



## Diagnóstico da denominação dos espaços de organização administrativos e acadêmicos dos cursos médicos no campo da Saúde Coletiva: um estudo ecológico

Diagnosis of the denomination of administrative and academic organizational spaces of medical courses in the field of Public Health: an ecological study

**Camilla da Silva Barros**

Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;  
E-mail: camilla.sbarros@ufpe.br; ORCID: 0000-0003-0981-5313

**Beatriz Cristina Oliveira de Melo**

Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;  
E-mail: beatriz.comelo@ufpe.br; ORCID: 0000-0001-9743-1357

**David Ramos de Carvalho**

Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, PE, Brasil;  
E-mail: david.carvalho@ufpe.br; ORCID: 0000-0001-6724-7479

**Petrônio José de Lima Martelli**

Doutorado em Saúde Pública e Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;  
E-mail: petronio.martelli@ufpe.br; ORCID: 0000-0001-6920-6435

**Resumo: Introdução:** Pelo impacto na formação médica, os processos de ‘estruturar’ e ‘nomear’ formatos de organização demandam contínuo aprimoramento frente às mudanças da sociedade e sua expressão na produção de conhecimento na saúde coletiva, algo nem sempre percebido na realidade. Por este motivo, o objetivo deste trabalho consiste em diagnosticar a filiação dos cursos médicos brasileiros aos paradigmas do histórico campo da saúde coletiva. **Metodologia:** Neste estudo de caso transversal foi realizado um levantamento das instituições com cursos médicos reconhecidos ou em processo de reconhecimento pelo Ministério da Educação, identificação das estruturas administrativas ou acadêmicas correspondentes à Saúde Coletiva, seus programas de pós-graduação relativos a este campo (quando existentes) e organização de tais dados por macrorregião, unidade federativa, organização administrativa e índice do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes. **Discussão dos Resultados:** Foi possível observar um discreto predomínio do grupo que adere ao paradigma da saúde coletiva (37,89 %), o que na análise por macrorregiões é válido apenas para Sudeste (51,11%) e Centro-Oeste (66,67%). Em 75% das instituições privadas não foi possível identificar a estrutura organizacional. Não foi estabelecida correlação entre categoria administrativa, índice do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes e a capacidade da instituição em aderir ao ‘novo’. **Considerações Finais:** Apesar de grande parte das instituições não atribuírem a devida relevância à sua estrutura de organização e da dificuldade em reconhecer algumas inter-relações, levantam-se importantes indagações acerca da temática, passíveis de resposta em estudos posteriores.

**Palavras-chave:** Educação de Graduação em Medicina; Ensino Superior; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Universidades.

**Abstract: Introduction:** Due to the impact on medical education, the processes of 'structuring' and 'naming' organizational formats require continuous improvement in response to social changes in their expression in the production of knowledge in public health, which is not always adequately acknowledged. Therefore, the aim of this study is to diagnose the affiliation of Brazilian medical courses with the paradigms of the historical field of public health. **Methodology:** In this cross-sectional case study, a survey was conducted on institutions with recognized or in-process medical courses approved by the Ministry of Education. The study involved identifying administrative or academic structures corresponding to Public Health, their related postgraduate programs (if applicable), and organizing this data by macro-region, federative unit, administrative organization, and the National Student Performance Examination index. **Discussion of Results:** A slight predominance (37.89%) of medical courses adhering to the paradigm of public health was observed. However, this trend was only valid in the Southeast (51.11%) and Central-West (66.67%) regions, in the analysis by macro-regions. In 75% of private institutions, the organizational structure could not be identified. No correlation was established between the administrative category, National Student Performance Examination index and the institution's ability to embrace the 'new' paradigm. **Final Considerations:** Even though a substantial number of institutions do not attribute sufficient importance to their organizational structure and the difficulty in recognizing certain interrelationships, important questions arise regarding the theme that can be addressed in subsequent studies.

**Keywords:** Undergraduate Medical Education; University Education; Public Health; Universities.

## Introdução

Apesar de suas origens historicamente bem demarcadas, a definição da Saúde Coletiva se apresenta como uma multiplicidade de conceitos<sup>1</sup>. Ora delimitada como 'campo de conhecimento e âmbito próprio de práticas'<sup>2</sup>, ora relativizada como 'área' ou como 'espaço social'<sup>3</sup>, mais tradicionalmente, a Saúde Coletiva também é descrita na literatura como uma 'abordagem proativa para proteger a saúde de uma comunidade'<sup>4</sup> ou ainda como a 'arte política de aplicar a ciência com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde e garantir a saúde integral da população'<sup>5</sup>. Ademais, esse campo de estudo pode ser caracterizado e definido a partir daquilo que o compõe, sendo, portanto, o produto da articulação de conhecimentos e práticas de três áreas disciplinares, três subcampos estruturantes (origem da sua concepção estrutural mais fragmentada): epidemiologia; política, planejamento e gestão; e ciências sociais e humanas em saúde. Isso posto, em meio à ausência de consenso frente às reflexões epistemológicas existentes a respeito do tema, pode-se afirmar, de forma ampla, que a Saúde Coletiva consiste em um campo científico, de práticas e de trabalho que compreende a saúde como estrutura atrelada ao social em seus aspectos históricos, econômicos e político-ideológicos e que, por ter a saúde como prática social por excelência, compromete-se com a compreensão e com a transformação da realidade<sup>6</sup>.

O nascimento da Saúde Coletiva<sup>2</sup> como campo de conhecimento data, no Brasil, do fim da década de 1970, em um contexto sociopolítico de luta pelo reestabelecimento do regime democrático no país, em oposição ao governo ditatorial militar então vigente, e em coexistência ao movimento da Reforma Sanitária brasileira. Seu desenvolvimento tem como fundamento um movimento

preexistente de reformulação nas concepções e abordagens do processo de saúde e adoecimento, manifestado pelo ideário e projeto preventivista (fase pré-Saúde Coletiva)<sup>7</sup>, emergidos em meados de 1955, e o advento da medicina social, que perdurou até o fim dos anos de 1970<sup>8</sup>. Além disso, o advento de uma análise coletiva da saúde também se pôs como base para a implantação institucional desse campo.

Os princípios da Saúde Coletiva no Brasil têm como raízes históricas, segundo sugere a literatura disponível sobre o tema<sup>6,7,9,10</sup>, a reformulação da assistência médica (visando a inclusão da população mais pobre nos cuidados em saúde)<sup>11</sup> e da estrutura das escolas médicas nos Estados Unidos, eventos que datam das décadas de 1950 e 1960. A modificação do ensino médico estadunidense se deu com o intuito de reorientar a prática profissional na saúde, antes sob influência significativa de um modelo de atenção e cuidado à saúde de cunho fortemente curativo, fundamentado no ‘reducionismo biológico e na atenção individual’ fomentado pelo Relatório Flexner<sup>10</sup>. A reforma médica ocorrida nos Estados Unidos, portanto, se propôs a integrar a formação antes fragmentada, em resposta às novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico.

*“[...] essas necessidades que teriam sido, até então, predominantemente dirigidas para a cura das doenças, estariam sendo reorientadas no sentido da obtenção de um estado global da saúde, reorientação que os avanços do conhecimento médico já permitiriam. Nessa medida, uma recuperação integral do paciente, e, ao mesmo tempo, a prevenção das doenças, constituem os novos requerimentos que se estimam para a prática, demandando uma recomposição, no mesmo sentido, do ato médico individual”.*<sup>12:112</sup>

Em tal contexto, as estruturas curriculares foram redesenhadas visando tais modificações, incluindo temáticas próximas à área da Saúde Coletiva (expressão inexistente até então), mas com estratégias de reforma distintas, como a Medicina Preventiva, a Medicina Comunitária e a Medicina Integral<sup>11</sup>. Apesar das suas diferenças e particularidades, tais temáticas tinham como ponto de intersecção a busca por uma prática médica mais abrangente, que compreendesse o ‘fazer saúde’ sob a ótica da promoção da saúde e da prevenção de agravos, além de voltar-se para o reconhecimento dos sujeitos como resultado de um complexo biopsicossocial. A partir disto, entende-se, portanto, que o ensino das disciplinas de saúde coletiva insere-se no escopo da formação médica brasileira como um meio de concretização das pretensões acerca das habilidades e competências do profissional médico, de forma análoga ao fenômeno ocorrido nos Estados Unidos. Visa a garantia de aportes teóricos, metodológicos e tecnologias fundamentais ao exercício profissional a todo os indivíduos envolvidos no processo formativo, através da identificação e da problematização da realidade social nos espaços universitários de ensino-aprendizagem<sup>13</sup>.

Tal perspectiva também se coloca em conformidade com os princípios propostos pelas mais recentes diretrizes curriculares nacionais (DCN)<sup>14</sup> para o curso de graduação em medicina, que legitimam as bases dessa formação. Em consonância ao texto dessas diretrizes, é possível sintetizar, pelas palavras de Veras, Feitosa<sup>15:2</sup>, (2019) que a formação médica tem, em princípio, por objetivo primordial...

*“[...] ser humanista, crítica, reflexiva, ética e com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e dignidade humana, objetivando-se como promotoras da saúde integral do ser humano”.*

A inserção dessas disciplinas na dinâmica de estruturação e organização acadêmico-administrativa dos cursos de medicina perpassa pela autonomia universitária brasileira, consagrada em meados de 1980. A história retrata tentativas anteriores de assegurar essa liberdade de atuação às universidades, como é o caso da Reforma Universitária<sup>16</sup> do Brasil, da década de 1960, que, no que concerne à autonomia universitária, foi, de certa forma, ‘frustrada’, tendo em vista o contexto repressivo de regime ditatorial militar no qual foi desenvolvida. Dentro do mesmo espectro de acontecimentos, anos depois, em 1968, a Lei da Reforma Universitária (Lei nº 5540/68)<sup>17</sup> veio a ser aprovada e entre as suas diversas resoluções, instituiu a organização das instituições em departamentos, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e, ao menos em teoria (ou como manifestação das aspirações dos seus formuladores), a autonomia universitária. Entretanto, após a sua aprovação pelo Congresso Nacional, os trechos do texto relativos à autonomia das Universidades sofreram veto pelo então presidente da República, considerando a contradição que representavam ao ímpeto incessante de centralização do poder do regime vigente.

Por este motivo, a autonomia das universidades brasileiras veio a ser plenamente estabelecida apenas com a promulgação da Constituição Cidadã de 1988<sup>18</sup>. O seu exercício garante aos cursos médicos a liberdade de determinar as particularidades da sua dinâmica curricular (devendo esta ser embasada nas DCN vigentes) e definir como se constituirão as suas estruturas administrativas<sup>19</sup> e acadêmicas (áreas, subáreas, núcleos e departamentos - estes últimos, como citado, com origens na Lei da Reforma Universitária de 1968)<sup>17</sup>, assim como a sua devida denominação.

Nesse contexto, tais atribuições garantem às universidades a possibilidade de, a partir da instituição e da estruturação de departamentos de saúde coletiva nos cursos de graduação em medicina ao redor do país, cumprir seu papel social de contribuir para a construção de uma cidadania que objetiva a transformação da sociedade<sup>20</sup>, por meio da educação e formação profissional. O surgimento dos primeiros departamentos de medicina preventiva nas universidades brasileiras

permitiu a agregação de disciplinas e docentes das diversas subáreas que constituem a saúde coletiva como a bioestatística, a epidemiologia e a antropologia, propiciando, além da integração do ensino, o desenvolvimento deste campo dentro do ambiente acadêmico por meio da pesquisa<sup>21</sup>. Dessa forma, compreende-se que a organização estrutural universitária é capaz de apresentar um impacto direto no produto da formação médica, ou seja, na qualidade dos egressos das instituições de ensino superior (IES) no que tange à sua capacidade de refletir e atender às demandas e exigências sociais com relação à formação médica.

Concomitantemente ao processo de 'estruturar', ocorre a aplicabilidade do processo de 'nomear' tais departamentos. Dentro deste cenário, é válido destacar que o termo 'Saúde Coletiva' foi adotado apenas no Brasil, embora muitos autores<sup>6,7</sup> entendam-no como reflexo de um movimento mais amplo, presente em toda a América Latina. A relevância da adoção desta denominação para as estruturas acadêmico-administrativas universitárias não é dotada de consenso entre os investigadores do campo da Saúde Coletiva. Adentrando à filosofia da linguagem (e da discussão acerca da justeza dos nomes)<sup>22,23</sup>, à existência de uma tese naturalista (que estabelece uma conformidade natural entre a essência das coisas e os seus nomes), contrapõe-se a tese convencionalista (que defende que os nomes das coisas são estabelecidos por convenção dentro da sociedade). A partir desse olhar, discute-se, dentro do campo linguístico, se a adoção do paradigma da saúde coletiva no que tange à denominação de departamentos e estruturas equivalentes teria o potencial de representar mais apropriadamente a essência deste campo do conhecimento e de refletir seu aprimoramento e renovação frente às mudanças tecnológicas, sociais, políticas e econômicas que ocorrem na sociedade, além da sua expressão na produção de conhecimento no campo da saúde coletiva.

De modo geral, a realidade acaba por denotar um distanciamento entre o desenvolvimento das inovações alcançadas no conhecimento acerca da Saúde Coletiva e a sua incorporação aos programas de ensino universitários<sup>19</sup>, de modo que estes tornam-se, com indesejável frequência, obsoletos, tendo em vista que permanecem vinculados a sistemas já superados. Ou seja, compreende-se que tais programas permanecem vinculados, portanto, a concepções de saúde incapazes de abranger todas as dimensões da vida humana que permeiam seu conceito<sup>24</sup>. Neste sentido, compreendem-se os potenciais impactos negativos à formação médica (e, conseqüentemente, em seu fim último, aos indicadores de saúde da sociedade em que estes profissionais estão inseridos) representados pela existência de IES cujo ensino da saúde coletiva está estruturalmente atrelado a paradigmas<sup>25</sup> 'ultrapassados' e é dentro desta perspectiva que se propõe o cerne deste estudo.

O objetivo do trabalho consiste, portanto, em diagnosticar a filiação das estruturas de organização acadêmico-administrativas dos cursos médicos reconhecidos no Brasil ao histórico campo

de conhecimento que é a saúde coletiva a partir das nomenclaturas que estas adotam. Para este fim, busca-se, inicialmente, verificar os cursos médicos reconhecidos ou em processo formal de reconhecimento pelo Ministério da Educação (MEC) no Brasil, identificando as denominações das suas respectivas estruturas administrativas e/ou acadêmicas e posteriormente recortando-os por região, unidade federativa, categoria administrativa, organização acadêmica e conceito do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), buscando, em última análise, relacionar as denominações destas áreas e departamentos aos diversos paradigmas do campo da saúde coletiva e às variáveis previamente citadas.

## Metodologia

Este trabalho consistiu em um estudo de caso com delineamento transversal construído com o intuito de explorar o universo dos cursos médicos oferecidos no Brasil, recortando-os por região, categoria administrativa e organização acadêmica, de modo a estudar as suas estruturas de organização relativas ao campo da saúde coletiva. Trata-se de um estudo ecológico que visa formar, portanto, um panorama geral acerca do tema.

O curso da pesquisa teve início no mês de setembro do ano de 2021 a partir do levantamento das instituições de ensino superior brasileiras com oferta de cursos de medicina reconhecidos ou em processo de reconhecimento pelo MEC através do seu banco de dados eletrônico, o e-MEC. Durante este processo, foram realizadas reuniões com o fim de alinhar e ajustar os critérios de inclusão e exclusão dos cursos, permitindo que os resultados da busca fossem equiparáveis entre os pesquisadores envolvidos no trabalho. Além disso, foram registrados os conceitos ENADE de cada um dos cursos. Após esta etapa, foi realizado um mapeamento das instituições de ensino superior encontradas na primeira fase, registrando seus domínios virtuais e formas de contato (e-mails e telefones) para que, a partir disso, cada um destes domínios pudesse ser visitado em busca das informações necessárias para a construção do estudo. Em caso de não disponibilidade dos dados, as IES foram contatadas individualmente através de e-mails e/ou ligações telefônicas para esclarecimento. Além disso, foi realizada uma busca na plataforma Sucupira<sup>26</sup> para encontrar programas estruturados de pós-graduação no campo da Saúde Coletiva vinculados às instituições encontradas na etapa inicial da pesquisa. A plataforma Sucupira consiste em um sistema informatizado ligado ao governo federal utilizado para a coleta de dados, realização de análises e de avaliações acerca do Sistema Nacional de Pós-Graduação brasileira.

Todos os dados coletados nestas primeiras etapas foram agrupados e organizados em planilhas, contendo as seguintes colunas de estratificação: nome da instituição, a sua caracterização

administrativa [IES públicas federais, estaduais, municipais ou especiais (públicas não gratuitas); IES privadas com fins lucrativos ou sem fins lucrativos], denominação das estruturas administrativas e/ou acadêmicas correspondentes à área da Saúde Coletiva (incluindo áreas, núcleos, departamentos ou estruturas equivalentes), regiões geográficas e unidades federativas às quais são pertencentes, o seu respectivo conceito ENADE, seu programa de pós-graduação (quando existente), além de seus domínios virtuais e meios de contato.

Por fim, foi construído um banco de dados a partir das informações presentes nas planilhas de registro, relacionando as variáveis de estudo previamente obtidas com os grupos de paradigmas do histórico campo da saúde coletiva (medicina social, medicina preventiva, saúde pública, saúde comunitária e saúde coletiva), propiciando uma análise comparativa entre elas através da elaboração de gráficos, cujos resultados serão discutidos posteriormente neste trabalho.

O presente estudo trabalhou unicamente com dados secundários, disponibilizados pelas IES, todos de domínio público, ou seja, aos quais a sociedade civil possui direito a acesso. Além disso, não houve publicização da identificação das instituições no estudo, ou seja, a análise se deu no conjunto das IES brasileiras. Portanto, no contexto desse trabalho, não ocorreram danos diretos ou indiretos a nenhuma instituição, sendo dispensável, por este motivo, a submissão ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, instituição de origem dos autores do presente estudo.

### **Discussão dos Resultados**

Foram encontradas 269 instituições de ensino superior com reconhecimento pelo MEC concluído ou em processo, sendo 20 na região Norte, 62 na região Nordeste, 26 na região Centro-Oeste, 115 na região Sudeste e 46 na região Sul, cuja divisão por unidade federativa está representada na figura 1.

Dentro do grupo de 269 IES, aproximadamente 57,5% foram excluídas do estudo por não terem sua forma de organização acadêmica identificada, não estando esta informação disponível nos seus respectivos domínios virtuais e havendo ausência de resposta às tentativas de estabelecer contato. Dentro deste grupo, ainda foram incluídas duas IES que optaram por não fornecer os dados solicitados, por desinteresse em participar da pesquisa (um) e por alegação de sigilo das informações em questão (um). Foram excluídas ainda outros 7% das IES, cuja forma de organização acadêmica não tinha caráter departamental ou divisão em estruturas equivalentes, de modo que sua inclusão não respeitaria os objetivos e interesses do estudo. Assim, foram incluídas para análise final, 95 IES (22 na região Nordeste, oito na região Norte, três na região Centro-Oeste, 17 na região Sul e 45 na região Sudeste).

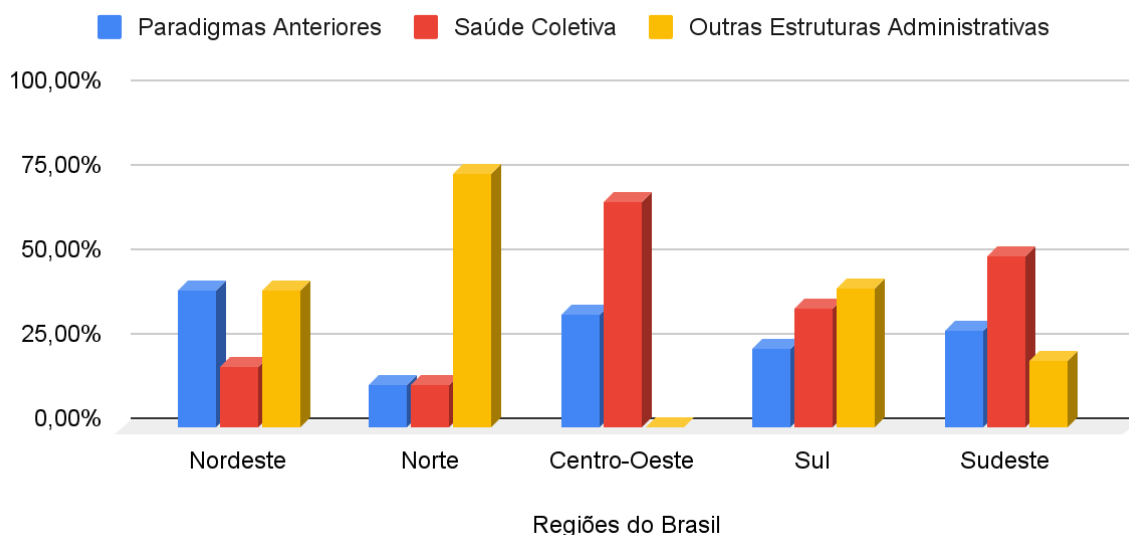
**Figura 1.** Instituições de ensino superior reconhecidas ou em processo de reconhecimento pelo MEC por unidade federativa.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Em análise global, vê-se um certo equilíbrio entre as colunas de estratificação propostas com discreto predomínio do grupo que tem na saúde coletiva (37,89 %) o fundamento para nomear suas estruturas acadêmicas e administrativas, em relação às demais [cerca de 29,5% estão atreladas a paradigmas anteriores e pouco mais de 32% têm outras formas de nomear, seja pelo nome do curso ou de modos mais inespecíficos como departamentos de ciências da saúde ou de ciências da vida, por exemplo, não se atendo aos paradigmas clássicos]. Na análise estratificada por regiões (gráfico 1), pôde-se observar que essa predominância é válida apenas para as regiões Sudeste (51,11%) e Centro-Oeste (66,67%), o que, neste último caso, pode estar atrelado ao baixo contingente de IES (apenas três instituições obedeciam aos critérios para serem incluídas no estudo). Na região Nordeste, entretanto, observa-se o evento oposto, com cerca de 41% das IES nomeando seus departamentos a partir de paradigmas antigos do histórico campo da saúde coletiva como a medicina preventiva e social e a saúde pública.



**Gráfico 1.** Paradigma de filiação do histórico campo da saúde coletiva pelas IES por região do Brasil.

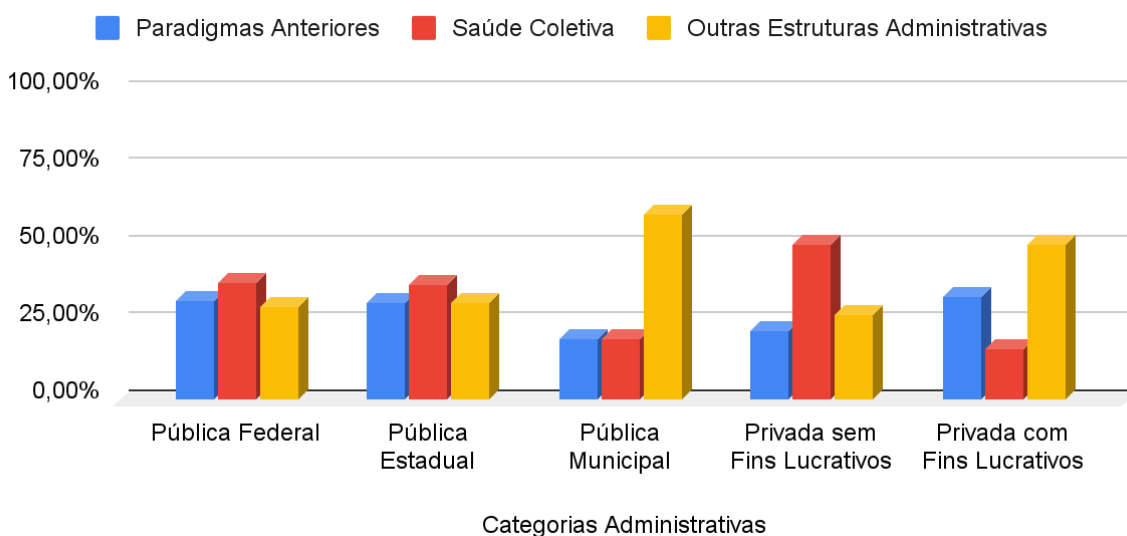
Fonte: Elaborado pelos autores

De modo geral, na análise estratificada por categoria administrativa, percebeu-se, inicialmente uma importante discrepância entre IES de administração públicas e privadas no que tange à publicização dos dados acerca de sua forma de organização acadêmica. Em cerca de 39% das IES públicas (de administração federal, estadual ou municipal) a estrutura de organização acadêmica não foi passível de identificação em seus domínios virtuais e os seus coordenadores e secretários não puderam ser contatados, o que ocorreu em praticamente 75% das IES privadas reconhecidas ou em processo de reconhecimento pelo MEC, potencialmente elegíveis em um momento inicial para inclusão no estudo. A deficiente transparência no produto das gestões destas IES é algo que, para além dos resultados desta pesquisa, levanta-se como uma problemática relevante para outros aspectos relativos à qualidade do ensino nestas instituições e, conseqüentemente, da formação de seus egressos, no momento de sua inserção para a prática de saúde na sociedade.

Após uma análise criteriosa dos dados obtidos na pesquisa, não foi possível perceber uma relação clara entre a categoria administrativa da instituição e sua capacidade em aderir ao 'novo' e incorporá-lo em suas estruturas departamentais (ou equivalentes) relativas à saúde coletiva, conforme mostra o gráfico 2. Dentro do grupo das instituições públicas (de administração federal, estadual ou municipal), cerca de 36,6% nomeavam seus departamentos com base no paradigma da saúde coletiva, enquanto aproximadamente 31% estavam atrelados a paradigmas anteriores. As demais IES apresentavam outras nomenclaturas fora do campo da saúde coletiva para suas estruturas departamentais. Analisando-se os níveis de governo, percentagens destoantes são observadas apenas nas IES públicas municipais (gráfico 2), nas quais 60% têm estruturas de organização denominadas com

termos fora da saúde coletiva, o que pode estar relacionado ao baixo contingente de IES (apenas cinco foram incluídas no estudo).

**Gráfico 2.** Paradigma de filiação do histórico campo da saúde coletiva pelas IES por categoria administrativa.



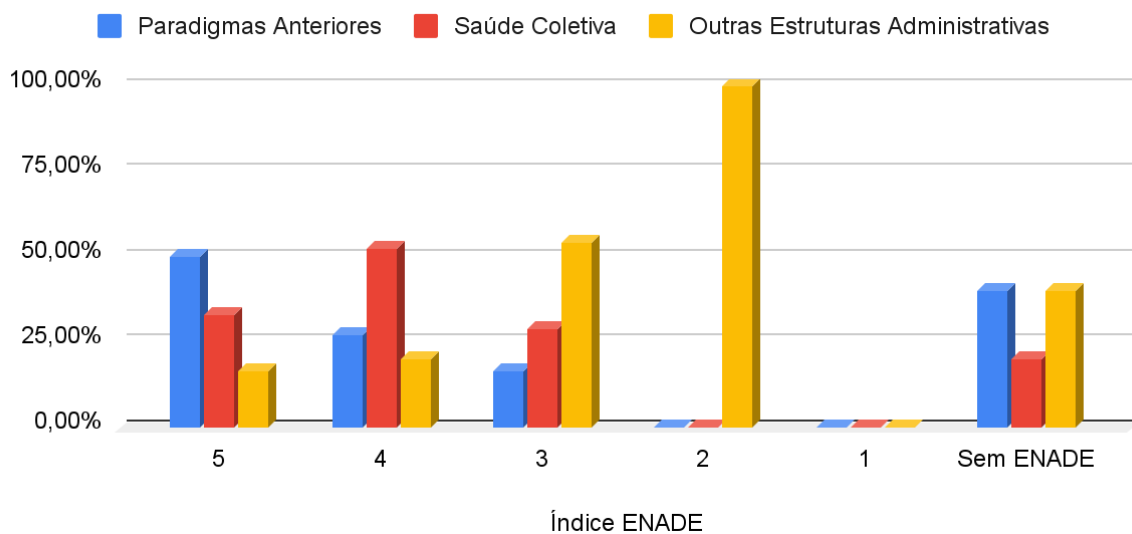
Fonte: Elaborado pelos autores

Com relação à esfera privada de administração (instituições privadas com ou sem fins lucrativos, de acordo com a sua classificação pelo domínio do e-MEC), há um certo predomínio no grupo vinculado ao paradigma da saúde coletiva, com cerca de 41,7% das IES. 25% de todas as IES privadas encontram-se vinculadas a paradigmas anteriores deste campo de conhecimento e cerca de um terço delas tem outras nomenclaturas. Ainda dentro desta análise, no grupo de IES privadas sem fins lucrativos, 50% das instituições aderem ao paradigma da saúde coletiva, o que ocorre em apenas 16,7% das IES privadas com fins lucrativos. A metade destas últimas têm estruturas de organização com nomenclaturas fora do campo da saúde coletiva.

Outro recorte realizado foi a avaliação da filiação das IES aos paradigmas do histórico campo da saúde coletiva de acordo com o seu conceito ENADE, como demonstra o gráfico 3. O ENADE é um indicador que avalia a qualidade dos cursos de graduação no Brasil através da análise do cumprimento dos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares estabelecidas para cada um dos cursos e do rendimento de seus egressos no que diz respeito à aquisição de habilidades e de competências necessárias ao aprofundamento da formação geral e profissional<sup>27</sup>. Dentro deste recorte foi possível observar que cerca de 16% das IES com reconhecimento pelo MEC (ou que estão em processo) ainda não possuem índice ENADE. Entre as demais, pôde-se observar uma relação inversa entre o seu valor e a percentagem de IES cuja forma de organização administrativa e acadêmica não foi possível de ser identificada ou não houve resposta aos contatos dos pesquisadores, sendo de 20%

entre as 25 IES com conceito 5, 51,1% entre as 90 com conceito 4, 63,1% nas 84 instituições com conceito 3, 72,2% nas 18 com conceito 2, e chegando à totalidade das instituições com ENADE 1.

**Gráfico 3.** Paradigma de filiação do histórico campo da saúde coletiva pelas IES por índice ENADE.



Fonte: Elaborado pelos autores

Entre as instituições com informações disponíveis não foi possível perceber uma relação clara entre a categoria administrativa da instituição e sua adesão ao mais recente paradigma do campo da saúde coletiva, como evidenciado no gráfico 3. Nas IES com conceito ENADE 5 foi percebido um predomínio discreto nas denominações vinculadas a paradigmas anteriores, representado por 50% das IES. Nas IES com conceito ENADE 4, por sua vez, o paradigma da saúde coletiva mostrou-se predominante, com 52,5% das IES neste subgrupo. Cerca de 54,2% das IES com conceito ENADE 3 denominam seus departamentos e estruturas equivalentes com nomenclaturas fora do campo da saúde coletiva, o que ocorre na totalidade das cinco IES com conceito ENADE 2. Dentre os cursos médicos sem conceito ENADE durante o curso do estudo 40% nomeavam seus departamentos com base no paradigma da saúde coletiva e outros 40% estavam atrelados a paradigmas anteriores. As demais IES dentro deste grupo apresentavam outras nomenclaturas fora do campo da saúde coletiva para suas estruturas departamentais.

No estado de Pernambuco, pouco mais de 63% das IES inicialmente encontradas não foi possível identificar a forma de organização administrativa e acadêmica, um percentual de grande expressão. Em mais 18% delas não havia organização departamental. Dentro da amostra restante, foi percebido um equilíbrio entre a saúde coletiva e as IES que aderiam a paradigmas anteriores deste campo. Dentre todas as unidades federativas, a problemática da falta de transparência das informações foi proporcionalmente mais relevante no Amazonas (75%), em Tocantins (75%), no Paraná

(76,47%), no Espírito Santo (80%), no Distrito Federal (80%), em Goiás (81,82%) e também no Mato Grosso e no Mato Grosso do Sul, onde nenhum dos cursos médicos identificados respondeu ao contato dos pesquisadores. Apesar da expressividade percentual, destaca-se o baixo número absoluto de IES nessas localidades, que variou entre quatro (no Mato Grosso do Sul, no Amazonas e em Tocantins) e 17 (no Paraná).

O fenômeno inverso, ou seja, índices de transparência mais elevados, pôde ser observado nas seguintes unidades federativas: Ceará e Rio Grande do Norte, ambas com 75% das IES com dados disponíveis publicamente ou após contato com a instituição; Rio Grande do Sul com 81,25%; e Acre, Amapá e Roraima, em que todas as IES inicialmente elegíveis para o estudo puderam ter suas informações obtidas. Também nesta análise, apesar da expressividade percentual, destaca-se o baixo número absoluto de IES nessas localidades, que variou entre uma (no Acre, no Amapá e em Roraima) e 16 (no Rio Grande do Sul).

Dentro das informações alcançadas, os números foram mais expressivamente favoráveis ao paradigma da Saúde Coletiva (mais de 50% das IES cuja forma de organização foi passível de identificação) no estado do Amazonas (100%, representado por apenas uma IES), de Goiás (100%, com duas IES), do Paraná (66,67% das três IES), de Minas Gerais (52,94% das 16 instituições) e do Rio de Janeiro (57,14% das sete instituições). Por outro lado, os valores percentuais foram mais expressivamente favoráveis a paradigmas anteriores deste campo de conhecimento (ou seja, mais de 50% das IES cuja forma de organização foi passível de identificação) nos estados da Paraíba (100%), de Rondônia (100%), do Espírito Santo (100%), do Ceará (75%) e também no Distrito Federal (100%), o que pode estar relacionado ao baixo número de IES, que variou entre uma (na Paraíba, em Rondônia, no Espírito Santo e no Distrito Federal) e quatro (no Ceará).

Em São Paulo, unidade federativa com maior número absoluto de instituições, identificou-se um predomínio na adesão das IES ao paradigma da saúde coletiva, representado por 50% das instituições. Outros 40%, por sua vez, encontravam-se vinculados a paradigmas já ultrapassados deste campo do conhecimento.

A existência de programas estruturados de pós-graduação no âmbito da saúde coletiva não foi um fator determinante entre os analisados para a capacidade das instituições em aderir ao 'novo'. Para estudar esse aspecto, a busca de dados na plataforma Sucupira<sup>26</sup> foi realizada e nesta foram identificadas 49 instituições com programas estruturados de pós-graduação em saúde coletiva, do tipo mestrado e doutorado, acadêmicos e profissionais e que concomitantemente possuem cursos médicos. Dentro deste grupo, 14 (28,6%) IES têm departamentos nomeados pelo paradigma da saúde coletiva e outras 14 atreladas a paradigmas antigos. Deste grupo, três (6,1%) instituições não tinham

seus cursos médicos reconhecidos ou em processo formal de reconhecimento pelo MEC em curso e oito (16,3%) não tiveram sua estrutura de organização administrativa e acadêmica passível de identificação.

Como abordado anteriormente, a temática da denominação das estruturas departamentais em estudo perpassa por divergências que concentram até mesmo discussões antigas acerca da “justeza dos nomes” e do seu vínculo à essência das coisas e ao seu papel na sociedade. Tais divergências se expõem nos resultados deste trabalho, onde é possível perceber a intensa variação entre os paradigmas do campo da saúde coletiva que as instituições optam por adotar na nomenclatura de suas estruturas de organização.

Por um lado, algumas instituições ao redor do país vêm em um movimento de renovação, optando por realizar a mudança de seus antigos nomes pelo paradigma da saúde coletiva. Foi o que ocorreu, por exemplo, com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Com seu departamento de Medicina Preventiva e Social atuante desde 1965, a universidade optou por realizar a mudança na sua denominação no ano de 2011. A então chefe do departamento, Marilisa Berti de Azevedo Barros, na ocasião, discorreu em entrevista acerca da necessidade de “sintonizar as práticas e atividades desenvolvidas pelo conjunto de professores, pesquisadores e alunos do Departamento com o campo disciplinar no qual, de fato, se inserem na atualidade, que é o campo da Saúde Coletiva”<sup>28</sup>. Algo semelhante ocorreu na Universidade Federal Fluminense (UFF). O Instituto de Saúde Coletiva da universidade foi fundado em 1995, com os docentes integrantes do antigo Departamento de Saúde da Comunidade, da Faculdade de Medicina da UFF, que optaram pela mudança de nome<sup>29</sup>.

Por outro lado, instituições de grande relevância para a produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva na atualidade apresentam em sua denominação paradigmas anteriores, como é o caso da ‘Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca’, da Fundação Oswaldo Cruz e ‘Faculdade de Saúde Pública de São Paulo’, vinculada à Universidade de São Paulo (USP). Esta última é responsável por dois cursos de graduação, sendo um deles o de Saúde Pública. As disciplinas relativas ao campo da Saúde Coletiva dentro do curso médico da USP ficam, por sua vez, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva da instituição, no *campus* da cidade de São Paulo e do Departamento de Medicina Social, no *campus* da cidade de Ribeirão Preto. Apesar da importância das duas instituições inicialmente citadas para a produção científica desse campo do conhecimento, ambas optaram por manter o tradicionalismo no que diz respeito às suas denominações.

Em contraponto, considerando-se que a inserção da Saúde Coletiva no processo de formação dos profissionais médicos demanda um enfrentamento à rigidez de estruturas curriculares e modelos pedagógicos em todos os seus âmbitos<sup>30</sup>, é passível de indagação a capacidade das estruturas de

organização dos cursos médicos relativos à Saúde Coletiva de refletirem uma nova lógica no seu processo de ensino e aprendizagem quando não encontram-se integralmente vinculadas ao paradigma mais atual deste campo do conhecimento. Desta forma, em última análise, os dados obtidos põem em dúvida, portanto, o 'bom exercício' da autonomia universitária e a sua capacidade em concretamente ser refletida em ganhos à formação médica e, em última análise, ao fazer saúde para a população brasileira, de acordo com suas demandas e necessidades. As modificações ocorridas na saúde coletiva apenas alcançam seu pleno sentido se esta for concebida - assim como é teorizada - como um campo de práticas e de trabalho que se compromete com a transformação da realidade que estuda e busca conhecer. Sua implementação na formação de jovens profissionais, tem, nesse contexto, parte essencial nesse papel, nem sempre tomado como relevante, como percebido com os resultados deste trabalho.

### Considerações finais

A partir do processo de execução do presente estudo, foi possível perceber que boa parte das IES não atribuem o devido grau de relevância à sua estrutura de organização acadêmica e administrativa (ou se atribuem, não a manifestam), tendo em vista o grande percentual de instituições cujo arranjo organizacional não foi passível de ser identificado. Durante a execução do trabalho, o principal desafio encontrado foi esta escassez de informações acerca de muitas IES, impedindo o estudo com um  $n$  mais amplo e, conseqüentemente, mais representativo de instituições. Na etapa de coleta de dados, a busca aos domínios virtuais das instituições não contemplava, em uma grande parcela dessas, todas as informações referentes às suas estruturas de organização administrativa e acadêmica relacionadas ao campo da saúde coletiva, demandando o contato direto com os seus coordenadores (e outros membros da equipe pedagógica) para obtê-las. Nesse contexto, foi acrescida a desatualização dos meios de contato (telefônicos e por e-mail), que apesar do tempo e dos esforços despendidos, em grande parte não produziram resultados relevantes. Tal fato levanta a dúvida acerca do valor que estas atribuem à transparência de suas gestões e à contribuição com a produção de saber científico.

Com as evidências obtidas no estudo, foi possível perceber um discreto predomínio do paradigma da saúde coletiva na denominação dos departamentos e estruturas equivalentes, o que demonstra algum movimento de renovação por parte das instituições, com motivação, ao menos teórica, de abandonar, progressivamente e de forma absoluta, o tradicionalismo no ensino das disciplinas relacionadas à saúde coletiva nos cursos médicos brasileiros. Apesar disso, não foi possível estabelecer, neste momento, correlações com variáveis capazes de fundamentar as razões deste movimento, de modo que não se observou relação clara entre a filiação destas estruturas de

organização ao paradigma da saúde coletiva e a forma de organização administrativa das suas instituições ou com a dimensão da sua relevância na produção de conhecimento dentro deste campo de conhecimento na atualidade.

Neste sentido, apesar da dificuldade constatada em reconhecer algumas ligações e inter-relações entre as variáveis envolvidos no trabalho, em sendo este um estudo ecológico, são fornecidos importantes subsídios e levantadas indagações extremamente relevantes acerca da temática, passíveis de serem respondidas em estudos posteriores, em estudos de caso ou por meio de outras metodologias que possam vir a ser adotadas.

## Referências

1. Jarvis T, Scott F, El-Jardali F, El-Jardali F, Alvarez E. Defining and classifying public health systems: A critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Syst.* 2020;18(1):1–12.
2. Paim JS, de Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador, Brasil: Casa da Qualidade; 2000. 125 p.
3. Paim JS, de Almeida-filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. 665 p.
4. Benton K, Polite S. The Disconnect between Public Health and Health Care. *Health Prog.* 2016;97(2):58–61.
5. WHO. Essential Public Health Functions - a three-country study in the Western Pacific Region. *World Health.* 2003;151.
6. Osório A, Schraiber LB. The field of collective health: Definitions and debates on its constitution. *Saude Soc.* 2015;24(Vi):201–14.
7. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saude Soc.* 1994;3(2):5–21.
8. Ianni AMZ, Spadacio C, Barboza R, Alves OSF, Viana SDL, Rocha AT. Social Sciences and Humanities in Health in ABRASCO: the construction of social theory in health. *Cad Saude Publica.* 2014;30(11):2298–308.
9. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? Em: *Saúde Coletiva: Teoria e Prática.* 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3–12.
10. Pagliosa FL, Da Ros MA. The Flexner Report: for good and for bad. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(4):492–9.
11. Mota A, Schraiber LB, Ayres JRCM. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo. *Interface Communic Health Educ.* 2018;22(65):337–48.
12. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo, Brasil: Hucitec; 1989. 133 p.
13. Agostinho Neto J, Cavalcante PS, da Silva Filho JD, dos Santos FD, Maia AMPC, Simião AR. O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa. *Saude Debate.* 2022;46(spe6):281–97.
14. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução N° 3, de 20 de junho de 2014 [Internet]. Brasil; 2014 p. 14. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003\\_14.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view)

15. Veras RM, Feitosa CCM. Reflections on the national curricular guidelines of undergraduate medical courses based on the national health promotion policy. *Interface Communic Health Educ.* 2019;23:1–14.
16. Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TDP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface Communic Health Educ.* 2013;17(44):187–99.
17. Brasil. Lei nº 5.440, de 28 de novembro de 1968. 5.540 Brasil; 1968.
18. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasil; 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
19. Lopes LAC, Bernardes FR. Estruturas Administrativas das Universidades Brasileiras. Universidade Federal Fluminense; 2005.
20. Santos Jr AL. Universidade e sociedade: uma relação possível pelas vias da extensão universitária. *Revista Inter-Legere.* 2013;01(13):299–335.
21. Vieira-da-Silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. Prefácio. 2015;25–48.
22. Almeida BMBM, Pinho KRO. Uma Reflexão acerca do Crátilo, de Platão. *Porto Letras.* 2016;2(2):234–52.
23. Tucci F. Crátilo e Ferenczi: uma reflexão sobre a linguagem. *Cad Psicanálise (CPRJ).* 2010;42(43):207–23.
24. Backes MTS, da Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, dos Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. 2009;17(1):111–7. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/conceitos-saude-doenca.pdf>
25. Paim JS, de Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica* [Internet]. 1998;32(4):299–316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRjtSgSdw7y/abstract/?lang=pt>
26. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Superintendência de Informática, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Diretor de Tecnologia da Informação. Plataforma Sucupira [Internet]. 2022. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativos.jsf;jsessionid=y0U5nTvblUqALxmRfQYSqqop.sucupira-214?areaAvaliacao=22&areaConhecimento=40600009>
27. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) [Internet]. [citado 1o de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/enade>
28. Montalti E. Departamento de Medicina Preventiva e Social passa a se chamar Departamento de Saúde Coletiva [Internet]. 18/11/2011. 2011 [citado 6 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/noticias/2015/departamento-de-medicina-preventiva-e-social-passa-se-chamar-departamento-de-saude-coletiva>
29. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Nossa História [Internet]. [citado 6 de junho de 2023]. Disponível em: <http://isc.uff.br/1419-2/>
30. Costa HOG, Rangel ML. Desafios do Ensino da Saúde Coletiva na Graduação dos Profissionais de Saúde. *Cien Saude Colet.* 1997;2(1):164–71.



**Como citar:** Barros CS, de Melo BCO, de Carvalho DR, Martelli PJL. Diagnóstico da denominação dos espaços de organização administrativos e acadêmicos dos cursos médicos no campo da Saúde Coletiva: um estudo ecológico. **Rev Saude Redes.** 2023;9(3):4127. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.4127

**Submissão:** 03/03/2023

**Aceite:** 09/08/2023