proceso de reflexión y acción, conjugado a las interacciones y determinaciones del mundo social concreto, en la cual estudiantes y usuarios de los servicios de salud se auxilian mutuamente para la construcción de un conocimiento compartido, socialmente referenciado y con retorno social<sup>28</sup>, conforme se observa a continuación: “En términos de enseñanza, las competencias profesionales que promuevan la autonomía y la independencia intelectual, con responsabilidad social son, por su esencia, inequívocamente indispensables para la formación de un buen médico” (S4).

De esa forma, favorece la tesitura de una matriz curricular que se alimenta y es alimentada por las demandas sociales, orientada en consonancia con el perfil de morbimortalidad de las comunidades y que incorpora el desafío de responder a las necesidades de salud de la población. Adopta la Atención Básica como nivel de atención prioritario para hacer efectivos los cambios curriculares propuestos, teniendo en vista su potencial de poner en operación gran parte de las competencias previstas en DCN de 2014. Además de eso, se alinea a las políticas que fomentan el desarrollo de ese nivel de atención, considerando la necesidad de readecuación y fortalecimiento de la formación de recursos humanos aptos para atender las necesidades del SUS<sup>10-14</sup>.

Para tanto, es necesario el desarrollo de estrategias capaces de favorecer el vínculo de los estudiantes con la Atención Básica de manera ordenada y sistemática durante todo el curso. No obstante, las condiciones materiales se señalaron como elementos de fragilidad:

Pienso que algunas dificultades para inserción de los alumnos en el servicio podrían superarse si la Universidad participara más activamente de la gestión de las Unidades de Salud. Sería muy interesante si los alumnos pudieran tener cierta fijación en las Unidades de Salud, unidades fijas de prácticas en el transcurso del curso. (S3)

En lo que se refiere al área de Gestión en Salud, las nuevas DCN de 2014 orientan los cursos de Medicina para que promuevan el bienestar de las comunidades por medio de la valorización de la vida, por medio de un profesional médico generalista, con capacidad de proponer y resolver. Para ello, incentivan la elaboración e implementación de Planes de Intervención, con apoyo a la creatividad y a la innovación<sup>11</sup>. No obstante, los participantes de los seminarios señalaron estos elementos como críticos e incipientes:

[...] vivimos en una cultura de “*self service*”, en donde en realidad las personas, y nuestros alumnos, quieren elegir lo que ya está listo. Es decir, se elige lo que ya

está hecho. Pensar, hacer e innovar son acciones consideradas pérdida de tiempo o desperdicio de recursos, puesto que se cree que es más práctico utilizar lo que ya está hecho. Percibimos también que muchos profesionales médicos también asimilaron esa actitud en sus prácticas. (S4)

A pesar de los desafíos, esas iniciativas se han desarrollado con el objetivo de incentivar el compromiso de los estudiantes de medicina con la defensa de la ciudadanía, de la dignidad humana y del derecho a la salud. Siendo así, el trabajo colaborativo y en equipo, alineado al desarrollo de escenarios de enseñanza-aprendizaje regidos por la ética profesional y solidaria se presentan como herramientas importantes para el resignificado del cuidado en salud:

Hemos buscado propiciar un aprendizaje en el que los alumnos discuten con colegas sobre situaciones-problema. También propiciamos un trabajo de campo en el que los alumnos, además de depararse con problemas de salud son motivados a describirlos, analizarlos y proponer soluciones colectivas con las comunidades. (S3)

Se reconoce, por lo tanto, la potencialidad de los escenarios de práctica y de la colectividad para el desarrollo del compromiso con la calidad, integralidad y continuidad de la atención. Además, propicia la inclusión de la perspectiva de los usuarios, familia, estudiantes y profesionales, facilitando el trabajo colaborativo en salud. Todos esos procesos contribuyen para la priorización de problemas, con el objetivo de mejorar la organización del proceso de trabajo y de la atención a la salud. De esa forma, se avanza en búsqueda de una construcción colectiva del sistema de salud, regida por principios humanísticos, éticos y sanitarios<sup>11</sup>.

### **El campo de la Salud Colectiva como cimiento para la elaboración de una nueva matriz curricular en el curso de medicina**

El diálogo entre las nuevas DCN de 2014 y la estructura teórico-conceptual del campo de la salud colectiva propiciaron una profundización analítico-reflexivo de sus interrelaciones. También contribuyó para subsidiar la propuesta de una nueva matriz curricular en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Ceará.

La acumulación adquirida por los docentes y técnicos durante los seminarios posibilitó una aproximación paradigmática entre las áreas de competencia de las nuevas Directrices Curriculares Nacionales<sup>11</sup>, los fundamentos estructuradores del campo de la salud colectiva<sup>6</sup> y los componentes curriculares ofrecidos por el curso de medicina<sup>29</sup>. Con el objetivo de fomentar la importancia de la integralidad de la atención y de la humanización del cuidado durante la formación médica, se buscó una mayor integración entre los contenidos curriculares a lo largo de los módulos. Además, proporcionó la inserción transversal de los componentes de habilidades comunicacionales y la relación médico-persona bajo cuidado constando, incluso, en la enmienda de algunos módulos a lo largo del curso.

La representación esquemática de la nueva matriz curricular como producto de los seminarios presenta el abordaje de cada una de las áreas de competencia de las DCN

en el transcurso del curso, en diálogo con los tres ejes estructuradores del campo de la salud colectiva. En el comienzo de la formación, los estudiantes pasan por un proceso Introdutorio (I) en las tres áreas. En el transcurso de los semestres se direccionan Enfoques Principales (F) y Profundizaciones Teórico-Prácticas (ATP) (ambas siglas conforme su denominación en portugués), en diálogo con los contenidos de los módulos. En el internado, rescatan las tres áreas con un enfoque de Profundización Práctica (AP, por sus siglas en portugués). Los componentes relacionados con la Epidemiología, Ciencias Sociales y Humanas y Política, Planificación y Gestión alimentan transversalmente los contenidos en todos los semestres.

La representación esquemática de la matriz curricular puede verse en la Figura 2 a continuación:

ÁREAS DE COMPETENCIA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Internado	EJES TEMÁTICOS
Atención de la Salud Individual y Colectiva Educación en Salud Gestión en Salud	I	F	ATP	X	X	X	F	X	AP	Epidemiología Ciencias Sociales y Humanas Política, Planificación Y Gestión
Atención de la Salud Individual y Colectiva Educación en Salud Gestión en Salud	I	X	X	ATP	F	F	X	X	AP	Epidemiología Ciencias Sociales y Humanas Política, Planificación Y Gestión
Atención de la Salud Individual y Colectiva Educación en Salud Gestión en Salud	I	X	X	F	X	X	F	ATP	AP	Epidemiología Ciencias Sociales y Humanas Política, Planificación Y Gestión
I = Introducción    F = Enfoque    PF = Profundización Práctica    X = Temático-Permanente    TPS = Profundización Teórico-Práctica										

**Figura 2.** Representación de la Matriz Curricular para el curso de Medicina

Fuente: Elaborado por los autores

El diseño de un currículum expresa la forma en que una institución educativa se ve en el mundo, o sea, su papel, las relaciones que establece, la elección de sus interlocutores y cómo se produce y concibe el conocimiento. Además, sobre todo en las facultades de medicina, expresa también la concepción que se tiene sobre la salud y el papel del médico en la sociedad<sup>22</sup>.

En ese sentido, la matriz curricular que ahora se propone intenta realizar las siguientes reformulaciones:

Da resignificado a la Atención Primaria de la Salud como escenario preferencial para el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes del profesional médico.

Sintoniza el desarrollo de su praxis en consonancia con las demandas más prevalentes de salud de las familias y comunidades.

Propone el establecimiento de relaciones de longitudinales y transversales entre las áreas de competencia de las DCN de 2014, los núcleos fundamentales de la salud colectiva y los componentes curriculares ofrecidos durante el curso:

No hay nadie que no concuerde con que el currículum es importante. Pero lo que tenemos que dialogar es cuales son las estrategias que podemos utilizar para conseguir lo que queremos con nuestros alumnos: ¿formar a médicos de personas y no de enfermedades? Un currículum debe servir para formar y no para deformar. No debemos enfermar filosóficamente a nuestros alumnos. (S1)

Por lo tanto, el currículum se comprende no como un fin en sí mismo, sino como un medio en el que se anclan las diferentes estrategias pedagógicas. Se debe considerar también la indisociabilidad del trípode Enseñanza-Investigación-Extensión como cimientos para una formación de base sólida, para priorizar la atención a las necesidades concretas de salud de la población. Resulta necesaria la inserción permanente de los alumnos en la Atención Primaria, adoptándola como escenario concreto para el desarrollo de actividades prácticas, en contextos de complejidad y responsabilidades crecientes<sup>1</sup>.

La inserción de los alumnos en la Atención Primaria de la Salud también contribuye al fortalecimiento de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), en la medida en que auxilia en el diálogo entre el Servicio y la Universidad. De esa forma, potencializa el desarrollo de tecnologías y herramientas capaces de dar mayor capacidad de resolución a los desafíos cotidianos del servicio.

Además, el fortalecimiento de la articulación Enseñanza-Servicio-Comunicación posibilita la creación de escenarios propicios para el intercambio de saberes, en que la complejidad experimentada en el cotidiano de trabajo de los servicios de salud alimenta las discusiones y enriquece el proceso enseñanza-aprendizaje en la graduación. Por medio de esas vivencias, los alumnos pasan a comprender las dificultades y posibilidades de las prácticas conjugadas en salud, viviendo el cotidiano del SUS real.

## Consideraciones finales

La ordenación de la formación de recursos humanos en el área de la salud con el objetivo de atender las necesidades del SUS continúa siendo un desafío actual, principalmente en el área médica. En ese sentido se han instituido iniciativas gubernamentales con el objetivo de promover reformulaciones en el ámbito de la estructura curricular de los cursos de medicina, contribuyendo para una formación profesional capaz de responder de manera eficaz a las demandas de salud más prevalentes de la población.

En el alcance de ese proceso, las nuevas Directrices Curriculares Nacionales de 2014 para los cursos de medicina se instituyeron con el objetivo de un mayor fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, resignificándolo como un espacio estratégico para la formación médica. Además, valoriza las potencialidades del campo de la salud colectiva, incorporando sus elementos paradigmáticos en la propuesta de áreas de


competencias articuladas, en una perspectiva de fomentar la atención integral de la salud.

En ese contexto, la matriz curricular ahora propuesta busca fomentar en los alumnos de graduación la comprensión de los factores determinantes y de las relaciones de las enfermedades con el modo de vida y de trabajo de las personas. Para ello, valoriza el trípede enseñanza-servicio-comunidad como estrategia capaz de posibilitar cambios en el cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad.

Es evidente la necesidad de escuchar atentamente por parte de los actores envueltos, desde la formulación de nuevas matrices en el currículum de la formación médica, hasta el diálogo más aproximado con el sistema público de salud.

### **Autores** (continuación)

**Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr<sup>(a)</sup>**

<ligiakerr@gmail.com> 

### **Contribuciones de los autores**

Todos los autores participaron activamente de todas las etapas de elaboración del manuscrito.

### **Derechos de autor**

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



## **Referencias**

1. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2005; 29(2):136-46.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376(4):1923-58.
3. Cyrino E, Toralles-Pereira M. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3):780-8.
4. Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1995 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59441/1/WHO\\_HRH\\_95.7.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59441/1/WHO_HRH_95.7.pdf)
5. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 19 Set 1990.



6. Nunes E. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 17-37.
7. Ministério da Saúde (BR). Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
8. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
9. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
12. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União. 3 Nov 2005.
13. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 2007.
14. Ibiapina IMJM, Bandeira HMM. Pesquisa-ação crítica: origem e desenvolvimento do campo teórico-prático. In: Ibiapina IMJM, Bandeira HMM, Araújo FAM. Pesquisa colaborativa: multirreferenciais e práticas convergentes. Piauí: EDUFPI; 2016.
15. Lampert JB, Costa NMC, Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Stella RCDR. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):19-34.
16. Silva TT. Documento de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica; 2011.
17. Pinto MJ. Comunicação e discurso: introdução a análise de discurso. São Paulo: Hacker Editores; 1999.
18. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes Editora; 2000.
19. Bursztyn I. Diretrizes curriculares nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? Cad ABEM. 2015; 2:6-19.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
21. Campos G. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria PAIDEIA e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 39-78.



22. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
23. Bourdieu P. O poder simbólico. 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
24. Ferreira R, Silva R, Aguer C. Formação do profissional médico: a aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(1):52-9.
25. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
26. Breilh H. De lavigilancia convencional al monitoreo participativo. *Cienc Saude Colet.* 2003; 8(4):937-51.
27. Oliveira NA, Alves LA. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? *Rev Bras Educ Med.* 2011; 35(1):26-36.
28. Ferreira MJM, Rigotto RM. Contribuições epistemológicas/metodológicas para o fortalecimento de uma (cons)ciência emancipadora. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(10):4103-11.
29. Comissão de Reforma Curricular da Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Medicina. Projeto pedagógico: currículo do curso de medicina. Fortaleza: Imprensa Universitária; 2001.

**Traductor:** Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 07/12/17.

Aprobado el 08/10/18.