

# Uma Ferramenta para Desenvolver e Monitorar o Ensino da Saúde Coletiva no Curso Médico

## A Tool to Develop and Monitor Collective Health Education in Medical School

Ivani Bursztyn<sup>1</sup>  
Rosana Alves<sup>II</sup>

### RESUMO

**Introdução:** As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso médico (DCN 2014) enfatizam a saúde coletiva como forma de assegurar o compromisso social na educação médica. Porém, elas não indicam claramente as competências a serem adquiridas e os conteúdos a serem trabalhados nesse campo. Essa lacuna precisa ser preenchida, tendo em vista a necessidade de orientar o vasto número de novos cursos de Medicina, que acompanhou a política do Programa Mais Médicos. **Objetivos:** Identificar os desafios da saúde coletiva no ensino médico e construir uma ferramenta de planejamento estratégico para apoiar as escolas médicas no desenho e monitoramento desse componente do currículo de seus cursos. **Metodologia:** A metodologia compreendeu duas etapas: 1. análise crítica de documentos-chave da educação médica (DCN e Matriz do Revalida) e 2. construção de ferramenta de planejamento estratégico para apoio à elaboração do currículo de saúde coletiva na graduação, por meio da condução de oficinas em que se utiliza o “método do mapeio de alcances”. **Resultados:** Os documentos analisados revelam grande variabilidade no entendimento do lugar da saúde coletiva na formação e nas práticas médicas. Enquanto a Matriz do Revalida, publicada em 2009, estabelece as cinco áreas médicas sem fazer alusão à saúde coletiva, as DCN, publicadas em 2014, parecem supervalorizar esse campo. Porém, como não há uma definição clara acerca das competências e dos conteúdos, muitas vezes a saúde coletiva sofre um reducionismo e aparece confundida com medicina de família e comunidade ou sobreposta a ela. As oficinas participativas tomaram como desafio a reversão dessa visão reducionista ao construírem uma ferramenta apoiada na visão do médico no futuro, tendo como missão precisar competências e conteúdos de saúde coletiva no currículo. Identificaram-se os parceiros na implementação desse componente, as atitudes e mudanças esperadas de cada parceiro e o modo de monitorar seus progressos. **Conclusão:** A ferramenta que se baseia no método de mapeio de alcances focaliza as conquistas e mudanças das pessoas. Apresenta-se como um dispositivo flexível e participativo e pode contribuir para a construção de currículos que formem médicos comprometidos com a realidade social.

### PALAVRAS-CHAVE

- Educação médica.
- Currículo.
- Saúde pública.
- Saúde coletiva.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>II</sup> Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

**KEY-WORDS**

- Education medical.
- Curriculum.
- Public health.
- Collective health.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The new National Curriculum Guidelines of the undergraduate medical course (DCN-2014) emphasize collective health as a way to ensure social commitment in medical education. However, they do not clearly indicate the skills to be acquired and content to be worked in this field. This gap needs to be filled, given the need to guide the vast number of new medical courses, which followed the “More Doctors” policy in Brazil. **Objective:** To identify the challenges of collective health in medical education and to build a strategic planning tool to support medical schools in designing and monitoring this component of the curriculum of their courses. **Method:** The method comprised two stages: 1) critical analysis of key medical education documents (DCN and REVALIDA Matrix) and 2) construction of a strategic planning tool to support the development of the collective health curriculum in undergraduate programs by conducting workshops using the “outcome mapping method”. **Results:** The documents analyzed disclose great variability in the understanding of the collective health role in medical training and practice. While the REVALIDA Matrix, published in 2009, establishes the 5 medical areas with no reference to collective health, the DCN, published in 2014, seems to overestimate this field. However, since there is no clear definition of skills and content, collective health often suffers from reductionism and seems to be mistaken by or overlap with family and community medicine. The participatory workshops took on the challenge of reversing this reductionist vision, building a tool based on the physician’s vision in the future, with the mission of requiring collective health skills and contents in the curriculum. Partners have been identified for the implementation of this component, as well as the attitudes and changes expected from each partner, and how to monitor their progress. **Conclusion:** The tool, based on the outcome mapping method, focuses on people’s achievements and changes. It is a flexible, participatory device and can contribute to the construction of curricula that will train physicians committed to the social reality.

Recebido em: 30/4/19

Aceito em: 3/6/19

**INTRODUÇÃO**

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN 2014) – instituídas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 3, de 20 de junho de 2014<sup>1</sup> – organizam-se em torno dos eixos da atenção, gestão e educação em saúde, enfatizam a formação para a atenção básica e destacam as áreas de saúde coletiva e saúde mental, ao lado de clínica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e cirurgia. Entretanto, não se encontram nelas os elementos para definição clara e precisa das competências em saúde coletiva que possam orientar a elaboração de matrizes curriculares.

A preocupação em adequar o ensino médico às necessidades de saúde da população tem sido recorrente. Já em sua primeira reunião ordinária anual, o conselho da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem)<sup>2</sup> teve como tema: “Medicina Preventiva e Educação Médica”. Naquela época, década de 1960, instituiu-se o ensino da medicina preventiva com vistas a fazer frente ao desolador quadro de saúde que se caracterizava pela alta taxa de mortalidade infantil, baixa

esperança de vida ao nascer, além da presença do grupo de doenças infectocontagiosas entre as principais causas de morte da população.<sup>3</sup> Foram criados os departamentos de medicina preventiva que se incumbiram dos temas relativos à saúde pública, à epidemiologia e às doenças de natureza endêmica e epidêmica, causadas por parasitos e transmitidas por vetores. Na década de 1970, pesquisadores da saúde pública criaram a designação “saúde coletiva” para delimitar um campo de saberes e práticas em que se disputam modelos de compreensão e intervenção no processo saúde/doença, enfocando os determinantes sociais. Assim, ao lado da epidemiologia, passaram a ter importância disciplinas do planejamento em saúde e ciências sociais aplicadas à saúde. A saúde coletiva esteve mais concentrada na formação de pós-graduação e nunca chegou a alcançar uniformidade no ensino desses conteúdos nos cursos de graduação das profissões de saúde, assim como não se desenvolveram estratégias pedagógicas que os tornassem mais atraentes a esse grupo.<sup>4</sup>

Na arena das políticas públicas, o movimento da saúde coletiva influenciou na criação do Sistema Único de Saúde

(SUS), em 1990, considerado uma das mais importantes conquistas do processo de redemocratização do país. O SUS propõe um sistema hierarquizado, baseado na atenção primária. Entretanto, a formação de médicos generalistas só se intensificou após a consolidação da especialidade medicina de família e comunidade.<sup>5</sup>

Em 2013 instituiu-se o Programa Mais Médicos<sup>6</sup> que engloba três componentes: reordenação da oferta de cursos de medicina, definições de novas diretrizes para a formação médica e alocação de médicos em áreas prioritárias do SUS por meio de intercâmbio internacional.

As DCN 2014, decorrentes desse programa, reforçam a formação generalista e enfatizam a saúde coletiva. Entretanto, no texto, o lugar da saúde coletiva na formação médica não é autoevidente e está sujeito a interpretações. Muitas vezes, temos visto a expressão saúde coletiva ser empregada para designar as ações de prevenção e promoção dos serviços de atenção básica ou o cenário de prática da saúde da família.<sup>7</sup> Neste artigo, retomamos a discussão do conceito de saúde coletiva e os desafios de ministrar seus conteúdos nos cursos de formação médica, tendo como objetivo oferecer uma ferramenta que auxilie as equipes de cada curso na elaboração e no monitoramento do componente saúde coletiva, no currículo de graduação de medicina

## METODOLOGIA

A metodologia se desenvolveu em duas etapas: 1. análise crítica de documentos norteadores da educação médica no Brasil, enfocando a operacionalização do conceito de saúde coletiva, e 2. construção de uma ferramenta de apoio à elaboração do currículo de saúde coletiva na graduação, com base no método de planejamento estratégico conhecido como mapeio de alcances (MA).

### Que documentos analisar e por quê?

Elegeram-se os dois principais documentos que, na atualidade, norteiam a educação médica no Brasil: as DCN 2014<sup>1</sup> e o regulamento do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas de Médico Expedidos por Instituições de Ensino Superior Estrangeiras (Revalida).<sup>8</sup>

A retomada do conceito de determinantes sociais do processo saúde-doença vem ocorrendo pelo reconhecimento da limitação da intervenção clínica para responder às novas demandas por saúde e qualidade de vida. Num mundo em transição, em que predomina o adoecimento crônico, é preciso enfrentar “as causas das causas”,<sup>9</sup> ou seja, os fatores associados a exposição e comportamentos de riscos. Nesse cenário, a concepção flexneriana,<sup>10</sup> voltada ao conhecimento da doença

e apoiada na formação em laboratórios e hospital de ensino, perde, paulatinamente, seu poder de resposta às demandas sociais. Esse é um movimento internacional, como se depreende da declaração da primeira Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo, em 1988:

O objetivo da educação médica é produzir médicos que promovam a saúde de todas as pessoas – não apenas prestar serviços curativos para aqueles que podem pagar, ou àqueles para quem está prontamente disponível. Esse objetivo não está sendo realizado em muitos lugares, apesar do enorme progresso que tem sido feito durante este século nas ciências biomédicas. Este problema não é novo, mas os esforços anteriores para introduzir uma maior consciência social nas escolas de medicina acadêmica não foram notadamente bem-sucedidos.<sup>11</sup>

A declaração enfatiza também o emprego de metodologias ativas e o ensino e a avaliação voltados para a aquisição de competências, e não apenas para o domínio de conteúdos.

No Brasil, os reflexos são evidentes na instituição das DCN 2001<sup>12</sup> e na regulamentação, em 2009, do Revalida<sup>8</sup>. Em 2014, houve a substituição do texto das DCN 2001 por um novo: DCN 2014. Elegemos para análise as DCN 2014 e a Matriz do Revalida, e agregamos, como exemplos, as grades curriculares de alguns dos mais antigos cursos de Medicina que se encontram acessíveis na *web*, uma vez que estes, pela sua importância histórica, influenciam os mais novos, como uma espécie de matriz.

### Mapeio de alcances

Escolheu-se o MA<sup>13</sup> por ser um método que enfoca a gestão da mudança nas pessoas. Desenvolvido pelo International Development Research Center (IDRC) para o desenho, o monitoramento e a avaliação de projetos sociais, prioriza o processo de mudança, em detrimento de medidas de impacto. Tem como principal vantagem uma maior flexibilidade na execução e possibilidade de aprendizado ao longo do processo.

A avaliação de impactos constitui um grande desafio, pois eles se produzem em um prazo maior que a duração de um projeto, sendo fruto de uma rede de influências, o que torna difícil definir qual a real contribuição de cada fator ou intervenção.

Instigado por esse problema, o IDRC elaborou o MA utilizando o enfoque de aprendizagem social e práticas participativas<sup>15</sup>. Enfatizam-se a produção e disseminação de informações, a participação e o compromisso efetivos dos atores do desenvolvimento.

A essência do MA está na etapa designada *desenho intencional*, a qual representa o pacto em torno dos objetivos de mudança e estratégias. O desenho intencional compreende sete passos, necessários para responder às seguintes questões:

- Por quê? → Visão (passo 1)
- Como? → Missão (passo 2), Mapa de estratégias (passo 6) e Práticas organizacionais (passo 7)
- Quem? → Parceiros próximos (passo 3)
- O quê? → Mudanças pretendidas (passo 4) e Sinais de progresso (passo 5)

Foram realizadas duas sessões de oficina, com quatro horas de duração e cerca de 20 participantes em cada uma, entre docentes, profissionais de serviço e discentes de cursos médicos. Para os objetivos de construção da ferramenta, o trabalho limitou-se aos cinco primeiros passos. Tendo em vista as restrições de recursos e tempo, optou-se por desenvolver os quatro primeiros passos na primeira sessão da oficina (realizada em novembro de 2015 como atividade do 53º Congresso Brasileiro de Educação Médica – Cobem) e o passo 5 na sessão seguinte (realizada em outubro de 2016 como atividade do 54º Cobem). Além da distância de quase um ano entre as sessões, houve renovação de 100% dos participantes entre a primeira e a segunda sessão. Nessas circunstâncias, o moderador, no momento da consolidação dos resultados, precisou estar atento para respeitar ao máximo os aportes dos participantes, sem perder a coerência do conjunto. O grupo de participantes foi composto por pessoas que escolheram participar do evento pré-congresso na modalidade oficina denominada “O ensino da saúde coletiva no curso médico a partir das DCN 2014”. O fato de estarem presentes pessoas com diferentes bagagens – serviço e docência, e instituições públicas e privadas de diferentes regiões do país – contribuiu para conferir maior representatividade à ferramenta proposta. O produto obtido incorpora uma série de reflexões essenciais, que parecem ser objeto de preocupação na maior parte das escolas, e apresenta-se como uma ferramenta passível de ser modificada e adaptada para o uso em diferentes locais.

## RESULTADOS

Como resultados, apresentamos os desafios da saúde coletiva no ensino da medicina e a ferramenta elaborada nas oficinas.

### Desafios da saúde coletiva no ensino da medicina

Em sua preocupação em contribuir para uma medicina renovada, as DCN 2014 depositam uma ênfase desproporcional na saúde coletiva. Em seu texto, extenso e fragmentado, a expressão “saúde coletiva” aparece sete vezes; “atenção básica”, seis;

“urgência”, cinco; “clínica”, seis; “generalista”, duas. Já as expressões “pediatria”, “cirurgia”, “ginecologia”, “obstetrícia” e “saúde mental” são mencionadas apenas uma vez cada.<sup>7</sup> O artigo 3 estabelece o seguinte:

O graduado em Medicina terá 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.<sup>1</sup>

Quando se compara o texto das DCN 2014 com o das DCN 2001, observa-se uma alteração significativa quando, ao fim, se valoriza a transversalidade da determinação social do processo saúde e doença em detrimento da promoção da saúde integral do ser humano.

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.<sup>12</sup>

Trata-se de dois âmbitos muito distintos de intervenção: de um lado, o indivíduo, com necessidades próprias, e, de outro, o contexto social, em que intervêm variáveis do campo da política, da economia, do meio ambiente etc. Campos<sup>14</sup> alerta para uma tendência dentro da saúde coletiva de representar a si mesma como o próprio campo da saúde, capaz de produzir discursos e explicações autossuficientes sobre saúde-doença-cuidado, hipervalorizando a determinação social e desconsiderando a subjetividade e a biologia. Concebida não só como um campo científico, mas também como um movimento ideológico, a saúde coletiva contribuiu significativamente para mudanças, em especial para a constituição do SUS, seus princípios e diretrizes. Porém, sua assimilação no processo de democratização gerou dilemas e contradições que têm “bloqueado a reconstrução crítica de suas práticas, provocando uma crise de identidade manifesta em sua fragmentação e diluição

como campo científico”.<sup>14</sup> Daí emergem confusões, como considerar a saúde coletiva o novo paradigma, acima da clínica e da saúde pública, ou a saúde coletiva como antítese de práticas privadas, ou ainda como uma outra designação para o nível da atenção primária, opondo-a ao cuidado hospitalar.

Os três eixos das DCN 2014 – atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde – organizam os capítulos “I – Das diretrizes” e “II – Das áreas de competências”. Coloca-se assim, para o profissional médico, a atenção à saúde em pé de igualdade com a gestão e a educação. Exemplos da história recente recomendam cautela, para não se transferir para o âmbito da formação e, portanto, para as costas do profissional a expectativa de solução de problemas que são do âmbito do próprio sistema de saúde. Nos anos 1950-1960, na América Latina, o ensino da medicina preventiva foi implementado com o propósito de reverter o quadro desfavorável dos indicadores de saúde. Ao cabo de 20 anos, diante de resultados frustrantes, avaliadores inclinaram-se a considerar que as metas haviam sido fixadas de forma idealizada, supervalorizando o poder dos programas de medicina preventiva.<sup>15</sup> Afinal, a realidade sanitária é resultante de inúmeros fatores que atuam em conjunto, e a proposta da medicina preventiva, isoladamente, não poderia ser suficiente para alterá-la significativamente.<sup>16</sup>

A construção da Matriz de Correspondência Curricular para Fins de Revalidação de Diplomas de Médico Expedidos por Universidades Estrangeiras – Matriz do Revalida – ocorreu com a participação de profissionais indicados pelas principais universidades públicas que já acumulavam experiência na revalidação de diplomas. Competências foram definidas “nas cinco grandes áreas do exercício profissional – Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Medicina de Família e Comunidade/Saúde Pública”.<sup>7</sup> É interessante observar que a expressão “saúde coletiva”, que mereceu tanto destaque nas DCN 2014, está ausente nesse documento, que as precede por apenas cinco anos. Porém, aqui se encontra a expressão “saúde pública”, ausente nas DCN 2014. “Medicina de família e comunidade”, também ausente nas DCN 2014, aqui aparece como uma das cinco grandes áreas do exercício profissional, conjugada com “saúde pública”. Não obstante, os conteúdos da saúde coletiva podem ser reconhecidos nos seguintes blocos, especificados na matriz: “fundamentos da prática e da assistência médica”; “a evolução histórica, científica e ética da medicina”; “bioética e cidadania”; “saúde pública, medicina preventiva e comunitária”. Entre os 46 blocos utilizados para classificar os conteúdos a serem avaliados, não há um específico para a epidemiologia, que se encontra comprimida no bloco de “saúde pública, medicina preventiva e comunitária”.<sup>8</sup>

A significativa diferença com que é tratada a saúde coletiva nos dois documentos analisados é, no mínimo, preocupante e pode explicar a variabilidade de tratamentos observada na prática dos currículos de cursos médicos.

Quando observamos os currículos dos cursos de graduação de medicina de quatro das mais antigas faculdades do país (Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais e Faculdade de Medicina e Saúde Pública da Universidade de São Paulo), não encontramos nenhuma disciplina designada saúde coletiva,<sup>17-20</sup> enquanto a disciplina de epidemiologia está presente em todos. Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, durante o internato, há um estágio de 330 horas no 11º período sob a designação de saúde coletiva. Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, utiliza-se a expressão “medicina social” para designar três disciplinas e cobrir os conteúdos de história e antropologia, ambiente e trabalho, Estado e cidadania, e epidemiologia descritiva. De modo geral, todos esses cursos têm, em seus currículos, conteúdos de ciências sociais aplicadas à saúde, ainda que organizados de forma muito variada.

As diversas áreas da saúde coletiva têm contribuição imprescindível para a formação de médicos com capacidade crítica e propositiva ante os desafios de saúde da população. Portanto, é importante estabelecer um acordo quanto a um padrão básico.

No Brasil, a carga de doenças aponta a superposição das velhas mazelas (doenças infecciosas, nutricionais, mortalidade materna e infantil) com os problemas emergentes, como as doenças não transmissíveis, transtornos psíquicos, violência etc. Já se vislumbra um panorama com doenças crônico-degenerativas ainda mais prevalentes, maior frequência de comorbidades, novas tecnologias que emergem em ritmo acelerado e a incorporação delas que necessita de avaliação criteriosa. O trabalho médico comporta alto grau de incerteza e requer capacidade de tomar decisões, de modo a articular equipes multiprofissionais e recursos da própria comunidade em prol do paciente, operando como fator de favorecimento da equidade no acesso, qualidade do cuidado e satisfação do usuário. Trata-se aqui não apenas de competência – resultado prescritível do processo de educação – mas também de excelência – qualidade que transcende o “esperável”.<sup>21</sup>

A epidemiologia é fundamental para a compreensão do componente científico da medicina. É necessário dominar os conceitos básicos, realizar ações de vigilância epidemiológica, construir indicadores, conhecer os bancos de dados mais importantes, suas estruturas, fraquezas e fortalezas, reconhecer

os tipos de estudo utilizados na produção de conhecimento médico, buscar evidências e criticar os artigos científicos.

As ciências sociais permitem entender o lugar da medicina na sociedade hoje, ontem e amanhã, compreender as representações de saúde/doença/cuidado, lidar com comportamentos e hábitos, identificar demandas e prioridades, e desenhar estratégias de comunicação com a população.

O planejamento em saúde proporciona a compreensão do complexo contexto em que se produz o cuidado e as políticas de saúde; provê ferramentas para a identificação dos atores sociais, seus interesses e a correlação de forças entre eles; possibilita a compreensão do funcionamento dos sistemas de saúde e seus componentes; e orienta a utilização dos instrumentos de gestão, integração e avaliação de sistemas e serviços de saúde.

O campo de prática em que se desenvolvem as competências do médico em saúde coletiva deve compreender o nível local da atenção primária, o nível hospitalar e o nível central de gestão de saúde.

### **Construção da ferramenta de apoio ao desenvolvimento do componente saúde coletiva no currículo médico**

As oficinas seguiram o roteiro do MA,<sup>13</sup> do passo 1 ao 5.

No passo 1, a definição da VISÃO expressa as melhoras humanas, sociais e ambientais mais amplas, para as quais se pretende contribuir. Utiliza-se o verbo no tempo presente.

No passo 2, a definição da MISSÃO descreve a proposta de um caminho para a visão.

No passo 3, identificam-se os PARCEIROS PRÓXIMOS: pessoas, grupos ou organizações com os quais interagimos diretamente com oportunidades de promover mudanças.

No passo 4, formulam-se as MUDANÇAS PRETENDIDAS para cada um dos parceiros identificados, que constituem os alcances ou resultados a serem mapeados.

No passo 5, definem-se os SINAIS DE PROGRESSO: trata-se de um conjunto de enunciados que descrevem de maneira gradual os avanços de comportamento dos parceiros na direção da mudança pretendida. Articulam a complexidade do processo de mudança, desde os comportamentos mais simples até os mais complexos. Os sinais de progresso permitem avaliar os avanços ao longo do tempo.

Os resultados dos passos 1 a 4 estão dispostos a seguir:

1. *Visão*: Os cursos de medicina estão formando profissionais com alto padrão técnico e de qualidade na relação com o paciente. Eles exercem a clínica com confiança e competência, e se valem dos conhecimentos de epidemiologia e planejamento para compreender que tanto o processo saúde-doença quanto a medicina que se pratica são determinados pelos con-

textos social, econômico e cultural. Os egressos estão atuando em um sistema de saúde universal e equânime, cujos serviços encontram-se integrados em rede, de modo que o médico possa exercer sua prática comprometido com a saúde integral e, compreendendo perfeitamente a dinâmica do sistema de saúde no qual está inserido, seja capaz de manejar, para o paciente, a melhor utilização, desde o território da atenção primária até os níveis maior densidade tecnológica.

2. *Missão*: Esse projeto visa 1. definir as competências em saúde coletiva necessárias ao médico; 2. propor a maneira de organizar os conteúdos da saúde coletiva, considerando as áreas de epidemiologia, planejamento/gestão, humanidades/ciências sociais e ambiente/saúde do trabalhador; 3. sugerir formas de ministrar esses conteúdos e desenvolver as competências por meio de metodologias ativas e integração de clínica e ciências básicas.

3. *Parceiros próximos* e 4. *Mudanças pretendidas*:

- Coordenadores dos cursos de medicina: compreendem e apoiam a formação do médico baseada no aporte de diferentes campos e áreas para que se alcance o perfil ensejado nas DCN.
- Professores da área de saúde coletiva: contribuem para que o médico, em sua formação, desenvolva as competências de saúde coletiva de maneira integrada, equilibrada e harmoniosa com os demais campos.
- Gestores: asseguram o funcionamento dos serviços em rede e mantêm abertura para a presença da universidade não só na prestação do cuidado, mas também nas atividades de vigilância e gestão.
- Estudantes: participam das atividades próprias ao campo da saúde coletiva compreendendo a importância para a mudança do quadro geral de saúde da população.

Quando se compara a visão elaborada na oficina com o perfil do médico proposto nas DCN 2014, observa-se que o grupo foi capaz de ser bastante mais específico quanto ao lugar da saúde coletiva na prática do médico. Ao reconhecer que a sociedade exige um profissional de alto padrão técnico e qualidade na relação com o paciente, a saúde coletiva aparece como meio ou suporte para o exercício da clínica consciente quanto aos determinantes do processo saúde-doença, de organização e provisão dos cuidados. Alude ao sistema de saúde e à sua organização como condição necessária para que o médico desempenhe adequadamente o seu trabalho em benefício do paciente e da população.

Com relação à missão, propõe superar uma lacuna histórica, pois o ensino das disciplinas que compõem o campo

da saúde coletiva tem sido feito de maneira isolada, centrada nos conteúdos teóricos, negligenciando a prática profissional. Com a perspectiva de adoção de metodologias ativas de ensino, é essencial definir as competências ensejadas e construir métodos de ensino que integrem os conhecimentos, tornando-os operacionais.

Os parceiros próximos foram definidos pelo mínimo comum, ensejando um uso mais universal da ferramenta. A escolha dos parceiros e as mudanças pretendidas para cada um ressaltam, por um lado, a necessidade de romper o isolamento característico das disciplinas do campo da saúde coletiva na maioria das escolas e, por outro, a necessidade de que os sistemas de saúde e os serviços, inclusive os próprios das universidades, estejam funcionando dentro de padrões de qualidade que possibilitem ao estudante vivenciar as atividades práticas de gestão, vigilância, regulação etc. É de se esperar também que a interação docente assistencial possa contribuir para o aprimoramento dos serviços.

No passo 5, a mudança pretendida para cada parceiro foi decomposta em múltiplos aspectos para que se possa monitorar sua progressão. Para isso, utilizam-se três classes hierárquicas:

- *Mudanças esperadas*: constituem o mínimo necessário para que um projeto inovador de ensino de saúde coletiva se inicie.
- *Mudanças benéficas*: são aquelas que contribuem para qualidade e resultado de inovação ao longo do projeto.
- *Mudanças ideais*: são aquelas que conferem maior grau de qualidade aos resultados de inovação.

É importante manter um equilíbrio entre as três classes, com vistas à sustentabilidade do projeto. Se as mudanças esperadas forem em grande número, haverá riscos de que o projeto nem se inicie. Se as mudanças ideais forem numerosas, haverá maior chance de frustração. Portanto, devem-se privilegiar as mudanças benéficas para que a proposta esteja factível e ajustada à realidade.

Os sinais de progresso para cada um dos parceiros estão descritos nas figuras a seguir.

Os sinais de progresso devem ser avaliados sistematicamente, possibilitando o aprendizado e revisão. Utiliza-se uma escala de três níveis: satisfatório, regular, insatisfatório. É importante que a avaliação ocorra com o envolvimento dos parceiros, para estimular o comprometimento com a mudança. Se algum dos sinais da classe “mudanças esperadas” é avaliado como insatisfatório, é preocupante, pois trata-se dos requisitos básicos. É um bom indicador quando alguns sinais de “mudanças benéficas” obtêm avaliação satisfatória. Se ao

**FIGURA 1**  
**Sinais de Progresso dos Coordenadores de Curso**

MUDANÇA PRETENDIDA:	
OS COORDENADORES DE CURSO COMPREENDEM E APOIAM A FORMAÇÃO DO MÉDICO BASEADA NO APORTE DE DIFERENTES CAMPOS E ÁREAS DO CONHECIMENTO, PARA QUE SE ALCANCE O PERFIL ENSEJADO NAS DCN.	
Espera-se que os COORDENADORES DE CURSO:	
1	Conheçam e valorizem as especificidades da saúde coletiva enquanto uma das áreas de conhecimento na formação médica.
2	Apoiem e a integração dos conteúdos básico-clínico-sanitarista.
3	Assegure condições de participação da saúde coletiva na integração ensino-serviço.
Seria bom que os COORDENADORES DE CURSO:	
4	Garantam a participação, no corpo docente, de professores com expertise nas diferentes áreas de saúde coletiva (epidemiologia, planejamento, ciências sociais)
5	Mantêm um canal de escuta e interação com os docentes da área de saúde, visando a construção da prática em serviço para os estudantes, resguardando sua natureza própria, que é distinta da prática assistencial clínica.
6	Promovam o maior envolvimento dos professores da área de saúde coletiva na programação do currículo, propiciando atividades mais integradas com outros conteúdos do ciclo básico e clínico.
7	Promovam desenvolvimento docente, incentivando a adoção de metodologias ativas.
8	Apoiem o desenvolvimento de atividades integrativas e interdisciplinares
Seria ideal que os COORDENADORES DE CURSO:	
9	Mantêm sistemas de avaliação do currículo e dos cursos, com feedback para os docentes.
10	Contribuam com o aprimoramento dos mecanismos de governança, tanto no que diz respeito às relações serviço/universidades, quanto à intensificação da participação social.

**FIGURA 2**  
**Sinais de Progresso dos Professores de Saúde Coletiva**

MUDANÇA PRETENDIDA:	
OS PROFESSORES DE SAÚDE COLETIVA ESTÃO CONTRIBUINDO PARA QUE O MÉDICO, EM SUA FORMAÇÃO, DESENVOLVA AS COMPETÊNCIAS DE SAÚDE COLETIVA DE MANEIRA INTEGRADA, EQUILIBRADA E HARMONIOSA COM OS DEMAIS CAMPOS.	
Espera-se que os PROFESSORES DE SAÚDE COLETIVA:	
1	Conheçam as competências de saúde coletiva necessárias ao profissional médico.
2	Mantêm-se atualizados e capacitados em técnicas docente-pedagógicas.
3	Disponham-se a participar de atividades integradas ensino-serviço.
Seria bom que os PROFESSORES DE SAÚDE COLETIVA:	
4	Interajam com os profissionais dos serviços de saúde, escutando suas demandas e identificando espaços de possível cooperação para o desenvolvimento local.
5	Busquem envolvimento nas atividades de planejamento, avaliação e gestão, possibilitando aos estudantes compreender o processo do cuidado integral orientado à resolutividade dos problemas.
6	Busquem envolvimento nas atividades de vigilância, possibilitando aos estudantes compreender sua importância e dinâmica, tanto junto à população, quanto na alimentação dos bancos de dados
7	Integrem e harmonizem os conteúdos de saúde coletiva com as áreas básica e clínica, criando e participando de atividades integrativas.
8	Interajam e cooperem com os preceptores dos serviços, promovendo e apoiando a formação de preceptores e educação permanente.
9	Envolvam os parceiros dos serviços na programação pedagógica.
Seria ideal que os PROFESSORES DE SAÚDE COLETIVA:	
10	Apoiem a manutenção da avaliação permanente do sistema municipal de saúde, privilegiando o aprimoramento do funcionamento em rede integrada.
11	Contribuam com o aprimoramento dos mecanismos de governança, tanto no que diz respeito às relações serviço/universidades, quanto à intensificação da participação social.

**FIGURA 3**  
**Sinais de Progresso dos Gestores do SUS**

MUDANÇA PRETENDIDA:	
OS GESTORES ASSEGURAM O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS EM REDE, E MANTÊM ABERTURA PARA A PRESENÇA DA UNIVERSIDADE, NÃO SÓ NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO, MAS TAMBÉM NAS ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA E GESTÃO	
Se espera que os GESTORES	
1	Estejam capacitados em políticas públicas de saúde
2	Reconheçam a presença da universidade como algo positivo, tanto na assistência, como na gestão
3	Assegurem condições de estágio contemplando, igualmente, os interesses e necessidades de IES públicas e privadas
Seria bom que os GESTORES:	
4	Ofereçam aos docentes e discentes condições para envolvimento nas atividades de assistência e gestão, em todos os níveis do sistema, propiciando o vínculo com a população em seu território.
5	Ofereçam aos docentes e discentes condições para envolvimento nas atividades de planejamento, avaliação e gestão, possibilitando aos estudantes compreender o processo do cuidado integral orientado à resolutividade dos problemas.
6	Apoiem a regulamentação da função de preceptor, com remuneração adicional
7	Apoiem a formação de preceptores em seus serviços.
8	Participem da programação pedagógica em conjunto com os representantes das Universidades
9	Proporcionem condições físicas nas unidades para absorver adequadamente os estágios.
Seria ideal que os GESTORES:	
10	Mantenham permanente avaliação do sistema municipal de saúde, privilegiando o aprimoramento do funcionamento em rede integrada.
11	Preocupem-se com o aprimoramento dos mecanismos de governança, tanto no que diz respeito às universidades, quanto à participação social.

**FIGURA 4**  
**Sinais de Progresso dos Estudantes**

MUDANÇA PRETENDIDA:	
ESTUDANTES PARTICIPAM DAS ATIVIDADES PRÓPRIAS AO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA PARA A MUDANÇA DO QUADRO GERAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	
Se espera que os ESTUDANTES:	
1	Conheçam e valorizem as especificidades da saúde coletiva enquanto uma das áreas de conhecimento na formação médica.
2	Envolvam-se ativamente no aprendizado dos diferentes conteúdos de saúde coletiva.
3	Compreendam que o objeto da saúde coletiva é, essencialmente, diferente do objeto da clínica.
Seria bom que os ESTUDANTES:	
4	Participem de atividades de vigilância e diagnóstico de saúde, que os permita compreender o processo saúde-doença e os determinantes sociais.
5	Participem da produção de informação, comprometendo-se com a alimentação dos bancos de dados da saúde.
6	Compreenda a dinâmica e o modelo de sistema de saúde no qual atua, de forma a poder atuar em prol do melhor encaminhamento para o paciente.
7	Conheçam o modelo de produção de conhecimento que fornece evidências para elaboração de protocolos, incorporação de tecnologias, programas de saúde e linhas de cuidado, tornando-se capazes de aplicá-los de maneira crítica.
8	Interajam com todas as categorias de profissionais dos serviços em que estagiam.
9	Participem de atividades no território com vistas a mobilizar a população e outros setores em prol da melhoria do quadro de saúde.
Seria ideal que os ESTUDANTES:	
10	Participem de pesquisa em saúde coletiva.
11	Participem de atividades integrativas com básico, clínica e saúde coletiva.

menos um dos sinais de “mudanças ideais” obtém avaliação satisfatória, esse é um indicador de grande sucesso. Se todos os sinais de progresso são avaliados como bons, o mais provável é que eles tenham sido mal formulados, de maneira pouco desafiadora e muito abaixo das possibilidades da equipe em empreender mudanças. No caso oposto, há indícios de que as possibilidades foram superestimadas. O monitoramento ao longo do projeto permite a identificação e correção das falhas no processo.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Permanece presente, em nossos dias, o desafio de desenvolver-se um padrão básico de referência para o ensino de saúde coletiva nos cursos médicos, tanto nos conteúdos teóricos quanto nas competências almejadas e formas de ministrá-las. As DCN 2014 impõem premência à resposta a esse desafio. O caminho mais simples, rápido e equivocado é a conjugação de saúde coletiva com atenção primária, pois implica dois riscos: o reducionismo, ao privar os alunos de ensinamentos fundamentais ao desenvolvimento do espírito crítico; e o deslocamento da atenção primária para um espaço “menos” médico, tornando-a desinteressante aos alunos.

O sistema de saúde deve oferecer condições para que o ensino de saúde coletiva se processe de forma integrada, capaz de produzir sentido para o graduando. Além dos cenários do cuidado do paciente, deve-se introduzir o da gestão, instrumentalizando-os para a prática médica, sem criar expectativas inalcançáveis e frustrantes.

Obteve-se a ferramenta apresentada por meio da utilização modular do MA. A partir dessa ferramenta, cada local pode avançar na aplicação do método, elaborando o seu próprio MAPA DE ESTRATÉGIAS e PRÁTICAS DA ORGANIZAÇÃO. Portanto, constitui-se numa ferramenta viva, capaz de apoiar as equipes na elaboração e no monitoramento do currículo de saúde coletiva em diferentes escolas, uma vez que define parecerias a serem construídas e um caminho a ser trilhado.

### AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao FAIMER-BRASIL, à Faculdade de Medicina e ao IESC da UFRJ.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2014, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014, seção 1, p. 8-11.



2. Associação Brasileira de Educação Médica. Medicina Preventiva e Educação Médica. Anais da Primeira Reunião Ordinária do Conselho da ABEM, 1963.
3. Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 506/69. Currículo mínimo dos cursos de Graduação em Medicina. Documenta 1969; (103):95-103
4. Associação Brasileira de Educação Médica. Preparação do médico geral. Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica nº 11, 1986.
5. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC de, Carvalho AI de (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
6. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União, 23 out. 2013, seção 1, p. 1.
7. Bursztyn, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a saúde coletiva? Cadernos Abem 2015; 117-20 .
8. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior. Brasília: MEC, MS, 2009.
9. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. New York: Oxford University Press, 2008.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
11. Federação Mundial para Educação Médica. Conferência Mundial de Educação Médica. A Declaração de Edimburgo. Congresso Mundial de Educação Médica. Edimburgo, 12 de agosto de 1988. Disponível em: <http://wfme.org/projects/wfme-publications/99-the-edinburgh-declaration/file>. Acesso em: 4 dez. 2016.
12. Brasil. Ministério da Educação. 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, Brasília, 9 nov. 2001, seção 1, p.38.
13. Earl S, Cardn F, Smutylo T. Mapeamento das mudanças alcançadas: construindo aprendizagem e reflexão em programas de desenvolvimento. Rio Grande: Editora Furg, 2008.
14. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(2):219-230.
15. Organização Mundial de Saúde. Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana. Washington: Publicación Científica, nº 324, 1976.
16. Paim JS, Formigli VLA. Redefinições do ensino da medicina preventiva e social. *Rbem* 1981; 5(1): 7-18.
17. Universidade Federal da Bahia. Grade curricular do curso de Medicina. Disponível em <http://www.fameb.ufba.br/>. Acesso em: 1 dez. 2016.
18. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Grade curricular do curso de Medicina. Disponível em <http://www.medicina.ufrj.br/>. Acesso em: 2 dez. 2016.
19. Universidade de São Paulo. Grade curricular do curso de Medicina. Disponível em <http://www2.fm.usp.br/graduacao/>. Acesso em: 2 dez. 2016.
20. Universidade Federal de Minas Gerais. Grade curricular do curso de Medicina. Disponível em <http://site.medicina.ufmg.br/cegrad/medicina/>. Acesso em 2 dez. 2016.
21. Bleakley A, Bligh J, Browne J. Medical education for the future: identity, power and location. London: Springer, 2011.

#### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ivani Bursztyn participou de todas as etapas de formulação, elaboração do estudo e redação do artigo.

Rosana Alves participou como orientadora do Curso de Especialização em Educação de Profissionais de Saúde do programa FAIMER-BRASIL e Universidade Federal do Ceará, e da redação final do artigo.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Instituto de Estudos de Saúde Coletiva: Avenida Horácio Macedo, S/N – Próximo a Prefeitura Universitária da UFRJ  
Ilha do Fundão – Cidade Universitária CEP 21941-598,  
Rio de Janeiro, RJ  
E-mail: [ivani@ufrj.br](mailto:ivani@ufrj.br)



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.