

CAPÍTULO 10.1

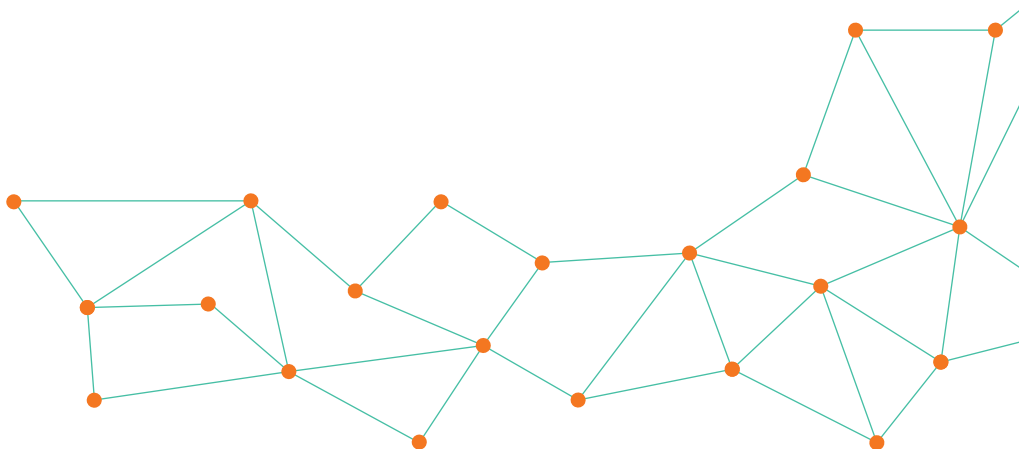


O ensino da Saúde Coletiva na graduação e residência médica



Hermila Tavares Vilar Guedes

Médica Pediatra
Professora da Universidade do
Estado da Bahia - UNEB
Diretora técnica do Curso de
Simulação ABEM-EBSERH



1. SAÚDE COLETIVA E SAÚDE PÚBLICA

Quando buscamos a literatura que aborda a saúde coletiva (SC), facilmente verificamos que a diferenciação de conceitos entre “saúde coletiva” e “saúde pública” (SP) é encontrada quase que exclusivamente em textos brasileiros. Artigos sobre *collective health* são quase sempre de autoria nacional, e, embora os artigos de autores estrangeiros utilizem correntemente a expressão *public health*, poucos são os trabalhos nacionais que a traduzem como “saúde coletiva” (OLIVEIRA, 2011).

A revisão de textos diversos sobre a saúde coletiva e a saúde pública mostra que a maioria dos autores brasileiros acredita, como Lenharo (2005), que “esses dois termos são facilmente confundidos pelo público leigo, que não consegue distinguir as diferenças sutis, porém determinantes, existentes entre eles”. Consideram que saúde pública diz res-

peito ao diagnóstico e tratamento de doenças, e à tentativa de assegurar que o indivíduo tenha, dentro da comunidade, um padrão de vida que lhe assegure a manutenção da saúde; enquanto que saúde coletiva se refere a “novos conteúdos e projeções da disciplina que resultou do movimento sanitária latino-americano e da corrente da Reforma Sanitária no Brasil” (LENHARO, 2005).

O movimento da Saúde Pública tem bases em discussões que datam do século XVIII, a partir de reflexões acerca de questões sociais com impacto na saúde, abrangendo a atuação do Estado, inclusive com ações regulatórias, fiscalizatórias e punitivas. Em meados do século XIX, como consequência da Revolução Industrial, a percepção dos direitos dos trabalhadores, relativos a condições de trabalho e saúde, contribuiu para o avanço das discussões na Europa Ocidental (Inglaterra, França e Alemanha), originando o movimento conhecido como Medicina Social (ROSEN, 1980; OSMO, 2015).

Na década de 1970, o Brasil estava em pleno regime de ditadura militar. O movimento da Saúde Coletiva surgiu ligado à luta pela democracia e ao movimento da Reforma Sanitária, questionando os paradigmas de saúde da América Latina, à época. Era diretamente influenciado pelo chamado “Preventivismo” e pela Medicina Social – expressão que, à época, englobava os focos de trabalho da SP e da SC e que hoje é considerada como integrante da saúde coletiva.

Assim, o termo/expressão “Saúde Coletiva” surgiu no Brasil, no final dos anos 1970, apresentando ideias sobre a importância das abordagens sociais no conhecimento sobre saúde e o processo de adoecer. A criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, como entidade representativa dessa área, foi um importante marco histórico. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Desde o seu surgimento, existe uma preocupação em tornar claro o escopo da saúde coletiva, no intuito de agregar em um conceito as diferentes vertentes envolvidas em seu contexto (NUNES, 2005). Em artigo de 1999, Paim e Almeida Filho assumiram uma “definição provisória” que considera o movimento da saúde coletiva como campo científico, de domínio do conhecimento e de práticas. Enfim, “um movimento complexo, definível apenas em sua configuração mais ampla, pois há várias formas de visualização e nenhuma delas isoladamente define a complexidade teórica desse novo conceito” (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1999).

A Saúde Coletiva, como área reconhecidamente multidisciplinar, envolve tanto aspectos biomédicos quanto sociais, em busca de estudar os determinantes – sejam biológicos e/ou sociais – das doenças que afetam as populações, a fim de proceder ao planejamento e à organização de serviços de saúde. Resumindo, o campo do conhecimento da SC abrange as ciências sociais, a epidemiologia e a administração em saúde. Paim e Almeida Filho (1999) afirmam que

[...] a SC contribui para o estudo dos fenômenos saúde-doença-cuidado nas populações como processos sociais, investigando a produção e distribuição da doença na sociedade e analisando as práticas de saúde como processo de trabalho.

Com relação aos campos de prática, os mesmos autores consideram que a saúde coletiva envolve quatro objetos de intervenção: políticas, práticas, tecnologias e instrumentos (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998, 1999).

Osmo e Schraiber (2015) consideram que a definição de saúde coletiva abrange uma multiplicidade representativa de “uma identidade de difícil elaboração e ainda em desenvolvimento”.

A definição de Saúde Pública proposta por Charles-Edward Winslow, da Faculdade de Saúde Pública do Colégio Real de Médicos, na Inglaterra, em 1920, foi referendada no “Relatório sobre ética da saúde pública” do Conselho Nuffield de Bioética, em 2007 (LECHOPIER, 2015). Segundo Winslow, a saúde pública é “a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, mediante os esforços organizados da comunidade” (TERRIS apud PAIM, 1998); diferindo, então, do conceito de saúde coletiva apresentado por Paim e Almeida Filho (1998), que tem sido o mais amplamente utilizado.

Os autores em saúde coletiva, com formações diversas, abordam diferentes temas, em sua maioria de modo amplo, mas também com focos específicos, alvos da visão de suas categorias profissionais. A multiplicidade de áreas (epidemiologia, sociologia, antropologia, filosofia, administração), bem como de profissões da saúde envolvidas, certamente contribui para a complexidade da definição.

De acordo com Souza (2015), que descreve a visão da Abrasco, o foco de trabalho da saúde coletiva reside nas necessidades de saúde das comunidades, o que significa que abrange “todas as condições requeridas não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida”.

Na saúde pública, por sua vez, o foco de trabalho está nos problemas de saúde da comunidade, no nível da coletividade, envolvendo, então, aspectos qualitativos e quantitativos relacionados a riscos, agravos, doenças, mortes, complicações, sequelas e as diversas consequências. Assim, de acordo com Souza (2015), a saúde pública engloba a epidemiologia e a administração na saúde, enquanto a saúde coletiva se encarrega da determinação social e das desigualdades em saúde, envolvendo a epidemiologia social, o planejamento estratégico e comunicativo, e a gestão democrática, mantendo espaço para “contribuições de todos os saberes – científicos e populares – que podem orientar a elevação da consciência sanitária e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde”.

2. A ATUAÇÃO DOS DIFERENTES PROFISSIONAIS

Como exemplo de campos de trabalho de profissionais da saúde pública, podemos citar a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e os diversos programas especiais. Aqueles que atuam na saúde coletiva exercem suas atribuições em diversas frentes de promoção da saúde, de elaboração de políticas e estratégias, além da gestão nessas áreas.

São funções dos profissionais que atuam no campo da saúde pública:

- Atividades das vigilâncias epidemiológica e sanitária;
- Controle de riscos, através da aplicação dos modelos de transmissão de doenças;
- Ações de educação sanitária;
- Fiscalização da produção e distribuição de bens de interesse da saúde, na perspectiva do risco sanitário;
- Planejamento normativo, definindo objetivos e metas, considerando apenas os pontos de vista do Estado.

Para os profissionais que atuam na saúde coletiva, Souza (2015) descreve um papel “mais abrangente e estratégico”, que envolve a organização e o gerenciamento de processos coletivos de trabalho, ações na área epidemiológica, na análise e na compreensão das necessidades de saúde, bem como a escolha e a aplicação de tecnologias e ferramentas para contemplá-las.

A saúde coletiva é, de forma basilar, multi e interprofissional. As equipes multidisciplinares e multiprofissionais de saúde formam células vitais na qualidade do trabalho desenvolvido, pautado, de acordo com Nunes (1994), na “interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber fazer das práticas sanitárias”.

Textos que descrevem a formação de alunos de cursos de Medicina na área de saúde coletiva citam diferentes disciplinas como integrantes dessa área, como Ciências Sociais e Humanas; Educação em Saúde; Epidemiologia; Políticas Públicas de Saúde; Planejamento, Gestão e Avaliação dos Serviços e Programas de Saúde; e alguns incluem Medicina de Família e Comunidade –MFC (OLIVEIRA, 2011). Porém, de fato há particularidades da MFC que justificam a sua individualização diante da saúde coletiva: a MFC lida diretamente com a clínica médica, com a técnica essencial da medicina, que consiste no cuidado direto à pessoa, através da realização da

anamnese, do exame físico, do diagnóstico e do tratamento, permeados pela relação médico-paciente e, no caso, também pela relação médico-família. A MFC é, assim, atividade exclusiva do médico, diferindo também da chamada “Saúde da Família e Comunidade”, tendo em vista que esta última, embora envolva a prática clínica, é área multiprofissional.

3. O ENSINO DA SAÚDE COLETIVA NA ATUALIDADE

A partir do entendimento de que a saúde coletiva deveria compor uma nova profissão, com formação direcionada para seus campos de atuação, foram criados, em algumas instituições de ensino superior (IES), cursos de graduação em saúde coletiva, qualificando o concluinte como sanitarista; título até então atribuído apenas por meio de cursos de pós-graduação de profissionais de saúde.

Contudo, conteúdos fundamentais de saúde coletiva continuam a integrar componentes curriculares dos diversos cursos da área de saúde, a fim de qualificar a ampla formação desses profissionais. A abordagem específica para cada categoria, mediante adequação do papel de cada uma no sistema de saúde, faz-se necessária para que as equipes de saúde sejam complementares e eficientes.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina vigentes, datadas de 2014, valorizam a formação baseada nas necessidades da população, com foco principal na Atenção Primária, priorizando esse campo de prática (FERREIRA, 2019; BURSZTYN, 2015). Na descrição do perfil desejado para o egresso, apresentado no artigo 3º, as DCN determinam 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 (BRASIL, 2014).

O texto citado acima destaca o campo da saúde coletiva em toda a sua amplitude. Além disso, a inclusão da gestão em saúde e da educação em saúde como áreas de competência para a formação do médico, especificando as ações-chave, também ressalta a importância da saúde coletiva. A inclusão de medicina de família e comunidade (com carga horária privilegiada) e de saúde coletiva, como componentes curriculares distintos no período do internato curricular, é também indício do reconhecimento da importância da formação do médico em Atenção Primária (BRASIL, 2014, capítulo III, artigo VIII, §§ 5º e 6º).

No Quadro 1, é apresentada uma compilação dos temas que compõem o conteúdo programático de saúde coletiva em cursos de Medicina. A elaboração desse quadro tem como principal referência a

matriz que introduziu a noção de “matriz de competências” em nosso país e que foi originalmente criada para servir como base para o *Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira* (Revalida). Tal documento que, desde então, por sua completude, tem orientado as matrizes curriculares dos cursos de Medicina no Brasil, consta do Anexo da Portaria nº 278/2011 e, por sua vez, baseou-se na Matriz de Correspondência Curricular elaborada pela então Subcomissão Temática de Revalidação de Diplomas, publicada pela Portaria Interministerial do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde (MEC/MS) nº 865, de 15 de setembro de 2009 (BRASIL, 2011).

Quadro 1. Conteúdo programático de Saúde Coletiva em cursos de graduação em Medicina

EPIDEMIOLOGIA	
1	Modelos de causalidade para o processo de adoecimento – as diferentes teorias (unicausal, ecológica, multicausal e social)
2	Filosofia, Antropologia e Sociologia – sua importância na área de saúde
3	Epidemiologia e Demografia
4	O perfil epidemiológico do Brasil
5	Variáveis de distribuição das doenças – clima, fauna, relevo, condições de habitação, ambiente de trabalho, espaço urbano, poluentes urbanos e rurais, contaminação de alimentos etc.
6	Perfil de doenças infecciosas e parasitárias mais prevalentes no país
7	Endemias e epidemias
8	Metodologia da pesquisa epidemiológica
9	Medidas de associação de risco
10	Diagnóstico: sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo. Sistemas de informação em saúde
11	Indicadores demográficos: de mortalidade, morbidade e fatores de risco, socioeconômicos, de recursos e cobertura
12	Vigilância epidemiológica – notificação compulsória, investigação e medidas de controle
13	Epidemiologia aplicada ao Sistema Local de Saúde (Silos)
POLÍTICAS DE SAÚDE	
14	Políticas de saúde. História das políticas de saúde no Brasil. Leis Orgânicas da Saúde (Loas) nºs. 8.080 e 8.142
15	Políticas públicas em saúde – saúde mental. Proteção e prevenção da saúde. Dermatologia sanitária. Saúde ambiental para grupos populacionais específicos: Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde, Saúde Indígena. Atenção à Criança e ao Adolescente. Atenção à Mulher. Atenção ao Idoso
16	Políticas públicas em saúde para grupos populacionais específicos: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Homem; Saúde do Idoso; Saúde Indígena; Saúde do Trabalhador; Saúde de Grupos Populacionais Vulneráveis

17	O sistema de atendimento à urgência e emergência no Brasil
18	Políticas de saúde suplementar
19	Educação popular em saúde
20	Bioética e legislação
PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE	
21	Modelos de atenção à saúde
22	Regionalização e municipalização
23	Planejamento e gerenciamento em saúde
24	Níveis de complexidade e organização/hierarquização do sistema de saúde brasileiro
25	Distritos sanitários de saúde
26	Atenção primária à saúde. atenção primária e seu papel pedagógico para o médico
27	Sistema de referência e contrarreferência
28	Sistema de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS)
29	Territorialização de riscos em espaços geográficos e sociais específicos
30	Métodos para a realização do diagnóstico de saúde da comunidade e para intervenção em saúde: na prática de saúde pública, na prática clínica e na prática da pesquisa médica em nível populacional
31	A promoção da saúde e a responsabilidade do poder público
32	Identificação de grupos vulneráveis em todas as faixas etárias
33	Principais elementos da legislação sanitária
34	Saúde e meio ambiente: vigilância ambiental: ar, água, dejetos líquidos e sólidos; medidas de controle. Farmacovigilância
35	Vigilância sanitária: infecção hospitalar e saúde do trabalhador
36	Programa Nacional de Imunização (PNI)
37	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)
38	Desenvolvimento sustentável e qualidade de vida
39	Conceito e relações entre saúde, trabalho e ambiente
40	O contexto atual da globalização. Problemas ambientais globais. Saúde, trabalho e ambiente no Brasil e no mundo
41	Principais agravos à saúde de importância em saúde pública e sua distribuição no Brasil e no mundo
42	Determinantes biológicos e sociais envolvidos na gênese de doenças e as respectivas medidas de prevenção e controle
43	Integração com o SUS nos programas de controle desenvolvidos pelos serviços oficiais de saúde
44	O SUS e o controle social
45	Organização e gestão de Silos
46	A gestão do trabalho na saúde

Fonte: BRASIL (2011), MEC-MS - Portaria 278/201, adaptado

4. MÉTODOS ATIVOS DE ENSINO E SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO MÉDICA E NA SAÚDE COLETIVA

As DCNM de 2014 trouxeram a recomendação para que os cursos médicos utilizassem métodos ativos de ensino-aprendizagem. A princípio, a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), que já era realidade no Brasil desde 1997, quando foi adotada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema), foi a forma quase unânime de “cumprir” a determinação. Outras maneiras de inserção ativa dos estudantes não eram muito frequentes, e mesmo a ABP seguia, quase sempre, uma fórmula predeterminada.

Alguns movimentos no sentido de analisar o formato do modelo padrão da ABP foram surgindo, complementando e qualificando essa técnica, e acrescentando outras à formatação dos cursos, de forma a torná-los mais estimulantes para discentes e docentes. Assim, novas formas de ensino-aprendizagem foram cada vez mais sendo introduzidas em novos e antigos cursos médicos, de modo que os alunos pudessem assumir um papel ativo no processo de aprender, atuando não apenas nas discussões sobre o conteúdo, mas também na preparação e apresentação das atividades, que já não se resumem a aulas expositivas, que oferecem conteúdo resumido e sintetizado (SOUZA, 2019).

Além da utilização de métodos ativos de ensino-aprendizagem, os cursos médicos passaram a perceber a necessidade de integrar os conhecimentos fundamentais (ditos básicos) com os conhecimentos técnicos específicos (ditos profissionalizantes), no sentido de potencializar a aprendizagem.

Nesse sentido, Souza (2019) afirma que, no tradicional modelo de curso médico, dividido em duas etapas bem distintas – básica e profissionalizante –, os alunos não dispõem do tempo necessário

[...] para vivenciar profundamente a profissionalização e, além disso, não conseguem na fase final do curso resgatar e utilizar os conhecimentos das ciências básicas adquiridos no início do curso, que são, em sua maioria, esquecidos ou (erroneamente) considerados inúteis.

A promoção da aprendizagem de conteúdos e/ou áreas diferentes, simultaneamente, deve ser

uma diretriz para o planejamento de casos e de estações de ensino. Assim, o conhecimento acerca de uma área e/ou um conteúdo favorece a aprendizagem de outra área e/ou conteúdo, integrando o arsenal de conhecimentos dos estudantes e contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e atitudes diversas.

Também se faz necessário perceber o que Souza (2019) chama de “crescimento helicoidal” – quando descreve que as competências dos estudantes aumentam à medida que temas são repetidos e acrescidos de novas abordagens e aprofundamento, e novas habilidades e atitudes são adquiridas a partir de treinamento – diante de situações as mais variadas.

Desse modo, é fácil compreender quão adequada é a adoção do ensino através de simulação, tanto em componente curricular específico quanto em atividades integradas com outras disciplinas. Como exemplos de possíveis estações de ensino, podem ser citados: situações epidemiológicas de um município ou uma região e suas necessidades; problemas de gestão inerentes a diferentes unidades de saúde; casos clínicos de abrangência coletiva (como a situação, para uma escola, ao tomar conhecimento de que há uma criança com sarampo, ou a necessidade de criar uma política pública para assistir pessoas na fase pós-Covid19); problemas inerentes a Centrais de Regulação do SUS, etc. A gama de situações ou estudos de caso é tão ampla quanto os casos clínicos individuais, de agravos inerentes às áreas clínicas da medicina.

É importante ressaltar a responsabilidade dos docentes no planejamento pedagógico de seus componentes curriculares, estruturando cada atividade de simulação de acordo com os objetivos pedagógicos e as competências a serem desenvolvidas. A utilização de simulação requer o detalhamento necessário do *script*, assim como o preparo do material que, em saúde coletiva, muitas vezes consiste em documentos, formulários, gráficos e mapas. A elaboração de um *checklist* (lista de checagem de itens) para a avaliação é essencial, assim como a previsão do momento de *debriefing* (ação devolutiva sobre o desempenho), cuja formatação deve ser pactuada com a equipe de ensino e informada, previamente, aos discentes.

No planejamento, é imprescindível reservar espaço para que os discentes avaliem a atividade e possam propor e discutir modificações com a equipe docente. O cuidado no planejamento assegura o sucesso da execução de cada estação. Sobre planejamento estrutural, é interessante lembrar o estudo de Dolmans e cols. (1996), o qual avaliou fatores

que influenciam a aprendizagem de alunos de medicina, demonstrando a importância da estruturação curricular, incluindo o planejamento dos componentes curriculares, no nível de aprendizagem dos estudantes. O estudo concluiu que tutores hiperespecializados não compensam a falta de estrutura curricular (DOLMANS, 1996).

Para contribuir com o planejamento de estações de simulação em saúde coletiva, o Quadro 2 apresenta recomendações para a elaboração de estações de ensino através de simulação, tendo como base os sete princípios para construção de casos para a ABP, publicados em 1997 por Dolmans e cols.

Quadro 2. Recomendações para a construção de estações de simulação na área de Saúde Coletiva.

	CARACTERÍSTICA	QUESTÕES A VERIFICAR
1	Intencionalidade pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> • A situação contempla os objetivos pedagógicos? • A situação direciona os estudantes para as competências a serem desenvolvidas?
2	Definição de competências	<ul style="list-style-type: none"> • Qual(is) o(s) objetivo(s) que deverá(ão) ser atingido(s)? • Qual(is) a(s) competência(s) que deverá(ão) ser desenvolvida(s)?
3	Adequação ao momento de inserção do estudante no curso	<ul style="list-style-type: none"> • A situação é adequada ao período do curso no qual os estudantes se encontram? • A compreensão da situação é possível aos conhecimentos dos estudantes nesse momento?
4	Relevância do conteúdo abordado	<ul style="list-style-type: none"> • A descrição da situação envolve informações relevantes para o enfrentamento do problema apresentado? • A descrição contém distratores adequados? • Os distratores estão em número adequado? • Se há confundidores, verificar se são plausíveis de ocorrer na realidade
5	Plausibilidade de ocorrência – relação com a realidade	<ul style="list-style-type: none"> • A situação envolvida é plausível? • Corresponde a uma possibilidade real?
6	Viabilidade de resolução	<ul style="list-style-type: none"> • A situação tem resolução ou caminho a seguir?
7	Disponibilidade de material necessário	<ul style="list-style-type: none"> • Há disponibilidade do material necessário para o desenvolvimento da estação de ensino?
8	Integração de conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> • A situação promove a integração de conhecimentos em saúde coletiva? • A situação promove a integração de conhecimentos de saúde coletiva com outras áreas?
9	Possibilidade de autoevolução na aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • A situação estimula a reflexão, a pesquisa e a busca por mais soluções?
10	Adequação do <i>checklist</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O <i>checklist</i> deve conter os itens adequados aos objetivos e às competências listados. • Deve haver opções de grau de suficiência de cada item (não realizado, inadequado e adequado).
11	Adequação dos itens sugeridos para abordagem no <i>debriefing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O roteiro do <i>debriefing</i> deve prever abordagem acerca de segurança demonstrada, correção de habilidades e adequação de atitudes.

Fonte: Dolmans (1967); Carvalho Júnior (2016).

Os cenários de aprendizagem não devem restringir-se a espaços físicos de trabalho real, uma vez que é possível representar espaços e situações em que habilidades e atitudes sejam treinadas de forma eficaz e segura. A variedade de situações inseridas na formação profissional do estudante pode ser ampliada se ocorre a utilização de cenários elaborados com foco em problemas diversos, aos quais dificilmente seria submetido em espaços de trabalho real, seja por implicar responsabilização incompatível com a segurança do paciente e/ou com o conhecimento e a experiência do estudante, seja por não ser situação frequente e, assim, não ocorrer durante um curto período de estágio.

5. REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, M. D. Medicina de Família e Comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, v. 3, n. 11, 2007. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/download/334/221/1040>. Acesso em: 23 abr. 2021.

ANDRADE, H. S. *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **PHYSIS**, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2018.v28n3/e280311/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

AROUCA, A. S. S. **O DILEMA PREVENTIVISTA**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. **EPIDEMIOLOGIA E EMANCIPAÇÃO**. São Paulo: Hucitec, 2002.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.). **PIERRE BOURDIEU**. São Paulo: Ática, 1993. p. 122-155.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC-MS nº 278, de 17 de março de 2011. Institui o *Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras*. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=232556>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_

Assim como a simulação como técnica de ensino-aprendizagem na área de saúde preserva a segurança do paciente, quando se trata de treinar procedimentos, também confere segurança aos estudantes em seu treinamento em situações diversas na área de saúde coletiva, envolvendo habilidades e atitudes fundamentais, antes que sejam praticadas diretamente na atuação real com as pessoas e a comunidade. Como exemplo, podem ser citadas situações envolvendo a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a Central de Regulação do SUS, uma gerência da Secretaria Estadual de Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite e todos os campos de atuação dessa importante área.

[docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192](#). Acesso em: 10 fev. 202.

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a saúde coletiva? **CADERNOS DA ABEM**, v. 2, p. 6-19, 2015.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.

CARVALHO JÚNIOR, P. M. *et al.* Construção de problemas para PBL. In: Oficina para a turma 10 – Instituto FAIMER Brasil – Universidade Federal do Ceará. Apresentação. 2016.

DOLMANS, D. H. J. M.; WOLFHAGEN, H. A. P.; SCHMIDT, H. G. Effects of tutor expertise on student performance in relation to prior knowledge and level of curricular structure. **ACADEMIC MEDICINE**, v. 71, n. 9, p. 1008-1011, 1996.

DOLMANS, D. H. J. M. *et al.* Seven principles of effective case design for a Problem-Based Curriculum. **MEDICAL TEACHER**, v. 19, n. 3, p. 185-189, 1997.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa em saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: ABRASCO. **ENSINO DA SAÚDE PÚBLICA, MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NO BRASIL**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. v. 2, p. 17-35.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **SAÚDE E SOCIEDADE**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **INTERFACE**, Botucatu, v. 23, 2019. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FD4rxtpnHDkPyDC6JFPzK9z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUER, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 31, n. 1, p. 52-59, 2007.

GARCIA, J. C. Juan Cesar Garcia entrevista Juan Cesar Garcia. In: NUNES, E. D. (ed.). **AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: tendências e perspectivas**. Brasília: OPS, 1985. p. 21-28.

LENHARO, M. P. Saúde pública e saúde coletiva: diferenças e semelhanças. **SAÚDE**, ano 38, n. 17, 2005. Disponível em: <http://www.usp.br/aun/antigo/unid?u=eerp>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da saúde coletiva: reforma do ensino e criação de escolas médicas. **INTERFACE**, v. 22, n. 65, p. 337-348, 2018.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **SAÚDE E SOCIEDADE**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS G. W. S. *et al.* (org.). **TRATADO DE SAÚDE COLETIVA**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 19-39.

OLIVEIRA, J. A. A. *et al.* A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 35, n. 3, p. 398-404, 2011.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **SAÚDE E SOCIEDADE**, São Paulo, v. 24, p. 205-218, 2015. Supl. 1.

PAIM, J. S. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA: reflexiones para el debate**. Washington: OPS, 1992. p. 151-160.

PAIM, J. S. **REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva. **CUADERNOS Médico SOCIALES**, v. 75, p. 5-30, 1999. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6060>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA E A UTOPIA DA SAÚDE COLETIVA**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PERES, L. A. A saúde pública e a saúde coletiva. Disponível em: http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/scol_int.html. Acesso em: 22 fev. 2021.

ROSEN, G. **DA POLÍCIA MÉDICA À MEDICINA SOCIAL**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. (org.). **MEDICINA SOCIAL: aspectos teóricos e históricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 25-82.

SCHRAIBER, L. B. **EDUCAÇÃO MÉDICA E CAPITALISMO: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. **REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SOUZA, L. E. Qual a diferença entre saúde coletiva e saúde pública? Universidade Federal de Goiás, 2015. Disponível em: <https://www.ufg.br/n/82100-saiba-a-diferenca-entre-saude-coletiva-e-saude-publica>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SOUZA, L. S. F. **ENFRENTANDO O DESAFIO DA EDUCAÇÃO MÉDICA**. São Paulo: Appris, 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **SAÚDE COLETIVA: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.