


### Análisis documental del proyecto pedagógico de un curso de Medicina y la enseñanza en la Atención Primaria a la Salud


**Valter Luiz Moreira de Rezende<sup>(a)</sup>**

<rezende.valter@gmail.com> 

**Bárbara Souza Rocha<sup>(b)</sup>**

<barbarasrocha@gmail.com.br> 

**Alessandra Vitorino Naghettini<sup>(c)</sup>**

<alessandra\_naghettini@ufg.br> 

**Edna Regina Silva Pereira<sup>(d)</sup>**

<ersp13@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Curso de Medicina, Centro Universitário de Anápolis. Avenida Universitária, Km 3,5, Cidade Universitária. Anápolis, GO, Brasil. 75083-515.

<sup>(b)</sup> Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil.

<sup>(c)</sup> Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina (FM), UFG. Goiânia, GO, Brasil.

<sup>(d)</sup> Departamento de Clínica Médica, FM, UFG. Goiânia, GO, Brasil.

Las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de 2014 prevén una formación con mayor foco en la Atención Primaria de la Salud (APS). La Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Goiás, adaptándose a las nuevas DCN elaboró un nuevo Proyecto Pedagógico de Curso (PPC). El objetivo de este estudio fue analizar y comparar, por medio de análisis documental, el nuevo PPC en las perspectivas de las DCN de 2014, teniendo como base el documento "Directrices para la Enseñanza en la Atención Primaria de la Salud en la Graduación en Medicina". Se observó la ausencia de determinaciones para la enseñanza del método clínico centrado en la persona, en la educación popular, en el respeto a la autonomía del paciente y en la toma de decisión compartida. Se espera, así, subsidiar cambios en el PPC actual e incentivar a otras universidades.

**Palabras clave:** Atención primaria de la salud. Currículo. Medicina de la familia y comunidad. Enseñanza.

## Introducción

Las discusiones alrededor del currículo médico obtuvieron un gran impulso en el último siglo, en especial después del informe Flexner, de 1910, que influyó en la reformulación de la enseñanza médica en gran parte del mundo<sup>1</sup>. Ese modelo sirvió de base para la organización de los currículos preventivos y colectivos<sup>2</sup>. Flexner reconoció que la educación médica tiene que configurarse en respuesta a los cambios científicos, circunstancias sociales y económicas. La flexibilidad y libertad de cambiar los currículos, adaptándose a las demandas sociales locales, también formaban parte de su mensaje<sup>3</sup>.

La formación y el perfil de los egresados en Brasil hasta los años 2000 se enfocaban predominantemente en un modelo centrado en hospital y curativo<sup>4</sup>. Como respuesta, hubo la articulación entre el Ministerio de la Salud, el Ministerio de la Educación y algunas entidades médicas para discutir la reformulación de la formación médica. Estos debates llevaron, en 2001, a la creación de documentos tales como las Directrices Curriculares Nacionales (DCN)<sup>5</sup>. Desde entonces, se han realizado diversos esfuerzos para hacer que los cursos de medicina estuvieran más enfocados en las necesidades de la población y en la enseñanza de la Atención Primaria de la Salud (APS)<sup>6</sup>. Sin embargo, la poca valoración de las actividades de enseñanza fuera de los espacios de la universidad u hospitalarios y el conocimiento del cuerpo docente, todavía insuficiente, sobre las actividades en la APS, representaron desafíos para un cambio curricular significativo<sup>6</sup>.

Las DCN del curso de medicina del año 2001<sup>4</sup> ya representaron un paso importante para el establecimiento de un perfil de egresado más adecuado a las necesidades de la población y, en el año 2014, después de las discusiones alrededor de la 'Ley del Más Médicos'<sup>7</sup>, se divulgaron las nuevas DCN para el curso de Medicina<sup>8</sup>. Entre los cambios, se subrayó la necesidad de una formación generalista con énfasis en los servicios de APS y Urgencia/Emergencia. Reforzó también que los contenidos fundamentales del curso estén relacionados con todo el proceso salud-enfermedad del ciudadano, de la familia y de la comunidad<sup>8</sup>.

La APS es la puerta preferencial de entrada del sistema de salud y países con una orientación más fuerte para este nivel de atención tienen mejores indicadores de salud<sup>9,10</sup>. No obstante, para su pleno funcionamiento, se esperan profesionales que sepan atender a las personas en el transcurso del tiempo, con conocimiento de las diversas condiciones, alta capacidad de resolución y que coordinen las atenciones habidas en los diversos niveles<sup>11</sup>.

En este contexto, analizamos la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Goiás (FM-UFG) que inició sus actividades en el año 1960 y ya graduó a más de 5.000 médicos, la mayoría de ellos ejerciendo sus actividades en la propia región, incluso en las áreas de gestión pública y privada<sup>12</sup>. Realizó diversos esfuerzos para adecuar la enseñanza a la población y ya en la década de 1970 implementó una pasantía rural para la enseñanza de una medicina comunitaria. En el año 2002, la FM\_UFG realizó una reforma curricular para adecuarse a las DCN del año 2001 y, además de esta, en 2002, adhirió al Programa de Incentivos a los Cambios Curriculares de los Cursos de Medicina (Promed), en 2005 al Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pro-Salud I y II), y en 2008 al Programa de Educación por el Trabajo para la Salud, el PET-Salud. Con la adhesión a estos proyectos, la institución pasó a enfocarse más en actividades de enseñanza de la salud en la comunidad<sup>13</sup>.

En el año 2014, buscando una nueva adecuación a las DCN del curso de medicina, publicó su nuevo Proyecto Pedagógico de Curso (PPC) todavía en fase de implementación y evaluación. Este determina los principios regidores y las expectativas alrededor de la formación médica en la institución<sup>12</sup>.

Considerando la necesidad de revisión y adecuaciones curriculares de todas las escuelas médicas nacionales con base en las DCN de 2014, el objetivo de este estudio fue por lo tanto el análisis y la comparación del PPC del curso de medicina de la FM\_UFG según las determinaciones de las DCN de 2014 y del documento “Directrices para la Enseñanza en la Atención Primaria de la Salud en la Graduación de Medicina”<sup>14</sup>.

## Métodos

Se trata de una investigación del tipo estudio de caso, de abordaje cualitativo, con datos producidos por medio de análisis documental. Esta, conforme Bardin<sup>15</sup>, 2011, es una operación o conjunto de operaciones con el objetivo de representar el contenido de un documento en una forma diferente del original, con la finalidad de facilitar en un período posterior, su consulta y uso como referencia.

Conforme se ilustra en la Figura 1, se analizaron tres documentos y se compararon dos: El “Proyecto pedagógico del curso de medicina de la FM\_UFG” publicado a finales de 2014 se comparó a las “Directrices curriculares del curso de Medicina” publicadas en 2014.

El documento “Directrices para la Enseñanza en la Atención Primaria de la Salud en la Graduación en Medicina”<sup>13</sup> también se analizó para dar subsidio y establecer las especificaciones de la enseñanza de la APS en la graduación. Este documento fue elegido por considerarse una referencia en el área por haber sido construido en conjunto por la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) y por la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC) y por la participación colectiva de diversos especialistas del país en las áreas de educación médica y APS. Se elaboró con el objetivo de dar apoyo a las escuelas médicas en la estructuración de proyectos pedagógicos en el contexto de la APS.

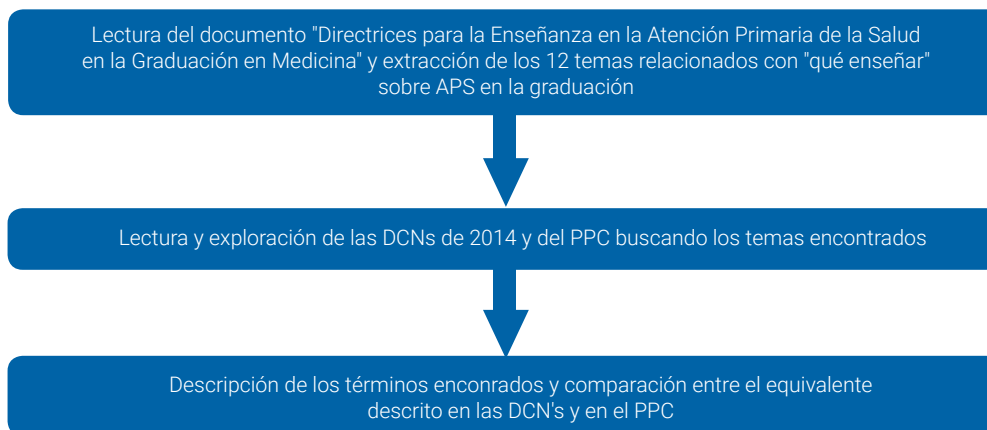
En un primer momento se realizó la lectura exploratoria de las “Directrices para la Enseñanza en la Atención Primaria de la Salud en la Graduación en Medicina” y se extrajeron los temas relacionados al “qué enseñar” en este nivel de atención. Después de esta etapa, se seleccionaron los doce temas que tenían correspondencia en las DCN de 2014:

- Competencia para trabajar en equipo
- Capacidad para actuar en la atención primaria y conocer los diversos niveles de atención de la salud
  - Conocimiento de acciones de gestión y de los servicios de salud
  - Competencia para trabajar con educación popular y permanente del equipo
  - Respeto por la autonomía
  - Capacidad de tomar decisiones compartidas
  - Utilización de evidencias científicas
  - Decisión basada en prevalencia e incidencia
  - Perfil generalista

- Liderazgo en el trabajo multidisciplinario
- Responsabilidad social
- Integralidad

Se realizó entonces una primera lectura exploratoria del PPC, estableciéndose de esa forma el contacto y el conocimiento del texto<sup>12</sup>. En este documento se encuentran los principios y estrategias de evaluación de aprendizaje, duración del curso y la estructura curricular, incluyendo la matriz curricular, la relación de los módulos y los contenidos de aprendizaje con las respectivas enmiendas y cargas horarias<sup>10</sup>. Todos estos tópicos se evaluaron en esta investigación.

Finalmente, por medio del análisis temático de contenido<sup>15</sup>, se buscaron en el PPC los temas previamente elegidos para posterior descripción y correlación, presentados en las tablas en resultados (Figura 1).



**Figura 1.** Pasos metodológicos utilizados en el análisis documental.

El estudio se presentó al Comité de Ética e Investigación del Hospital de Clínicas de la UFG y fue iniciado después de su aprobación - Parecer 1.523.208 en 2016 conforme resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) nº 466 del 12 de diciembre de 2012.

## Resultado y discusión

Los cuatro temas resultantes del análisis documental se presentan en tablas con la descripción y la comparación entre los documentos. El primer chart (Cuadro 1) compara los documentos según el perfil del egresado, el según cuadro (Cuadro 2) trata del área de atención de la salud, el tercer (Cuadro 3) se refiere a aspectos de la Gestión en Salud y el último sobre la Educación en Salud (Cuadro 4).

### Perfil esperado del egresado

El perfil del profesional que se describe en el PPC, un médico generalista y adecuado a las necesidades de la sociedad, está de acuerdo con las DCN. La formación en la atención primaria y la responsabilidad social se destacan en ambos (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Descripción del análisis documental comparativo entre los documentos referentes al perfil esperado del egresado del curso de medicina de la Universidad Federal de Goiás (UFG). Goiânia, 2017.

Directrices de la enseñanza en la Atención Primaria de la Salud	Directrices Curriculares Nacionales del curso de medicina de 2014	Proyecto pedagógico curricular de 2014 – Facultad de Medicina – UFG
Perfil generalista	"El graduado en Medicina tendrá formación general humanista, ..." (p. 1)	"La propuesta curricular tiene el objetivo de la formación de un profesional generalista y más adecuado a los desafíos de la sociedad moderna." (p. 12) "El Curso de Medicina de la UFG tiene como objetivo general la formación de un profesional generalista[...]" (p. 12)
Capacidad para actuar en la atención primaria y conocer los diversos niveles de atención de la salud.	"[...] con capacidad para actuar en los diferentes niveles de atención de la salud, con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en los ámbitos individual y colectivo[...]" (p. 1) "Valorización de la vida, con el abordaje de los problemas de salud recurrentes en la atención básica[...]" (p. 3)	"Establecer la inserción del estudiante desde el primer año del curso, en actividades de campo oportunas para la formación de las habilidades y competencias, en los diferentes niveles de atención, así como en la gestión administrativa, en los diversos escenarios de enseñanza-aprendizaje necesarios para el ejercicio de la práctica médica." (p. 13) "Actuar en los diferentes niveles de atención de la salud, con énfasis en las atenciones primaria y secundaria[...]" (p. 16)
Responsabilidad social	"El graduado en Medicina tendrá formación general [...] con responsabilidad social y compromiso con la defensa de la ciudadanía, de la dignidad humana, de la salud integral del ser humano [...]" (p. 1)	"el eje del desarrollo curricular se construyó de acuerdo con las necesidades de salud de los individuos y de las poblaciones identificadas [...]" (p. 16) "el objetivo es hacer que la educación del egresado sea relevante en relación a las necesidades de la sociedad [...]" (p. 16)

La formación de un estudiante de medicina con perfil generalista, conocimiento de los diferentes niveles de atención de la salud y con responsabilidad social está alineada con los principios del SUS<sup>16</sup>. Aunque las DCN del curso de medicina de 2001<sup>5</sup> ya incluían esas orientaciones, las escuelas médicas avanzaron lentamente en ese sentido. La enseñanza médica en el país presentó dificultad para transformar las tradiciones y espacios de actuación<sup>4</sup>. Con la publicación de la Ley del *Más Médicos*, 2013<sup>7</sup>, se instituyó la obligatoriedad de que los cursos de medicina acompañaran las DCN. En función de ello, se esperan ahora mayores transformaciones en la enseñanza médica brasileña y en la universidad analizada.

Para corroborar estas orientaciones y buscando experiencias y miradas de otros países, también es importante citar que la Organización Mundial de la Salud recomienda que cerca del ochenta por ciento de las demandas en salud se resuelvan en la APS<sup>17</sup> y que, en el clásico estudio "Ecología de los Servicios de Salud", de White, 1961<sup>18</sup>, replicado y confirmado en 2001 por Green<sup>19</sup>, se observó que menos del cinco por ciento de las personas que buscan atención médica necesitan cuidados hospitalarios. Estos datos refuerzan la necesidad de una formación más enfocada en servicios ambulatorios y, especialmente, en la APS.

## Atención de la Salud

En el Cuadro 2 se abordaron temas relacionados al área de Atención de la Salud, como el cuidado concentrado en la persona, familia y comunidad, prevención y promoción de la salud, utilización de evidencias científicas y las competencias para trabajar en equipo, desarrollar actividades de educación popular y tomar decisiones compartidas.

**Cuadro 2.** Descripción del análisis documental comparativo entre los documentos referentes al área de Atención de la Salud del curso de medicina de la Universidad Federal de Goiás (UFG). Goiânia, 2017.

Diretrizes de la enseñanza en la Atención Primaria de la Salud	Diretrizes Curriculares Nacionales del curso de medicina de 2014	Proyecto pedagógico curricular de 2014 – Facultad de Medicina – UFG
Abordaje concentrado en la persona, la familia y la comunidad	<p>“integralidad y humanización del cuidado por medio de práctica médica continua e integrada con las demás acciones e instancias de salud, [...], incentivando el autocuidado y la autonomía de las personas, familias, grupos y comunidades” (p. 2)</p> <p>“Cuidado concentrado en la persona bajo cuidado, en la familia y en la comunidad [...]” (p. 2)</p> <p>“incluir la perspectiva de los usuarios, familia y comunidad, favoreciendo su mayor autonomía en la decisión del plan terapéutico.” (p. 8)</p>	<p>“La primera aproximación debe ser entre el estudiante y el individuo inserido en su contexto social más próximo (la familia, su grupo de vecindad y los enfoques sociales en que se desarrollan sus relaciones sociales).” (p. 15)</p> <p>“Eje de Individuo, Familia, Comunidad, Sociedad: tiene el objetivo de desarrollo de una práctica de acción comunitaria integrada [...], en donde el estudiante entra en estrecha relación con el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad o en ambientes y estructuras pertenecientes a ellas” (p. 46)</p>
Actuación en la prevención y promoción de la salud	<p>“participación en la discusión y construcción de proyectos de intervención en grupos sociales, orientándose para la mejora de los indicadores de salud, considerando siempre su autonomía y aspectos culturales” (p. 7)</p> <p>“incentivo a la inserción de acciones de promoción y educación en salud en todos los niveles de atención, con énfasis en la atención básica” (p. 7)</p>	<p>“actuar en la protección y en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, así como en el tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud” (p. 24)</p>
Competencia para trabajar con educación popular y permanente del equipo	<p>“incentivo a la inserción de acciones de promoción y educación en salud en todos los niveles de atención, con énfasis en la básica” (p. 7)</p>	<p>NO CONSTA EDUCACIÓN POPULAR</p> <p>“difusión del conocimiento del área de la salud, cuyo alcance envuelve la formación del académico y el intercambio continuo entre los profesionales integrantes de los órganos prestadores de servicios, principalmente en las Unidades Básicas de Salud, alcanzando también a la propia comunidad, en un proceso de educación y toma de conciencia permanente.” (p. 16)</p>
Respeto a la autonomía del paciente	<p>“incentivando el autocuidado y la autonomía de las personas, familias, grupos y comunidades” (p. 2)</p>	NO CONSTA
Capacidad de tomar decisión compartida	<p>“Incluir la perspectiva de los usuarios, familia y comunidad, favoreciendo su mayor autonomía en la decisión del plan terapéutico” (p. 8)</p>	NO CONSTA
Utilización de evidencias científicas	<p>“Toma de decisiones con base en el análisis crítico y contextualizado de las evidencias científicas”(p. 3)</p>	<p>“capacidad de tomar decisiones[...] basadas en evidencias científicas; (p. 22)</p>
Decisión basada en prevalencia e incidencia	<p>“Análisis de las necesidades de Salud de Grupos de Personas y las Condiciones de Vida y de Salud de las Comunidades, a partir de datos demográficos, epidemiológicos, sanitarios y ambientales, considerando dimensiones de riesgo, vulnerabilidad, incidencia y prevalencia de las condiciones de salud [...]” (p. 7)</p>	<p>“diagnosticar y tratar correctamente las principales enfermedades del ser humano en todas las fases del ciclo biológico, teniendo como criterios la prevalencia y el potencial de morbilidad de las enfermedades” (p. 24)</p>

La necesidad de considerar a la persona en su totalidad, incluyendo a la familia y a la comunidad, se cita en los dos documentos. No obstante, no se observa en el PPC mención al método clínico centrado en la persona. Esta técnica de abordaje

presenta diversas ventajas sobre el modelo biomédico tradicional, centrado en el médico. Incluyen mayor satisfacción del paciente, mayor adhesión al tratamiento y mejor respuesta a la terapéutica, mayor satisfacción del médico, menor número de procesos por error médico, cuidado más eficiente, menor número de exámenes complementarios y de derivaciones a especialistas focales, con reducción de los costos para el sistema de salud y para el paciente<sup>20,21</sup>.

La prevención, la promoción de la salud y la competencia para trabajar con educación popular y del equipo se plantean como acciones esperadas del estudiante. La expresión 'promoción de la salud' la utilizó por primera vez en la década de 1970, el ministro canadiense Mark Lalonde, en un documento titulado *The New Perspectives on the Health of Canadians*<sup>22</sup>. La influencia de factores ambientales, comportamientos individuales y modos de vida cuando se presentan enfermedades y en la muerte, fueron bastante destacadas en este documento. La Carta de Ottawa, publicada por la Organización Mundial de la Salud en la primera conferencia internacional de promoción de la salud, refuerza esa tesis y añade que los individuos deberán ser orientados para tener un mejor control sobre la propia salud<sup>17,22</sup>.

Aunque el PPC aborde el concepto de educación permanente y envuelva a la población en este sentido, no consta en él mención al aprendizaje sobre Educación Popular en Salud (EPS) de forma clara y específica. La EPS reconoce y enfrenta los problemas de salud dialogando con las clases populares y respetando la cultura y los saberes brindados por ellas. La concepción actual de la EPS, influenciada principalmente por las publicaciones de Paulo Freire, rompe con las prácticas hegemónicas de educación en salud anteriores. Ellas se instituían predominantemente de forma unilateral por parte de los profesionales de salud, eran poco dialógicas y con carácter esencialmente biomédico<sup>23</sup>. Por lo tanto, pasa a ser de importancia fundamental la enseñanza de estos conceptos en el curso de medicina<sup>24</sup>.

Las DCN plantean la necesidad del estímulo al autocuidado por parte de los pacientes, el respeto a su autonomía y la capacidad de tomar decisiones compartidas. Sin embargo, merece destaque la ausencia en el PPC de cualquier término que remita al respeto de la autonomía o decisión compartida. Conforme mostramos a continuación, diversas publicaciones refuerzan la orientación de las DCN sobre estos asuntos. El código de ética médica de 2009<sup>25</sup>, en su artículo XXI, dice que en el proceso de toma de decisiones profesionales, de acuerdo con sus dictámenes de conciencia y las previsiones legales, el médico aceptará las elecciones de sus pacientes, relativas a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos expresados por ellos, siempre y cuando adecuadas al caso y científicamente reconocidas.

El cambio del predominio de enfermedades agudas para enfermedades crónico-degenerativas hará obligatoria la reincorporación del arte de la medicina, según Sullivan, 2003<sup>26</sup>. El objetivo exclusivo de curación y de evitar la muerte, da lugar al objetivo de cuidado de las personas, considerando la perspectiva de ellas. El respeto a la autonomía del paciente y a la valorización de su punto de vista en relación a la salud y al cuidado con ella, es pieza fundamental de la actuación médica. El paciente-sujeto se está reintroduciendo en la medicina<sup>26,27</sup>.

La toma de decisiones basada en evidencias y considerando la prevalencia e incidencia de las diversas afecciones aparece en los dos documentos. Esa forma de actuación asegura mayor poder de resolución y de efectividad a los tratamientos, atención a la

prevención cuaternaria, uso racional de recursos y medicamentos y disminución de los casos de iatrogenia<sup>28,29</sup>.

## Gestión en Salud

Este tópico trata de asuntos tales como el trabajo en equipo, liderazgo en el trabajo multidisciplinario y el conocimiento de acciones de gestión. Todas esas competencias son recomendadas por las DCN y por el PPC (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Descripción del análisis documental comparativo entre los documentos referentes al área de Gestión en Salud del curso de medicina de la Universidad Federal de Goiás (UFG). Goiânia, 2017.

Directrices de la enseñanza en la Atención Primaria de la Salud	Directrices Curriculares Nacionales del curso de medicina de 2014	Proyecto pedagógico curricular de 2014 – Facultad de Medicina – UFG
Competencia para trabajar en equipo	"Trabajo en Equipo para desarrollar alianzas y constitución de redes, incentivando y ampliando la aproximación entre instituciones, servicios y otros sectores envueltos en la atención integral y promoción de la salud. (p. 3)	"Inserción del estudiante desde el primer año del curso en actividades prácticas, en trabajo en equipo, con interacción y actuación multiprofesional, teniendo como beneficiarios a los individuos y a la comunidad." (p. 12) "Promover la formación de las competencias necesarias para el trabajo en equipos multiprofesionales así como la relación interpersonal y ética en todos los niveles de la actuación profesional, [...]" (p. 14)
Liderazgo en el trabajo multidisciplinario	"Liderazgo ejercitado en la horizontalidad de las relaciones interpersonales [...], teniendo como objetivo el bienestar de la comunidad [...]" (p. 3)	"[...] en el trabajo en equipo multidisciplinario deberán estar aptos para asumir posiciones de liderazgo, siempre con el objetivo del bienestar de la comunidad." (p. 22)
Conocimiento de acciones de gestión y de los servicios de salud	"[...]participar en acciones de gestión y administración para promover el bienestar de la comunidad, [...]" (p. 2) "Participación social y articulada en los campos de enseñanza y aprendizaje de las redes de atención a la salud, colaborando para promover la integración de acciones y servicios de salud, proporcionando atención continua e integral de calidad..." (p. 3)	"[...]tener visión del papel social del médico y disposición para actuar en actividades de política y de planificación en salud." (p. 24)  "[...] debe estar apto para tomar iniciativas, realizar la gestión y la administración, tanto de la fuerza de trabajo como de los recursos físicos y materiales y de información" (p. 22)
Integralidad	"[...]promoción de la integralidad de la atención a la salud individual y colectiva[...]" (p. 8)	"[...] reconocer la salud como derecho y actuar para asegurar la integralidad de la asistencia [...]" (p. 24)

Con el envejecimiento de la población y el aumento de condiciones crónicas, se expandió considerablemente la complejidad del cuidado<sup>30-32</sup>. Por lo tanto, pasa a ser fundamental la formación de profesionales que tengan competencia para enfrentar este nuevo perfil epidemiológico. El trabajo en equipo y el liderazgo, de manera colaborativa, no jerárquica y coordinada, son competencias imprescindibles en este proceso<sup>30,33,34</sup>.

El liderazgo, a pesar de su carácter subjetivo, es una competencia que se puede enseñar. Envuelve buena comunicación, saber trabajar en equipo, planificación estratégica y toma de decisiones. También se espera que el estudiante sea capaz de identificar necesidades, trazar objetivos y actuar en equipo, buscando envolver a otros profesionales y compartir el cuidado con ellos<sup>35</sup>.



Otra competencia deseada, el desarrollo y conocimiento de acciones de gestión, envuelve la organización de sistemas de salud y atención de la salud pública. Calificar al estudiante para gestionar y conocer tanto la macroestructura, como los servicios y políticas públicas, son medidas que traerán a profesionales y gestores más capacitados y envueltos con la mejora de los dispositivos de la red de atención de la salud<sup>36</sup>.

Una actuación que busque la integralidad es etapa fundamental de la atención médica en la APS. Al utilizar el abordaje clínico centrado en la persona integral y compleja se garantiza que el individuo sea visto en su totalidad y es una estrategia para hacer concreta una asistencia enfocada en las necesidades reales de la población<sup>37</sup>.

## Educación en Salud

En la parte de las DCN referente al área de Educación en Salud, se destaca un punto con interfaz en la APS que es la interdisciplinariedad. Ella se encuentra incluida en el PPC (Cuadro 4).

**Cuadro 4.** Descripción del análisis documental comparativo entre los documentos referentes al área de Educación en Salud del curso de medicina de la Universidad Federal de Goiás (UFG). Goiânia, 2017.

Directrices de la enseñanza en la Atención Primaria de la Salud	Directrices Curriculares Nacionales del curso de medicina de 2014	Proyecto pedagógico curricular de 2014 – Facultad de Medicina – UFG
Interdisciplinariedad	“Promover la integración y la interdisciplinariedad en coherencia con el eje de desarrollo curricular, buscando integrar las dimensiones biológicas, psicológicas, étnico-raciales, socio-económicas, culturales, ambientales y educativas” (p. 12)	“Aspectos éticos, morales, sociales y fisiopatológicos en la práctica médica con énfasis en la interdisciplinariedad.” (p. 97)

La interdisciplinariedad, que significa la interacción entre diferentes teorías y saberes en los procesos de enseñanza-aprendizaje<sup>33</sup>, es pieza esencial para la formación de un profesional que trabaje de forma integrada, interprofesional y con capacidad de resolución<sup>34</sup>.

Conforme Frenk et al.<sup>30</sup>, la interdisciplinariedad y la interprofesionalidad son pilares de la última gran generación de reformas en la enseñanza médica que tratan de la adquisición de competencias para la formación de un profesional más alineado con las necesidades de la población.

## Consideraciones finales

El nuevo proyecto pedagógico curricular se construyó en un contexto de transformaciones en la formación médica y en el modelo asistencias (post “Ley del Más Médicos”) y acompañó las DCN de 2014 en la mayoría de los puntos relacionados con la enseñanza de la APS en la graduación.

Ambos determinan la formación de un profesional generalista que atienda las necesidades de salud de la población y que tenga gran conocimiento de la APS. También se

describe la necesidad de buscar un egresado que tenga un abordaje integral, habilidad para trabajar en equipo y conocimiento de los procesos de gestión.

Sin embargo, merece destaque la ausencia en el PPC de temas fundamentales en la práctica médica y en la relación médico-paciente. No hay referencias a la enseñanza del método clínico centrado en la persona, de la educación popular en salud, del respeto a la autonomía del paciente y de la toma de decisiones compartida.

Por lo tanto, se espera que los gestores del curso analizado y de otras instituciones con contextos semejantes, en un proceso de evaluación y actualización continuada del currículo, puedan incluir esas recomendaciones que están previstas en las DCN de 2014 y constituyen piezas fundamentales para el ejercicio de una medicina más humanizada, efectiva y centrada en las necesidades de las personas y de la población.

### Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en 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. Marins JJ, Lampert JB, Araújo JG, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004.
2. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(12):2234-49.
3. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. 2006; 355(13):1339-44.
4. Streit DS, Neto FB, Lampert JB, Lemos JMC, Batista NA. Educação médica: dez anos de diretrizes curriculares nacionais. Rio de Janeiro: ABEM; 2012.
5. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 9 Nov 2001; sec. 1, p. 38.
6. Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E. Síntese final e as perspectivas para o futuro da educação baseada na comunidade no contexto Brasileiro. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E, organizadores. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora; 2014. p. 293-7.
7. Presidência da República (BR). Lei 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.



8. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014; sec. 1, p. 8-11.
9. Organização Mundial da Saúde. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial da Saúde. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.
10. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPAS; 2007.
11. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344(8):1129-33.
12. Universidade Federal de Goiás. Projeto pedagógico do curso de medicina. Goiânia: UFG; 2014.
13. Naghettini AV, Pereira ERS, Moraes VA. Educação baseada em comunidade: a experiência da Universidade Federal de Goiás. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E, organizadores. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014. p. 125-36.
14. Demarzo MM, Almeida RC, Marins JJ, Trindade TG, Anderson MI, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(19):145-50.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, Tradutor. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB). Diário Oficial da União. 22 Out 2011; sec. 1, p. 48-52.
17. World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986.
18. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961; 265:885-92.
19. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001; 344(26):2021-5.
20. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12:CD003267.
21. Lopes JM. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes J. Tratado de medicina de família e comunidade. São Paulo: Artmed; 2012. p. 112-23.
22. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(3):423-31. doi: 10.1590/S0104-11692005000300018.
23. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(1):7-18.
24. Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KS. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Suppl 2:1355-64. doi: 10.1590/1807-57622013.0477.



25. Conselho Federal de Medicina – CFM. Código de ética médica; Resolução CFM Nº 1931/2009. Diário Oficial da União. 24 Set 2009; sec. 1, p. 90.
26. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med.* 2003; 56(7):1595-604.
27. Ribeiro MM, Amaral CF. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(1):90-7.
28. Manser R, Walters EH. What is evidence-based medicine and the role of review: the revolution coming your way. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2001; 56(1):33-8.
29. Oannidis JP. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol.* 2016; 73:82-6.
30. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
31. Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26(5):518-24.
32. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós Gerontol.* 2015; 18(1):325-39.
33. Furtado JF. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(22):239-55.
34. Matuda CG. Colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(8):2511-21.
35. Provenzano BC, Ferreira DAV, Machado APG, Aranha RN. Liderança na educação médica. *Rev HUPE.* 2014; 13(4):26-31.
36. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MECC. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37(4):526-39.
37. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

**Traductor:** María Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 14/12/17.  
Aprobado el 08/10/18.