

Abordagens e percepções das iniquidades em saúde na formação médica: uma revisão de escopo

Approaches and perceptions of health inequalities in medical training: a scope review

Liliana Santos¹ 

lilianapsico@gmail.com

Romário Correia dos Santos² 

romario.correia@outlook.com

Juliana Lima Ferreira³ 

julianalferreir@gmail.com

Ana Maria Rico^{4,5} 

ricoanam@gmail.com

Tiago Santos Almeida⁶ 

tiago.almeida@unb.br

RESUMO

Introdução: Pesquisas apontam a existência de um abismo entre a formação médica e as necessidades das populações e dos sistemas de saúde, ao não considerarem as iniquidades em saúde no processo formativo dos estudantes, cujo resultado é uma força de trabalho mal preparada para os desafios do século XXI. Assim, são imprescindíveis estudos de monitoramento e avaliação de ações e estratégias formativas que possam subsidiar formuladores de políticas, gestores e controle social em uma reorientação do modelo formativo médico que contribua para uma atenção à saúde equitativa epidemiologicamente eficiente e socialmente justa.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo mapear a produção científica internacional sobre a abordagem das iniquidades em saúde na formação médica, considerando temas, estratégias e percepções acerca da sua importância para o cuidado no processo saúde-doença.

Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão de escopo, realizada nas bases de dados ou bibliotecas virtuais PubMed, Lilacs, SciELO, Web of Science, além de consulta a especialistas. Foram considerados artigos em inglês, espanhol e português, os quais, após os critérios de inclusão e exclusão, conformaram um *corpus* de 27 artigos.

Resultado: Os artigos incluídos representam 12 países de três continentes que abordam iniquidades em saúde segundo diversos marcadores, como raça, etnia, gênero e sexo. As estratégias de abordagem das iniquidades durante a formação médica são distribuídas em disciplinas obrigatórias, eletivas, por meio de simulações clínicas, de maneira transversal ao curso, em palestras, *workshops*, tutorias ou ações extracurriculares. Todavia, a maioria dos estudos demonstram a pouca contextualização sócio-histórica dessas abordagens, reafirmando estereótipos, percepções negativas dos estudantes em relação aos marcadores sociais ou pouca compreensão de sua relação com o processo saúde-doença. Contudo, quando as iniquidades em saúde são abordadas de uma forma efetiva e crítica, parece haver ganhos importantes na aquisição de habilidades clínicas, responsabilização social, empatia e sensibilidade à história social dos pacientes.

Conclusão: Há uma urgência em se avançar na reorientação de cursos médicos para um cuidado capaz de reconhecer as necessidades gerais e específicas dos indivíduos e grupos sociais nas suas diferentes trajetórias de vida, amparados nos suportes teóricos e políticos das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Educação Médica; Iniquidades em Saúde; Política de Saúde; Recursos humanos em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Research points to the existence of a gap between medical training and the needs of populations and health systems, by not considering health inequalities in the training process of students, which results in a workforce that is ill-prepared for the challenges of the XXI century. Thus, studies are needed to monitor and evaluate training actions and strategies that can support policy makers, managers and social control in a reorientation of the medical training model that contributes to equitable, epidemiologically efficient and socially fair health care.

Objective: To map the international scientific production on addressing health inequalities in medical training, considering themes, strategies and perceptions about their importance for care in the health-disease process.

Method: This is qualitative research of the scope review type, carried out in the databases or virtual libraries PubMed, Lilacs, SciELO, Web of Science, in addition to consultation with specialists. Articles in English, Spanish and Portuguese were considered, in which, after the inclusion and exclusion criteria, a corpus of 27 articles was formed.

Results: The articles included represent twelve countries from three continents, which address health inequities according to different markers such as race, ethnicity, gender and sex. Strategies for approaching inequalities during medical training are distributed in mandatory and elective disciplines, through clinical simulations, transversally to the course, in lectures, workshops, tutorials or extracurricular activities. However, most studies show little socio-historical contextualization of these approaches, reaffirming stereotypes, negative perceptions of students in relation to social markers or little understanding of their relationship with the health-disease process. On the other hand, when health inequalities are addressed in an effective and critical way, there seem to be important gains in the acquisition of clinical skills, social responsibility, empathy and sensitivity to the social history of patients.

Final considerations: There is an urgent need to move forward in reorienting medical courses towards care capable of recognizing the general and specific needs of individuals and social groups in their different life trajectories, supported by theoretical and political supports of health inequities.

Keywords: Medical Education; Health Inequities; Health Policy; Health Human Resource Training; Unified Health System.

¹ Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

² Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Salvador, Bahia, Brasil.

⁴ Universidad Nacional de José C. Paz, Buenos Aires, Argentina.

⁵ Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires, Argentina.

⁶ Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

INTRODUÇÃO

As iniquidades em saúde vêm sendo estudadas no campo da saúde coletiva, em que há uma preocupação histórica por compreender as relações entre saúde, doença e cuidado, partindo da análise das desigualdades injustas e evitáveis nas quais as diversas populações nascem, vivem, adoecem e morrem^{1,2}. Nas suas trajetórias de vida, as pessoas precisam de cuidados em saúde, sendo as práticas realizadas pela profissão médica dominantes e hegemônicas, o que acaba influenciando e até definindo os rumos das práticas dos demais profissionais da saúde e, por conseguinte, os fluxos dos processos terapêuticos vivenciados pelos usuários dos serviços de saúde³.

Desde 1970, a educação médica e a profissão médica no contexto latino-americano têm sido objeto de diversos estudos pioneiros que propunham uma reflexão sociológico-crítica baseada no referencial marxista, considerando um modo de produção de profissionais da saúde nas sociedades capitalistas modernas. Como exemplo, citamos o célebre estudo *La educación médica en la América Latina*, em que Juan César García⁴ tece importantes considerações sobre a necessidade de uma educação médica capaz de romper com os ideais positivistas que reduzem os sujeitos a uma mera estrutura biológica com capacidade produtiva⁵.

Nessa mesma década, Cecília Donnangelo^{6,7}, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves⁸, Madel Luz⁹ e Sérgio Arouca¹⁰ analisaram o profissional médico e a prática da medicina no Brasil a partir de diversas perspectivas teórico-conceituais que convergem na dialética sociedade-saúde-trabalho-capital, em que papel do médico é interpretado, de algum modo, como instrumento de perpetuação ou redução das iniquidades em saúde.

Cinquenta anos após esses estudos, consensos internacionais ainda indicam a existência de um abismo entre a formação médica e as necessidades das populações e dos sistemas de saúde, cujo resultado é uma força de trabalho mal preparada para os desafios do século XXI, com forte orientação hospitalocêntrica e que não considera a saúde no seu conceito mais ampliado ou nas suas práticas mais equitativas^{11,12}.

Numa conjuntura política favorável, o Brasil tentou avançar na superação desse desafio. Em 2014, novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina foram formuladas com o propósito de aprimorar competências, valores e perspectivas para a concretização do perfil do egresso em Medicina nos âmbitos da educação e da saúde, com a inclusão no currículo médico de abordagens e discussões considerando os conceitos de raça, etnia, gênero, sexo e classe, entre outros, como temas transversais. Essas mudanças pretenderam valorizar a responsabilidade social como elemento central no exercício da medicina visando à redução das iniquidades e desigualdades em saúde¹³, dialogando, assim, com as

recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) no reconhecimento do impacto dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) na saúde populacional¹⁴.

Nesse sentido, vale destacar tanto a interação currículo-aprendizagem dos estudantes quanto a reprodução de desigualdades e iniquidades que tendem a se perpetuar desde o interior dos cursos até o exercício profissional. Saberes e práticas são constituídos a partir de intencionalidades, explícitas ou não, que manifestam concepções de saúde no seu conceito mais ampliado, a pluralidade da condição humana, suas interseccionalidades e a presença de reflexão crítica⁴.

No Brasil, principalmente a partir dos anos 2000, foram implementadas políticas de ampliação do acesso ao ensino superior, como a Lei de Cotas, o Programa Universidade para Todos e o Fundo de Financiamento Estudantil, com consequente aumento na oferta de profissionais médicos no país¹⁵. Porém, esse processo soma-se a uma tendência global da privatização do ensino médico, sobretudo nos países de renda média e baixa¹⁶, onde essa expansão associada à financeirização do setor confere um caráter de mercadoria não apenas ao profissional, mas também ao produto final do seu cuidado, a saúde¹⁷.

Em razão das antigas e recentes disputas envolvidas na formação e atuação médica, da expansão de escolas médicas no Brasil e da necessidade de subsidiar formuladores de política, gestores e controle social para a elaboração de alternativas que rompam com um padrão profissional de escasso alcance social e efetividade na saúde¹⁸, este artigo tem como objetivo mapear a produção científica internacional sobre a abordagem das iniquidades em saúde na formação médica, considerando temas, estratégias e percepções acerca da sua importância para o cuidado no processo saúde-doença.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão de escopo, realizada de acordo com os pressupostos estruturados do Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁹, que apresenta como características a capacidade de mapear conceitos e teorias, sintetizar evidências e apontar lacunas de uma área do conhecimento^{20,21}.

A fim de subsidiar a condução desta revisão, formulou-se uma pergunta de investigação a partir da estratégia *Population, Concept e Context* (PCC)¹⁹ – P = estudantes de Medicina, C = iniquidades em saúde e C = formação – que convergiu para o seguinte questionamento:

- Como os estudantes de Medicina se relacionam com as iniquidades em saúde no processo saúde-doença durante sua formação?

Realizou-se uma consulta eletrônica entre os dias 10 de março e 13 de maio de 2023, nas seguintes bases de dados

e/ou bibliotecas virtuais: PubMed, para acesso aos estudos publicados na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Web of Science. Houve ainda a consulta a especialistas sobre o tema para que indicassem estudos que também pudessem ser inseridos na análise.

Na estratégia de busca, utilizaram-se como descritores principais as expressões “iniquidades em saúde” e “educação médica” referenciadas nos Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH), adaptando-as segundo a necessidade para o inglês e/ou espanhol, conjugando-as, também, com os operadores booleanos AND e OR²⁰. Dessa forma, obteve-se a seguinte chave, por exemplo, utilizada na PubMed: (((((((health inequities[Title/Abstract]) OR (health inequity[Title/Abstract])) OR (inequities, health[Title/Abstract])) OR (inequity, health[Title/Abstract])) OR (health inequalities[Title/Abstract])) OR (health inequality[Title/Abstract])) OR (inequalities, health[Title/Abstract])) OR (inequality, health[Title/Abstract])) AND ((Medical students[Title/Abstract]) OR (medical education[Title/Abstract])).

Foram filtrados artigos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, sem a delimitação de uma data inicial de publicação, para capturarmos o primeiro estudo publicado sobre o tema dentro da conjuntura histórica, mas com data-limite para 31 de dezembro de 2022.

As buscas foram efetuadas por dois pesquisadores independentes (R. C. e J. L.) norteados pelos seguintes critérios de elegibilidade:

- 1) **Inclusão:** Estudos que mencionassem como as iniquidades em saúde são abordadas, trabalhadas ou percebidas durante a formação médica.
- 2) **Exclusão:** Estudos duplicados; documentos emitidos pela administração pública; teses; dissertações; revisões; ensaios ou anais de congressos; estudos que, embora tratassem de formação médica e iniquidades em saúde, não abordam a iniquidade no processo de cuidado ou saúde-doença, mas outras questões que não trazem qualquer informação para o tema pesquisado.

Os dissensos foram resolvidos por um terceiro pesquisador (L. S.).

Conforme referenciado nas revisões de Santos et al.^{21,22}, Mélló et al.²⁰ e nas diretrizes do JBI¹⁹, o processo de busca seguiu os preceitos operacionais do *checklist* adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – Prisma (Figura 1).

Após a formação do *corpus* da revisão, com os estudos incluídos pelos dois pesquisadores independentes, ambos,

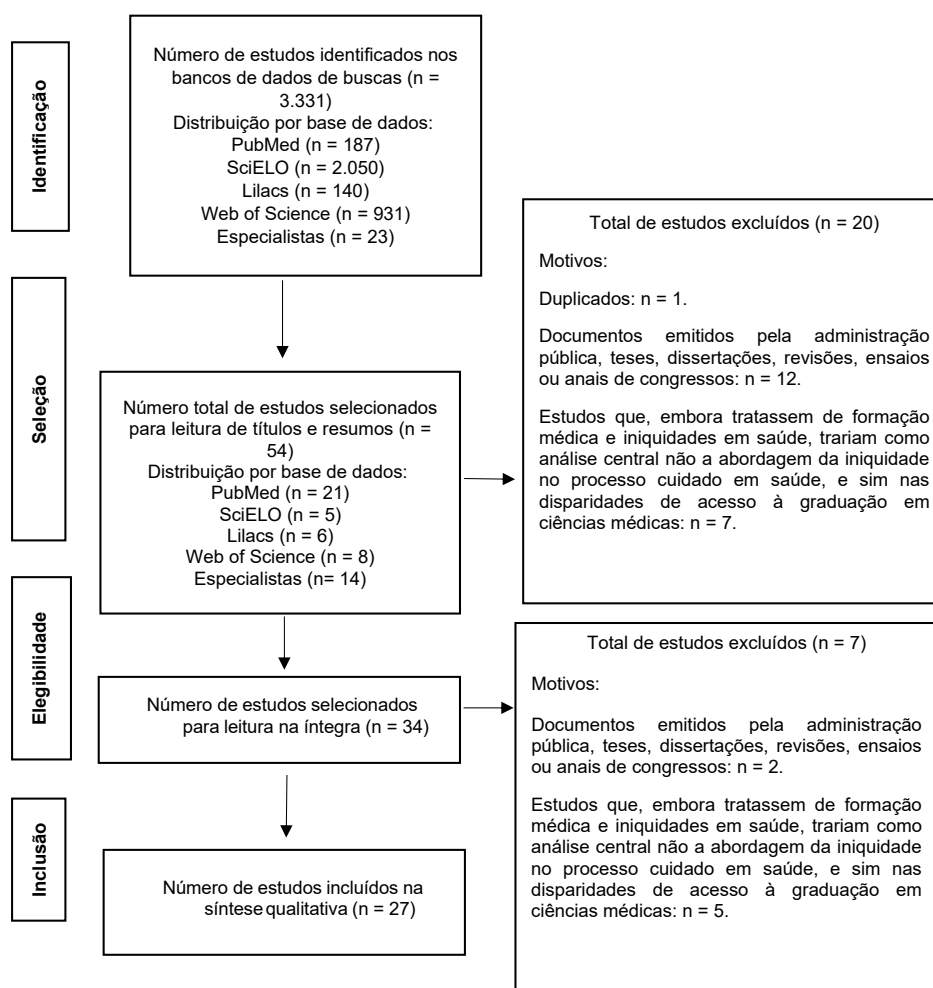
de forma colaborativa, sistematizaram as informações dos artigos em um formulário padronizado no Excel[®], para dirimir as dúvidas, e um terceiro pesquisador foi acionado. Coletaram-se os seguintes dados: autor/ano, país de realização do estudo, revista em que o artigo foi publicado, tema abordado, método, unidade de análise, estratégia de abordagem da iniquidade na formação médica e percepção da iniquidade em saúde na formação médica ou na abordagem ensinada. Posteriormente, também seguindo os preceitos da técnica de revisão¹⁹, o processo de elaboração dos resultados e das discussões também foi colaborativo, obedecendo às etapas de síntese dos dados e organização temática, a partir das categorias analíticas descritas a seguir.

A categorização dos estudos foi construída a partir de diversos conceitos oriundos das ciências sociais e humanas na saúde que abordam diferentes marcadores sociais como indicadores das posições e das oportunidades diferenciais dos sujeitos e grupos na sociedade¹⁴. Esses conceitos, aplicados pela saúde coletiva, permitem analisar o diferente acesso e tratamento de determinados sujeitos e grupos em relação à produção social do processo saúde-doença-cuidado²³.

Os estudos categorizados como referidos à raça são aqueles que mencionam características ou comportamentos diferenciados entre grupos com base em ou relacionados com traços supostamente biológicos, isto é, fisionômicos, de fenótipo ou de genótipo. Cabe esclarecer que na atualidade esse argumento não é considerado procedente em termos científicos, já que o conceito de raça remete sociologicamente a uma construção discursiva e historicamente datada sobre a origem e as identidades sociais dos grupos^{24,25}. Porém, a utilização do conceito permite evidenciar iniquidades que não são produto de diferenças biológicas, mas de desigualdades sócio-históricas passíveis de ser transformadas/combatidas.

Considerando a advertência de Santos et al.²⁶ sobre a tendência de as pesquisas em saúde utilizarem os termos raça e etnia como sinônimos, reservamos esse último para os estudos que se debruçam sobre especificidades culturais, linguísticas e tradições de determinados grupos em detrimento dos aspectos fenotípicos ou genotípicos, como no caso das populações indígenas.

Na categoria gênero, foram agrupados aqueles artigos que mencionam papéis e valores (estereotipados ou não) atribuídos ao feminino e ao masculino²⁷, enquanto a categoria sexo e sexualidade abrange estudos que abordam as especificidades orgânicas de indivíduos masculinos ou femininos e suas consequências na saúde/doença, bem como a diversidade de práticas e identidades sexuais de indivíduos e grupos²⁸. Os artigos que abordam iniquidades em geral tratam das desigualdades no processo saúde-doença sem referenciar

Figura 1. Fluxograma indicando o processo de seleção dos estudos adaptado do Prisma.

Fonte: Elaborada pelos autores.

nenhum marcador, tanto na população geral quanto em grupos específicos. Para além das abordagens mais tradicionais acerca das iniquidades, tidas como categorias prévias, o estudo também buscou identificar novas categorias e abordagens emergentes, como a questão das pessoas com deficiência (PcD), em situação de rua etc.

RESULTADOS

Características bibliométricas dos artigos

Foram incluídos neste estudo 27 artigos distribuídos em 12 países e três continentes, conforme observado na Figura 2.

Conforme observado no Quadro 1, o primeiro artigo mapeado do *corpus* é do ano de 2014, e a maior concentração de produções se encontra em 2018 e 2022 (com seis publicações a cada ano). Sobre o tipo de estudo, 19 são qualitativos; sete, quantitativos; e um, quantiquantitativo. A produção dos dados apresentou diversas abordagens, como: a análise documental de projetos pedagógicos, matrizes curriculares e *slides* de aulas das escolas médicas; bem como a análise de entrevistas/questionários com diretores de escolas médicas ou estudantes

do primeiro ao último ano do curso médico. Salienta-se que o primeiro e o último ano do curso médico concentraram o maior número de estudos, sendo nove e seis, respectivamente. O tamanho amostral desses estudos variou de 25 a 302 estudantes.

A organização temática apresentada no Quadro 1 demonstra que as discussões sobre as iniquidades em saúde na formação médica no mundo, em número decrescentes, apresentam o seguinte recorte: raça (sete); etnia (cinco); iniquidades em geral em populações específicas, como PcD (cinco) ou populações em situação de rua (um); iniquidades em geral sem apontar um público específico (quatro); gênero (três) e sexo/sexualidade (dois). É interessante apontar que apenas um grupo de pesquisa, liderado por Trollor et al.²⁹⁻³¹, concentra três produções referidas às iniquidades em PcD na formação de médicos na Austrália.

Três revistas concentraram aproximadamente 45% das publicações, sendo por ordem decrescente: *BMC Medical Education* (seis) do Reino Unido²⁹⁻³⁴, *PLoS One* (três) dos Estados Unidos³⁵⁻³⁷ e *Revista Brasileira de Educação Médica* (três) do Brasil³⁸⁻⁴⁰ (Quadro 1).

Figura 2. Distribuição global dos estudos incluídos na revisão, segundo país e número de achados.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 1. Classificação geral bibliométrica segundo revista de publicação, tema, método e foco da produção dos dados.

Autores	Revista	Tema	Tipo de estudo	Unidade de análise
Cabral et al. ⁴⁰	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>	Raça	Qualitativo	Projetos pedagógicos de 13 universidades do Nordeste
Soler-González et al. ⁴¹	<i>FEM: Revista de la Fundación Educación Médica</i> (Ed. impresa)	Raça	Qualitativo	49 alunos (sem especificar o ano)
Bright et al. ⁴²	<i>PRiMER</i>	Raça	Qualitativo	25 alunos do primeiro ano
Novak et al. ⁴³	<i>AERA Open</i>	Raça	Qualitativo	183 alunos do primeiro ano
Carrijo et al. ⁴⁴	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>	Raça	Qualitativo	Grade curricular de um curso médico
Madeira et al. ³⁶	<i>PLoS One</i>	Raça	Qualitativo	153 alunos do primeiro ao último ano
Tsai et al. ⁴⁵	<i>Academic Medicine</i>	Raça	Qualitativo	350 slides de aulas pré-clínicas obrigatórias de um curso
Harris et al. ³²	<i>BMC Medical Education</i>	Etnia	Quantitativo	302 estudantes do último ano
Cormack et al. ³⁵	<i>PLoS One</i>	Etnia	Quantitativo	302 estudantes do último ano
Pitama et al. ⁴⁶	<i>Journal of the Royal Society of New Zealand</i>	Etnia	Qualitativo	28 alunos (sem especificar o ano)
Yeung et al. ³³	<i>BMC Medical Education</i>	Etnia	Quantitativo	129 estudantes do primeiro ano
Ly et al. ⁴⁷	<i>Medical Education</i>	Etnia	Qualitativo	38 alunos do primeiro ao segundo ano
Soledad ⁴⁸	<i>Edumecentro</i>	Gênero	Qualitativo	26 guias de aprendizagem utilizados nas 13 disciplinas correspondentes ao ciclo inicial da formação médica
Bert et al. ³⁷	<i>PLoS One</i>	Gênero	Quantitativo	430 (294 mulheres e 136 homens) alunos do quinto ao último ano

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Autores	Revista	Tema	Tipo de estudo	Unidade de análise
Hernández-Chablé et al. ⁴⁹	<i>Revista de la Facultad de Medicina</i>	Gênero	Qualitativo	50 alunos do primeiro ao quarto ano
Tollemache et al. ³⁴	<i>BMC Medical Education</i>	Sexo e sexualidade	Quantitativo	Diretores de 19 escolas médicas
Barber et al. ⁵⁰	<i>Journal of Medical Education and Curricular Development</i>	Sexo e sexualidade	Quantitativo	296 estudantes de Medicina de 28 instituições (sem especificar o ano)
Bunting et al. ⁵¹	<i>Progress in Community Health Partnerships</i>	Iniquidades em geral	Qualitativo	52 estudantes (sem especificar o ano)
Hommes et al. ⁵²	<i>BMJ Open</i>	Iniquidades em geral	Qualitativo	Documentos de orientação para formação médica de associações alemãs, catálogo de questões do exame nacional de licenciamento médico (foram analisados 893 elementos textuais)
Gostelow et al. ⁵³	<i>Medical Teacher</i>	Iniquidades em geral	Qualiquantitativo	246 alunos do quarto ano
Dixon et al. ⁵⁴	<i>Clinical Teacher</i>	Iniquidades em geral	Qualitativo	Dez alunos do primeiro ao quinto ano
Freitas-Júnior et al. ³⁹	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>	Iniquidades em geral (PcD)	Qualitativo	Projetos pedagógicos e ementas de componentes curriculares de 171 cursos de Medicina
Ryan et al. ⁵⁵	<i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i>	Iniquidades em geral (PcD)	Qualitativo	17 alunos do primeiro ao último ano
Trollor et al. ³¹	<i>BMC Medical Education</i>	Iniquidades em geral (PcD)	Quantitativo	Ementas de disciplinas de oito escolas de Medicina
Trollor et al. ³⁰	<i>BMC Medical Education</i>	Iniquidades em geral (PcD)	Qualitativo	Ementas de disciplinas de 12 escolas de Medicina
Trollor et al. ²⁹	<i>BMC Medical Education</i>	Iniquidades em geral (PcD)	Qualitativo	Ementas de disciplinas de 12 escolas de Medicina
Cunha et al. ³⁸	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>	Iniquidades em geral (população em situação de rua)	Qualitativo	Alunos do primeiro ano (sem especificar números)

Fonte: Elaborado pelos autores.

De que forma as iniquidades em saúde são trabalhadas na formação médica?

As iniquidades em saúde durante a formação médica têm sido elencadas em disciplinas obrigatórias^{29,31,34,39,40,45,46,50,53}, ou eletivas^{29,31,34,39,40,45,50}, por meio de simulações clínicas⁴¹, de maneira transversal ao curso^{40,44}, em palestras, *workshops*, tutorias³⁰ ou ações extracurriculares como fórum de discussão⁴², clube do livro⁴³, estágio de verão⁵¹, atuação territorial³⁸ ou programas de extensão acadêmica⁴⁰ (Quadro 2).

Alguns estudos aqui revisados detalham ainda quais os elementos das iniquidades em saúde são debatidos durante a formação médica nas suas diversas abordagens. Por exemplo, no quesito raça os cursos médicos parecem discutir sobre discriminação e preconceito; estereótipos; racismo^{42,44}, desigualdades sociais⁴³, saúde da população

negra e epidemiologia dos seus agravos⁴⁴. Acerca de sexo e sexualidade, emergiu um recorte específico para a população denominada LGBTQ+. Os temas tratados em sala de aula são saúde mental, identidade de gênero, orientação sexual, consciência das desigualdades e discriminação³⁴. Em iniquidades em geral, sem referência a uma população específica, um estudo apontou o desenvolvimento de treinamento clínico para o aprimoramento da escuta dos pacientes e de sua história social durante a anamnese⁵³. Em iniquidades com foco em PcD, os conteúdos ministrados são abordados em diversos departamentos das escolas australianas, como pediatria, psiquiatria e clínica geral³¹. Por fim, um estudo demonstra a operacionalização de atividades clínicas territoriais para atendimento integral às populações em situação de rua³⁸ (Quadro 2).

Quadro 2. Estratégias das abordagens das iniquidades em saúde e suas percepções na formação médica.

Autores	Tema	Estratégia de abordagem da iniquidade na formação médica	Percepção da iniquidade em saúde na formação médica ou da abordagem ensinada
Cabral et al. ⁴⁰	Raça	12 projetos pedagógicos traziam componentes curriculares que discutiam raça de forma obrigatória; nove como disciplina optativa; três como abordagem transversal; dois contemplavam alguma das características na ementa do internato/estágio obrigatório para conclusão de curso, e dois como programas e ações de extensão.	Não informado (NI)
Soler-González et al. ⁴¹	Raça	Simulação clínica com pacientes negros e brancos.	Os alunos priorizavam alguns aspectos da anamnese de forma diferente, a depender da raça do paciente. Percebeu-se que, quando se tratava de um negro, solicitavam-se menos exames, era menos provável que o paciente fosse enviado para um hospital e ele era percebido como propenso a exagerar os sintomas para ganho pessoal.
Bright et al. ⁴²	Raça	Fórum de discussão racial na universidade abordando raça, discriminação e preconceito; estereótipos e autoconsciência; racismo; e estratégias para lidar com essas questões.	Os participantes do fórum mencionaram a necessidade de a universidade abordar maiores discussões sobre raça e racismo na grade curricular.
Novak et al. ⁴³	Raça	Os alunos participam de um clube do livro, como atividade extracurricular, sobre racismo; leem a obra <i>Fatal invention: how science, politics, and big business re-create race in the twenty-first century</i> ; e posteriormente discutem sobre raça e desigualdades sociais.	Possibilita o desenvolvimento de práticas antirracistas, com a promoção de cuidados em saúde mais equitativa.
Carrijo et al. ⁴⁴	Raça	Reformulou-se o currículo médico orientado por domínios de competência: conhecimentos, habilidades e atitudes. Esses domínios abrangem temas de saúde da população negra, com o objetivo de discutir o racismo como condição de saúde; epidemiologia dos agravos à saúde da população negra; papel do médico de família e comunidade no enfrentamento das iniquidades; e práticas antirracistas em saúde.	Os alunos, quando provocados a refletir sobre o racismo estrutural, conseguem produzir resenhas críticas nas quais articulam o conteúdo das aulas com as políticas de saúde, questões éticas, aspectos de comunicação clínica e experiências subjetivas. Desde 2018, os professores observam que, durante as aulas e no exame final, os alunos mostram que entendem a influência das questões referentes à raça negra nos domínios ambiental, orgânico e genético.
Madeira et al. ³⁶	Raça	NI	Os estudantes associam negros africanos a traços sociais de promiscuidade, menor inteligência, irresponsabilidade, ignorância, descuido e preguiça.
Tsai et al. ⁴⁵	Raça	Disciplinas obrigatórias ou eletivas.	A menção à raça foi encontrada em 102 <i>slides</i> . A grande maioria sugeriu risco biológico (96%), e apenas 4% reconheceram os determinantes sociais das disparidades raciais das doenças. Em relação à metodologia, 50% dos <i>slides</i> apresentavam raça ao lado de epidemiologia sem contexto; 42%, como fator de risco, diagnóstico ou tratamento; 6%, como estudo de caso de paciente. No geral, a raça é frequentemente apresentada sem contexto.

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Autores	Tema	Estratégia de abordagem da iniquidade na formação médica	Percepção da iniquidade em saúde na formação médica ou da abordagem ensinada
Harris et al. ³²	Etnia	NI	Os estudantes apresentam viés étnico na preferência por pacientes e na cordialidade aos pacientes europeus em detrimento dos indígenas.
Cormack et al. ³⁵	Etnia	NI	Os estudantes apresentam preferências por pacientes europeus e acreditam que esses pacientes sejam mais complacentes do que os pacientes indígenas.
Pitama et al. ⁴⁶	Etnia	Disciplina obrigatória sobre iniquidades em saúde indígena.	A disciplina possibilitou na formação dos alunos: 1. um espaço para a defesa dos direitos e da responsabilidade social para com os povos indígenas; 2. o conhecimento e as habilidades necessários para atender às expectativas da comunidade.
Yeung et al. ³³	Etnia	NI	Embora se reconheçam as iniquidades em saúde dos povos indígenas, os estudantes de Medicina não consideram como legítima a forma de conduzir suas reivindicações por meio de protestos. Mais de três quartos dos alunos não se consideram adequadamente preparados para trabalhar em uma comunidade indígena.
Ly et al. ⁴⁷	Etnia	NI	Os estudantes de Medicina reconhecem que os estereótipos estão intimamente relacionados a processos de racismo e discriminação. Ressaltam a Faculdade de Medicina como um dos ambientes em que são comumente expostos a visões negativas do povo aborígene.
Soledad ⁴⁸	Gênero	NI	Alguns dos problemas elaborados nas disciplinas reproduzem estereótipos de gênero, relacionando as mulheres com afazeres domésticos, maternidade e cuidado. Para os homens, reforçam-se aqueles associados à força, à função de provedor da família e à resistência à dor.
Bert et al. ³⁷	Gênero	Aulas expositivas e estágios clínicos.	Mais da metade dos estudantes referiu ter tido contato com questões de gênero durante as aulas e os estágios nas enfermarias. Apenas cerca de metade da amostra teve a impressão de que seu tutor levava em consideração o sexo e o gênero dos pacientes durante a prática clínica. Os alunos que tiveram maior contato com questões de gênero na prática clínica parecem mais sensíveis aos pacientes.
Hernández-Chablé et al. ⁴⁹	Gênero	NI	Os alunos não percebem as questões de gênero como um problema de saúde pública, embora reconheçam a existência de discriminação e violência física e psicológica contra a mulher. Também não têm reflexão crítica sobre o tema que possa auxiliá-los na prática médica.
Tollemache et al. ³⁴	Sexo e sexualidade	Disciplinas obrigatórias ou eletivas.	Ensino sobre saúde mental LGBTQ+, identidade de gênero, orientação sexual, consciência das desigualdades e discriminação LGBTQ+ na saúde foi relatado por quase todos os entrevistados, enquanto maternidade e parto, doenças crônicas e saúde adolescente LGBTQ+ foram menos representados no currículo. Relatou-se que a carga horária de ensino sobre a população LGBTQ+ nos cursos foi de 11 horas.

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Autores	Tema	Estratégia de abordagem da iniquidade na formação médica	Percepção da iniquidade em saúde na formação médica ou da abordagem ensinada
Barber et al. ⁵⁰	Sexo e sexualidade	Disciplinas obrigatórias ou eletivas.	Apenas 40,9% dos alunos relataram ter algum ensino sobre saúde LGBTQ+, e 96,6% deles disseram que eram sessões pontuais ou muito irregulares, sendo o ensino frequentemente limitado à saúde sexual. Apenas 25,3% dos participantes relataram sentir-se confiantes em trabalhar com pacientes LGBTQ+.
Bunting, et al. ⁵¹	Iniquidades em geral	Estágio de verão sobre equidade em saúde, saúde populacional e pesquisa em saúde pública; visitas a bairros de imigrantes com auxílio de agentes comunitários de saúde para conhecer o território, as organizações comunitárias, os pontos de referência, as empresas locais e os postos de saúde.	NI
Hommes et al. ⁵²	Iniquidades em geral	NI	Na Alemanha, existem lacunas importantes na representação dos DSS na educação médica. Entre 3% e 27% dos documentos analisados faziam breves referências aos DSS, e apenas 3% mencionavam referências explícitas.
Gostelow et al. ⁵³	Iniquidades em geral	Disciplina clínica no formato híbrido, combinando aula <i>online</i> seguida de uma tutoria com paciente simulando questões importantes de sua história social durante um exame.	Dos alunos, 93% sentiram que a sessão melhorou suas habilidades de coleta de história social dos pacientes, 96% concordaram que a sessão foi relevante para seu treinamento e 98% concordaram que provavelmente usariam essas habilidades para melhorar o atendimento ao paciente.
Dixon et al. ⁵⁴	Iniquidades em geral	NI	Os estudantes se sentem despreparados e sem habilidades para trabalhar com pacientes em vulnerabilidade social.
Freitas-Júnior et al. ³⁹	Iniquidades em geral (PcD)	Disciplinas obrigatórias ou eletivas.	Em 89 cursos (52%), foi identificada a inclusão de aspectos relacionados ao cuidado com PcD, sendo mais prevalente nos cursos públicos (n = 56; 62,9%). Os conteúdos curriculares identificados em 90% dos cursos apresentavam absoluta falta de descrição das estratégias processuais para promover o desenvolvimento de competências clínicas relacionadas ao cuidado para PcD. Em 50 (29,2%) dos cursos, observou-se a inclusão do ensino da Língua Brasileira de Sinais (Libras).
Ryan et al. ⁵⁵	Iniquidades em geral (PcD)	NI	A maioria dos estudantes relatam que cuidar de uma PcD é um desafio e traz ansiedade para a prática clínica e que, embora o ensino sobre PcD possibilite uma maior qualificação do cuidado, instrumentalizando os discentes com conhecimentos e técnicas para sua atuação profissional, essa não é a percepção de seus colegas que desvalorizam esse tipo de ensino e priorizam outras questões clínicas.
Trollor et al. ³¹	Iniquidades em geral (PcD)	Das oito escolas analisadas, sete oferecem uma disciplina eletiva sobre PcD que foi ensinada em departamentos de pediatria, psiquiatria e clínica geral, por meio de palestras e estudos de caso, tutoriais, seminários/oficinas e outros métodos (como encenações e demonstrações clínicas), aula expositiva.	Quando se comparam as grades curriculares das oito escolas entre 1995 e 2014, percebe-se que pouco se avançou no ensino sobre PcD. Tal conjuntura não é inesperada, uma vez que cada universidade desenvolve seu próprio currículo médico e a educação em saúde da deficiência intelectual não é obrigatória no país. Assim, é urgente pensar em novos esforços para melhorar a capacidade da força de trabalho nessa área e reduzir as barreiras no cuidado, com o objetivo de reverter os maus resultados de saúde observados atualmente para esse grupo de pacientes.

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Autores	Tema	Estratégia de abordagem da iniquidade na formação médica	Percepção da iniquidade em saúde na formação médica ou da abordagem ensinada
Trollor et al. ³⁰	Iniquidades em geral (PcD)	Palestra, <i>workshops</i> , tutorias.	Das disciplinas, 62% das incluíam alguma forma de palestra, <i>workshop</i> ou tutoria. Quase todas as escolas (83%) usaram algum tipo de aprendizagem baseada em problemas e/ou questionamentos. Um número considerável de alunos ainda está recebendo educação por meio de métodos limitados e pouco reflexivos acerca de PcD.
Trollor et al. ²⁹	Iniquidades em geral (PcD)	Disciplinas obrigatórias ou eletivas.	No geral, o tempo gasto ensinando conteúdo obrigatório e eletivo sobre deficiência intelectual foi mínimo, com a maioria das escolas oferecendo menos de seis horas de ensino obrigatório em todo o curso. Os principais tópicos relevantes para a saúde e o bem-estar das PcD intelectual foram ensinados com pouca frequência. Há incompatibilidade entre as necessidades de saúde não atendidas das PcD e o ensino inconsistente na formação de médicos.
Cunha et al. ³⁸	Iniquidades em geral (pessoas em situação de rua)	Ações de extensão com o objetivo de oferecer à população em situação de rua atendimento integral e contextualizado com espaços de educação em saúde e autocuidado, em parceria com a equipe do Consultório na Rua.	A ação permite potencializar atributos adquiridos ao longo da formação médica, como empatia e sensibilidade, através de um olhar voltado às minorias. Assim, adquire-se uma atuação crítica, reflexiva e transformadora com senso de responsabilidade pelo território.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Percepções das estratégias de abordagem ou das iniquidades em saúde na formação médica: o que dizem os estudos?

Embora os estudos apontem diversas abordagens das iniquidades em saúde ao longo da formação médica, a literatura tem mencionado contradições na sua operacionalização com escassa contextualização crítica das suas relações com o processo saúde-doença dos indivíduos. A exemplo, temos as questões de raça no estudo de Tsai et al.⁴⁵, gênero no estudo de Bert et al.³⁷, sexualidade no estudo de Barber et al.⁵⁰ e iniquidades em geral das PcD no estudo de Trollor et al.²⁹.

Ressalta-se que, em simulações clínicas com pacientes brancos e negros, no estudo de Soler-González et al.⁴¹ houve uma evidente predileção dos pacientes brancos em detrimento dos negros, o que influenciou inclusive na tomada de decisão terapêutica e clínica dos estudantes. Chamam a atenção, também, os estereótipos envolvidos no conceito de raça entre os estudantes de Medicina, pela associação entre negros africanos a traços sociais de promiscuidade, menor inteligência, irresponsabilidade, ignorância, descuido e preguiça³⁶.

As considerações anteriores também parecem emergir para o marcador étnico das populações indígenas, que são tratadas pelos estudantes de Medicina com menos cordialidade e caracterizadas como menos maleáveis aos processos

terapêuticos, em comparação com pacientes europeus^{32,35}. Por sua vez, o estudo de Ly et al.⁴⁷ traz um alerta acerca do papel da universidade na reprodução das iniquidades, uma vez que os estudantes entrevistados mencionam que é na faculdade de Medicina que são comumente expostos a visões negativas da população indígena.

Segundo Soledad⁴⁸, quando se abordam as questões de gênero na formação médica, as disciplinas reproduzem estereótipos, como papéis femininos referentes ao cuidado familiar e aos afazeres domésticos, e masculinos como provedores da família ou resistência à dor. As limitações na identificação desse marcador social como importante causa de problemas de saúde pública se reproduzem na escassa consciência crítica dos alunos de Medicina⁴⁹ ou na negligência deles na organização da prática médica³⁷.

Em relação às iniquidades relacionadas às PcD, foi localizado um conjunto de estudos realizados nas faculdades médicas australianas²⁹⁻³¹. O primeiro estudo levanta a hipótese de que a não obrigatoriedade do ensino sobre PcD possa contribuir para os péssimos indicadores de saúde dessa população, sendo resultado, em último caso, do que os autores chamam de ensino inconsistente na formação de médicos²⁹. No que diz respeito às abordagens das iniquidades em saúde desse grupo, os autores mencionam, em estudo posterior, o

escasso avanço em relação aos conteúdos ministrados acerca da temática da deficiência no período entre 1995 e 2014³¹.

Outros estudos localizados nesta revisão apontam lacunas na formação profissional, a exemplo da preparação para o trabalho em comunidades indígenas³³, com pessoas LGBTQ+⁵⁰, com pessoas em vulnerabilidade social⁵⁴ e com PcD⁵⁵, o que se traduz em sentimentos de ansiedade quando os estudantes entram em contato com essas realidades.

Em compensação, alguns artigos mostram ganhos importantes para a formação de médicos quando as iniquidades, nos seus diversos marcadores, são operacionalizadas de forma eficiente ao longo do curso, por exemplo na aquisição de habilidades clínicas^{46,53,55}, desenvolvimento de práticas equitativas em saúde que contextualizam o paciente nos seus modos de vida⁴³, reflexão crítica^{43,44}, responsabilização social⁴⁶ e empatia e sensibilidade à história social dos pacientes^{37,38,53}.

DISCUSSÃO

Em todo o mundo, as iniquidades em saúde são abordadas de alguma forma e por meio de diversas estratégias na educação médica. Todavia, foram sinalizadas críticas e limitações sobre a maneira como são abordadas^{29,33,37,45,50,54,55}. Em princípio, cabe chamar a atenção para o fato de que, embora muitas das estratégias relatadas contemplem elementos de raça, etnia, gênero e sexualidade, não contextualizam esses marcadores na realidade social e histórica dos indivíduos, assim correndo o risco de reforçar uma visão essencialista, reducionista ou acrítica acerca deles. Ou seja, parece não haver uma problematização acerca da forma como nossas sociedades compreendem, explicam e tratam as diferenças sociais, traduzindo-as em hierarquias e assimetrias de poder e oportunidades entre determinados sujeitos e grupos^{1,2}.

Considerando as categorias analíticas clássicas aplicadas à análise das iniquidades sociais em saúde, cabe destacar a falta de estudos que abordem o ensino sobre iniquidades em saúde nos cursos médicos a partir do conceito de classe social. Esse conceito é reconhecido pela OMS como elemento estruturante dos processos de determinação social da saúde¹⁴, além de ser um constructo analítico especialmente relevante para a saúde já discutido por estudos pioneiros alicerçados no materialismo histórico⁴, bem como nas teses de Georges Canguilhem⁵⁶, que, embora não tenha utilizado de maneira sistemática o conceito de classe social, afirmou que as normas humanas não são simples funções de um organismo vinculado a um meio físico, mas expressões dos modos de viver em situações sociais, incluindo a nutrição, as condições de trabalho, a situação econômica e a educação das diferentes classes.

Chama a atenção, também, a ausência de estudos que abordem as iniquidades em saúde em uma perspectiva

interseccional. A teoria da interseccionalidade postula que categorias analíticas gerais, como as de gênero, raça ou classe social, aplicadas de forma isolada, são limitadas para dar conta de identidades sociais específicas e de diferenças internas nas sociedades⁵⁷. Para superar esse entrave, essa perspectiva, ausente nos estudos aqui revisados, aborda a articulação ou intersecção de identidades sociais e sistemas de opressão em diversas realidades^{58,59}.

Assim, nossos resultados convergem para um nó crítico da formação em saúde já apontado por Figueiredo et al.⁶⁰. Esses autores comentam que os marcos teóricos da formação em saúde no ensino superior têm se pautado em domínios cognitivos acríticos amparados em pressupostos do modelo médico hegemônico que dissociam e fragmentam os indivíduos em especialidades e subespecialidades, desconsiderando a sua historicidade. Nesse sentido, o processo formativo acaba “sem capacidade de aprofundamento para questionar e refletir acerca da condição humana, que perpassa por conhecimentos científicos e humanísticos necessários para a compreensão do homem, que é um ser biológico, mas também social e cultural” (p. 287)⁶¹.

Dadas as percepções negativas que os estudantes projetam nos pacientes, exemplificadas em alguns estudos aqui discutidos^{32,35,36,41}, faz-se necessário que o processo de ensino-aprendizagem do curso médico se desarticule de noções retrógradas que constroem a figura de um profissional de saúde totalmente verticalizado com saberes e fazeres pouco afetivos e práticas autoritárias. Destarte, atribuindo ao paciente apenas um papel de passividade e adesão inquestionável num percurso terapêutico desprovido de vínculo e autonomia⁶² dentro de uma estrutura de poder que se constrói, sobretudo, dentro da sala de aula⁶³.

Se as salas de aula refletem estruturas de poder⁶³, as características do quadro docente se tornam importantes para influenciar nos rumos dos projetos profissionais dos estudantes. Conforme ressaltam Rios et al.⁶⁴, no modelo educacional da Medicina os professores se constituem como referências no imaginário dos estudantes. Todavia, se esse modelo não se articula ao desenvolvimento humanístico com alteridade, os estudantes reproduzem comportamentos “frios, distantes, desinteressados pelo paciente, ainda que tecnicamente interessados na sua doença” (p. 40)⁶⁴, questões postas como históricas no campo e no trabalho médicos⁶⁻¹⁰.

As experiências positivas de abordagem das iniquidades em saúde no processo de formação médica são sinalizadoras de uma capacidade de transformação social médica que precisa ser estimulada e potencializada, pois, na perspectiva dos participantes dos estudos revisados, essas atividades e vivências proporcionam uma prática médica mais voltada para um tipo de cuidado eficaz, integral e humanizado^{37,38,43,44,46, 53,55}.

Como alternativa ao cenário negativo das abordagens e percepções, aponta-se a necessidade de que as escolas médicas estimulem uma prática e um perfil docente revestidos de também de humanidade, para além do produtivismo acadêmico expresso nas titulações e nos números de artigos publicados, e da hiperespecialização do cuidado. Esperam-se para o século XXI, além das competências pedagógicas, cognitivas e sociais ressaltadas por Ribeiro et al.⁶², competências políticas, sobretudo quando se pensa na saúde como um direito humano.

A fim de que os estereótipos não sejam reforçados, os currículos devem promover a exposição à diversidade e reflexão sobre atitudes e crenças, bem como a consciência da participação das instituições de ensino médico e da medicina em estruturas de poder e privilégio⁶⁵. Dessa forma, as escolas médicas possibilitarão a produção de profissionais socialmente responsáveis, sensíveis e competentes para lidar com a diversidade, de modo a romper com uma educação médica conservadora e alienada das lutas políticas e sociais, e com práticas de saúde distantes dos valores da promoção da saúde, solidariedade e empatia^{60,66}. Um dos resultados diretos seria dar ênfase e legitimidade às lutas sociais dos indivíduos na garantia de sua saúde e dos seus direitos, evitando a limitada compreensão política da saúde, como evidenciado no estudo de Yeung et al.³³ sobre as questões indígenas na Austrália.

Salienta-se que, apesar de a abordagem das iniquidades na formação em saúde ser recomendada por organismos internacionais como a OMS⁶⁷, não apresenta um caráter de obrigatoriedade, variando de acordo com as leis, diretrizes e recomendações dos órgãos e das instituições regulatórias de cada país. Assim, a depender do país, tais discussões podem variar no seu grau de implementação nos cursos médicos, e dentro dos currículos, que geralmente são fechados, sem um contato inter, trans ou multidisciplinar durante a formação dos estudantes, com fortes características de precoce especialização⁶⁶.

Reconhece-se que um currículo de graduação também é um território político que pode ser hegemônico e regressivo ou um lugar de resistência e subversão. Ele pode ser identificado objetivamente, de forma explícita, nos projetos pedagógicos^{39,40}, nas grades curriculares ou ementas^{28-30,44}, nos *slides* das disciplinas⁴⁵, nos guias de aprendizagem⁴⁸ ou nos documentos de orientação para formação médica de associações oficiais⁵²; ou indiretamente por meio de elementos mais ocultos referentes a normas, crenças e valores, que são reproduzidos por alunos e professores dentro da sala de aula⁶⁰, como demonstrado em outros estudos desta revisão^{32-37,41-43,46,47,49,50,51,53,54}.

Nossos achados apontam também que, na conjuntura aqui revisada, há um despreparo ou um pouco desejo dos estudantes de Medicina de trabalhar com populações

vulneráveis ou com condições especiais^{33,50,54,55}, evidenciando um projeto de medicina que não se orienta para a produção de práticas de saúde equitativas visando ampliar e efetivar o direito à saúde das populações. Nesse sentido, parafraseando Almeida-Filho⁶⁸, qual seria o papel das escolas médicas e dos futuros profissionais: servir às elites ou servir ao povo? É preciso repensar globalmente um projeto de educação médica que rompa com o ideal histórico de lucro e privilégio social, cujo objetivo maior é o retorno financeiro e não o cuidado humano⁶⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Marcadores específicos das iniquidades em saúde como raça, etnia, sexualidade e gênero são abordados na formação médica, contudo a grande maioria dos estudos apontam certa fragilidade e superficialidade na sua condução, o que acaba pouco contribuindo para uma percepção crítica do processo saúde-doença dos indivíduos.

Entretanto, estudos apontaram importantes ganhos de habilidades clínicas, comportamentais e afetivos para os futuros médicos durante seu percurso formativo quando expostos a práticas educativas que possibilitaram discussão dialógica, contextualizada e referenciada social e historicamente.

Há uma urgência em avançar na reorientação de cursos médicos para um cuidado capaz de reconhecer as necessidades gerais e específicas dos indivíduos e grupos sociais nas suas diferentes trajetórias de vida, amparados nos suportes teóricos e políticos das iniquidades em saúde. Aqui, destacamos a importância da inclusão de disciplinas de ciências humanas no ensino médico. As chamadas “humanidades médicas” não estão ausentes dos currículos das escolas de saúde, mas sua pertinência é frequentemente contestada e o conteúdo dessas matérias é muitas vezes diluído em expressões mais próximas da racionalidade tecnicista. A defesa da história, da filosofia e da sociologia da medicina não como disciplinas optativas, mas como parte essencial da formação médica, não é recente, e nas últimas décadas tais humanidades médicas foram reconhecidas como um método para a tomada de decisões clínicas⁷⁰.

Longe de termos esgotado as discussões em torno do tema, como pretensão de instigar outras pesquisas, fazemos as seguintes sugestões:

- 1) Na distribuição global dos artigos aqui mapeados, foi perceptível uma predominância de estudos em países de média e alta rendas, com pouca prevalência de estudos no Sul Global. Com base nisso, questiona-se: “Qual é a perspectiva das iniquidades em saúde nos cursos médicos de países de baixa renda ou do Sul Global?”. Como a América Latina tem tradição importante no campo da medicina social com discussões sobre iniquidades em saúde, chama a

atenção a rarefação de estudos nessa localização geográfica.

- 2) Qual é a influência do processo de colonização? Que intersecções a colonialidade tem influenciado nas próprias concepções de saúde e no modelo de formação médica?

As limitações deste artigo se expressam na não contextualização dos sistemas de proteção social e de saúde dos países abordados com seu sistema educacional, pois eles refletem a própria concepção de saúde e cuidado exercido pelos profissionais médicos que, sem dúvidas, convergem para um projeto de sociedade em disputa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao professor Naomar de Almeida Filho a inspiração, o apoio e a cuidadosa revisão final do manuscrito, e à professora Carmen Teixeira a presença constante durante a execução do projeto e o apoio na definição dos descritores para esta revisão.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Liliana Santos, Romário Correia dos Santos, Juliana Lima Ferreira, Ana Maria Rico e Tiago Santos Almeida contribuíram igualmente na concepção do trabalho, na análise dos dados, na redação e revisão crítica do seu conteúdo, e na aprovação da versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

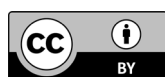
A pesquisa recebeu financiamento por meio da chamada MS-SCTIE-Decit/CNPq nº 12/2018 – Pesquisas de Inovação em Saúde e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsa de mestrado (código de financiamento 001) concedida a Romário Correia dos Santos e subsídio de recursos pela CA SCON2024-00149.

REFERÊNCIAS

- Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):2005-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.
- Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2683. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>.
- Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):195-206. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.
- García JC. La educación médica en la América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1972.
- Almeida-Filho N. O pensamento político-pedagógico de Juan César García: Piaget-Gramsci-Freire e a formação profissional em Saúde na América Latina. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26: e220285. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.220285>.
- Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho São Paulo: Pioneira; 1975.
- Donnangelo MC, Pereira L. Saúde e sociedade São Paulo: Duas Cidades; 1976.
- Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979.
- Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- Arouca ASS. O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
- Skochelak SE, Lomis KD, Andrews JS, Hammoud MM, Mejicano GC, Byerley J. Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st century: Transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. *Med Teach*. 2021;43(Supl 2):S1-S6. doi: <https://doi.org/10.1080/01421519X.2021.1935833>.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
- Raimondi GA, Tourinho FSV, Souza FGR, Pereira DVR, Oliveira DOPS, Rosa LM. Análise crítica das DCN à luz das diversidades: educação médica e pandemia da Covid-19. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44:e135. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200361>.
- Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 3 dez 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.
- Figueiredo AM, Lima KC, McKinley DW, Del-Carmen JGM, Azevedo GD. Impact of educational policies on access to health care in Brazil: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2023;57(6):587-594. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.15012>.
- Poz MRD, Maia LS, Costa-Couto MH. Financeirização e oligopolização das instituições privadas de ensino no Brasil: o caso das escolas médicas. *Cad Saude Publica*. 2022;38:e00078720. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078720>.
- Paim JS. Da capitalização da medicina à financeirização da saúde. *Cad Saude Publica*. 2022;38(sup 2):e00024021. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00024021>.
- Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude Soc*. 2011;20(4):884-99. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.
- Joanna Briggs Institute. Methodology for JBI Scoping Reviews – Joanna Briggs 2015. Australia: JBI; 2015.
- Méllo LMBD, Santos RC, Albuquerque PC. Agentes comunitárias de saúde na pandemia de Covid-19: scoping review. *Saúde em Debate*. 2022;46(esp 1):368-84. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E125>.
- Santos RC, Gurgel AM, Silva LIM, Santos L, Rêgo RCF, Gurgel IGD, et al. Desastres com petróleo e ações governamentais ante os impactos socioambientais e na saúde: scoping review. *Saúde em Debate*. 2022;46(esp 8):201-20. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E815>.
- Santos RC, Silva LIM, Santos LDPJ, Méllo LMBD, Santos L. O uso de tecnologias digitais nas práticas de trabalhadores comunitários de saúde: uma revisão internacional de escopo. *Trab Educ Saude*. 2023;21:e02146220. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2146>.
- Vieira-da-Silva LM. Subcampos e espaços na saúde coletiva: fronteiras e integração. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220380. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.220380>.
- Guimarães ASA. Como trabalhar com “raça” em sociologia. *Educação e Pesquisa*. 2003; 29:93-107.

25. Schwarcz LM. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil. 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.
26. Santos DJS, Palomares NB, Normando D, Quintão CCA. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(3):121-4. doi: <https://doi.org/10.1590/S2176-94512010000300015>.
27. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FB. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prat*. 2011;13(3):52-166.
28. Neves DM. Sexualidade: saber e individualidade. *Rev Estud Fem*. 2019;27(2):e54146. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254146>.
29. Trollor JN, Eagleson C, Ruffell B, Tracy J, Torr JJ, Durvasula S, et al. Has teaching about intellectual disability healthcare in Australian medical schools improved? A 20-year comparison of curricula audits. *BMC Med Educ*. 2020;20:321. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02235-w>.
30. Trollor JN, Eagleson C, Turner B, Tracy J, Torr JJ, Durvasula S, et al. Intellectual disability content within tertiary medical curriculum: how is it taught and by whom? *BMC Med Educ*. 2018;18(1):182. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1286-z>.
31. Trollor JN, Ruffell B, Tracy J, Torr JJ, Durvasula S, Iacono T, et al. Intellectual disability health content within medical curriculum: an audit of what our future doctors are taught. *BMC Med Educ*. 2016;16:105. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0625-1>.
32. Harris R, Cormack D, Stanley J, Curtis E, Jones R, Lacey C. Ethnic bias and clinical decision-making among New Zealand medical students: an observational study. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):18. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1120-7>.
33. Yeung S, Bombay A, Walker C, Denis J, Martin D, Sylvestre P, et al. Predictors of medical student interest in Indigenous health learning and clinical practice: a Canadian case study. *BMC Med Educ*. 2018;18:307. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1401-1>.
34. Tollemache N, Shrewsbury D, Llewellyn C. Que(e) rying undergraduate medical curricula: a cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):100. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>.
35. Cormack D, Harris R, Stanley J, Lacey C, Jones R, Curtis E. Ethnic bias amongst medical students in Aotearoa/New Zealand: Findings from the Bias and Decision Making in Medicine (BDMM) study. *PLoS One*. 2018 Aug 10;13(8):e0201168. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201168>.
36. Madeira F, Costa-Lopes R, Bú EA, Tato Marinho R. The role of stereotypical information on medical judgements for black and white patients. *PLoS One*. 2022;17(6):e0268888. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268888>.
37. Bert F, Boietti E, Rousset S, Pompili E, Franzini Tibaldeo E, et al. Gender sensitivity and stereotypes in medical university students: An Italian cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262324. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262324>.
38. Cunha ATR, Silva JI, Oliveira GS, Souto RD, Souza LFF, Solano LC. População em situação de rua: o papel da educação médica ante a redução de iniquidades. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44:e136. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200376>.
39. Freitas-Júnior RAO, Freitas RASO, Carvalho MP, Maranhão SSA, Lisboa LL, Azevedo GD. Inclusion of health care for people with disabilities in Brazilian undergraduate medical education. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(3):e156. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20210072.ING>.
40. Cabral MPG, Batista MH, Gomes NA, Fontenele ACT, Rocha RC. Educação médica, raça e saúde: o que falta para a construção de um projeto pedagógico antirracista? *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(4):e133. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210343>.
41. Soler-González J, Rodríguez-Rosich A, Marsal-Mora JR. Racial stereotyping and cultural competence: improving medical education. *FEM*. 2014;17(2):69-74. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322014000200003>.
42. Bright HR, Nokes K. Impact of a discussion series on race on medical student perceptions of bias in health care. *PRIMER*. 2019;3:29. doi: <https://doi.org/10.22454/PRIMER.2019.142917>.
43. Novak DA, Hallowell R, Llobrera K, Schreiber J, Wright E, Elliott D. Stances toward anti-racist medical education: a qualitative analysis of critical consciousness in first-year medical students. *AERA*. 2022;8(1):01-20. doi: <https://doi.org/10.1177/23328584221103878>.
44. Carrijo APB, Moura ALDB, Oliveira ACPE, Rodrigues LV, Oliveira J de, Castro TF, et al. Teaching of the black population's health: anti-racist lenses for a paradigm shift to address racial inequities. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16784. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416784>.
45. Tsai J, Ucik L, Baldwin N, Hasslinger C, George P. Race matters? Examining and rethinking race portrayal in preclinical medical education. *Acad Med*. 2016;91(7):916-20. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001232>.
46. Pitama S, Beckert L, Huria T, Palmer S, Melbourne-Wilcox M, Patu M, et al. The role of social accountable medical education in addressing health inequity in Aotearoa New Zealand. *J R Soc N Z*. 2019;49(Suppl 1):58-71. doi: <https://doi.org/10.1080/03036758.2019.1659379>.
47. Ly A, Crowshoe L. "Stereotypes are reality": addressing stereotyping in Canadian Aboriginal medical education. *Med Educ*. 2015;49(6):612-22. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.12725>.
48. Soledad SM. Gender stereotypes hidden in the learning of medical students: a necessary analysis. *EduMeCentro*. 2018;10(4):20-36.
49. Hernández-Chablé A, Toraya-Vargas J, Maldonado-Salazar T, Muñoz-Cano JM. Perceptions, concepts, attitudes and values of Mexican medicine students about gender: a descriptive study. *Rev Fac Med*. 2016;64:21-26. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.53678>.
50. Barber A, Flach A, Bonnington J, Pattinson EM. LGBTQ+ healthcare teaching in UK medical schools: an investigation into medical students' understanding and preparedness for practice. *J Med Educ Curric Dev*. 2022;10:1-13. doi: <https://doi.org/10.1177/23821205231164893>.
51. Bunting SR, Benjamins M. Teaching health equity: a medical school and a community-based research center partnership. *Prog Community Health Partnersh*. 2022;16(2):277-291. doi: <https://doi.org/10.1353/cpr.2022.0031>.
52. Hommes F, Drees S, Geffert K, Philipsborn PV, Stratil JM. How are social determinants of health represented in German medical education?: a qualitative content analysis of key-curricular documents. *BMJ Open*. 2020;10:e036026. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036026>.
53. Gostelow N, Barber J, Gishen F, Berlin A. Flipping social determinants on its head: medical student perspectives on the flipped classroom and simulated patients to teach social determinants of health. *Med Teach*. 2018;40(7):728-35. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1436757>.
54. Dixon H, Povall A, Ledger A, Ashwell G. Medical students' experiences of health inequalities and inclusion health education. *Clin Teach*. 2021;18(5):529-34. doi: <https://doi.org/10.1111/tct.13388>.
55. Ryan TA, Scior K. Medical students' attitudes towards health care for people with intellectual disabilities: a qualitative study. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2015;29(6):508-18. doi: <https://doi.org/10.1111/jar.12206>.
56. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Traducción Ricardo Potschart. Buenos Aires: Siglo XXI; 1971.
57. Pereira BCJ. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. *Civitas: Revista de Ciências Sociais*. 2021;21(3):445-54. doi: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.3.40551>.
58. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*. 2002; 10:171-88. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.
59. Biroli F, Miguel LF. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*. 2015;20(2):27-55. doi: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>.
60. Figueiredo GO, Orrillo YAD. Currículo, política e ideologia: estudos críticos na educação superior em saúde. *Trab Educ Saude*. 2020;18:e0024880. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00248>.
61. Baltazar MMM, Moysés SJ, Bastos CCBC. Profissão docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. *Trab Educ Saude*. 2010;8(2):285-303. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000200007>.

62. Ribeiro IL, Medeiros JA. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. *Trab Educ Saude*, 2016;14:33-53. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00099>.
63. Moura TM. Foucault e a escola: disciplinar, examinar, fabricar [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2010.
64. Rios IC, Schraiber LB. A special relationship: a study on teacher-student encounters. *Interface Comun Saude Educ*. 2011;15(36):39-51. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000038>.
65. Mélo LMBD, Santos RC, Albuquerque PC. Agentes comunitárias de saúde com ensino superior: normas, saberes e currículo. *Trab Educ Saude*. 2022;20:e00517188. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs517>.
66. Almeida-Filho N, Nunes TCM. Inovações curriculares para formação em saúde inspiradas na obra de Anísio Teixeira. *Trab Educ Saude*. 2020;18:e0025486. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00254>.
67. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
68. Almeida-Filho N. Nunca fomos flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2531-53 doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XET011214>.
69. Machado CDB, Wu AS. Processo de socialização na formação identitária do estudante de medicina. *Trab educ Saude*. 2019;17(2):e0020840. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00208>.
70. Ayres JRCM, Rios IC, Schraiber LB, Falcão MTC, Mota A. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(3):455-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300019>.



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