



**THE NETWORK**  
TOWARDS UNITY FOR HEALTH

# Indicadores de Responsabilidade Social na Educação Superior para Profissionais de Saúde

## Guia da Ferramenta de Autoavaliação

**Patrocinador do projeto: USAID**

**Em Colaboração com o Global Consensus for Social Accountability, PAHO/WHO,  
Training for Health Equity Network: THEnet, Social Mission Alliance, y NOSM  
University**

# Sumário

Introdução	2
Sumário Executivo: Desenvolvimento e Visão Geral do ISAT	4
Antecedentes e Contexto: Desenvolvimento e Visão Geral do ISAT	5
Processo de Desenvolvimento do Instrumento.	9
Introdução ao ISAT	12
Proposta	12
Quem deve utilizar o ISAT?	12
Como o ISAT deve ser utilizado?	13
Quais são as fases do ISAT?	13
Quais são os Componentes Principais do ISAT?	14
Estudantes	14
Recrutamento de Docentes	15
Desenvolvimento de Docentes	16
Currículo: Conteúdo	16
Currículo: Métodos de Aprendizagem	17
Currículo: Tipos e Locais das experiências educacionais	17
Educação Interprofissional e Prática Colaborativa	18
Pesquisa baseada na comunidade	19
Governança	20
Parceria e Engajamento de Partes Interessadas.	20
Resultados das Escolas	21
Impacto Social	21
Outras considerações	22
<b>INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL — ISAT GUIA DE IMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>Apêndice</b>	<b>52</b>
Co desenvolvedores da ferramenta ISAT em 2017	52
Co-desarrolladores de ISAT 2.0	53
Recursos adicionais sobre responsabilidade social	54
Referencias	55

## Introdução

A Responsabilidade Social é um farol para ajudar os atores da saúde a “responder melhor às necessidades prioritárias de saúde das pessoas e da sociedade, hoje e no futuro”. Globalmente, muitas pessoas morrem de causas evitáveis e padecem devido a enfermidades devido ao acesso inadequado aos cuidados apropriados. A falta e má distribuição da força de trabalho da saúde, bem como a discrepância entre as necessidades das pessoas e as competências e experiências que os profissionais de saúde possuem, são obstáculos para alcançar o acesso e a cobertura universal da saúde para todos. Novas evidências indicam que quem recebe educação, que tópicos estudam, onde e como seu aprendizado ocorre influenciam suas escolhas de carreira e locais de prática futura. Reforçar a responsabilidade social das instituições de educação da força de trabalho da saúde e seus graduados está sendo reconhecido agora como um mecanismo eficaz para maximizar seu impacto positivo sobre a saúde e o fortalecimento do sistema de saúde.

Em resposta, as estruturas globais e a orientação política estão adotando estratégias de responsabilidade social para melhorar a quantidade, qualidade e relevância da educação da força de trabalho da saúde para garantir que os países tenham equipes interprofissionais bem treinadas prontas e dispostas a trabalhar com e nas comunidades para atender suas necessidades de saúde, onde quer que vivam. A aplicação dos princípios de responsabilidade social proporciona um mecanismo para as instituições aumentarem a equidade na educação, conduzam pesquisas relevantes às necessidades de saúde da população e melhorem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, um objetivo essencial para as instituições socialmente responsáveis. Os mecanismos de responsabilidade social não apenas promovem esforços contínuos para aumentar a equidade, mas a relevância, a relação custo-benefício e, o mais importante, a qualidade da educação com o objetivo final de melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde para todos.

Ao inspirar as instituições a autoavaliarem e se tornarem verificadas como uma Instituição de Responsabilidade Social, começaremos a abordar as desigualdades e iniquidades na saúde e a incorporar proativamente os determinantes sociais da saúde nas práticas de saúde. **The Network: Towards Unity for Health — TUFH** (A Rede: Rumo à Unidade para a Saúde) é dedicada a esta visão e seu propósito de criar a UNIDADE entre as principais partes interessadas no sistema de saúde. As instituições de saúde em todo o mundo<sup>1</sup> aspiram atender aos valores e padrões de Responsabilidade

---

<sup>1</sup> Social Accountability foi definida pela Organização Mundial da Saúde como “a obrigação [das escolas de medicina] de direcionar suas atividades de educação, pesquisa e serviço para enfrentar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, região e/ou nação com o mandato de servir. As preocupações prioritárias de saúde devem ser identificadas em conjunto por governos, organizações de saúde, profissionais de saúde e o público” (Organização Mundial da Saúde, 1995).

Social porque querem permanecer relevantes e competitivas. Para isso, sugerimos realizar tanto a autoavaliação quanto a verificação por meio de um comitê de supervisão, conforme descrito abaixo:

- **Uma Avaliação de Responsabilidade Social** avalia como as operações e o modelo de negócios de uma instituição impactam seus trabalhadores, comunidade, meio ambiente e consumidores. Uma Verificação Socialmente Responsável demonstra que uma instituição está atendendo aos mais altos padrões de desempenho verificados.
- **A Verificação de Responsabilidade Social não** aprova apenas onde sua instituição se destaca agora — ele o compromete a considerar o impacto das partes interessadas a longo prazo, incorporando-o à estrutura jurídica de sua empresa.

Instituições<sup>2</sup> e Sistemas de Saúde querem autoavaliar e ser verificados porque estão liderando um movimento em direção a um mundo mais socialmente responsável, construir relacionamentos com instituições e indivíduos com os mesmos interesses, atrair talentos, melhorar o impacto, ampliar sua voz e Proteger sua missão.

Para autoavaliação, estamos usando os Indicadores da Ferramenta de Responsabilidade Social (ISAT) cujo objetivo é ajudar as instituições e programas que educam os profissionais de saúde a avaliar regularmente seu progresso em direção a uma maior responsabilidade social para que seus programas estejam posicionados idealmente para atender

às necessidades atuais e futuras do sistema de saúde e assim fortalecer a cobertura e o acesso universal da saúde. O ISAT também pode ajudar as escolas a estabelecer áreas prioritárias para pesquisa e melhoria da qualidade e assegurar que suas estratégias e atividades contribuam para aumentar a colaboração interprofissional, a equidade da saúde e a qualidade dos serviços. Além disso, ele permite identificar semelhanças e boas práticas entre instituições e entre regiões e países.

Este guia deve servir como referência pelas instituições (por exemplo, instituições de ensino de profissões da saúde) ao completar a Aplicação Eletrônica de

#### **Quais são as principais características definidoras da Responsabilidade Social?**

“A participação da comunidade na identificação das necessidades da comunidade, no estabelecimento de prioridades, na criação e avaliação de novos modelos de prática é vista como fundamental [para a Responsabilidade Social].”

Relatório de 2001 da Health Canada,  
“Responsabilidade Social: Uma Visão para as  
Escolas Médicas Canadenses”

A Responsabilidade Social exige uma resposta às “necessidades e desafios de saúde atuais e futuros na sociedade”, fortalecendo a “governança e parcerias com outros stakeholders” e utilizando “avaliação e acreditação para avaliar o desempenho e impacto”.

O Consenso Global de 2010 sobre a  
Responsabilidade Social das Escolas Médicas

---

<sup>2</sup> Ao longo deste documento, utilizamos o termo “instituições de educação em saúde” ou simplesmente “instituições” para nos referirmos à diversidade global de escolas de medicina, faculdades de medicina, universidades com programas em saúde pública e odontologia e, em alguns casos, hospitais e centros médicos. Essa variedade terminológica reflete a amplitude global de instituições que buscam se tornar mais socialmente responsáveis.

Autoavaliação de Responsabilidade Social do ISAT. A Aplicação de Autoavaliação de Responsabilidade Social do ISAT consiste em 4 seções que incorporam uma série de domínios a serem completados.

## Sumário Executivo: Desenvolvimento e Visão Geral do ISAT

Globalmente, muitas pessoas morrem de causas evitáveis e padecem devido a enfermidades devido ao acesso inadequado aos cuidados apropriados. A falta e má distribuição da força de trabalho da saúde, bem como a discrepância entre as necessidades das pessoas e as competências e experiências que os profissionais de saúde possuem, são obstáculos para alcançar o acesso e a cobertura universal da saúde para todos.

Novas evidências indicam que quem recebe educação, que tópicos estudam, onde e como seu aprendizado ocorre influenciam suas escolhas de carreira e locais de prática futura. Reforçar a responsabilidade social das instituições de educação da força de trabalho da saúde e seus graduados está sendo reconhecido agora como um mecanismo eficaz para maximizar seu impacto positivo sobre a saúde e o fortalecimento do sistema de saúde.<sup>1</sup> O Canadá está liderando o caminho ao já ter incorporado a responsabilidade social em seus padrões de acreditação de educação médica.

Em resposta, as estruturas globais e a orientação política estão adotando estratégias de responsabilidade social para melhorar a quantidade, a qualidade e a relevância da educação da força de trabalho da saúde para garantir que os países tenham equipes interprofissionais bem treinadas, prontas e dispostas a trabalhar com/nas comunidades para atender suas necessidades de saúde, onde quer que vivam. A aplicação dos princípios de responsabilidade social proporciona um mecanismo para as instituições aumentarem a equidade na educação, conduzam pesquisas relevantes às necessidades de saúde da população e melhorem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, um objetivo essencial para as instituições socialmente responsáveis.

### O que é Responsabilidade Social no contexto da Educação da Força de Trabalho em Saúde?

Responsabilidade Social é "a obrigação de direcionar suas atividades de educação, pesquisa e serviço para enfrentar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, região e/ou nação que têm o mandato de servir. As preocupações prioritárias de saúde devem ser identificadas em conjunto por governos, organizações de saúde, profissionais de saúde e o público."

Organização Mundial da Saúde, 1995

### Como a Responsabilidade Social se relaciona com a conexão mais ampla entre as sociedades e suas instituições?

"A criação de impulso em direção a uma iniciativa global para garantir que os sistemas de acreditação das escolas de medicina sejam projetados e usados para melhor responder às necessidades e desafios prioritários de saúde das sociedades hoje e no futuro."

Estrutura Conceitual para Acreditar o Progresso em Direção à Responsabilidade Social 2024

Os mecanismos de responsabilidade social não apenas promovem esforços contínuos para aumentar a equidade, mas a relevância, a relação custo-benefício e, o mais importante, a qualidade da educação com o objetivo final de melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde para todos.

Em um esforço para aumentar a responsabilidade social da educação da força de trabalho da saúde nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reuniu os principais especialistas na área de avaliação da responsabilidade social para chegar a um acordo sobre indicadores essenciais para avaliar a responsabilidade social das escolas de medicina nas Américas. Com base nas ferramentas existentes de responsabilidade social, o grupo desenvolveu a **Ferramenta de Indicadores de Responsabilidade Social (ISAT)**. O objetivo de seu desenvolvimento é promover programas de educação, pesquisa e prestação de serviços alinhados com as necessidades prioritárias, fornecendo às instituições de educação da força de trabalho para saúde uma ferramenta para avaliar regularmente seu progresso em direção a uma maior responsabilidade social. É um instrumento de diagnóstico relativamente direto que ajuda as instituições e suas partes interessadas a refletir sobre onde elas estão, identificar lacunas e áreas para melhoria. O ISAT inclui os seguintes componentes principais:

- recrutamento, seleção e apoio aos estudantes;
- recrutamento e desenvolvimento de professores;
- o que, como e onde os estudantes aprendem;
- educação interprofissional e prática colaborativa
- atividades de pesquisa;
- governança e engajamento das partes interessadas;
- resultados escolares; e impacto social.

Cada componente central é dividido em quatro fases de desenvolvimento e inclui marcos, padrões e indicadores.

Os desenvolvedores do ISAT estão conscientes de que o contexto varia muito e que alguns indicadores não são mensuráveis ou relevantes em certos países, ou instituições.

Também inclui uma lista de recursos adicionais para ajudar aqueles interessados em se juntar ao movimento global para transformar a educação da força de trabalho da saúde em direção a melhor atender as necessidades dos indivíduos e comunidades que suas instituições atendem.

## Antecedentes e Contexto: Desenvolvimento e Visão Geral do ISAT

O mundo sofre de iniquidades sanitárias espantosas, ou seja, as diferenças na saúde da população são sistêmicas, socialmente produzidas e evitáveis, portanto, inerentemente injustas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, globalmente, mais de 400 milhões de pessoas raramente ou nunca veem um profissional de saúde em suas vidas, uma realidade que inclui populações desatendidas em

países de alta renda. <sup>2</sup> Na verdade, a Região das Américas continua sendo uma das mais injustas. Tais desigualdades na saúde não só são inaceitáveis, mas também onerosas, limitando as oportunidades individuais e retardando o crescimento econômico. As Nações Unidas estimam que, se nenhuma ação for tomada, a perda para a economia global devido apenas às doenças não transmissíveis poderá chegar a 47 trilhões de dólares até 2030. <sup>3</sup>

A escassez e a má distribuição geográfica dos trabalhadores da saúde e o descompasso entre necessidades e competências continuam sendo uma barreira ao Acesso e à Cobertura Universal da Saúde, resultando em milhões de pessoas no mundo inteiro não receberem os cuidados e serviços essenciais de saúde de que necessitam. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Cobertura Universal de Saúde (CUS) “... significa que todas as pessoas e comunidades podem usar os serviços de saúde promocionais, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos de que necessitam, de qualidade suficiente para serem eficazes, ao mesmo tempo, em que garantem que o uso desses serviços não exponha o usuário a dificuldades financeiras.” <sup>4</sup> A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) acrescenta o conceito de Acesso Universal definindo-o como “... a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, organizacionais ou de gênero... conseguidas através da eliminação progressiva de barreiras que impedem que todas as pessoas tenham o uso equânime de serviços de saúde abrangentes determinados nacionalmente.” <sup>5</sup>

No entanto, a maioria dos esforços para enfrentar a escassez de mão-de-obra na área da saúde tem se concentrado no aumento da produção, com atenção limitada ao impacto das estratégias institucionais e educacionais sobre a localização e as escolhas de carreira dos graduados em medicina. <sup>6</sup>

Aumentar a produção de profissionais da saúde não é claramente suficiente, pois muitos recém-formados migram para carreiras de especialidade em ambientes urbanos ou de países de alta renda. Por exemplo, nos últimos trinta anos, a América Latina tem visto um forte aumento no número de novas escolas médicas. Entretanto, a qualidade e a contribuição de algumas dessas novas escolas para o fortalecimento do sistema de saúde estão sendo questionada. <sup>7</sup>

De fato, a Comissão Lancet sobre a Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI, sugere que o modelo predominante de educação profissional em saúde, centrado na “Torre de Marfim” biomédica urbana e hospitalar, não produz graduados com competências e experiências para atender às necessidades de hoje e do amanhã. <sup>8</sup>

Em resposta, estruturas globais e orientação política incluindo a Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde da Organização Mundial da Saúde <sup>9</sup> (OMS), o relatório e o plano de ação da Comissão de Alto Nível sobre Emprego na Saúde e Crescimento Econômico (ComHEEG) <sup>10</sup>, as diretrizes da OMS sobre a transformação da educação profissional em saúde <sup>11</sup>, e o Plano de Ação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre Recursos Humanos para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal da Saúde 2018–2023 <sup>12</sup>, todos adotam estratégias para melhorar a quantidade, qualidade e relevância da educação da força de trabalho da saúde para assegurar que os países tenham equipes interprofissionais prontas e

dispostas a trabalhar com as comunidades para atender suas necessidades de saúde, onde quer que vivam.

Promover maior responsabilidade social das instituições e programas de educação da força de trabalho de saúde é cada vez mais visto como um mecanismo eficaz para maximizar seu impacto positivo na saúde e no fortalecimento do sistema de saúde. A OMS define a educação médica socialmente responsável como “a obrigação de direcionar sua educação, pesquisa e serviço de atividades para o atendimento das preocupações prioritárias de saúde da comunidade, região e/ou nação que eles têm um mandato para servir”. As preocupações prioritárias de saúde devem ser identificadas conjuntamente pelos governos, organizações de saúde, profissionais de saúde e público.”<sup>13</sup> Embora as escolas de profissionais de saúde tenham implementado estratégias associadas à responsabilidade social desde pelo menos os anos 70, foi somente em meados dos anos 2000 que um número crescente de instituições e organizações educacionais começou a promover e/ou implementar ativamente iniciativas de responsabilidade social, particularmente na educação médica. A Rede: *Towards Unity For Health* na Conferência da organização, em 2006, sobre Aumentar a Responsabilidade Social estabeleceu uma Força-Tarefa sobre Responsabilidade Social, que finalmente levou ao desenvolvimento do Consenso Global sobre Responsabilidade Social na Educação Médica em 2010, desenvolvido primeiramente por indivíduos e organizações de todo o mundo por meio de um processo Delphi e culminando em uma reunião no leste de Londres, África do Sul. Simultaneamente, a Comissão Lancet 2010 sobre Educação de Profissionais de Saúde para o Século XXI incluiu uma seção sobre responsabilidade social e apresentou as experiências da Training for Health Equity Network (THEnet), uma parceria de escolas de profissionais de saúde comprometidas com a responsabilidade social.<sup>14</sup>

Uma década depois, há evidências crescentes do impacto positivo desta abordagem no aumento da disponibilidade, distribuição e desempenho dos trabalhadores da saúde nas regiões desatendidas, bem como no fortalecimento da saúde nas regiões em que eles servem.<sup>15,16</sup> Um número crescente de escolas na região das Américas está adotando uma abordagem mais socialmente responsável da educação médica e o Canadá já integrou a responsabilidade social em seus padrões de acreditação de escolas médicas. O ComHEEG e o plano de ação que o acompanha exigem ações imediatas, incluindo a “expansão da educação profissional, técnica e vocacional socialmente responsável e transformadora”.<sup>17</sup> Tanto a OMS GSHRH como a ComHEEG são apoiadas pelas Contas Nacionais da Força de Trabalho da Saúde da OMS (CNFTS). O objetivo da CNFTS é facilitar a padronização de um sistema de informação da

#### **Comitê de Acreditação das Escolas de Medicina do Canadá**

##### **Padrão 1: Elemento 1.1.1**

Responsabilidade Social: Uma escola de medicina está comprometida em abordar as preocupações prioritárias de saúde das populações às quais tem a responsabilidade de servir. A responsabilidade social da escola de medicina é:

- a) articulada em sua declaração de missão;
- b) cumprida em seu programa educacional por meio de admissões, conteúdo curricular e tipos e locais de experiências educacionais;
- c) evidenciada por medidas de resultados específicas.

força de trabalho da saúde para melhorar a qualidade dos dados, bem como para apoiar o acompanhamento do desempenho dos Recursos Humanos para a Política de Saúde para a Cobertura Universal da Saúde (CUS).

As CNFTSs são relevantes para as partes interessadas nacionais, regionais e globais, e podem contribuir para encontrar respostas às principais questões políticas relacionadas aos atuais desafios de recursos humanos e como otimizar o planejamento. A CNFTS tem três módulos de educação, incluindo indicadores ao nível de sistema que abordam o alinhamento dos planos nacionais de educação para trabalhadores da saúde com os planos e estratégias nacionais de saúde. O módulo (3) sobre Regulamentação e Credenciamento tem dois indicadores dedicados à responsabilidade social, um para avaliar a inclusão da responsabilidade social nos mecanismos de credenciamento, o outro para avaliar a eficácia da implementação.

O relatório ComHEEG estabelece uma visão segundo a qual a força de trabalho da saúde deve ser orientada para os determinantes sociais da saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados primários e serviços centrados nas pessoas e baseados na comunidade. No entanto, existem desafios significativos para transformar a educação dos profissionais de saúde em direção a esta visão, que requer maior responsabilidade social, com atenção focada na educação e no treinamento para a equidade na saúde. Esses desafios incluem:

- estratégias educacionais atuais com foco na saúde individual e não nas necessidades de saúde da população;
- oportunidades limitadas de aprendizado na atenção primária e na comunidade, falta de foco no aprendizado interprofissional e trabalho em equipe na atenção primária;
- e políticas de admissão de estudantes com foco unicamente no desempenho acadêmico.<sup>18</sup>

Um estudo recente sobre as perspectivas latino-americanas sobre responsabilidade social na educação médica identifica várias barreiras na região: que a maioria dos padrões atuais de acreditação não incorpora responsabilidade social, um menor valor profissional e incentivos econômicos associados à prática da atenção primária, a falta de indicadores sobre responsabilidade social como prioridade das escolas médicas, preponderância do papel do corpo docente no treinamento de sub especialidades e poucas vivências dos estudantes na atenção primária.<sup>19</sup> As recomendações do estudo previamente citadas, na América Latina, incluem o desenvolvimento de uma ferramenta para avaliar a responsabilidade social das escolas médicas na região, a construção de uma rede regional de escolas médicas com foco no tema e a implementação de estudos que incorporem as perspectivas de outras partes interessadas, incluindo os próprios estudantes e comunidades carentes.

## Processo de Desenvolvimento do Instrumento.

A OPAS está empenhada em aumentar a responsabilidade social do setor educacional da força de trabalho da saúde na região como parte de um esforço para aumentar o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal da Saúde, e como uma estratégia para reduzir as desigualdades na saúde. Sua estratégia de Recursos Humanos para a Saúde Universal exige uma parceria “... com o setor de educação para responder às necessidades dos sistemas de saúde em transformação em direção ao acesso universal à saúde e à cobertura universal da saúde.”<sup>20</sup>

Para apoiar este objetivo, a OPAS criou em 2017 o Consórcio de Responsabilidade Social na Educação para Profissões de Saúde na Região das Américas. Para avaliar a responsabilidade social das escolas de medicina na região, a OPAS determinou a necessidade de desenvolver um conjunto de indicadores centrais que refletissem as necessidades e os contextos da região.

Para esse fim, em junho de 2017, a OPAS reuniu em Washington líderes de importantes organizações e especialistas na área de responsabilidade social para chegar a um acordo sobre os indicadores centrais para avaliar a responsabilidade social das escolas médicas da Região. A OPAS convidou os líderes do Programa ASPIRE da AMEE, THEnet: Training for Health Equity Network, Instituto da Força de Trabalho da George Washington (GW) University, Universidad del Litoral — Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicinas Públicas e Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, CONEAU na Argentina, Fundação Universidade Aberta do DF, FUNAB e Universidade Federal de Roraima, do Brasil; Universidade das Índias Ocidentais, Jamaica; Associação das Faculdades de Medicina do Canadá, Interaction Institute for Social Change da Irlanda, Agency for International Development dos Estados Unidos da América, assim como especialistas da OPAS.

Com base nas ferramentas de responsabilidade social existentes desenvolvidas pela AMEE-ASPIRE, THEnet e GW, o grupo desenvolveu um acordo sobre um conjunto central de indicadores conhecido como Ferramenta de Indicadores de Responsabilidade Social (ISAT). As ferramentas existentes tinham fatores em comum, embora tenham sido desenvolvidas com diferentes propósitos em mente.

O programa ASPIRE foi estabelecido pela AMEE em 2013 para incentivar a excelência na educação médica através do desenvolvimento de critérios aspiracionais para aspectos-chave que agora incluem avaliar estudantes, envolvimento dos estudantes, desenvolvimento do corpo docente, simulação, currículo e responsabilidade social. Os critérios de responsabilidade social abrangem quatro domínios: organização e função, educação dos médicos, atividades de pesquisa e contribuição aos serviços de saúde. Para demonstrar responsabilidade social, as escolas devem documentar planos, ações e impactos de sua educação, pesquisa e serviço, graduados e parcerias na saúde, saúde e equidade sanitária de sua comunidade, região e nação.

A Faculdade do Institute Health Workforce da Universidade George Washington em Washington, DC, desenvolveu o The Social Mission Metrics Study (O Estudo das Métricas da Missão Social), um projeto de pesquisa nacional que está desenvolvendo ferramentas de medição do conteúdo da missão social da educação médica, de enfermagem e odontológica. O estudo <sup>21</sup> visa transformar a educação das profissões da saúde através do desenvolvimento de ferramentas padronizadas de medição de processos como indicadores-chave da missão social das escolas de profissões da saúde.

A THEnet é uma colaboração internacional de escolas de profissionais de saúde que lutam pela responsabilidade social. Seu primeiro projeto conjunto foi — construindo sobre o modelo de conceituação-produção-usabilidade desenvolvido por Woollard e Boelen <sup>22</sup>e as estratégias de sucesso de seus membros para desenvolver e implementar uma estrutura de avaliação abrangente. <sup>23</sup>Ele identifica fatores-chave que afetam a capacidade de uma escola de influenciar positivamente os resultados e o desempenho dos sistemas de saúde e de desenvolver maneiras de mensurá-los por instituições e contextos. A Estrutura da THEnet oferece um conjunto de ferramentas abrangentes e sensíveis ao contexto para a melhoria da qualidade que leva as escolas a se envolverem com diferentes grupos de interessados para ajudar as escolas a olhar de forma crítica seu desempenho e progresso em direção a uma maior responsabilidade social e ajudá-las a estabelecer áreas prioritárias para pesquisa e melhoria.

Os participantes da reunião da OPAS/OMS de 6 a 7 de junho de 2017 utilizaram as ferramentas acima para chegar a um acordo sobre um conjunto central de indicadores de responsabilidade social: A Ferramenta de Indicadores de Responsabilidade Social (ISAT). A ferramenta de diagnóstico é particularmente destinada às escolas da região da OPAS/OMS que, embora possam estar implementando estratégias associadas à responsabilidade social, são novas no conceito. Com esta ferramenta e atividades associadas, a OPAS/OMS procura facilitar a transição das escolas de educação em saúde na Região de uma fase de resposta social para uma nova linha de base de responsabilidade social.

O instrumento ISAT foi apresentado no IV Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde (Dublin-Irlanda, 13–17 de novembro de 2017) e na Conferência Beyond Flexner 2018 (Atlanta-USA, 9-11 de abril de 2018). Anteriormente, o instrumento ISAT foi revisto no 55º COBEM — Congresso Brasileiro de Educação Médica (Porto Alegre-Brasil, 12–15 de outubro de 2017). Dois professores de medicina de escolas diferentes fizeram traduções separadas para o português, seguidas de uma reunião para chegar a um acordo sobre uma versão final. A ferramenta foi revisada e validada por representantes de 18 faculdades de medicina das cinco regiões geográficas do Brasil durante o Encontro Brasileiro da

Associação de Educação Médica no Brasil. Os representantes foram organizados em pequenos grupos com base em suas respectivas regiões e receberam uma versão em português do ISAT. Eles foram solicitados a comentar os termos utilizados para determinar a clareza e o significado comum e se este era aplicável e útil em seus contextos. Os resultados foram comparados e discutidos, bem como as sugestões de clareza dos termos e tradução. O ISAT foi aplicado em três escolas médicas brasileiras até o momento, em reuniões para avaliação curricular. Um grupo de estudantes e professores analisou o instrumento ISAT separadamente e os resultados foram então comparados e discutidos para identificar as prioridades de ação.

Em 2019, a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) se associou à Rede: Rumo à Unidade pela Saúde (TUFH) para operacionalizar a ferramenta ISAT em escolas de medicina e faculdades de ciências da saúde em todo o mundo. A TUFH estabeleceu dois objetivos aspiracionais para alcançar a visão da Ferramenta ISAT: 1) até 2027, 30% das agências reconhecidas globalmente em regiões e países específicos reconhecerão os Padrões de Responsabilidade Social e os incorporarão aos Padrões de Acreditação; e 2) 15–20% das instituições de educação profissional em saúde em regiões e países específicos terão concluído um processo de avaliação e certificação institucional.

Para alcançar esses objetivos, a TUFH implementou as seguintes estratégias:

1. Promover a compreensão internacional da necessidade de adoção estrutural e implementação da Responsabilidade Social; onde os sistemas de saúde respondem às necessidades prioritárias de saúde conforme informadas pela contribuição da comunidade.
2. Apoiar as instituições de saúde para se tornarem verificadas como Instituições Socialmente Responsáveis, levando à melhoria e ao aumento da capacidade de atrair graduandos, pós-graduandos e docentes de todo o mundo.
3. Envolver proativamente-se com entidades globais que modelam os padrões de acreditação em saúde para incorporar os princípios e padrões de Responsabilidade Social.
4. Inspirar os estudantes a se envolverem com lideranças visionárias nas instituições de saúde e parceiros estratégicos para adotar os princípios de Responsabilidade Social nas políticas.
5. Construir sobre a base de conhecimento e fornecer ferramentas para instituições de saúde especificarem e medirem seu impacto na sociedade. Expandir os resultados institucionais para incluir melhorias nos resultados dos pacientes e incorporar avaliações inovadoras dos aprendizes para medir o engajamento comunitário.
6. Compartilhar, publicar e distribuir novos conhecimentos através das Academias TUFH e publicações TUFH.
7. Reconhecer as instituições que concluírem a Avaliação Institucional de Responsabilidade Social e acreditar as entidades que adotarem princípios ou padrões de Responsabilidade Social.

De 2020 a 2024, a TUFH piloto a ferramenta com 10 instituições internacionais, traduziu a ferramenta e criou comitês de supervisão de especialistas em inglês, francês, espanhol e português, e fez parceria com a Escola de Medicina do Norte de Ontário, que hospeda o Comitê Diretivo Internacional de Responsabilidade Social e Acreditação (ISAASC), para hospedar a Bolsa de Estudos Global de Responsabilidade Social para liderança escolar e de faculdade adotarem os padrões de Responsabilidade Social e desenvolverem planos de ação.

Em 2024, a TUFH convocou um grupo de especialistas globais para revisar o ISAT para refletir as realidades enfrentadas pelas instituições, escolas e faculdades em 2024. A versão atual do ISAT 2.0 é um produto desse feedback.

## Introdução ao ISAT

### Proposta

O objetivo dos Indicadores da Ferramenta de Responsabilidade Social (ISAT) é ajudar instituições e programas que educam profissionais de saúde nas Américas e não só a avaliar regularmente seu progresso em direção a uma maior responsabilidade social para que seus programas estejam posicionados idealmente para atender às necessidades atuais e futuras do sistema de saúde e assim aumentar a cobertura e o acesso universal da saúde.

A Ferramenta também pode ajudar as escolas a estabelecer áreas prioritárias para pesquisa e melhoria da qualidade e garantir que suas estratégias e atividades contribuam para aumentar a colaboração interprofissional, a equidade na saúde e a qualidade dos serviços. Além disso, ela permite a identificação de semelhanças e boas práticas entre as instituições e entre regiões e países.

### Quem deve utilizar o ISAT?

A Ferramenta ISAT foi projetada tendo em mente o corpo docente, os líderes e outras partes interessadas-chave na educação da força de trabalho da saúde. Um princípio fundamental da definição de responsabilidade social é identificar as necessidades em colaboração com as partes interessadas. Consequentemente, o envolvimento de outras partes interessadas, incluindo estudantes, prestadores de serviços, administradores de sistemas de saúde e representantes da comunidade no processo de reflexão sobre os vários elementos envolvidos na educação de profissionais de saúde está no centro da responsabilidade social.

## Como o ISAT deve ser utilizado?

O instrumento ISAT pode ser usado de diferentes maneiras e em diferentes níveis institucionais. Pode ser usado por líderes e/ou professores e estudantes para fazer uma avaliação relativamente rápida da posição da escola e promover a reflexão coletiva e o feedback para compartilhar com aqueles que dirigem o programa ou são responsáveis por estratégias ao nível universitário. No entanto, idealmente, para maximizar a probabilidade de que os resultados sejam levados à prática, a liderança das instituições deve estar comprometida com o processo e os principais interessados devem estar envolvidos.

Antes de explorar os resultados e o impacto, é também importante que as escolas, em parceria com suas partes interessadas, estejam claras sobre o que é o sucesso de suas instituições e de seus beneficiários finais-pacientes e comunidades. O ideal durante o processo de implementação das partes interessadas do ISAT deveria refletir sobre quais mudanças são necessárias em termos de comportamento individual e organizacional, atividades e relacionamentos para alcançar os resultados e o impacto que a escola ou programa está buscando. É também uma oportunidade de identificar o que está na esfera de influência direta e indireta de uma escola e o que não está.

Discutir e reconhecer as suposições subjacentes e sua própria “teoria da mudança” operacional pode ser útil para identificar áreas para melhoria ou reforma. Finalmente, identificados quais fatores de influência são conhecidos e quais podem ser as incertezas atuais e futuras, a ferramenta pode ajudar as escolas a progredir e crescer.<sup>24</sup> Os usuários também podem querer responder a perguntas tais como:

- 1) Quais são os instrumentos de medição e fontes de dados que poderiam ajudar a avaliar o progresso;
- 2) quais são os recursos humanos e materiais e o tempo estimado envolvido na aplicação do instrumento em toda a sua extensão;
- 3) existem indicadores que não são apropriados para o contexto de uma determinada escola e, se assim for, existem outros indicadores que possam agregar valor na determinação da responsabilidade social?

## Quais são as fases do ISAT?

O ISAT é separado em quatro fases para cada um dos Componentes Principais descritos abaixo.

**Fase 1** descreve um programa ou escola onde se dá pouca, ou nenhuma atenção à responsabilidade social e onde estratégias associadas não estão sendo empregadas.

**Fase 2** descreve uma situação em que líderes e professores estão no início do processo de reflexão ou começam a implementar estratégias, ou políticas associadas à responsabilidade social.

**Fase 3** sugere que o programa ou as escolas estão implementando estas estratégias, mas o programa ainda não conseguiu alcançar os resultados desejados destas estratégias.

**Fase 4** descreve uma situação em que processos e sistemas estão em vigor para medir o progresso e onde os programas ou escolas podem demonstrar o impacto das estratégias e políticas associadas com a responsabilidade social.

Deve-se observar que as escolas e programas nem sempre podem controlar ou influenciar políticas, estratégias ou atividades específicas devido a várias razões, incluindo serem novas e não existem há tempo suficiente para avaliar os indicadores da Fase 4, que não podem tomar decisões em torno de certas políticas, estratégias ou alocação de recursos ou que podem não ter recursos para implementar as estratégias ou recursos desejados para medir os resultados ou avaliar o impacto. Portanto, as escolas e programas provavelmente estarão em diferentes fases para diferentes Componentes Principais e descobrirão que o nível e a velocidade do progresso podem depender de uma série de fatores internos e externos. Entretanto, o uso do ISAT deve ajudar as escolas e os programas a avaliar a situação atual, identificar barreiras e fatores capacitadores para progredir no sentido de aumentar sua responsabilidade social.

### Quais são os Componentes Principais do ISAT?

O ISAT está dividido em Componentes Principais com foco em um elemento-chave a ser avaliado. Embora cada um destes Componentes Principais seja relevante para a maioria das escolas médicas, nem todos eles podem ser avaliados da mesma forma que o contexto, incluindo políticas e regulamentos podem variar de país para país e de escola para escola. Cada uma das seções abaixo explica por que o componente é considerado importante para a responsabilidade social, com o entendimento de que ele pode não ser aplicável a todos.

### Estudantes

A maioria das nações do mundo luta para recrutar e reter profissionais de saúde em regiões rurais, remotas e pobres, sendo esta a razão pela qual este instrumento é um componente essencial para a responsabilidade social.<sup>25</sup> Entretanto, deve-se observar que em alguns países as escolas não têm influência sobre quem frequenta seu programa porque a seleção é feita ao nível nacional ou como na Argentina, onde não há critérios específicos para a entrada na faculdade de medicina uma vez que os alunos se formem no ensino médio. Nesses casos, as escolas que lutam por uma maior responsabilidade social podem defender mudanças políticas, alcançar grupos sub-representados e fornecer apoio acadêmico, financeiro e psicológico especial aos estudantes de grupos rurais ou sub-representados.

Em muitos países, as escolas podem utilizar estratégias para identificar alunos com atributos e origens que são preditivos de seu interesse e desejo de trabalhar na área das necessidades, particularmente em regiões rurais e mal servidas<sup>26</sup>. Atualmente, na maioria das regiões do mundo, os critérios de seleção dos estudantes são predominantemente baseados no desempenho acadêmico dos estudantes. Entretanto, estudos têm mostrado que as combinações de vários fatores são preditores para aumentar a motivação dos

estudantes para a prática em áreas rurais e comunidades carentes. Tais fatores incluem ter uma formação rural e secundária ocorrendo em áreas rurais.<sup>27,28</sup> As escolas que lutam pela responsabilidade social empregaram várias estratégias para aumentar a diversidade socioeconômica, étnica e geográfica dos estudantes e selecionar os estudantes que consideram mais propensos a escolher carreiras e locais de prática em áreas de necessidade. Estas estratégias incluem sistemas de cotas que proporcionam peso adicional para estudantes de populações rurais ou sub-representadas; envolvimento comunitário; estratégias de marketing escolar; e testes psicométricos baseados em seleção para avaliar atributos pessoais tais como fortes habilidades interpessoais e empatia.<sup>29,30</sup>

Quando existem comitês de admissão ou de seleção de estudantes, as escolas socialmente responsáveis incluem nos comitês as principais partes interessadas, tais como membros de populações carentes ou marginalizadas. Por exemplo, a norma canadense de credenciamento relevante requer:

“Uma escola médica, de acordo com sua missão de responsabilidade social, tem políticas e práticas eficazes e se envolve em atividades contínuas, sistemáticas e focadas de recrutamento e retenção, para alcançar resultados apropriados de diversidade entre seus estudantes, corpo docente, liderança acadêmica e educacional superior, e outros membros relevantes de sua comunidade acadêmica. Estas atividades incluem o uso apropriado de políticas e práticas eficazes, programas ou parcerias para alcançar a diversidade entre os candidatos qualificados para admissão na faculdade de medicina e a avaliação de políticas e práticas, programas ou resultados de parcerias”.<sup>31</sup>

## Recrutamento de Docentes

Recrutar e manter um quadro de professores acadêmicos e clínicos dedicados e bem treinados é um desafio em muitos países, particularmente em áreas rurais desatendidas. Em alguns países de alta renda, como os Estados Unidos, os sistemas de valores institucionais das escolas médicas tendem a priorizar a pesquisa em detrimento do ensino. Além disso, em regiões mais pobres do mundo, a posição acadêmica muitas vezes não é bem remunerada e o corpo docente frequentemente ganha renda adicional por outros meios, reduzindo o tempo dedicado ao ensino e à orientação dos estudantes. As escolas socialmente responsáveis procuram atrair professores que tenham as competências necessárias para atender às necessidades de saúde e do sistema de saúde da região onde a escola está localizada, vêm de diversas origens socioeconômicas e culturais, se possível, a partir da comunidade que serve. As escolas também têm como objetivo recrutar, em um equilíbrio apropriado, docentes de ciências biomédicas, populacionais, clínicas e sociais, visando a paridade de gênero. As escolas rurais estão em desvantagem em comparação com as escolas urbanas ou periurbanas para recrutar professores qualificados. Entretanto, a educação médica engajada na comunidade, uma marca registrada da responsabilidade social, está gerando novas necessidades adicionais, mas também oportunidades para as escolas recrutarem professores com fortes habilidades interprofissionais, capazes de trabalhar entre disciplinas e setores na área de escassez.

Além disso, as escolas socialmente responsáveis também recrutam, treinam e apoiam profissionais e outros prestadores de serviços de saúde que praticam na comunidade como professores/educadores adjuntos em ciências clínicas e sociais, expandindo assim seu conjunto de preceptores comunitários. As escolas rurais oferecem oportunidades únicas para professores comprometidos com as mudanças sociais e interessados em fazer uma diferença tangível na saúde e bem-estar das comunidades rurais carentes. Essas escolas também estão proporcionando a oportunidade de contribuir para a transformação evolutiva da educação médica necessária para produzir uma força de trabalho de saúde adequada à finalidade.

## Desenvolvimento de Docentes

O mundo da medicina e da saúde está mudando rapidamente com implicações para a educação e a prática médica. Estas mudanças incluem demografia, transição epidemiológica, desafios ambientais, ênfase na qualidade clínica e segurança dos pacientes, desafios financeiros e rápidos avanços na tecnologia da informação e grandes dados. Embora isso varie dentro de cada país e entre países, o corpo docente frequentemente recebe treinamento limitado relacionado a princípios educacionais e metodologias de ensino, avaliações estudantis e sobre conteúdos relacionados às necessidades prioritárias locais nas comunidades que a escola serve, incluindo saúde pública, comunicação e tópicos relevantes para os determinantes sociais da saúde.

Para aumentar o número e a qualidade do corpo docente e melhorar suas habilidades em educação e pesquisa, algumas escolas estabelecem um programa de desenvolvimento docente como parte de um departamento educacional ou como um programa separado. Tal departamento desenvolve programas que apoiam a educação profissional contínua usando a tecnologia da informação e outras ferramentas de comunicação. O programa de desenvolvimento do corpo docente pode utilizar os vários recursos de outras escolas em sua universidade, tais como ciências sociais e políticas, engenharia, outras escolas de ciências da saúde e organizações baseadas na comunidade para moldar um currículo abrangente sobre saúde de determinantes sociais e desenvolvimento comunitário para preparar estudantes de medicina para seus estágios na comunidade e para apoiar o programa de educação de aprendizagem de serviço engajado na comunidade. Os membros da faculdade serão instruídos em princípios pedagógicos de educação interprofissional e aprendizagem ativa centrada no estudante e na prestação de serviços durante as colocações na comunidade estudantil. O programa proporcionará recursos pedagógicos para profissionais da comunidade recrutados como professores adjuntos para melhorar seus atributos/habilidades a fim de serem mentores, professores e preceptores eficazes.

## Currículo: Conteúdo

O desenvolvimento curricular ocorre por meio de um processo consultivo, com base em recursos de outras escolas no mundo todo e em padrões de credenciamento. Em parceria com a comunidade, organizações de base comunitária e sistema de saúde local, a escola identifica as necessidades prioritárias de saúde e sociais

das comunidades que servem e as integra na base científica do conteúdo curricular considerando às ciências básicas, populacionais, clínicas e às ciências sociais para incluir abrangentemente todos esses aspectos da medicina. Esta mudança de um modelo biomédico estreito e predominante em direção a um currículo sócio biomédico projetado para avançar a missão de ensino da escola, construindo sobre a força da comunidade confrontada com necessidades em contínua evolução. O currículo inclui um tema longitudinal sobre os determinantes sociais da saúde através dos vários cursos do currículo. O departamento de educação escolar atua como um centro de recursos educacionais para professores e alunos e fornece apoio e ferramentas para o desenvolvimento do currículo, metodologia de ensino, avaliação de programas educacionais (formativa e somativa), programa de simulação de pacientes padronizados e acompanha a progressão dos alunos ao longo do curso. O currículo desenvolve cursos interdisciplinares, recrutando professores de outras escolas que podem receber dupla consulta.

### **Currículo: Métodos de Aprendizagem**

Para aumentar a responsabilidade social, atender às necessidades dos estudantes é fundamental. Os métodos de aprendizagem em programas socialmente responsáveis estão alinhados com o currículo escolar, muitas vezes misturados, e se concentram nos alunos e nos melhores métodos disponíveis para garantir que eles atinjam as competências desejadas. Nas últimas décadas, os métodos de aprendizado mudaram de um modelo de aprendizagem que era centrado no professor e na disciplina, onde os alunos tinham pouca contribuição para um aprendizado baseado em competências, centrado no aluno e mais interativo, que fornece aos alunos competências como pensamento crítico, prática reflexiva, resolução de problemas e as habilidades para promover o aprendizado ao longo da vida. Para atender à necessidade de treinar equipes interdisciplinares produtivas capazes de trabalhar em qualquer ambiente, inclusive em comunidades marginalizadas, um número crescente de escolas utiliza aprendizagem interprofissional e em equipe, aprendizagem em serviço, experimental, protagonizada pelo discente, bem como abordagens de aprendizagem baseadas em casos e problemas.

Os avanços na tecnologia da informação (TI) também aumentaram a capacidade das escolas de fazer com que os alunos permaneçam em ambientes rurais ou remotos por períodos prolongados, enquanto continuam a aprender com seus colegas localizados em outros lugares, bem como a receber tutoria remota. A TI também oferece oportunidades para aprender habilidades e conhecimentos mediante aplicações de realidade virtual, jogos e outras abordagens apoiadas em tecnologia.

### **Currículo: Tipos e Locais das experiências educacionais**

O modelo educacional convencional — ainda predominante em todo o mundo — é ministrado principalmente em salas de aula, com o aprendizado clínico ocorrendo principalmente em ambientes hospitalares. Já em 1961, foi salientado que o treinamento de estudantes, principalmente em hospitais universitários, é ilógico e

ineficiente.<sup>32</sup> Os pacientes admitidos no hospital são frequentemente pré-diagnosticados antes de serem admitidos e seu tempo de internação está ficando cada vez mais curto. Além disso, poucas escolas médicas proporcionam a seus estudantes uma exposição substancial às instalações de ambulatório ou de clínica geral, onde ocorre a maioria do diagnóstico e do manejo de doenças crônicas.<sup>33</sup> As implicações são que os estudantes têm compreensão e exposição limitadas aos diferentes estágios de progressão da doença e das condições que os geraram, incluindo os determinantes sociais da saúde (DSS).

A educação da força de trabalho da saúde socialmente responsável procura fornecer uma mistura equilibrada de experiências clínicas entre o ambiente de cuidados primários, hospitais secundários e terciários e oportunidades para os estudantes integrarem melhor o aprendizado sobre os determinantes sociais da saúde no currículo. A maioria das escolas socialmente responsáveis oferece alguma forma de trabalho integrado longitudinal ou tempos prolongados em ambientes comunitários.<sup>34/35</sup> Esta abordagem de educação engajada na comunidade apresenta uma oportunidade notável de aprender a trabalhar em equipes interprofissionais e para uma estratégia conjunta e aprendizagem mútua entre academia, autoridades locais de saúde, comunidades e ONGs de base comunitária. Com seus mentores, membros da comunidade e outros parceiros locais, os estudantes frequentemente realizam pesquisas comunitárias, identificam questões prioritárias e elaboram e implementam intervenções com base no acordo com todos os interessados e, por último, o estudante avalia os resultados e o impacto do projeto.

As rotações baseadas na comunidade integram teoria e prática e oferecem oportunidades únicas de colaboração estreita entre as escolas de medicina, saúde pública, farmácia, ciências sociais e outras para trabalhar em conjunto com organizações baseadas na comunidade local e centros de saúde para desenvolver e integrar o DSS no currículo e desenvolver uma abordagem interdisciplinar baseada em equipe em programas comunitários de saúde adaptados às necessidades prioritárias.

## Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

O Framework Padrão de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (IPECP) foi criado com base nas Competências Centrais combinadas de duas publicações: 1) As Competências Centrais para a Prática Colaborativa Interprofissional: Versão 3 (2023), publicadas pela Interprofessional Education Collaborative (IPEC) E 2) Um Framework Nacional de Competências Interprofissionais, publicado pela Canadian Interprofessional Health Collaborative. Como declarado nas publicações, a colaboração interprofissional é o processo de desenvolver e manter relações interprofissionais eficazes de trabalho com aprendizes, profissionais, pacientes/clientes/famílias e comunidades para permitir os melhores resultados em saúde. A prática colaborativa interprofissional é fundamental para um atendimento seguro, de alta qualidade, acessível, equitativo e centrado na pessoa/cliente, além de melhorar os resultados de saúde da população desejados por todos. Esses frameworks de competência visam preparar os estudantes para se engajarem no aprendizado contínuo e na colaboração para melhorar tanto o cuidado à pessoa/cliente quanto os resultados

de saúde da população. Esses frameworks ajudam os estudantes ou profissionais a entender o processo de aprendizagem, a diferenciar as questões conforme sua relevância, a aplicar o aprendizado a situações práticas e a associar os elementos do aprendizado. Por meio da obtenção das competências centrais interprofissionais, uma identidade interprofissional será desenvolvida.

O usuário é incentivado a se familiarizar com a publicação "[Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage](#)". O "Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage" identifica as competências dos trabalhadores de saúde para o alcance da Cobertura Universal de Saúde (CUS), organizadas em seis domínios: centramento na pessoa, tomada de decisão, comunicação, colaboração, prática informada por evidências e conduta pessoal. Em seguida, fornece orientações para que educadores integrem as competências para a CUS em currículos baseados em competências, organizados em torno de atividades práticas específicas para serviços de saúde individuais e populacionais, bem como atividades práticas relacionadas à gestão e organização, conforme relevante. Este framework foi desenvolvido sob a perspectiva de caminhos de educação pré-serviço de 12 a 48 meses. O usuário também é incentivado a consultar as [Competências Centrais para a Educação Interprofissional e Prática Colaborativa](#) e o [National Interprofessional Competency Framework](#).

## Pesquisa baseada na comunidade

A responsabilidade social exige que as escolas alinhem suas pesquisas com as necessidades prioritárias das comunidades que servem e colaborem com as comunidades na concepção e implementação de projetos de pesquisa. A parceria recíproca entre a escola, as comunidades que ela serve e o sistema de saúde oferece oportunidades únicas para estabelecer uma agenda de pesquisa colaborativa, realizar pesquisas sobre a equidade na saúde e a saúde da comunidade e sobre como a escola poderia abordar melhor o sistema de saúde e as prioridades de saúde de suas populações. Também oferece oportunidades para a escola fazer pesquisas sobre como o processo educacional e os resultados da educação se alinham com as necessidades do sistema de saúde e com as necessidades prioritárias das comunidades. As escolas socialmente responsáveis estão atualmente gerando evidências sobre como o programa de educação e treinamento pode influenciar a escassez e a má distribuição de profissionais de saúde, particularmente em regiões rurais e desatendidas.

O treinamento baseado na comunidade coloca os estudantes em contato próximo com comunidades carentes onde eles constroem laços sociais e pessoais, vivem nas mesmas condições e experimentam o ambiente sociocultural e profissional onde se espera que eles pratiquem.<sup>36</sup> Isso fornece aos professores e estudantes uma grande variedade de tópicos de pesquisa sobre causas e fatores responsáveis pela geração de iniquidades na saúde das comunidades e para desenvolver estratégias conjuntas e intervenções corretivas. A responsabilidade social também exige que o corpo docente e os estudantes estejam sintonizados com a consideração ética relacionada à pesquisa engajada na comunidade e avaliem o impacto

que os resultados da pesquisa estão tendo nas políticas, práticas e saúde nas comunidades que a escola serve.

## Governança

Conforme o Guia AMEE sobre Produção de uma escola de medicina socialmente responsável, bem como outro documento chave sobre responsabilidade social, a incorporação de princípios de responsabilidade social na governança de uma instituição ou programa é um passo essencial. Isto inclui a integração de princípios e estratégias de responsabilidade social na tomada de decisões, planejamento, avaliação, mobilização e alocação de recursos, bem como na gestão do dia a dia.<sup>37/38</sup> Embora muitas escolas incorporem princípios de responsabilidade social — tais como altruísmo ou serviço às pessoas e comunidades — em sua visão, missão e declarações de valor, elas não são socialmente responsáveis a menos que estas aspirações se reflitam no conteúdo do programa e na forma como a escola é governada<sup>39</sup>. Isto inclui a existência e o uso de métricas e benchmarks para avaliar quão bem a escola ou programa está atendendo às necessidades das comunidades, região e sociedade que serve.

A responsabilidade social também exige que as escolas incluam os interessados internos, como estudantes, funcionários e professores, bem como os interessados externos, como comunidades marginalizadas, prestadores de serviços e autoridades locais na tomada de decisões. Para as escolas socialmente responsáveis que se envolvem com as comunidades, ela serve e está ligada a todos os aspectos de seu trabalho, de modo que os membros da comunidade são membros de conselhos de administração ou outros órgãos de governança e consultoria. O órgão de administração de uma escola toma decisões-chave em relação a estratégias, políticas e programas, inclusive sobre como alocar recursos. Entretanto, deve-se reconhecer que a autonomia da escola na tomada dessas decisões pode ser consideravelmente restringida pelas políticas da universidade, dos estados e/ou do governo federal.

## Parceria e Engajamento de Partes Interessadas.

O engajamento e a parceria com as partes interessadas na educação profissional de saúde e na saúde estão no cerne da definição de responsabilidade social das escolas médicas: “as preocupações prioritárias de saúde devem ser identificadas conjuntamente pelos governos, organizações de saúde, profissionais de saúde e pelo público.”<sup>40</sup> O Innovation Collaborative on Learning through Community Engagement (Colaboração em Inovação na Aprendizagem através do Envolvimento com a Comunidade), um grupo de participantes formado por membros das Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina do Fórum Global sobre Inovação na Educação Profissional em Saúde nos Estados Unidos, define a educação profissional em saúde como a educação engajada na comunidade “... quando as parcerias entre comunidade e academia são sustentadas, e elas se concentram no projeto colaborativo, entrega e avaliação de programas, a fim de melhorar a saúde das pessoas e comunidades que os programas servem. Programas e parcerias na educação engajada na comunidade são caracterizados pelo benefício mútuo e aprendizagem recíproca, e resultam em

graduados apaixonados e qualificados de forma única para melhorar a equidade na saúde”.<sup>41</sup> Consoante o relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego, Saúde e Crescimento Econômico, sugere que os currículos devem ser desenvolvidos em parceria com as comunidades atendidas pela escola e com outras partes interessadas.<sup>42</sup> Estes incluem estudantes, prestadores de serviços, organizações de base comunitária, governos e membros de populações carentes.

## Resultados das Escolas

“A responsabilidade das instituições acadêmicas geralmente termina na formatura ou na publicação de um trabalho. Os resultados — tais como a colocação, práticas e retenção de médicos graduados em áreas de maior necessidade e o impacto político ou prático de um projeto de pesquisa — são raramente rastreados”. Uma vez que programas e escolas socialmente responsáveis se propõem a produzir graduados que escolhem carreiras e locais de prática que estejam alinhados com as necessidades do sistema de saúde, incluindo as necessidades das populações marginalizadas, é essencial que eles rastreiem seus graduados. Países como a Austrália, que lutam com a escassez de profissionais médicos em regiões rurais e remotas e que investiram significativamente no aumento do recrutamento e retenção nessas áreas, criaram bancos de dados nacionais para rastrear os graduados. Entretanto, muitos dos esforços atuais de rastreamento são feitos pelas próprias escolas ou por terceiros<sup>43</sup>, tais como financiadores de programas.

O rastreamento de egressos também pode melhorar os programas de educação e treinamento, aprendendo o que influenciou a sua carreira e as escolhas de locais de prática. As escolas utilizam vários meios para permanecer em contato com os egressos, conduzir pesquisas para identificar fatores importantes que afetam suas escolhas e estabelecer sistemas e processos para rastrear as intenções dos estudantes e dos egressos desde a entrada na educação profissional de saúde até vários anos de sua formação inicial.

## Impacto Social

Para garantir que os programas e escolas estejam atendendo às necessidades em evolução na sociedade, regiões e comunidades que servem, as escolas precisam regularmente procurar avaliar o resultado de seus esforços, bem como o impacto que estão tendo sobre os egressos e suas práticas. Em última instância, elas devem medir seu impacto nas políticas, práticas e desempenho do sistema de saúde e na saúde das comunidades que servem. Avaliar o efeito das estratégias educacionais nos sistemas de saúde e na saúde da população é claramente desafiador, por ser influenciado por uma multiplicidade de fatores e condições complexas, interligadas e dinâmicas, muitas das quais não estão sob o controle da instituição de ensino. Consequentemente, os pesquisadores precisam aplicar múltiplas metodologias para construir evidências para atribuição, contribuição e responsabilidade. As escolas que lutam por uma maior responsabilidade e impacto estão começando a avaliar o impacto. Evidências emergentes são apresentadas na publicação da Organização Mundial da Saúde de 2017 “Health Employment and Economic Growth”: An Evidence Base e em outras publicações relacionadas.<sup>44</sup>

## Outras considerações

Há um interesse crescente em ampliar o escopo da responsabilidade social para incluir o conceito de responsabilidade ambiental.<sup>45</sup> Os Critérios de Responsabilidade Social da AMEE — ASPIRE, de 2018, incluem agora a obrigação das escolas médicas de garantir que elas desenvolvam e promovam ativamente soluções ambientalmente sustentáveis para atender às preocupações de saúde da comunidade, da região e da nação que servem. Enquanto a maioria da literatura sobre responsabilidade social se concentra na educação dos estudantes de medicina, o impacto da formação inicial (treinamento vocacional) desempenha um papel vital na produção, distribuição e impacto da força de trabalho médica. O papel das escolas médicas no fornecimento de educação médica graduada varia estruturalmente ao redor do mundo e está além do escopo da Ferramenta ISAT que foi projetada para focar no papel da escola médica.

## INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL — ISAT GUIA DE IMPLEMENTAÇÃO

Esse guia foi desenvolvido para ser usado por instituições (por exemplo, instituições de educação em saúde) para completar a Ferramenta de Autoavaliação de Responsabilidade Social do ISAT. Consulte a explicação e os critérios deste guia ao preencher cada item da ferramenta de avaliação para assegurar uma autoavaliação precisa das características de responsabilidade social de sua instituição.

A Ferramenta de Autoavaliação de Responsabilidade Social do ISAT consiste em 4 seções descritas abaixo. Cada seção incorpora uma gama de domínios a serem completados. Espera-se que as instituições completem todos os itens das seções 1-3 e a narrativa da seção 4. O sistema de pontos da **seção 4** será completado pela TUFH e pela instituição durante um processo de entrevista.

**Seção 1.** Identidade, Contato e Detalhes Demográficos.

**Seção 2.** Fases de Desenvolvimento Rumo à Responsabilidade Social.

**Seção 3.** Envolvimento das Partes Interessadas.

**Seção 4.** Fases de Melhoria Rumo à Responsabilidade Social.

Após a escolha da fase apropriada dentro de cada domínio, a instituição deverá incluir uma descrição narrativa que embase sua seleção e, posteriormente, carregar quaisquer documentos relativos que justifiquem tal seleção.

Após a conclusão da linha de base para cada um dos domínios, a instituição será convidada a elaborar um plano de ação para avançar à próxima fase com o envolvimento das principais partes interessadas (partes interessadas internas, profissionais de saúde, representantes da comunidade, organizações de saúde e governo) no desenvolvimento e implementação do plano de ação institucional.

O objetivo desta ferramenta de autoavaliação é servir como um ponto de partida para uma instituição. Uma vez estabelecido, a instituição pode desenvolver um plano de ação para passar da Fase I para a Fase IV ao longo de um período.

## SEÇÃO 1. IDENTIDADE, CONTATO E DETALHES DEMOGRÁFICOS

Esta seção se destina a coletar dados sobre a identidade da instituição, liderança, detalhes de contato e dados demográficos relevantes para a ferramenta ISAT. Ao inserirem informações nesta seção, os líderes institucionais são encorajados a ser estratégicos na seleção e identificação de partes interessadas e parceiros, tanto internos quanto externos, para garantir a continuidade caso haja mudanças na liderança institucional ao longo do tempo.

N.º	Identidade e Demografia	Explicação
1.1	Nome da Instituição	O nome da instituição na qual se pretende que seja referido no relatório do ISAT (e que os líderes estão conduzindo e participando do processo de autoavaliação)
1.2	Liderança Institucional	O nome da liderança da instituição (por exemplo, reitor, vice-reitor, coordenador, diretor, presidente etc.)
1.3	Contato Principal	O nome da pessoa encarregada de liderar a avaliação e implementação do ISAT na instituição. Esta pessoa será a principal pessoa de recurso da TUFH quando contatada com a instituição relacionada ao processo do ISAT.
1.4	E-mail correspondente	Comunicações, notificações e correspondências serão direcionadas para este endereço de e-mail.
1.5	Data	Data de conclusão da ferramenta ISAT por instituição (será automaticamente registrado por aplicação eletrônica).
1.6	Delegados de Faculdade	Liste 5 delegados docentes incluídos no processo de inscrição que estejam alinhados aos princípios de Responsabilidade Social, incluindo seu e-mail. Os delegados devem ser variados entre antiguidade, departamento/divisão, gênero etc. Líderes institucionais são encorajados a considerar uma seção transversal do corpo docente além do corpo docente médico na universidade. Um grupo diverso e representativo de líderes pode garantir a adesão institucional. Dependendo dos contextos nacionais e regionais, termos como “escola” e “faculdades” podem ser definidos de maneira diferente. Independentemente disso, os líderes institucionais devem definir seus stakeholders e seus critérios para selecioná-los (veja 1.8 abaixo).
1.7	Delegados estudantis	Liste 5 delegados discentes, incluídos no processo de inscrição, que estejam alinhados aos princípios de Responsabilidade Social, incluindo seu e-mail. Os delegados devem ser variados dentre tempo de formação (ano de estudo/ingresso), programa de estudo, gênero, perfil socioeconômico, etc.

1.8	Partes interessadas e Parcerias Constituintes	<p>Forneça uma lista de partes interessadas e parceiros constituintes potenciais e confirmados que reflitam as sociedades e comunidades às quais a instituição é responsável, à medida que realiza o processo de ISAT. Dê ênfase aos representantes e grupos concretos, como administradores de saúde, funcionários do governo, legisladores e delegados da comunidade, de maneiras que estejam alinhadas com o Pentagrama de Parcerias Plus (ambiente, infraestrutura, economia, sociedade, pessoas e o sistema de saúde). <sup>3</sup>Deve-se dar ênfase a parceiros concretos que se beneficiariam de uma instituição tornando-se socialmente responsável. Líderes institucionais também devem considerar o desenvolvimento contextual do envolvimento de cada grupo ao longo do tempo, estreitando ou ampliando o número de subgrupos dedicados, por exemplo.</p> <p><b>Exemplos:</b> Médicos (públicos e privados), Autoridades Governamentais locais, ONGs Locais e Internacionais, Diretores de Hospitais, Estudantes, Especialistas em Educação Médica, Chefes de Departamento, Prestadores de Cuidados de Saúde, Trabalhadores da Linha de Frente, Grupos representativos dos outros profissionais de saúde, Representantes da Comunidade, Populações de Pacientes Primários e seus representantes, populações vulneráveis, grupos que abrangem geograficamente áreas rurais e urbanas, Executivos Locais, Agentes de Saúde Comunitária e Programas Alumni (egressos).</p>
-----	---	---

<sup>3</sup> Markham, R., Graham, S., Hunt, M., Betkus, G., Woollard, B., Snadden, D., ... Williams, K. (2022). Social Accountability in Practice: Breathing and Weaving Together to Build Relationships and Transform Rural Health Services. *Social Innovations Journal*, 14(4). Retrieved from <https://socialinnovationsjournal.com/index.php/sij/article/view/2151>

## SEÇÃO 2. FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL

Esta seção é composta de 13 itens em 7 domínios. Todos os itens precisam ser preenchidos. Utilizando os marcos de desenvolvimento mais apropriados/realistas fornecidos nos critérios abaixo, favor indicar onde sua instituição se enquadra entre a Fase 1 e a Fase 4. Por favor, forneça explicações narrativas-qualitativas para cada categoria para apoiar sua escolha. Você pode carregar provas de apoio (por exemplo, documentos, página da Web, imagens, trabalhos publicados etc.) para justificar e elaborar ainda mais sua escolha.

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>1. ESTUDANTES</b>				
<b>1.1. Processo seletivo e suporte discente</b>	<p>Critérios de seleção focados principalmente no desempenho acadêmico, ou a escola não tem autoridade para mudar os critérios de seleção.</p> <p>Nenhuma ênfase em permanência estudantil para discentes provenientes de grupos sub-representados (por exemplo: grupos rurais, minorizados e étnicos)</p>	<p><b>Referencial</b></p> <p>A instituição está revisando os critérios de seleção de estudantes para atender melhor as questões de diversidade, equidade e necessidades da força de trabalho em saúde, mas não conseguiu ainda implementar ações afirmativas.</p>	<p><b>Referencial</b></p> <p>A instituição integrou critérios de seleção para melhorar a diversidade e a equidade e atender às necessidades da força de trabalho. Também define o tipo de critério de seleção relacionado à diversidade a ser incorporado em seu processo de seleção.</p> <p>1. A instituição recruta ativamente estudantes de origens carentes ou sub-representadas.</p> <p>2. A escola oferece meios de apoio</p>	<p><b>Padrão</b></p> <p>O corpo estudantil reflete as características sociodemográficas e outras características das comunidades e regiões que a escola atende, incluindo as populações carentes e aquelas consideradas mais dispostas a servir essas populações e regiões.</p> <p><b>Indicadores de Recrutamento e Seleção de Estudantes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A proporção de alunos das populações e regiões que a instituição serve</li> <li>2. Programas bem-sucedidos de via de extensão/orientação para escolas em comunidades</li> </ol>

aos alunos de origens carentes ou sub-representadas.

#### **Indicadores**

1. Os critérios de seleção visam atrair estudantes que representam a diversidade socioeconômica, geográfica, étnica, linguística e cultural da região que a escola serve.
2. Defesa para apoiar o acesso à educação profissional em saúde para grupos carentes.
3. Os comitês de admissão têm diversidade geográfica e demográfica em sua composição.
4. A instituição incentiva ativamente o retorno ao serviço nas comunidades de origem de seu corpo docente e graduados.
5. As comissões de admissão são compostas por indivíduos de diversos contextos socioeconômicos, com distribuição equitativa do poder de tomada de decisão.
6. A instituição está explorando

carentes que incluem alunos dessas comunidades e acompanhar os resultados dos participantes.

3. Caminhos de admissão explícitos e direcionados e apoio educacional para alunos de populações carentes que possam precisar de apoio adicional para ter sucesso.
4. Comitês de admissão têm diversidade de membros e envolvimento da comunidade em todos os níveis.
5. Equivalência nas taxas de desgaste, progresso e estatísticas de conclusão dos alunos de populações carentes em comparação com todos os alunos.
6. A escola tem um programa abrangente de apoio/aconselhamento/recuperação
7. A escola tem um programa dedicado à concessão de bolsas de estudo para estudantes de comunidades carentes.

#### **Indicadores de Apoio ao Estudante**

1. A instituição possui um programa dedicado a conceder bolsas de estudo para estudantes de comunidades carentes.
2. A instituição possui programas abrangentes de apoio, aconselhamento e remediação, incluindo suporte à saúde mental para todos os estudantes.

			<p>parcerias com outras instituições locais em áreas carentes de atendimento.</p> <p><b>Observação:</b> Em alguns casos, políticas nacionais ou institucionais limitam severamente a capacidade do corpo docente e dos administradores de fazer mudanças na seleção de estudantes. Nestes casos, as instituições devem destacar claramente os esforços de defesa na instituição ou do país para mudar suas políticas de seleção de estudantes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. A instituição oferece apoio adicional aos estudantes de áreas rurais e remotas, e para estudantes que são os primeiros de suas famílias a frequentar programas universitários (por exemplo, um termo de enriquecimento de 3 a 6 meses ou um ano preparatório, conforme considerado apropriado por uma escola de medicina).</li> <li>4. A instituição oferece opções de trabalho remoto e digital para estudantes que não podem participar das aulas presencialmente.</li> <li>5. A instituição garante que todos os estudantes e professores estejam familiarizados com a responsabilidade social nos contextos de recrutamento, seleção e apoio.</li> <li>6. A instituição fornece apoio financeiro para projetos de engajamento comunitário liderados por estudantes.</li> </ol>
--	--	--	--	--

Sessão aberta a comentários

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>2. CORPO DOCENTE</b>				
<b>2.1 Recrutament o docente</b>	A escola recruta professores com base em credenciais acadêmicas e clínicas “convencionais” e a maioria dos professores clínicos são de especialidades hospitalares.	<b>Referenciais</b> A escola tem uma estratégia para recrutar professores com as competências necessárias para atender aos sistemas de saúde e às necessidades da comunidade, além de entregar o currículo principal.	<b>Referenciais</b> A escola prioriza o recrutamento de professores que possuem competências acordadas conforme necessário para atender o sistema de saúde e as necessidades da comunidade e reflete a diversidade das comunidades que serve, além de entregar o currículo principal.  <b>Indicadores</b> 1. A escola tem uma mistura de cuidados primários, especialistas clínicos, subespecialistas, ciências básicas e ciências sociais	<b>Padrões</b> A escola emprega e promove professores que possuem as competências necessárias para atender aos sistemas de saúde e às necessidades da comunidade e aqueles que refletem a diversidade das comunidades que ela atende e incorpora os princípios de responsabilidade social nas atividades que são responsáveis. A escola emprega, treina e apoia membros e profissionais da comunidade como pacientes e educadores padronizados de uma maneira que fortalece os serviços de saúde locais.  <b>Indicadores</b> 1. Proporção de professores que refletem a paridade de gênero e a diversidade das comunidades que a escola serve. 2. Treinamento, uso e reconhecimento de profissionais da comunidade e membros da equipe de saúde em comunidades carentes e em toda a região como corpo docente. 3. Proporção de membros da comunidade e de profissionais locais que são membros do corpo docente e professores adjuntos que estão engajados com a escola no treinamento de profissionais de saúde.

alinhadas com as necessidades.

2. Os processos de seleção e promoção de professores visam atrair professores de uma mistura diversificada de experiências profissionais, culturais, sociais e comunitárias.

3. A contratação de professores oriundos de contextos locais contribui para a identidade institucional.

**Observação:** A definição de “corpo docente” variará dependendo dos contextos nacionais e institucionais. As definições de corpo docente para o processo ISAT incentivam a inclusão de todos os educadores.

4. Proporção de docentes envolvidos em atividades de responsabilidade social para desenvolver a saúde, o sistema de saúde, a força de trabalho de saúde e os cuidados com a saúde para atender às necessidades da comunidade.

5. Proporção de membros do corpo docente que se envolvem em atividades de ensino e pesquisa relacionadas às necessidades de saúde da comunidade.

6. As escolas valorizam a educação e o serviço de engajamento comunitário na progressão de carreira.

7. Proporção de membros do corpo docente — seja orientado para a comunidade, clínico ou das ciências básicas — que se educaram sobre Responsabilidade Social e a incorporaram em seu ensino e disciplina (ou seja, um cardiologista que se envolve em programas de prevenção primária de doenças cardíacas, ou um gastroenterologista que participa do Programa ECHO).

8. Proporção de membros do corpo docente que são originários de áreas locais e/ou trazem perspectivas locais.

9. Corpo docente interprofissional, sendo recrutado além das ciências, incluindo das Humanidades Médicas, bioética e biopolítica, Ciências Sociais e Humanidades.

Sessão aberta a comentários

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>2. CORPO DOCENTE</b>				
<b>2.2Desenvolvimento da Faculdade.</b>	A escola não tem um programa de desenvolvimento docente e, se houver, está limitada a abordagens pedagógicas convencionais e tópicos curriculares.	<b>Referenciais</b> A escola tem um programa de desenvolvimento do docente que valoriza estratégias de aprendizagem ativas e centradas no estudante, mas que, de modo geral, promove abordagens convencionais.	<b>Referenciais</b> A escola tem um programa de desenvolvimento docente que inclui um foco em tópicos relacionados às necessidades da comunidade (por exemplo, determinantes sociais de saúde, mobilização da comunidade, etc.), bem como princípios de aprendizado centrado no estudante e ativo, aprendizagem baseada no trabalho e aprendizagem baseada na comunidade.  <b>Indicadores</b> 1. Os programas de valiação e desenvolvimento de professores são projetados para atualizar e fortalecer o	<b>Padrão</b> A escola avalia o desempenho dos professores e o envolvimento da comunidade; e fornece programas de desenvolvimento do corpo docente alinhados com os objetivos da educação profissional de saúde socialmente responsável, incluindo aprendizagem ativa, centrada no estudante e baseada na comunidade.  <b>Indicadores</b> 1. Proporção de docentes que completaram treinamento de habilidades clínicas relevantes para as necessidades prioritárias de cuidados de saúde identificadas. 2. Proporção de docentes que completaram desenvolvimento profissional em engajamento comunitário eficaz. 3. Proporção de docentes que estão engajados em educação, pesquisa e serviços alinhados à responsabilidade social. 4. Proporção de docentes da força de trabalho local em saúde (incluindo profissionais e membros da comunidade) que completaram cursos sobre

			<p>ensino e as competências relevantes para as necessidades de saúde prioritárias identificadas.</p> <p>2. Os educadores adquirem treinamento e desenvolvimento de habilidades transculturais/humildade cultural.</p>	<p>metodologias de ensino, incluindo educação interprofissional e serviço comunitário.</p> <p>5. Os docentes, especialmente aqueles de grupos carentes, recebem desenvolvimento personalizado e aprimoramento de carreira.</p> <p>6. A instituição possui um programa para recompensar a qualidade do ensino e o envolvimento comunitário.</p> <p>7. O corpo docente é informado sobre as melhores práticas e estratégias para responder às necessidades de saúde da sociedade, sendo reconhecidos e recompensados por fazê-lo.</p> <p>8. A instituição inclui Padrões de Responsabilidade Social como parte do recrutamento, contratação (contratos), orientação e promoção.</p> <p>9. A instituição oferece um programa para conscientizar e promover a Responsabilidade Social.</p>
--	--	--	---	--

**Sessão aberta a comentários**

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>3. PROGRAMA EDUCACIONAL</b>				
<b>3.1 Conteúdo curricular</b>	O currículo é orientado e organizado por especialidades e se concentra no gerenciamento de doenças e na saúde individual.	<b>Referenciais</b> O currículo tradicional incorpora elementos de saúde pública e tópicos relacionados às necessidades da comunidade.	<b>Referenciais</b> O conteúdo curricular reflete as necessidades prioritárias identificadas de saúde, culturais e sociais das populações na área geográfica que a escola atende. O currículo é baseado em competências e inclui conteúdo relacionado ao trabalho em equipe interprofissional.  <b>Indicadores</b> 1. As competências necessárias são definidas com base nas necessidades de saúde das populações e regiões que a escola serve. 2. Proporção do currículo atribuída ao aprendizado sobre as necessidades prioritárias de saúde da comunidade que não fazem	<b>Padrões</b> 1.A concepção, o conteúdo, a entrega, a avaliação e avaliação do currículo refletem as competências esperadas dos graduados em relação à equidade na saúde e à responsabilidade social. 2. A orientação profissional é identificada através da avaliação das necessidades da área geográfica e nas comunidades carentes a escola serve em colaboração com as partes interessadas. Ela integra os princípios da atenção primária à saúde, ciência básica e clínica com a saúde da população e determinantes sociais da saúde.  <b>Indicadores</b> 1. A escola identifica as competências de pós-graduação baseadas nas necessidades prioritárias de saúde, culturais e sociais da área geográfica que a escola serve e do sistema e serviços de saúde em colaboração com as partes interessadas da comunidade. 2. Há um forte alinhamento durante toda a duração do

			<p>parte tradicionalmente de um currículo médico.</p>	<p>programa entre o conteúdo curricular e os resultados da avaliação de necessidades e as competências de pós-graduação desejadas.</p> <p>3. A avaliação dos alunos se concentra nas competências que melhor preparam os alunos para atender às necessidades de saúde das comunidades, com ênfase nos cuidados de saúde primários e no profissionalismo.</p> <p>4. O currículo é revisado regularmente por todas as partes interessadas (incluindo a comunidade externa) para garantir sua qualidade e que ele atenda às necessidades da comunidade.</p>
--	--	--	---	--

**Sessão aberta a comentários**

**FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL**

<b>Componentes Principais</b>	<b>Fase 1</b>	<b>Fase 2</b>	<b>Fase 3</b>	<b>Fase 4</b>
<b>3.2 Currículo: Métodos de Aprendizagem</b>	Os métodos são predominantemente professor-centrado com poucas iniciativas no ativo aprendizagem (ou seja, Aprendizagem Baseada no Ensino, palestras interativas).	<b>Referenciais</b>  Os métodos de aprendizagem são centrados nos estudantes e incluem ativos aprendizagem, mas principalmente implementado em ambientes de sala de aula.	<b>Referenciais</b>  Os métodos de aprendizagem integram o aprendizado centrado no estudante, com aprendizagem baseados na comunidade e nos serviços de saúde.  <b>Indicadores</b>  1. Os métodos de aprendizagem incluem a solução de problemas para atender às necessidades prioritárias nas comunidades a escola serve.  2. A escola oferece aprendizagem interprofissional em contextos de cuidados primários e os estudantes se envolvem ativamente em equipes de saúde de cuidados primários.  <b>Observação:</b> Reconhecemos que em alguns contextos, abordagens centradas no professor podem ser a única opção viável devido a políticas e outras limitações.	<b>Referenciais</b>  A Escola oferece um currículo com aprendizado integrado centrado no estudante currículo, com programas educacionais localizados em comunidades integrados com equipes de trabalho de saúde e com uma visão clara dos determinantes sociais da saúde, bem como de aprendizagem interprofissional.  <b>Indicadores</b>  1. As metodologias de ensino são relevantes e apropriadas às necessidades e ao contexto do aluno.  2. A satisfação do estudante com a metodologia de ensino é revista regularmente.  3. Uma parte do currículo é gasta em ambiente de aprendizado interprofissional baseado em equipe.  4. Avaliação contínua que inclui a avaliação e o monitoramento da aquisição de competências associadas à responsabilidade social.

<p><b>3.3 Currículo: Tipos e locais das experiências educacionais</b> (Educação-baseada em comunidades)</p>	<p>O aprendizado ocorre principalmente em salas de aula e hospitais, com pouco ou nenhum tempo gasto em ambientes comunitários e de cuidados primários.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>O currículo inclui curto período em cenários de atendimentos primários e locais comunitários, enquanto a maioria do aprendizado clínico ocorre em ambientes hospitalares.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>Há um equilíbrio apropriado no treinamento clínico entre ambientes de salas de aula, comunidades, atenção primária, ambulatorios e hospitalares.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>O currículo garante que os estudantes obtenham uma combinação adequada de experiências obrigatórias na comunidade, nos cuidados primários (Atenção Primaria) e nos hospitais.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporção do tempo gasto pelo estudante na colocação na comunidade e na atenção primária.</li> <li>2. O currículo proporciona uma diversidade de experiências em ambientes nos quais os estudantes aprendem e abordam os determinantes sociais da saúde.</li> <li>3. Processos de garantia de qualidade, incluindo supervisão e processo claro para seleção e alocação dos alunos.</li> </ol> <p><b>Observação:</b> As instituições devem distinguir</p>	<p><b>Padrão</b></p> <p>Os estudantes são colocados em ambientes comunitários, de cuidados primários e hospitalares, incluindo comunidades carentes, com a oportunidade de uma experiência extensa e imersiva durante os anos finais, quando ocorre a maioria do aprendizado clínico.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporção do tempo do estudante na aprendizagem em cenários de cuidados primários, nas comunidades e em locais carentes.</li> <li>2. A escola treina e avalia o desempenho de todos os preceptores clínicos.</li> <li>3. Proporção de alunos que escolhem carreiras na atenção primária, nas comunidades e em locais carentes ou onde há desafios no provimento de profissionais.</li> <li>4. Partes interessadas envolvidas na criação e avaliação de colocações comunitárias para os alunos.</li> <li>5. Proporciona exposição adequada do aluno às necessidades prioritárias de saúde enquanto aprende no contexto.</li> <li>6. As escolas e suas partes interessadas avaliam a experiência longitudinal na comunidade.</li> </ol>
---	---	---	--	---

			entre os currículos de graduação e pós-graduação e fornecer detalhes sobre ambos.	<p>7. O envolvimento comunitário é mantido ao longo de cada ano da educação médica.</p> <p>8. Os resultados da avaliação dos alunos são equivalentes, não importando quais locais clínicos os alunos receberam seu treinamento.</p> <p>9. A instituição consegue articular por que escolheu seu equilíbrio de tempo no hospital em relação à comunidade.</p> <p>10. A Responsabilidade Social é incorporada ao conteúdo curricular de especialização, ferramentas e em diferentes tipos de experiências e locais.</p> <p>11. As avaliações dos estudantes incluem padrões de responsabilidade social e conscientização desses padrões.</p> <p>12. A instituição integra as vozes dos membros da comunidade nos programas de desenvolvimento docente e na estratégia.</p>
--	--	--	---	--

**Sessão aberta a comentários**

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>4. EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA</b>				
<b>4.1 Educação Interprofissional</b>	A instituição tem um compromisso institucional de desenvolver Currículos Colaborativos Interprofissionais entre as faculdades.	<b>Referenciais</b> A instituição possui uma política sobre seu compromisso com a adoção dos padrões de educação interprofissional (clareza de papéis, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade, funcionamento em equipe, liderança colaborativa, comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais) e a oferta de educação interprofissional entre as	<b>Referenciais</b> A instituição possui uma política sobre seu compromisso com a adoção dos padrões de educação interprofissional (clareza de papéis, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade, funcionamento em equipe, liderança colaborativa, comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais) e a oferta de educação interprofissional entre as faculdades.  <b>Indicadores</b> 1. A instituição demonstra um investimento financeiro na educação interprofissional e na prática colaborativa para os alunos atuais, incluindo	<b>Padrões</b> A instituição possui uma política sobre seu compromisso com a adoção dos padrões de educação interprofissional (clareza de papéis, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade, funcionamento em equipe, liderança colaborativa, comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais) e a oferta de educação interprofissional entre as faculdades.  <b>Indicadores</b> 1. A instituição demonstra um investimento financeiro na educação interprofissional e na prática colaborativa para os alunos atuais, incluindo profissionais de saúde. 2. Os currículos da instituição oferecem uma educação em prática colaborativa interprofissional centrada na pessoa, que responde às necessidades das pessoas e das populações.

		<p>faculdades.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>1. A instituição demonstra um investimento financeiro na educação interprofissional e na prática colaborativa para os alunos atuais, incluindo profissionais de saúde.</p>	<p>profissionais de saúde.</p> <p>2. Os currículos da instituição oferecem uma educação em prática colaborativa interprofissional centrada na pessoa, que é responsiva às necessidades das pessoas e das populações.</p> <p>3. A instituição estabeleceu canais ou plataformas de comunicação entre as faculdades.</p>	<p>3. A instituição estabeleceu canais ou plataformas de comunicação entre as faculdades e o ambiente construído da instituição apoia a educação interprofissional.</p> <p>4. A instituição demonstra a educação interprofissional ao incluir cursos principais no currículo de cada faculdade, permitindo que as disciplinas aprendam umas com as outras.</p>
--	--	--	--	--

Sessão aberta a comentários

**FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL**

<b>Componentes Principais</b>	<b>Fase 1</b>	<b>Fase 2</b>	<b>Fase 3</b>	<b>Fase 4</b>
<p><b>4.2 Prática Colaborativa Interprofissional</b></p>	<p>A instituição tem um compromisso institucional de desenvolver a Prática Colaborativa Interprofissional, definida pela liderança institucional que se compromete a aprender e aplicar o conhecimento adquirido.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>A instituição possui uma política sobre seu compromisso com a adoção de práticas colaborativas interprofissionais (clareza de papéis, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade, funcionamento em equipe, liderança colaborativa, comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais) em ambientes de prática colaborativa.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>As políticas de pessoal em ambientes de prática colaborativa apoiam a prática colaborativa e os modelos baseados em</li> </ol>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>A instituição possui uma política sobre seu compromisso com a adoção de práticas colaborativas interprofissionais (clareza de papéis, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade, funcionamento em equipe, liderança colaborativa, comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais) em ambientes de prática colaborativa.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>As políticas de pessoal em ambientes de prática colaborativa apoiam a prática colaborativa e os modelos baseados em equipe.</li> <li>Os ambientes de prática</li> </ol>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>A instituição possui uma política sobre seu compromisso com a adoção de práticas colaborativas interprofissionais (clareza de papéis, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade, funcionamento em equipe, liderança colaborativa, comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais) em ambientes de prática colaborativa.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>As políticas de pessoal em ambientes de prática colaborativa apoiam a prática colaborativa e os modelos baseados em equipe.</li> <li>Os ambientes de prática colaborativa demonstram um financiamento sustentável para instalações e pessoal que apoiam a educação interprofissional e a prática colaborativa.</li> <li>A instituição demonstra um investimento no aprendizado ao longo da vida em educação interprofissional e prática colaborativa para a força de trabalho atual.</li> <li>A instituição oferece um cuidado colaborativo</li> </ol>

		<p>equipe.</p> <p>2. Os ambientes de prática colaborativa demonstram um financiamento sustentável para instalações e pessoal que apoiam a educação interprofissional e a prática colaborativa.</p>	<p>colaborativa demonstram um financiamento sustentável para instalações e pessoal que apoiam a educação interprofissional e a prática colaborativa.</p> <p>3. A instituição demonstra um investimento no aprendizado ao longo da vida em educação interprofissional e prática colaborativa para a força de trabalho atual.</p>	<p>centrado na pessoa e facilita parcerias colaborativas para garantir que os serviços atendam às necessidades das pessoas e das populações.</p> <p>5. O ambiente construído da instituição apoia a colaboração intraagencial e interprofissional.</p>
--	--	--	---	--

**Sessão aberta a comentários**

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>5. PESQUISA</b>				
<p><b>5.1 Pesquisa baseada em comunidades engajadas e Socialmente responsáveis.</b></p> <p><b>Nota:</b> Para um projeto em andamento focado em Pesquisa Socialmente Responsável, consulte:  <a href="https://www.arcandcentre.ca/research/create">https://www.arcandcentre.ca/research/create</a></p>	<p>Pesquisa limitada ou inexistente com foco em questões prioritárias nas comunidades que a escola serve.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>Vários membros individuais do corpo docente, por iniciativa própria, conduzem pesquisas que são relevantes para a equidade na saúde, saúde comunitária e necessidades de mão-de-obra.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>A escola tem um programa específico de pesquisa baseado na comunidade, apoiado principalmente por membros do corpo docente com participação irregular de estudantes, trabalhadores da saúde e membros da comunidade.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>Proporção de projetos de pesquisa que têm um componente translacional relevante</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>A escola tem um programa integrado de pesquisa baseado nos determinantes sociais da saúde, com a participação de estudantes, professores, agentes de saúde e membros da comunidade.</p> <p>A escola tem um programa integrado de pesquisa dentro de todos os departamentos educacionais que se concentra na equidade em saúde, paridade de gênero e necessidades de saúde da comunidade.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resultados de pesquisa apresentados regularmente à comunidade, com impacto demonstrável sobre a saúde local.</li> <li>2. Proporção de projetos de pesquisa baseados na comunidade que envolvem membros da comunidade e outros interessados.</li> <li>3. Proporção da pesquisa é envolvida com a comunidade e envolve projetos de pesquisa</li> </ol>

			para as comunidades que servem.	<p>socialmente responsáveis que envolvem membros da comunidade e outros interessados.</p> <p>4. Impacto demonstrável da pesquisa nos serviços de saúde, políticas e práticas.</p> <p>5. Instituição e seus estudantes que realizam pesquisas baseadas na comunidade, envolvidas com a comunidade e/ou socialmente responsáveis são reconhecidos e recompensados.</p> <p>6. O currículo inclui recursos sobre como realizar pesquisas baseadas na comunidade, com engajamento comunitário e/ou com responsabilidade social.</p> <p>7. A instituição identifica líderes comunitários motivados e comprometidos, interessados em contribuir para o desenvolvimento do currículo e da pesquisa, de maneira que lhes permita influenciar decisões.</p> <p>8. A escola avalia o impacto sustentável na saúde da população na região específica que tem o mandato de atender, em estreita parceria com os principais stakeholders dessa região.</p>
<b>Sessão aberta a comentários</b>				

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>6. GOVERNANÇA</b>				
<b>6. 1 Governança</b>	<p>Nenhum mandato/registro/ compromisso de responsabilidade social na visão, missão e valores da escola.</p> <p>A tomada de decisões é feita por meio de conselhos representados exclusivamente por membros do corpo docente.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>A contemplação de um mandato socialmente responsável na visão, missão e valores da escola está em andamento.</p> <p>Os conselhos escolares representados pelos professores e alunos.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A responsabilidade social exige o plano estratégico, a missão, a visão e os valores da escola.</li> <li>2. A tomada de decisões é feita por meio de parcerias e conselhos que representam as partes interessadas internas e externas, incluindo as comunidades.</li> </ol> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A estrutura de governança inclui uma declaração e/ou política sobre Responsabilidade Social, evidenciando o compromisso da instituição em atender às necessidades das pessoas e da sociedade.</li> </ol>	<p><b>Padrão</b></p> <p>Um mandato de responsabilidade social na visão, missão e valores da escola foi totalmente definido, com métricas e padrões de referência, e está sendo implementado.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A estrutura de governança inclui tanto uma declaração e/ou política quanto um plano de ação referente à Responsabilidade Social na instituição.</li> <li>2. As decisões importantes da escola refletem a contribuição das principais partes interessadas, incluindo educadores, líderes, alunos e comunidades.</li> <li>3. Evidência de que a educação, a pesquisa e o serviço são projetados, implementados e avaliados pelas partes interessadas externas.</li> </ol>

<p><b>6.2 Parceria e engajamento das partes interessadas</b></p>	<p>As decisões são tomadas pelas autoridades da universidade e/ou do corpo docente sem nenhuma relação com a responsabilidade social, ou envolvimento das partes interessadas, incluindo os parceiros da comunidade.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>As decisões são tomadas pelas autoridades da universidade e/ou do corpo docente com respeito limitado à responsabilidade social, ou ao envolvimento formal das partes interessadas.</p>	<p><b>Referenciais</b></p> <p>As decisões são tomadas mediante consultas, com o envolvimento formal das partes interessadas em alguns, mas não em todos os comitês e processos.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Decisões são tomadas com contribuições das partes interessadas direcionadas.</li> <li>2. A instituição possui políticas e processos estabelecidos para buscar e consultar as partes interessadas na tomada de decisões.</li> <li>3. A instituição possui um método claro para identificar e se conectar com as partes interessadas.</li> </ol>	<p><b>Padrão</b></p> <p>A escola se associa ativamente com os estudantes, professores, interessados do setor de saúde, formuladores de políticas e comunidades para projetar, gerenciar e avaliar atividades de educação e pesquisa que atendam às necessidades prioritárias de saúde e sociais das comunidades que a escola serve.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. As decisões que afetam o mandato de responsabilidade social da escola refletem consistentemente a contribuição das principais partes interessadas, incluindo educadores, líderes, alunos, prestadores de serviços, pacientes, governo e comunidades.</li> <li>2. Evidência de que as partes interessadas externas da comunidade estão ativamente envolvidas na concepção, implementação e avaliação da educação, pesquisa e serviço.</li> <li>3. Proporção de projetos e parcerias envolvendo comunidades e prestadores de serviços de saúde.</li> <li>4. A liderança institucional inclui pessoal que demonstrou conhecimento da teoria e prática de responsabilidade social.</li> <li>5. A instituição oferece treinamento de liderança em Responsabilidade Social.</li> <li>6. As instituições documentam a transição da identificação de partes interessadas para o desenvolvimento de parcerias e acolhimento de parceiros na tomada de decisões e na avaliação de programas da instituição.</li> </ol>
--	--	---	--	--

**Sessão aberta a comentários:**

**FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL**

<b>Componentes Principais</b>	<b>Fase 1</b>	<b>Fase 2</b>	<b>Fase 3</b>	<b>Fase 4</b>
<b>7. RESULTADOS ESCOLARES E IMPACTO SOCIAL</b>				
<b>7.1 Resultados Escolares</b>	A escola não rastreia/acompanha seus egressos.	<b>Referenciais</b> A escola está desenvolvendo sistemas e processos para rastrear a localização e a prática de seus egressos.	<b>Referenciais</b> A escola acompanha seus egressos e está começando a medir sua influência na localização e prática deles.  <b>Indicadores</b> 1. Escolha de carreira pós-graduação e localização da prática. 2. Pesquisa sobre fatores educacionais que influenciam na localização e escolha de carreira.	<b>Padrão</b> Um número apropriado de graduados da escola exerce consoante o local onde eles são necessários na região geográfica que a escola serve. <b>Indicadores</b> 1. Existe um sistema em vigor para rastrear continuamente os graduados da escola e a relevância do treinamento que receberam para sua prática. O rastreamento mostra uma tendência consistente de melhoria e/ou a escola demonstra esforços para melhorar suas estatísticas. 2. A escola utiliza feedback de seus graduados para ajustar seus programas como parte de um contínuo aprimoramento da qualidade. 3. As escolhas de prática dos graduados refletem as necessidades das regiões que a escola atende para atenção primária e especialidades. 4. A localização dos graduados reflete de perto a distribuição geográfica das necessidades de saúde nas comunidades e regiões atendidas pela escola e seus graduados. 5. A escola trabalha em estreita colaboração com programas de residência pós-graduação/vocacionais para desenvolver um continuum de aprendizado. 6. Proporção de graduados praticando em áreas de alta necessidade e orientações profissionais, como atenção primária. 7. Os graduados se tornam catalisadores sociais que têm um impacto público além de ambientes clínicos.

FASES DE DESENVOLVIMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL				
Componentes Principais	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>RESULTADOS ESCOLARES E IMPACTO SOCIAL</b>				
<b>7.2 Impacto Social</b>	A escola não mede o impacto que ela tem sobre a região que serve.	<b>Referenciais</b> A escola está desenvolvendo uma medição de seu impacto social.	<b>Referenciais</b> A escola implementa pesquisas para medir sistematicamente seu impacto social. <b>Indicadores</b> 1. A Faculdade implementa pesquisas para avaliar o impacto da implementação de estratégias de responsabilidade social na região geográfica que serve. 2. O corpo docente, em parceria com parceiros comunitários, implementa pesquisas para avaliar o impacto da implementação de estratégias de	<b>Padrão</b> A educação, a pesquisa, seus graduados, o serviço de saúde e as parcerias da escola têm um impacto positivo sobre o cuidado com a saúde, a saúde e a equidade sanitária das comunidades/regiões que a escola e seus graduados servem. <b>Indicadores</b> 1. Medição sistemática do impacto da escola. 2. Os graduados contribuem para melhorar a qualidade e a equidade do acesso à saúde nas comunidades que atendem. 3. Os programas educacionais da escola são parte integrante do sistema de saúde de sua região. 4. As parcerias da escola com organizações e comunidades de saúde incluem projetos que melhoram a saúde de populações carentes. 5. A escola e seus formandos estão ativamente engajados na melhoria dos sistemas de saúde, na defesa das populações carentes e no aumento da equidade na saúde. 6. Os resultados das pesquisas informam a política e a prática para melhorar a saúde e o cuidado com a saúde na região que a escola serve. 7. A instituição consegue esclarecer as populações-alvo e os impactos correspondentes relacionados ao impacto na sociedade (medidas específicas de impacto na saúde), e possui um plano estratégico de desenvolvimento correspondente.

		responsabilidade social nas regiões geográficas atendidas.	8. A instituição adere a padrões de acreditação e procedimentos inspirados pela Responsabilidade Social.
--	--	--	--

**Sessão aberta a comentários:**

### As diretrizes de conclusão

Em geral, o processo ISAT deve ser considerado um projeto contínuo e iterativo de melhoria da qualidade e revisão por pares, em vez de um processo de acreditação, classificação ou resultado de aprovação/reprovação de soma zero. Como tal, a linguagem relacionada ao ISAT não deve ser de sucesso ou falha simples, mas sim sobre o que nos esforçamos para alcançar local e globalmente juntos. Os objetivos da Responsabilidade Social são melhor perseguidos ao avançar para uma maior especificidade em todas as áreas delineadas acima. Como a Responsabilidade Social é uma visão universal, ela deve ser contextualizada e adaptada de maneira diferente a espaços e lugares específicos. O processo ISAT deve incentivar as instituições e seus líderes a pensar cuidadosamente e agir decisivamente para maximizar seu impacto social nas regiões, populações e comunidades específicas, com a tarefa de servir pelos povos e seus governos. O processo ISAT fornece recursos e ferramentas de autoavaliação para esta jornada, estabelecendo um alto padrão e um incentivo para trabalhar em direção a uma maior responsabilidade social. Muitos aspectos da ferramenta delineada acima certamente estarão além do controle dos administradores e líderes que estão liderando o processo ISAT em seus contextos, e isso significa que a conscientização e o progresso em direção a esses objetivos são mais importantes do que a conquista final deles. Isso também significa que o progresso em direção à Responsabilidade Social dependerá da definição clara e deliberada e da busca dos valores que fundamentam os esforços de acreditação e avaliação. A reflexão sobre os valores que informam nossa visão de Responsabilidade Social está no cerne deste processo.

### SEÇÃO 3. ENGAJAMENTO DE PARTES INTERESSADAS

Essa seção é composta de 5 itens. Todos os itens precisam ser completados. Essa seção visa entender até que ponto as instituições envolvem os interessados no planejamento de avanços, políticas e decisões. Utilizando as descrições de desenvolvimento mais apropriadas/realistas fornecidas nos critérios abaixo, favor indicar onde sua instituição se enquadra entre a Fase 1 e a Fase 4:

Fases	Partes interessadas envolvidas
Fase 1	Envolvimento das partes interessadas internas (isto é, membros do corpo docente e estudantes) na conclusão da autoavaliação e planos de ação para avançar para a próxima etapa.
Fase 2	Envolvimento das partes interessadas internas e dos profissionais de saúde e representantes da comunidade na conclusão da autoavaliação e nos planos de ação para avançar para a próxima etapa.
Fase 3	Envolvimento das partes interessadas internas, profissionais de saúde, representantes da comunidade e organizações de saúde na conclusão da autoavaliação e planos de ação para avançar para a próxima etapa.
Fase 4	Envolvimento das partes interessadas internas, profissionais de saúde, representantes da comunidade, organizações de saúde e governo na conclusão da autoavaliação e planos de ação para avançar para a próxima etapa.

#### SEÇÃO 4. FASES DE APERFEIÇOAMENTO RUMO À RESPONSABILIDADE SOCIAL

Esta seção é composta de 13 itens em 7 domínios. Todos os itens precisam ser preenchidos. Utilizando os marcos de desenvolvimento fornecidos nos critérios abaixo, indique o plano de ação de sua instituição para passar para a próxima fase. Por favor, articule o plano para envolver as partes interessadas, incluindo partes interessadas internas, profissionais de saúde, representantes da comunidade, organizações de saúde e governo. Você pode carregar uma evidência de apoio (ou seja, documentos, página da web, imagens, trabalhos publicados, etc.) para justificar e elaborar melhor seus planos de ação.

Fases	Partes interessadas envolvidas
Fase 1	O plano é concreto e realista para mover a instituição para a próxima fase em 2-3 anos e envolve as partes interessadas internas (isto é, membros do corpo docente e estudantes) na conclusão da autoavaliação e planos de ação para avançar para a próxima fase.
Fase 2	O plano é concreto e realista para mover a instituição para a próxima fase em 1-2 anos e envolve as partes interessadas internas, profissionais de saúde e representantes da comunidade na conclusão da autoavaliação e planos de ação para avançar para a próxima fase.
Fase 3	O plano é concreto e realista para mover a instituição para a próxima fase em 1-2 anos e envolve as partes interessadas internas, profissionais de saúde, representantes comunitários e organizações de saúde na conclusão da autoavaliação e planos de ação para avançar para a próxima fase.
Fase 4	O plano é concreto e realista para mover a instituição para a próxima fase em 6 meses a 1 ano e envolve as partes interessadas internas, profissionais de saúde, representantes da comunidade, organizações de saúde e o governo na conclusão da autoavaliação e planos de ação para avançar para a próxima fase.

## GLOSSÁRIO

- **Padrão:** A descrição da aspiração por excelência de responsabilidade social no que diz respeito a um elemento particular da educação médica.
- **Indicador:** É uma medida, quantitativa ou qualitativa, do progresso de uma escola em direção à responsabilidade social. Um indicador *mede o progresso em direção à norma*.
- **Referencial:** Descreve uma etapa significativa no progresso de um programa em direção à responsabilidade social.
- **Educação médica convencional:** neste documento, o termo se refere à educação médica que tende a ser disciplinadora e didática. O currículo tende a se concentrar no cuidado médico, com o aprendizado clínico ocorrendo principalmente em ambientes de cuidados terciários. O conteúdo não está sistematicamente alinhado com as mudanças das necessidades e a educação tende a ser mais de professor do que de aprendiz, centrada em oportunidades limitadas de autoaprendizagem e de serviço.
- **Qualidade:** O grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Estes serviços de saúde devem ser prestados para satisfazer de forma otimizada tanto os padrões profissionais quanto as expectativas da comunidade.
- **Equidade:** O estado no qual as oportunidades de ganhos em saúde estão disponíveis para todos. A saúde é um produto social e um direito humano. Equidade na saúde (isso é, a ausência de desigualdade sistêmica entre grupos populacionais) e determinantes sociais da saúde devem ser considerados em todos os aspectos da educação, pesquisa e atividades de serviços. Isto incorpora os princípios de justiça social, ou abordando a distribuição desigual dos recursos, e o acesso universal à educação.
- **Relevância:** O grau em que os problemas mais importantes e localmente relevantes são abordados em primeiro lugar. Isto incorpora o valor da capacidade de resposta às necessidades da comunidade. Além disso, incorpora os princípios de sensibilidade cultural e competência. A competência cultural é definida como o processo de remover barreiras para uma comunicação eficaz e aberta a serviço de um paciente.
- **Profissionalismo:** É entendido como o conjunto de conhecimentos, habilidades, princípios e valores que sustentam uma prática ideal da Medicina no marco dos mais altos padrões de qualidade científica, ética e humanitária e conhecimento das necessidades sociais.
- **Eficiência/Custo-efetividade:** Isso envolve produzir o maior impacto na saúde, com os recursos disponibilizados.
- **Educação Interprofissional:** Segundo a Educação Interprofissional da OMS/OPAS ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre, com e entre si para permitir uma colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde.

- **Aprendizagem em serviço:** É “uma forma de educação experiencial na qual [os alunos] se engajam em atividades que atendem às necessidades humanas e comunitárias em conjunto, com oportunidades estruturadas de reflexões projetadas para atingir os resultados de aprendizagem desejados.”
- **Parte Interessada:** Uma parte interessada na educação da força de trabalho em saúde é qualquer pessoa que tenha interesse no sucesso de uma estratégia, programa ou escola. Eles podem ser indivíduos ou organizações direta ou indiretamente afetados pelo sucesso ou fracasso do esforço. As partes interessadas incluem estudantes, funcionários do governo, membros da comunidade, prestadores de serviços, administradores e professores.
- **Docentes/corpo docente e funcionários** da instituição educacional, para incluir professores/professores, pessoal administrativo e administradores.

## Apêndice

### Co desenvolvedores da ferramenta ISAT em 2017

- Dr. André-Jacques Neusy, Senior Director, THEnet: Training for Health Equity Network Dr. Björg Pálsdóttir, Chief Executive Officer, THEnet: Training for Health Equity Network Dr. Tomlin Paul, Dean of Medicine, University of the West Indies, Jamaica
- Prof. James Rourke, Chair (2013–2018) AMEE ASPIRE-to-Excellence Panel on Social Accountability, Dean of Medicine (2004–2016) Memorial University of Newfoundland, Canada.
- Dr. Sarita Verma Vice President Education, Association of Faculties of Medicine of Canada
- Dr. Erica Wheeler, Advisor of The Human Resources for Health Unit-PAHO, PAHO/WHO Office of the Caribbean
- Dr. Sonal Batra, Assistant Professor of Emergency Medicine and Health Policy and Management, George Washington University, Washington, DC
- Dr. Larisa Carrera, Dean of Medicine, Universidad del Litoral–Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicinas Públicas, Argentina
- Dr. Noora Alhajri, Clinical Research Fellow John Hopkins University
- Dr. Fernando Menezes, Chief of the Human Resources for Health Unit-PAHO, PAHO/WHO
- Dr. Jose Francisco Garcia, Regional Advisor Human Resources for Health Unit–PAHO, PAHO/WHO Dr. Ruy Silveira de Souza, Adjunct Professor, Universidade Federal de Roraima, Brazil

#### Outros participantes:

- Ms. Katie Qutub, Project Manager, US Agency for International Development

- Marcela Lic. Groppo
- Dr. Troy Jacobs
- Mr. Ignacio Saez Perrotta, Medical Doctor, Pediatrics, Hospital Nacional Prof. A. Posadas, Buenos Aires, Argentina.

## Co-desarrolladores de ISAT 2.0

- Angel Centeno, Dean, University of Austral, Argentina
- Ali Mtiraoui, Dean, Faculty of Medicine, Tunisia
- Björg Pálsdóttir, Chief Executive Officer, THEnet: Training for Health Equity Network, International
- Charles Boelen, President of RIFRESS, International
- Daniel Oliveira Medina da Silva, Research Fellow, Rural Coordination Centre of British Columbia, and Visiting International Research Student, The University of British Columbia, Canada
- Elsie Kiguli-Malwadde, Director of Health Workforce and Development at the African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST).
- Fernando Antonio Menezes da Silva, Universidade Federal de Pernambuco. Brazil
- Francisco Lamus, Facultad de Medicina - Universidad de La Sabana, Colombia
- Jacques Girard, Visiting Professor at Université Laval, as a special advisor in Global and Planetary Health at the School of Medicine, Canada
- Jill Konkin, Professor, Faculty of Medicine & Dentistry, Family Medicine Dept., University of Alberta, Canada
- Larisa Carrera, Dean, Universidad Nacional del Litoral, Argentina
- Manuel M. Dayrit, Ateneo de Manila University, School of Medicine & Public Health, Philippines
- Maria P. Grebe, Professor, University of Austral, Argentina
- Maxwell Kennel, Senior Research Associate, Dr. Gilles Arcand Centre for Health Equity, Northern Ontario School of Medicine University, Canada
- Nicholas Torres, Executive Director, The Network for Unity for Health
- Paul Grand'Maison professor emeritus at the Faculty of Medicine and Health Sciences at the University of Sherbrooke, Canada
- Rukhana Wamiq Zuberi, Professor Emerita Aga Khan University, Pakistan
- Sean Tackett, Associate Professor of Medicine, Johns Hopkins University, United States of America

- Sharon Hatcher, Office of Social Accountability, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Canada
- Somaya Hosney Mahmoud, Professor, Faculty of Medicine, Suez Canal University, Egypt
- Titi Savitri Prihatiningsih, MA, MMedEd, PhD, Professor, Faculty of Medicine, Public Health and Nursing Universitas Gadjah Mada), Yogyakarta, Indonesia
- Toyese Oyeyemi, Director, Social Mission Alliance, United States of America
- John H.V.Gilbert, C.M., Ph.D., LL.D (Hon)., FCAHS, Professor Emeritus, University of British Columbia, Canada
- Dr. T.M. Pai Chair in Interprofessional Education and Care, Manipal Academy of Higher Education, India and Founding Chair, Canadian Interprofessional Health Collaborative, India
- Andrea Pfeifle, EdD PT FNAP, The Ohio State University, United States of America
- Dr Gerard Filies, Chairperson: Interprofessional Education Unit, University of the Western Cape /Chairperson: Africa Interprofessional Education Network (AfrIPEN), South Africa
- Barbara Maxwell, PhD, DPT, MSc, Cert THE, FNAP. Associate Dean and Executive Director, Indiana University, Interprofessional Practice and Education Center, United States of America
- Professor Margo Brewer, School of Allied Health, Curtin University, Western Australia, Australia
- Jan-Jaap Reinders Board Secretary, Interprofessional Global, the Netherlands

### Recursos adicionais sobre responsabilidade social

- Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, Gibbs T. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109, *Medical Teacher* 2016; 38(11). Available from DOI: [10.1080/0142159X.2016.1219029](https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1219029)
- Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L, Halili S, Cristobal F, et al. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Medical Teacher* 2017. Available from <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231914>
- Social Accountability a vision for Canadian Medical Schools; *Health Canada* 2001; Ottawa, Ontario. Available from [https://afmc.ca/pdf/pdf\\_sa\\_vision\\_canadian\\_medical\\_schools\\_en.pdf](https://afmc.ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_en.pdf)
- Rourke J, Boelen C, Strasser R, Pálsdóttir B, Neusy AJ. [The medical teacher and social accountability in](#) Dent J, Harden RM, Hunt D, eds. *A Practical Guide for Medical Teachers Fifth Edition*. Eds Elsevier.
- Boelen C. Responsabilidad social y excelencia. *EDUCACION MEDICA* 2009; 12 (4) Available from <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n4/editorial.pdf>
- Riquelme Pérez A, Püschel Illanes K, Díaz Piga LA, Rojas Donoso V, Perry Vives A, Sapag Muñoz J. Responsabilidad social en América Latina: camino hacia el desarrollo de un instrumento para escuelas de medicina. *Investigación en Educación Médica* 2017; 6 (22) Available from

<http://www.elsevier.es/es/revista/investigacion-educacion-medica-343-resumen-responsabilidad-social-americanalatina-camino-S2007505717301357>

- THEnet. The Framework for Socially Accountable Health Workforce Education Version II. Accessible at: <https://thenetcommunity.org/resource/framework-socially-accountable-health-workforce-education/>
- THEnet's evaluation framework for socially accountable health professional education. Version 1.0. Monograph I. Brussels: The Training for Health Equity Network; 2011.
  - Accessible in Spanish: <https://thenetcommunity.org/resource/framework-socially-accountable-health-workforce-education-spanish/>
  - Accessible in French: <https://thenetcommunity.org/resource/framework-socially-accountable-health-workforce-education-french/>

## Referencias

<sup>1</sup> Pálsdóttir B, Barry J, Bruno A, Barr H, Clithero A, Cobb N, et al. Training for impact: the socio-economic impact of a fit for purpose health workforce on communities. *Human Resources for Health BMC* 2016, 14 (1). Available from <http://doi.org/10.1186/s12960-016-0143-6>

<sup>2</sup> World Health Organization; World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: WHO; 2015. Available from [http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/)

<sup>3</sup> Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S., Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, et al. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011. Available from [https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)

<sup>4</sup> World Health Organization. Universal health coverage (UHC). World Health Organization; 2025. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

<sup>5</sup> PAHO, Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage. 53rd DIRECTING COUNCIL 66th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS. Washington, D.C., USA, 29 September - 3 October 2014.

<sup>6</sup> Pálsdóttir B, Cobb N, Fisher J, Gilbert JHV, Middleton L., Reeve C, et al. Enabling universal coverage and empowering communities through socially accountable health workforce education. In: Buchan J, Dhillon IS,

Campbell J, editors. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Geneva: World Health Organization; 2017: Chapter 13, 307-341.

<sup>7</sup> Püschel K, Riquelme A, Moore P, Rojas V, Perry A, Sapag JC. What makes a medical school socially accountable in Latin America? A report from a Latin American panel based on a qualitative approach. *Medical Teacher* 2017;39(4):415-421. Available from DOI: [10.1080/0142159X.2017.1296119](https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1296119)

<sup>8</sup> 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. Available from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

<sup>9</sup> World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. 69th World Health Assembly; Geneva: WHO; 20-28 May 2016. (Resolution WHA69.19). [Cited 2018 Jun 6] Available from: [http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1)

<sup>10</sup> High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 July 8]. Available from: [http://www.worldbank.org/sites/default/files/documents/research/en\\_comheegfinalreport.pdf](http://www.worldbank.org/sites/default/files/documents/research/en_comheegfinalreport.pdf)

<sup>11</sup> World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization Guidelines 2013. Geneva: WHO; 2013. (Cited 2018, Jun 29) Available from <http://whoeducationguidelines.org/>

<sup>12</sup> Plan Of Action On Human Resources For Universal Access To Health And Universal Health Coverage 2018-2023. 162<sup>nd</sup> Session of the Executive Committee, Washington, D.C. 2018 June 18-22. ([Resolution CE162/16](#)) Available from <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49213>

<sup>13</sup> Boelen C, Heck JE & World Health Organization, Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995 [cited 2018 Jul 8] Available from <http://www.who.int/iris/handle/10665/59441>

<sup>14</sup> Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools. CACMS Standards and Elements Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. Ottawa: 2017; CACMS. Available from [https://cacmscafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS\\_Standards\\_and\\_Elements\\_-\\_AY\\_2018-19.pdf](https://cacmscafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS_Standards_and_Elements_-_AY_2018-19.pdf)

<sup>15</sup> Woolley T, Halili SD, Siega-Sur JL., Cristobal, FL., Reeve C, Ross SJ, et al. [Socially accountable medical education strengthens community health services](#). *Medical Education* 2017; 52(4): 391-403. Available from <https://doi.org/10.1111/medu.13489>

<sup>16</sup> Siega-Sur JL., Woolley T, Ross S J, Reeve C & Neusy AJ. The impact of socially-accountable, community-engaged medical education on graduates in the Central Philippines: Implications for the global rural medical workforce. *Medical Teacher* 2017; 39(10): 1084-10911. Available from <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1354126>

<sup>17</sup> Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L., Halili S, Cristobal F, Siega-Sur JL et al. [The impact of socially accountable health professional education: A systematic review of the literature](#). *Medical Teacher* 2017; 39(1): 67-73 . Available from <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231914>

<sup>18</sup> See note 4, above.

<sup>19</sup> See note 5, above.

<sup>20</sup> PAHO, “Strategy on Human Resources for Universal Access to Health and Universal Health Coverage” 29th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE 69th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS Washington, D.C., USA, 25-29 September 2017.

<sup>21</sup> Batra, Sonal MD, MST; Orban, Julie MPH; Guterbock, Thomas M. PhD; Butler, Leigh Anne; Mullan, Fitzhugh MD Social Mission Metrics: Developing a Survey to Guide Health Professions Schools, *Academic Medicine*: December 2020 - Volume 95 - Issue 12 - p 1811-1816: doi: 10.1097/ACM.0000000000003324

<sup>22</sup> Boelen C, Woollard R. Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Medical Education* 2009;43(9):887–894. Available from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x>

<sup>23</sup> Ross S, Preston R, Lindemann I, Matte M, Samson R, Tandincó F. et al. The training for health equity network evaluation framework: A pilot study at five health professional schools. *Education for Health* 2014;27(2):115. Available from <https://doi.org/10.4103/1357-6283.143727>

<sup>24</sup> Palsdottir B. “Institutional Development for Africa —Towards Greater Accountability for Results” in *Return on Investment: The Long-Term Impact of Building Health Care Capacity in Africa*. 2010; pp 43-50. Washington, DC: Accordia Global Health Foundation

<sup>25</sup> Mark C. Henderson, Charlene Green, and Candice Chen, What Does It Mean for Medical School Admissions to

---

Be Socially Accountable? *AMA J Ethics*. 2021;23(12):E965-974. doi: 10.1001/amajethics.2021.965.

<sup>26</sup> Winn CS, Chisholm BA, Hummelbrunner JA, Tryssenaar J, Kandler LS. Impact of the Northern Studies Stream and Rehabilitation Studies programs on recruitment and retention to rural and remote practice: 2002–2010. *Rural and Remote Health* 2015;15(3126) Available from PMID:26163882.

<sup>27</sup> World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from [http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010\\_increasing\\_access\\_to\\_health\\_workers\\_in\\_remote\\_and\\_rural\\_areas.pdf](http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf)

<sup>28</sup> Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural and Remote Health* 2016;16(4033). Available from [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_4033.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_4033.pdf),

<sup>29</sup> Larkins S, Michielsen K, Iputo J, Willems S, Cristobal FL, Samson R, et al. Impact of selection strategies on representation of underserved populations and intention to practise: international findings. *Medical Education* 2015;49:60–72. Available from doi:10.1111/medu.12518

<sup>30</sup> Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;6:CD005314. Available from doi:10.1002/14651858.CD005314.pub3.

<sup>31</sup> Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools. CACMS Standards and Elements Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. Ottawa: 2017; CACMS. Available from [https://cacmscafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS\\_Standards\\_and\\_Elements\\_-\\_AY\\_2018-19.pdf](https://cacmscafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS_Standards_and_Elements_-_AY_2018-19.pdf) These standards are currently being reviewed, and a new version of the document will be available in 2025.

<sup>32</sup> White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.

<sup>33</sup> Kenneth M. The international challenges to medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 2003: 114. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2194491/pdf/tacca00002-0301.pdf>

<sup>34</sup> Worley P, Couper I, Strasser R, Graves L, Cummings B-A, Woodman R, Stagg P, Hirsh D on behalf of the CLIC Research Collaborative. A typology of longitudinal integrated clerkships. *Medical Education* 2016; 50(9): 922-93.

---

Available from DOI: 10.1111/medu.13084

<sup>35</sup> Strasser R, Hirsh D. Longitudinal integrated clerkships: transforming medical education worldwide? *Medical Education* 2011; 45: 436–437

<sup>36</sup> See for example, <https://www.nosm.ca/familymedicine/our-streams-at-a-glance/remotefirstnations/>

<sup>37</sup> Rourke J. Social Accountability: A Framework for Medical Schools to Improve the Health of the Populations They Serve *Acad Med.* 2018 Aug;93(8):1120-1124. Available from <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201808000-00019>

<sup>38</sup> Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, et al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109, *Medical Teacher* 2016; 38(11):1078-1091. Available from DOI:10.1080/0142159X.2016.1219029

<sup>39</sup> Talib Z, Palsdottir B, Briggs M, Clithero A, Miniclier Cobb N, Marjadi B, et al. Defining community-engaged health professional education : a step toward building the evidence. *NAM Perspectives* 2017. Available from <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-A-Step-Toward-Building-the-Evidence.pdf>

<sup>40</sup> See note 2, above.

<sup>41</sup> Talib Z, Palsdottir B, Briggs M, Clithero A, Miniclier Cobb N, Marjadi B, et al. Defining community-engaged health professional education: a step toward building the evidence. *NAM Perspectives* 2017. Available from <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-A-Step-Toward-Building-the-Evidence.pdf>

<sup>42</sup> See note 4, above.

<sup>43</sup> See, for example, Hogenbirk JC, Strasser RP, French MG (2022) Ten years of graduates: A cross-sectional study of the practice location of doctors trained at a socially accountable medical school. *PLOS ONE* 17(9): e0274499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274499>

<sup>44</sup> Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base.* Geneva: World Health Organization; 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/health-employment-and->

---

[economic-growth](#)

<sup>45</sup> Pearson D, Walpole S, Barna S. Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change. *Med Teach*. 2015;37:9,825–830