

Reflexiones en torno a las Directrices Curriculares Nacionales del curso de Graduación en Medicina a partir de la Política Nacional de Promoción de la Salud

Renata Meira Veras^(a)

<renata.veras@ufba.br> 

Caio Cezar Moura Feitosa^(b)

<feitosacaiocezar@gmail.com> 

^(a) Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Rua Barão de Jeremoabo, s/no, PAV, Sala 403, Ondina. Salvador, BA, Brasil. 40170-115.

^(b) Graduando do curso de Ciências Sociais, UFBA. Salvador, BA, Brasil.

El objetivo de este artículo es realizar un análisis foucaultiano de las DCN para el curso de medicina. Se profundiza este análisis en el ámbito de la promoción de la salud presente en la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS), por estar estrechamente relacionada a la propuesta de integralidad. Las DCN están en consenso con lo que se preconiza en la PNPS, una vez que se anhela una formación general, humanista, crítica, reflexiva y ética, capaz de actuar con responsabilidad social y compromiso con la defensa de la ciudadanía y la dignidad humana en los diferentes niveles de la atención. Por otro lado, el análisis revela que, aunque existe el intento de situar al graduado como sujeto activo en su proceso formativo, no hay indicación de inclusión de ese actor social en la formulación de sus prácticas formativas.

Palabras clave: Educación Superior. Recursos Humanos en Salud. Promoción de la Salud. Integralidad en Salud. Medicina.

Introducción

La reforma del sector de la salud en la década de 1990, materializada con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) produjo en el país la expansión del sector público, lo que implicó nuevas formas de trabajo, principalmente para los médicos^{1,2}. En consecuencia, la educación superior en salud ha pasado por cambios con el objetivo de la reorientación de la formación de los profesionales de este campo.

En Brasil, la promulgación de Ley de Directrices y Bases para Educación en 1996 desencadenó reformas curriculares que culminaron en la creación de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN). Las DCN orientan la formación de los profesionales de salud, asegurando las competencias y habilidades iguales para la práctica profesional. Las más recientes DCN del curso de Graduación en Medicina fueron homologadas por el Consejo Nacional de Educación por medio de la Resolución n° 3 del 20 de junio de 2014³. Estas legitiman las bases para la actual formación médica que debe ser humanista, crítica, reflexiva y ética con capacidad para actuar en diferentes niveles de atención del proceso salud-enfermedad, con responsabilidad social y compromiso con la defensa de la ciudadanía y dignidad humana, objetivándose como promotor de la salud integral del ser humano³.

Se reconoce que el ideario de la promoción a la salud viene influyendo desde la década de 1970 sobre las políticas públicas y modelos de formación en salud en diferentes países⁴. Ante este panorama, el objetivo de este artículo es realizar un análisis foucaultiano del discurso de las DCN del curso de medicina. Ese análisis se profundiza en el ámbito de la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS) de 2006⁵, revisada en 2014, por estar estrechamente relacionada con la propuesta de integralidad y de intersectorialidad a partir de soluciones innovadoras. El Ministerio de la Salud propone la PNPS en un esfuerzo para el enfrentamiento de los desafíos de producción de la salud, exigiendo la reflexión y la calificación de las prácticas sanitarias y del sistema público de salud. Por lo tanto, este estudio se propone el desafío de analizar críticamente si el proceso de educación y de formación profesional médica están de acuerdo con los objetivos señalados en la PNPS.

La educación médica en discusión

En Brasil, con la reforma universitaria de 1968 (resultante del acuerdo MEC/USAID de 1967 y de la Ley 5.540/68), las universidades brasileñas comenzaron a adoptar oficialmente el modelo estadounidense conocido como biomédico flexneriano⁶⁻⁹. Algunos autores⁶⁻¹¹ tienden a afirmar que ese modelo enfatiza la profesionalización precoz, con tendencia a la especialización y subespecialización, siendo el hospital el principal espacio de práctica. Se atribuye la aplicación de este modelo de formación en Brasil a partir del Informe Flexner, publicado en Estados Unidos en la década de 1910. Para Pagliosa y Da Ros⁷, ese informe possibilitó la organización y estandarización del funcionamiento de las escuelas médicas; sin embargo, aniquiló otras formas de atención de la salud como la medicina alternativa. Por otro lado, Almeida Filho⁸ subraya la importancia de ese informe para la introducción de criterios de científicidad e institucionalidad necesarias para la regulación de la formación académica y profesional en el campo de la salud.

Paralelo a ese modelo educativo, se observa que a partir de la década de 1970 hubo una proliferación de conferencias y seminarios para repensar el cuidado de la salud de la población, entre ellos el informe Lalonde en 1974, la Declaración de Alma-Ata en 1978 y la Conferência de Ottawa en 1986. El primer documento cuestiona el papel exclusivo del médico en el tratamiento de enfermedades, dejando en evidencia su alto costo y poca eficacia, principalmente en problemas crónicos. A su vez, la declaración de Alma-Ata es un importante marco-político en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS) y establece como objetivo “salud para todos en los años 2000”, al proponer, en la práctica, un paquete de servicios básicos para la salud e incorporar el derecho de la universalidad y equidad en el acceso al sistema de salud^{1,12}.

Sin embargo, fue a partir de la Conferencia de Ottawa que se formuló oficialmente la propuesta de la Promoción de la Salud vinculada a una concepción más compleja del proceso salud-enfermedad. Siendo así, a partir de una concepción amplia del proceso salud-enfermedad, la promoción de salud pasó a tratarse como un conjunto de conocimientos teóricos, políticos o saberes tradicionales cuyo objetivo sea enfrentar los problemas de salud de la población^{1,12,13}.

Se destaca que el surgimiento de la promoción de la salud en el escenario mundial estuvo acompañado de un avance de la política neoliberal en los países capitalistas europeos y norteamericanos. Se argumentaba que la desaceleración/paralización en el proceso de desarrollo económico, es decir, el acúmulo de capital de los países ocurría debido a los gastos exacerbados de la seguridad social. De esa forma, la solución para tal paralización sería una “Reforma del Estado”, limitando los gastos sociales y produciendo una reforma fiscal para la reducción de impuestos^{4,14,15}.

Es dentro de esa perspectiva que algunos autores han defendido la idea de que la promoción de la salud puede considerarse una estrategia ideológica cuyo objetivo es la disminución del Estado en el sector de salud, transfiriendo al sujeto la responsabilidad por el cuidado de su salud a partir de los conceptos de *empowerment*, comunidad, participación social y calidad de vida. En consecuencia, no sería entonces más deber del Estado y sí de los individuos el cambio de sus comportamientos por hábitos saludables y, por lo tanto, los propios sujetos deberían movilizarse en pro de la resolución de sus necesidades de salud^{4,15}.

En disonancia con la perspectiva neoliberal, se subraya que la concepción de promoción de la salud presente en el movimiento de la reforma sanitaria está articulada con la determinación social del proceso salud-enfermedad y, por lo tanto, no considera la salud tan solo en sus factores individuales^{1,15}.

Siendo así, en 1988, con la constitución ciudadana y la aprobación de las Leyes Orgánicas de la Salud en 1990, el Estado firma el compromiso con la salud de la población y la salud pasa a ser un derecho del ciudadano y un deber del Estado. El Sistema Único de Salud se otorga entonces como la política de Estado para el sector de la salud y conforme previsto en la Ley Orgánica de la Salud, cabe también al Estado Brasileño garantizar la ordenación de la formación de recursos humanos en salud^{9,16-19}.

Como respuesta, en el comienzo de la década de 1990, la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) protagonizó, juntamente con el Consejo Federal de Medicina (CFM) y otras nueve instituciones relacionadas a la medicina, la creación de la Comisión Interinstitucional Nacional de Evaluación de la Educación Médica (CINAEM). De tal forma, el proyecto del CINAEM se desarrolló en tres etapas en las

cuales se levantó lo siguiente: el perfil de las escuelas médicas a partir de un guion de la Organización Panamericana de Salud (OPAS), del cuerpo docente de las instituciones y las pedagogías adoptadas. Los resultados encontrados mostraron una inadecuación del profesional ante las necesidades de salud de la población, además de una enseñanza centrada en el docente y una exacerbada especialización de los conocimientos^{9,20}.

Se observó concomitantemente el desencadenamiento de reformas curriculares incentivadas por la aprobación de la nueva Ley de Directrices y Bases para Educación, en 1996, que otorga libertad a las instituciones de enseñanza superior para el diseño de currículos innovadores, adecuados a las realidades regionales y a las vocaciones de las escuelas. Se substituyó de esa forma el antiguo currículo mínimo por las Directrices Curriculares Nacionales (DCN)²¹.

Por lo tanto, además de la creación de la LDB, la discusión desarrollada por el CINAEM generó propuestas que se incorporaron a las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de graduación en medicina por medio de la resolución nº 4 del 07 de noviembre de 2001 del Ministerio de Educación²⁰⁻²².

De esa forma, en 2002 se creó el Programa Nacional de Incentivo a Cambios Curriculares en los Cursos de Medicina (PROMED), desarrollado por los Ministerios de la Salud y Educación, OPAS, Red Unida y ABEM. El programa proponía dar continuidad al movimiento iniciado con el CINAEM por medio de una cooperación técnica con el objetivo de incentivar las reformas curriculares para la adecuación de la formación médica con las necesidades de salud de la población. Es decir, el programa determinaba un alineamiento con un concepto ampliado de salud, mayor articulación con la atención básica, las DCN y el SUS^{20,21,23}.

Surgieron otras iniciativas para la reorientación profesional en salud a partir de 2003 con una mayor integración entre los Ministerios de la Salud y Educación, entre ellas la creación del Departamento de Educación en Salud (DEGES) como parte de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SEGETS) y los programas VER-SUS, AprenderSUS, la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) y el Pro-Salud, inspirado en el PROMED^{9,20,21,23}.

Según Lampert⁶, las principales iniciativas de reorientación en la formación en salud se sitúan a finales del siglo XX, se profundizan en el siglo XXI y anhelan la promoción de la salud; sin embargo, no son totalmente exitosas puesto que presentan dificultades de traducir esas propuestas para la educación médica. La promoción de la salud se anunció desde la construcción del SUS, pero solamente en 2006 se transformó en una política institucionalizada, por medio del Decreto Administrativo nº 687 del Ministerio de la Salud. (MS)⁵. Recientemente, el documento pasó por una actualización que presentó como desafío una mayor articulación intersectorial reconociendo que el sector de la salud pública no conseguirá solucionar por sí solo todos los factores condicionantes que influyen sobre la salud. De hecho, las discusiones que resultaron en la Política Nacional de Promoción de la Salud consolidaron la necesidad de un concepto de salud ampliado que posibilite al individuo un cuidado integral por medio de acciones articuladas entre los diversos niveles de atención (integralidad) y entre los diferentes sectores, por medio de la intersectorialidad^{12,24}. Por lo tanto, se considera indispensable para la consolidación del SUS la existencia de políticas efectivas tanto en lo que se refiere a las relaciones de trabajo y políticas de vinculación de los trabajadores al sistema, como también en los aspectos relacionados a la formación y desarrollo de los

trabajadores de la salud²⁵. Además, eso ya era previsto desde la publicación del Informe Final de la VIII Conferencia Nacional de Salud (1986) al recomendar que la estructura de los servicios de salud y la definición de los perfiles profesionales fuesen adecuados a las necesidades del país. De tal forma, la formación de los profesionales de salud debe integrarse al Sistema de Salud, regionalizado y jerarquizado.

Chiesa et al.¹⁶ subrayan que las formas de organización curricular han pasado por cambios paradigmáticos y que cuanto más se avance en ese sentido, más se cambiará la actuación del personal formado. Para estos autores, un proceso dialógico sucede en un proceso participativo en donde la educación debe ser bidireccional, estando ambas partes envueltas en el proceso con el compromiso de transformar sus propios saberes. En el principio dialógico, la teoría y la práctica tienen que estar conectadas para aproximar la formación profesional de las necesidades de salud de la población. En esa perspectiva, deben llevarse en consideración principalmente las DCN del curso de Graduación, puesto que orientan los currículos universitarios con las competencias y habilidades necesarias para la formación profesional de nivel superior. En el caso de la medicina, tienen el objetivo de formar al alumno de medicina para “observar las dimensiones de las diversidades biológica, subjetiva, étnico-racial, socioeconómica, cultural y ética que singularizan a cada persona o a cada grupo social”³ (p. 4). Sin embargo, en ese tenor de reflexión crítica es necesario preguntarse si las prácticas discursivas, o las formas de acción transmitidas por el lenguaje, implícitas en las nuevas DCN, viabilizan los cambios señalados (o deseados) por la Política Nacional de Promoción de la Salud.

Método

El presente artículo presenta un análisis documental de las Directrices Curriculares nacionales del curso de Graduación en Medicina. Tales directrices se recomiendan, puesto que en Brasil las universidades tienen autonomía conforme definido por la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB).

Esas DCN se publicaron inicialmente en 2001, pero se revisaron y reformularon en 2014, siendo homologadas por el Consejo Nacional de Educación, por medio de la Resolución n° 3 del 20 de junio de 2014³ y para su aplicación, los cursos de Medicina deben estar en funcionamiento a partir de un año contado desde la fecha de la publicación.

El documento fue elaborado por la Comisión de la Cámara de Educación Superior del Ministerio de Educación, tiene 19 páginas y se presenta dividido en tres capítulos. El Capítulo I presenta las directrices que hay que observar en la organización, desarrollo y evaluación del curso de medicina, en el ámbito de las Instituciones de Educación Superior de Brasil. El Capítulo II presenta las competencias que permiten la transformación de las directrices. El último Capítulo presentado en las DCN (III) indica los contenidos curriculares fundamentales para el curso de graduación en medicina, así como la orientación para la organización del Proyecto Pedagógico.

Para el análisis de ese documento se utilizó el método del análisis foucaultiano del discurso. Este abordaje del Análisis del Discurso fue introducido por la psicología angloamericana en la década de 1970. A partir de las ideas de Foucault²⁶ sobre la relación establecida entre el lenguaje y la subjetividad. Ese abordaje influye esencialmente en el trabajo de Carla Willig²⁷ que, a partir del punto de vista foucaultiano, se enfoca en la

relación entre discursos e instituciones, puesto que esos discursos están vinculados con las prácticas institucionales, es decir, con formas de organizar, regular y administrar la vida social.

Por medio de los discursos, se establecen relaciones de poder y control social, aprisionando a los sujetos para una naturalización de esas relaciones discursivas y una reproducción de prácticas basadas en el control y en el poder, produciendo subjetividades que operan por medio de los discursos y que los legitiman. Por lo tanto, al tener el discurso un efecto decisivo en el modo como se configura el mundo social, las prácticas discursivas son prácticas sociales producidas por medio de relaciones de poder concretas en una determinada época²⁷.

Además, ese tipo de análisis cuestiona la relación entre discurso y la forma como las personas piensan o sienten (subjetividad), lo que pueden hacer (prácticas) y el cotidiano en el que ocurren tales experiencias.

El proceso analítico

El análisis del lenguaje elaborado para este estudio, bajo el enfoque foucaultiano del análisis del discurso utilizado por Carla Willig²⁷, pretende comprender la disposición de los discursos utilizados en el documento oficial y entender de qué forma pueden influir sobre la forma en que las personas piensan y actúan²⁷.

Willig²⁷ estructura el análisis foucaultiano del discurso a partir seis etapas: 1) na identificación de las construcciones discursivas que tratan de la temática de la formación médica; 2) en el tipo de discurso que agrupan esas construcciones en categorías más amplias; 3) en la orientación para la acción señalada en esos discursos, considerando su carácter funcional; 4) en el estudio de los posicionamientos que los discursos viabilizan a los actores sociales envueltos; 5) en el estudio de las prácticas o formas en que las construcciones discursivas y los posicionamientos de los sujetos, en ellas contenidos, abren o cierran oportunidades para la acción; y 6) en las formas de subjetivación posibles, a partir de la orientación para la acción, de los posicionamientos y de las prácticas presentes en el texto.

Esas etapas permiten que el investigador mapee algunos recursos discursivos utilizados en el texto y las posiciones subjetivas que ellos contienen, así como que explore sus implicaciones para la subjetividad y la práctica²⁷. El primer autor lee los textos, por lo menos cuatro veces, con la intención de familiarizarse y vincularse con ellos. Los discursos se identifican y discuten con el segundo autor. El segundo paso es diseñar un plan de análisis utilizando las seis etapas descritas, con el objetivo de presentar los discursos identificados en el estudio.

Análisis de los discursos de las DCN

Con base en las discusiones presentadas hasta el momento, se considera importante subrayar que cualquier lectura o análisis de ordenamientos educacionales debe estar acompañada de procesos de reflexión y de auto-reflexión, por la tendencia a reproducir los parámetros simbólicos a los cuales están condicionadas las personas^{18,27}. Se justifica la necesidad de ese análisis por tratarse de un momento de transformación y de cambio de paradigmas en la educación médica.

En ese sentido, se reconoce la potencia de la promoción de la salud en la reorientación de la formación médica al cuestionar el modelo biomédico, principalmente la perspectiva curativa centrada en el individuo, abriendo la posibilidad de desplazar del proceso formativo de los discentes la centralidad de la biomedicina. De esa forma, se ofrece a los estudiantes un contacto con una concepción de salud interdisciplinaria, siendo condición intrínseca para la promoción de la salud el diálogo con otros saberes, sean ellos científicos o populares para la oferta de cuidados de salud^{4,28}.

De esa forma, para el estudio de las DCN³, se adoptó la estrategia de análisis foucaultiano del discurso, sintetizada por Willig²⁷ y utilizada en el análisis del Programa de Promoción de la Salud 1996-2000 de la Comisión Europea²⁹ y de la Política Nacional de Promoción de la Salud¹⁸.

Las construcciones discursivas

En esta primera etapa del análisis, la intención es identificar el modo en que se construyó cada discurso. Para Willig²⁷ y Foucault²⁶, todas las formas de conocimiento se construyen por medio del discurso y de las prácticas discursivas. Utilizando como base la organización de las directrices a partir de las competencias, la discusión sobre la formación médica aparece organizada por medio de las tres construcciones discursivas, conforme secuenciación dispuesta en las DCN:

De la atención de la salud – En esa área, se recomienda que el alumno de graduación en medicina tenga la formación necesaria para considerar las dimensiones de la diversidad biológica, subjetiva, socioeconómica, cultural y ética que singularizan a cada persona o grupo social. En ese sentido, la atención de la salud se desdobra a partir de dos campos: las necesidades individuales de salud y las necesidades de salud colectiva.

Se observa que esos campos señalados en la DCN coinciden con el texto presente en el Art. 2º de la Política Nacional de Promoción de la Salud⁵:

La PNPS tiene en su base el concepto ampliado de salud y el referencial teórico de la promoción de la salud como un conjunto de estrategias y formas de producir salud, en el ámbito individual y colectivo, caracterizándose por la articulación y cooperación intra e intersectorial, por la formación de Red de Atención a la Salud (RAS), buscando articular sus acciones con las demás redes de protección social, con amplia participación y control social. (p. 26)

De la misma forma, la promoción de la salud se plantea en la PNPS como una estrategia de fortalecimiento de los principios de integralidad, equidad, responsabilidad sanitaria, movilización y participación social, intersectorialidad, información, educación y comunicación. Para viabilizar esa acción, las DCN indican las competencias en dos áreas: atención a las necesidades individuales de salud y atención a las necesidades colectivas de salud.

Queda clara la relación entre las prácticas anheladas por la formación propuesta en la DCN y el texto constante en la PNPS con relación a la consideración de la autonomía y singularidad de los sujetos, de las colectividades y de los territorios. Sin embargo, se destaca en las construcciones discursivas presentes en el documento la prevalencia de la responsabilidad individual con estilos de vida saludable y en consecuencia el énfasis

en la competencia para actuar individualmente. Las necesidades individuales dependen no solo de la voluntad o libertad individual, sino principalmente de las condiciones determinadas por los contextos, social, económico, político y cultural en el que viven⁵; sin embargo, el documento presenta un discurso tendencioso para la formación de competencias en el área de atención a las necesidades individuales. Ese tipo de formación está en disonancia con la realidad actual de iniquidades sociales y de salud existentes en Brasil. Se subraya que Testa³⁰ considera necesario el proceso de constitución de sujetos sociales; a partir de eso, existe la transformación de las prácticas. Si no hay indicación de formación médica enfocada en las necesidades sociales brasileñas, ciertamente prevalecerá la práctica de atenciones individuales.

De la gestión en salud – En las DCN las secciones que tratan de la gestión de salud señalan como imprescindibles para la formación en medicina la capacidad de emprender acciones de gestión y administración para promover el bienestar de la comunidad, por medio de dimensiones tales como gestión del cuidado, valorización de la vida, toma de decisiones, comunicación, dominio de la lengua extranjera, liderazgo y trabajo en equipo. La gestión de salud puede estructurarse en dos acciones-clave para la efectua-ción de la competencia en esa área: organización del trabajo de salud y acompañamiento y evaluación del mismo³.

La gestión aparece en la PNPS como uno de los ejes operativos en los que se priorizan procesos democráticos y participativos de regulación y control, de planificación, de monitoreo, de evaluación, de financiación y de comunicación⁵.

Por lo tanto, hay una confluencia de ideas en la formulación de las directrices para la formación médica, con base en los procesos democráticos y participativos. Sin embargo, se observa la existencia de un discurso presente en las DCN que prioriza la elaboración, implementación, monitoreo y acompañamiento de los planes de intervención para el proceso de trabajo. Las competencias para el trabajo con base en la intersectorialidad, incentivado por la PNPS, no se indica en las DCN. Actualmente se subraya que uno de los obstáculos para la gestión de la salud pública es exactamente la incapacidad de trabajar transversalmente¹⁸. Los gestores tienen dificultades para comunicarse unos con los otros y para elaborar planes de trabajo transversales en pro de la intersectorialidad.

Esa estrategia podría contribuir para la superación de la falta de nuevas tecnologías del cuidado señalado por Feuerwerker³¹. La priorización en nuevos modelos de trabajo de salud que privilegien la intersectorialidad implica una reorganización de las prácticas de salud, superando el modelo flexneriano utilizado hasta la actualidad.

De la educación en salud – en esa área se espera que el alumno de graduación esté apto para la corresponsabilidad con la propia formación inicial y continuada para conquistar anatomía intelectual, responsabilidad social, adquirir compromiso con la formación de las futuras generaciones de profesionales de la salud, incentivando la promoción de la movilidad académica y profesional. Su formación debe tener los objetivos siguientes: aprender a aprender, aprendizaje interprofesional, aprender con el error, involucramiento en la formación del médico (conciliando enseñanza, investigación y extensión) y movilidad y formación de redes³.

Citando la Declaración de Adelaide³² y la declaración de Helsinki³³, la PNPS enfatiza que es más fácil alcanzar los objetivos del gobierno cuando todos los sectores incorporan la salud y el bienestar como componentes centrales en el desarrollo de políticas. Esa interacción es necesaria por entender que las bases de la salud y del bienestar se en-

cuentran fuera del sector Salud, se forman de manera social y económica. Se sabe que la educación está directamente relacionada con las cuestiones sociales y económicas, tanto la educación básica ofrecida por las esferas municipales y estatales como con la enseñanza superior pública. Aunque este último ha pasado por algunos cambios cuyo objetivo fue la democratización del acceso, se reconoce la elitización de esa institución. Esos factores dificultan la inserción de individuos de todos los extractos socioeconómicos en la enseñanza superior³⁴.

Por lo tanto, aunque las DCN tengan objetivos consonantes con los temas prioritarios para la promoción de la salud señalados por la PNPS, no se observa correlación con las políticas de reforma universitaria necesarias para hacer efectiva la formación enfocada en las prácticas de atención primaria de la salud. Esa laguna denuncia una vez más la falta de discurso que privilegie la intersectorialidad objetivada en la PNPS.

Tipo de discurso

Esta etapa del análisis se destina a situar el sesgo de las diferentes construcciones discursivas, prestando atención especialmente a los juicios de valor presentes en los discursos. Por tratarse de un documento político se observa un único tipo de discurso, el “político-prescriptivo”. Se percibe el énfasis político-prescriptivo en la mayoría de las construcciones discursivas para utilizarlas como norma de acción:

Art. 3. El graduado en Medicina tendrá formación general, humanista, crítica, reflexiva y ética con capacidad para actuar en diferentes niveles de atención del proceso salud-enfermedad, con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en los ámbitos individual y colectivo, con responsabilidad social y compromiso con la defensa de la ciudadanía y de la dignidad humana, objetivándose como promotor de la salud integral del ser humano³. (p. 3)

Orientación para la acción

Esta tercera fase de análisis envuelve un examen más preciso, con la finalidad de analizar de qué manera las construcciones discursivas se emplean en el documento. Bajo un punto de vista foucaultiano, los discursos engendran prácticas sociales producidas por medio de relaciones de poder concretas, en una determinada época, formando un conjunto de afirmaciones que establece una gama de posicionamientos del sujeto. El enfoque de los documentos, en lo que se refiere a la orientación para la acción, permite una mirada sobre la construcción del objeto discursivo que pone a disposición lo que el sujeto puede hacer (prácticas) y las condiciones materiales dentro de las cuales ocurren las referidas experiencias²⁶.

Aunque el tipo de discurso presente en las DNC es el político prescriptivo, que presupone un carácter jerárquico-prescriptivo, se incentiva en este documento que la formación médica esté integrada con otros profesionales, tanto en el área de educación (a partir de la educación interprofesional), en las competencias para atención a las necesidades de salud colectiva (estímulo a la inclusión de la perspectiva de otros profesiona-

les y representantes de segmentos sociales) como en la competencia de gestión de salud (apertura para opiniones diferentes y trabajo colaborativo en equipos de salud)³.

Por lo tanto, el capítulo III, que trata de los contenidos curriculares y del proyecto pedagógico del curso de graduación en medicina, orienta con relación al formateo de la estructura curricular para alcanzar los objetivos previstos en las DCN. Los discursos allí presentes se dirigen al incentivo a la inclusión de metodologías que privilegian la participación activa del alumno en la construcción del conocimiento, a fin de promover la integración e interdisciplinariedad en coherencia con una propuesta radical de formación médica dirigida a la humanización e integralidad, objeto de la PNPS.

Posicionamientos

El posicionamiento subjetivo presente en los discursos identifica la localización de la persona dentro de la estructura de derechos y deberes para los que utilizan aquel repertorio^{27,35}. Por lo tanto, en esa etapa del análisis, se lleva en consideración cómo las formas para la construcción de los objetos discursivos se refleja en el posicionamiento de los diversos actores.

Se percibe que, aunque la organización del curso utilice “metodologías que privilegian la participación activa del alumno en la construcción del conocimiento y en la integración entre los contenidos, además de incentivar la interacción entre la enseñanza, la investigación y la extensión”³³ (p. 17), no hay indicación de cómo ese papel activo se otorgará en los proyectos pedagógicos de los cursos.

Algunos autores^{36,37} subrayan que la autonomía basada en el modelo neoliberal siempre es regulada, puesto que los individuos tienden a seguir reglas y normas concebidas por especialistas y por los parámetros construidos por las Políticas Públicas Saludables. De esa forma, incluso con la centralidad del discurso que enfoca el *empowerment* y la autonomía en el sujeto en las DCN, las estrategias presentes en la PNPS y en las DCN no profundizan las discusiones sobre las desigualdades e inequidades en Brasil^{38,39}.

Prácticas

De acuerdo con Willig²⁷, ciertas prácticas pasan a ser formas legítimas de comportamiento por medio de los discursos. Para esa autora es necesario realizar una lectura del tipo de prácticas que tales discusiones discursivas viabilizan en el documento.

Es evidente que, por tratarse de un documento oficial que orienta la formación médica, se dirige a los gestores de la educación superior en medicina. El artículo 7º determina que el “alumno de graduación deberá estar apto para la corresponsabilidad con la propia formación inicial y continuada”³³ (p. 6). No obstante, el alumno de graduación que debe asumir “la participación activa” en su proceso formativo no se considera en ese documento. No hay ninguna mención de camino a seguir para alcanzar ese fin. Por el hecho de que esos actores no se incluyen en la orientación de su proceso formativo, se revela una enorme distancia entre los gestores y los alumnos de graduación, principales actores en ese proceso y para quienes las prácticas son supuestamente diseñadas.

Procesos de subjetivación

La fase final de ese análisis explora la relación entre discurso y subjetividad. Los discursos ponen a disposición ciertas formas de ver el mundo y ciertas formas de estar en el mundo. Ellos construyen las realidades sociales y psicológicas por medio de la inter-animación dialógica o de influencias mutuas^{18,27}.

El análisis ya ha mostrado que los discursos no son neutros, cargan en sus líneas (y entre líneas) intenciones, juicios de valor y posicionamientos que hacen viables, o no, cierto tipo de prácticas en perjuicio de otras. Tales prácticas constituyen realidades sociales y psicológicas, representando formas de ser y de estar en el mundo²⁷.

Los procesos de subjetivación de los sujetos se muestran por medio de los posicionamientos y prácticas a que se delegan, indicando la necesidad del cumplimiento de la norma y de los principios prescritos, instituyendo un Proyecto de previsión y regulación. Se subraya que el documento es un recurso a ser utilizado por los gestores, con la finalidad de reorganizar el proceso formativo en medicina consonante con los principios y directrices de la Política Nacional de Promoción de la Salud que requiere, para su aplicación, prácticas de atención de la salud innovadoras. Sin embargo, los discursos que constan en las DCN desconsideran la potencialidad de los alumnos de graduación para participar activamente de su proceso formativo, contribuyendo con la relación jerarquizada y pasividad tan combatida por el paradigma de la integralidad. Se sabe que la valorización de la autonomía devuelve al individuo la responsabilidad por sus competencias potenciales.

Esos posicionamientos posibilitan la comprensión de la construcción de las relaciones en la institución y en los cursos de Medicina, emergiendo la idea de lo instituido como espacio de poder y toma de decisión que previamente regula comportamientos, pudiendo reproducir determinados enunciados y realidades y afectando subjetividades.

Consideraciones finales

Se reconoce que las nuevas DCN están predominantemente en unísono con lo que se preconiza en la Política Nacional de Promoción de la Salud, puesto que se anhela una formación general, humanista, crítica, reflexiva y ética, capaz de actuar con responsabilidad social y compromiso con la defensa de la ciudadanía y la dignidad humana en los diferentes modelos de atención del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, es importante subrayar que el paradigma de promoción de la salud tiene múltiples lecturas, siendo entonces responsabilidad de los investigadores, profesores, gestores, técnicos y estudiantes resignificar a la luz de las necesidades de salud del pueblo brasileño, llevando en consideración su potencial explicativo y transformador^{4,28}.

De tal forma, se refuerza la idea de que el tensionamiento histórico en la construcción de las DCN pone en evidencia las problemáticas y lagunas de la pauta sobre la formación médica en el país y cómo ellas repercuten en los modelos y propuestas de formación actual.

Igualmente, el análisis también revela que, aunque exista el intento de situar al alumno de graduación como sujeto activo en su proceso formativo, no hay indicación de inclusión de ese actor social en la formulación de sus prácticas formativas. Según Ortega y Gasset⁴⁰, ese es uno de los errores esenciales de una universidad que se pierde entre las definiciones de cultura y ciencia: desconsiderar a los estudiantes.

Entretanto, lo que realmente hay que subrayar en ese análisis es principalmente la tela de interdependencias en la cual la formación académica y el trabajo en salud se insieren⁴¹. Para consolidar los cambios en la formación médica de tal forma que consideren las singularidades, ofrezcan tecnologías para el cuidado y enfrenten los aspectos subjetivos envueltos en el proceso de vivir y enfermarse, se necesitarán espacios de reflexión más profundos que solamente la publicación de nuevas directrices curriculares.

Se subraya también que las realidades construidas en consecuencia de los discursos analizados aquí no fueron objeto de estudio y pueden poner en evidencia otros elementos que contradicen o reafirman los enunciados. Aunque comprendamos que la formación no sucede a priori, no se realiza solamente por medio de lo prescrito, sino del encuentro y en la relación, los enunciados del texto ciertamente activan prácticas institucionales y organizan condiciones en las que las experiencias suceden^{18,27}.

Es en esa perspectiva que los trabajos de Paulo Freire ganan espacio entre las propuestas educativas basadas en la libertad y en la emancipación^{42,43}. Ese abordaje suscita la elaboración de estrategias con la finalidad de promover la participación de los individuos con el objetivo de tener mayor control sobre la vida, eficacia de las políticas públicas, justicia social y mejora de la calidad de vida⁴.

Por lo tanto, si consideramos que, al adoptar un proceso reflexivo y relacional en la construcción de políticas y proyectos para la formación médica, no hay cómo concebir las DCN como algo acabado, sino como algo que vendrá a ser y como una categoría de orientación para la acción. Es con base en ese pensamiento que se apunta hacia la necesidad de énfasis en la reflexividad, por medio de las relaciones dialógicas y en el sentido crítico, como nuevas alternativas para la acción social.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de la 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. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(2):335-42.
2. Machado MH. Perfil dos médicos no Brasil. *RADIS Dados*. 1996; 19.
3. Conselho Nacional de Educação (BR). diretrizes curriculares nacionais para cursos de medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
4. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(3):669-78.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de Março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.



6. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
7. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(4):492-9.
8. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(12):2234-49.
9. Nogueira MI. As mudanças na Educação Médica Brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(2):262-70.
10. Moraes BA, Costa NMSC. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(Spe):9-16.
11. Rocha MND. Educação superior no Brasil: tendências e perspectivas da graduação em saúde no século XXI [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Bahia; 2014.
12. Buss P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(1):163-77.
13. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(3):745-9.
14. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):445-50.
15. Stotz EM, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saude Soc*. 2004; 13(2):5-19.
16. Chiesa NA, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais de saúde: a aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2):236-40.
17. Araujo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saude Publica*. 2007; 31(1):20-31.
18. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):223-38.
19. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*. 2010; 20(2):551-70.
20. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):333-46.
21. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-21.
22. Teixeira CFS, Coelho MTAD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013, 18(6):1635-46.
23. Aguiar AC. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(2):98-101.
24. Carvalho YM, Ceccim RG. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009.



25. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente em salud: una estrategia para intervenir em la micropolítica del trabajo em salud. *Salud Colect.* 2006; 2(2):147-60.
26. Foucault M. *A arqueologia do saber*. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
27. Willig C. *Introduction to qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press; 2010.
28. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saude Soc.* 2004; 13(1):5-13.
29. Sykes CM, Willig C, Marks DF. Discourses in the European Commission's 1996-2000 Health Promotion Programme. *J Health Psychol.* 2004; 9(1):131-41.
30. Testa M. Enseñar medicina. In: Testa M. *Pensar em salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 49-84.
31. Feuerwerker LM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002.
32. World Health Organization. *Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas: no caminho de uma governança compartilhada em prol da saúde e do bem-estar*. Genebra: WHO; 2010.
33. World Medical Association. *Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial: princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. Ferney-Voltaire: WMA; 2013.
34. Almeida Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet.* 2011; 377(9781):1898-900.
35. Davies B, Harré R. Positioning: the discursive production of selves. *J Theory Soc Behav.* 1990; 20(1):43-63. doi: 10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x.
36. Petersen A, Lupton D. *The new public health: health and self in the age of risk*. Londres: Sage Publications; 1996.
37. Lupton D. *Risk*. New York: Routledge; 1996.
38. Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Soc Sci Med.* 2004; 58(1):41-56.
39. Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
40. Ortega Y, Gasset J. *Missão da universidade*. Porto: Seara Nova; 1946.
41. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saude Publica.* 1996; 12(1):7-30.
42. Laverack G. *Health promotion practice: power and empowerment*. London: Sage Publications; 2004.
43. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q.* 1988; 15(4):379-94.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 30/10/17.

Aprobado el 01/10/18.