



**A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE,  
A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
E O ENSINO DE GRADUAÇÃO**

**RECOMENDAÇÕES E POTENCIALIDADES**

Uma publicação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Organizadores e autores:

Maria Inez Padula Anderson<sup>1</sup>, Marcelo Demarzo<sup>2</sup>, Ricardo Donato Rodrigues<sup>3</sup>

1 – Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Professora Adjunta e Preceptora da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, Doutora em Saúde Coletiva, Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, gestão :2004/06 - email: [inezpadula@terra.com.br](mailto:inezpadula@terra.com.br) ;

2 – Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Professor e Coordenador em Medicina de Família e Comunidade do Centro Universitário Barão de Mauá -Pesquisador Associado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Doutor em Ciências Médicas - e-mail: [marcelokele@yahoo.com.br](mailto:marcelokele@yahoo.com.br) ;

3 – Clínico Geral, Professor Adjunto e Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, Doutor em Saúde Coletiva, Vice-Presidente da Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro, gestão :2004/06 – email: [ricardodonato@terra.com.br](mailto:ricardodonato@terra.com.br) ;

## **Apresentação**

Este documento tem por objetivo apresentar a importância e as potencialidades da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e, conseqüentemente, da Atenção Primária à Saúde, no curso de graduação em Medicina, em especial no momento de reforma do ensino médico brasileiro, à luz das diretrizes curriculares.

Destaca os principais conteúdos teóricos e práticos atinentes à Medicina de Família e Comunidade recomendados para a graduação e as formas de organização institucional mais adequadas ao seu desenvolvimento e implementação.

Por último, relaciona os resultados mais relevantes da **I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Graduação**, realizada em setembro de 2005, e apresenta o relato das experiências de diferentes escolas médicas brasileiras que vem desenvolvendo atividades curriculares no âmbito desta especialidade e que foram aí apresentadas.

Pretende-se que este documento possa contribuir para a consolidação deste campo de saber e prática no âmbito da formação médica, como acontece na grande maioria das escolas médicas de todo o mundo, principalmente naquelas que implementaram reformas competentes no ensino e nos sistemas de saúde no sentido de os tornarem mais adequados às necessidades de saúde da população.

## **Introdução**

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade eminentemente clínica que também desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Estes atributos a tornam uma disciplina estratégica para a ressignificação das bases estruturais da própria profissão

médica, adquirindo papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em Saúde.

**A MFC tem potencial transformador tanto no âmbito da prática médica quanto na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para uma maior efetividade dessas áreas, inspiradas em bases mais humanas e comunitárias. Tem assumido, papel relevante principalmente na Promoção de Assistência Integral à Saúde.**

**Seus preceitos, conceitos e direcionamento relacionam-se aos da Atenção Primária à Saúde, de tal modo que é reconhecida internacionalmente como a especialidade médica de excelência da APS sendo estratégica para o pleno desenvolvimento da mesma. Por isto, tem sido considerada, assim como a APS, uma especialidade médica com potencial estruturante para os Sistemas Nacionais de Saúde, em especial, em cenário de crise e reforma sanitária, como o que vivenciamos em nível nacional e internacional.**

Os princípios e práticas da MFC são centrados na “pessoa” (e não na “doença”), na relação médico e indivíduo, e na relação deste sujeito, mais ou menos sadio, com sua família e com a comunidade em que vive. A MFC aborda o processo saúde-adoecimento como um fenômeno complexo, relacionado à interação de fatores biológicos, psicológicos, sócio-ambientais e espirituais, sendo, portanto um processo influenciado fortemente pela estrutura familiar e comunitária do indivíduo.

### **Princípios da Medicina de Família e Comunidade**

Baseada em princípios, conceitos e recomendações internacionais formalizados pela Organização Mundial dos Médicos de Família – WONCA<sup>1</sup> – a especialidade Medicina de Família e Comunidade tem por objetivos:

- Atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de uma abordagem biopsicosocial do processo saúde—doecimento;
- Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde, no nível individual e coletivo;
- Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;
- Coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo;
- Atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de gênero ou faixa etária;
- Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método científico e epidemiológico;
- Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade;
- Desenvolver novas tecnologias em Atenção Primária à Saúde;
- Desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de auto-aprendizagem e empoderamento dos indivíduos;
- Desenvolver a capacidade de atuação médica humanizada, relevando seus aspectos científicos, éticos e sociais.

O potencial transformador da Medicina de Família e Comunidade (“Medicina Integral, Geral, Familiar e Comunitária” em alguns países) para a graduação principalmente em Medicina tem sido evidenciado por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>2</sup> e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA)<sup>1</sup>.

Isto pode ser comprovado pela inserção dos conceitos e práticas da MFC na estrutura de destacadas escolas médicas de todo o mundo. Observa-se também que a grande maioria destas escolas constituiu **Departamentos de Medicina de Família e Comunidade** (ou denominação equivalente da especialidade), muitas com incentivo financeiro governamental, como no caso das escolas norte-americanas, o que ocorreu ainda na década de 70 do último século<sup>7</sup>. **A OMS<sup>1</sup> e a WONCA<sup>2</sup> entendem que os fundamentos conceituais e éticos, as técnicas e práticas da Medicina de Família e Comunidade constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, envolvendo os estudantes numa perspectiva ampliada do cuidado em saúde.**

Os conteúdos programáticos<sup>1,2</sup> desta especialidade, recomendados para a graduação médica, e recentemente revisados pela Sociedade Norte-Americana de Professores de Medicina de Família (*Society of Teachers of Family Medicine*)<sup>5</sup>, segundo as diretrizes do projeto “Futuro da Medicina de Família” (*Future of Family Medicine*)<sup>5</sup>, devem incluir:

- Conceituação e reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde, da Medicina Ambulatorial e da Medicina de Família e da Comunidade nos Sistemas Nacionais de Saúde;
- Compreensão e incorporação dos princípios e das atitudes envolvidas com a complementaridade e integralidade das ações médicas e de saúde;

- Atuação em cenários onde sejam desenvolvidas práticas de Atenção Primária à Saúde (como por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família);
- Reconhecimento do papel e da influência da família no estado de saúde de seus componentes;
- Comunicação e Relação Médico –Paciente-Família-Comunidade;
- Reconhecimento e elaboração do diagnóstico de saúde biopsicosocial da família e da comunidade;
- Conhecimento do cadastro familiar e comunitário como instrumento facilitador do diagnóstico e abordagem familiar e comunitária;
- Conhecimento e desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e educação em saúde da população, com desenvolvimento de ações de saúde orientadas pelas necessidades e demandas percebidas através do contato com as famílias e a comunidade;
- Estudo e reflexão sobre os problemas de saúde que mais afetam às pessoas e às populações de centros urbanos e rurais;
- Práticas e metodologias próprias da clínica da Medicina Ambulatorial;
- Cuidado humanizado e efetivo aos pacientes e suas famílias para a resolução de problemas de saúde e para a promoção de saúde,
- Prática voltada ao sistema de saúde nacional, com compromisso ético e profissional com a saúde da população do próprio país, racionalizando recursos e ações e melhorando os indicadores de saúde populacionais.

**Competências a serem desenvolvidas nos estudantes:**

- Convivência e colaboração com profissionais de outras profissões e especialidades para prover cuidado centrado na pessoa e nos aspectos preventivos, durante todas as fases da vida;
- Sensibilidade e responsabilidade para com o paciente, sua cultura, idade, gênero, e habilidades;
- Prática de diagnóstico e terapêutica baseada em evidência científica, e com participação do paciente e de sua família, informando-os apropriadamente e envolvendo-os no processo;

- Acolhimento e resolutividade aos agravos agudos e crônicos mais comuns, segundo protocolos clínicos embasados cientificamente, e envolvendo os principais grupos de cuidado (crianças e adolescentes, mulheres, adultos e idosos);
- Manejo dos agravos de saúde numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo também a família, e tendo como objetivo a melhora funcional e de qualidade de vida da pessoa;
- Prática da educação em saúde dos pacientes, suas famílias e comunidade, aconselhando sobre os hábitos de vida inadequados à saúde, e aplicando estratégias adequadas de abordagem do problema, visando mudanças de comportamentos, e considerando a cultura de cada pessoa e população;
- Descrição da prevalência e a história natural dos problemas de saúde mais comuns, tanto ao nível individual, quanto familiar e comunitário;
- Reflexão e discussão sobre o cuidado integral, contínuo e integrado para as pessoas, e sobre as dificuldades inerentes a esse processo;
- Identificação dos vários níveis de prevenção e aplicação das ações preventivas em cada nível, segundo embasamento científico;
- Diferenciação das características epidemiológicas dos vários níveis de atenção;
- Reconhecimento e interpretação das leis públicas mais relevantes referentes à promoção de saúde das populações;
- Entendimento da complexidade do diagnóstico feito muitas vezes frente à escassez de dados clínicos;
- Manejo adequado da tecnologia de informação em saúde;
- Treinamento de técnicas de comunicação adequadas para trabalho em equipe multiprofissional, e para a educação e informação em saúde dos pacientes e familiares;
- Reconhecimento dos limites do conhecimento pessoal, porém sempre coordenando e advogando pelo cuidado adequado à população dentro do sistema de saúde nacional;

- Reconhecimento das barreiras físicas, culturais, e administrativas para o cuidado integral e adequado às pessoas.

<b>A Medicina de Família e Comunidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina</b>
--

À semelhança do que acontece em muitos países desenvolvidos, a inserção da MFC nos currículos de graduação já constitui uma realidade em um número expressivo de escolas médicas brasileiras.

Entretanto ainda é necessário consolidar, adequar, qualificar e expandir este processo.

**Este movimento de inserção se tornou mais relevante, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001), desde quando vêm ocorrendo mudanças mais consistentes no ensino médico em nosso país. A Medicina de Família e Comunidade tem tido importante papel nesse processo, tendo em vista a superposição entre seus princípios e práticas e as recomendações incorporadas às Diretrizes, à exemplo do que consigna seu artigo 3º:**

*“...Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.”*

*“...Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.”*

*Ou ainda:*



*“...Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina.”*

**Apesar dos conceitos e práticas da MFC se apresentarem como relevante estratégia para a operacionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, ainda são necessários esforços governamentais para incentivar o desenvolvimento da MFC e da APS, no âmago das universidades. Além disso, e com a participação da SBMFC, as diretrizes para o conteúdo programático dessa inserção devem ser sistematizadas, segundo a realidade da saúde no Brasil.**

### **Os Departamentos de Medicina de Família e Comunidade**

Segundo orientação da Organização Mundial da Saúde em conjunto com a Associação Mundial de Médicos de Família<sup>6</sup> implantar Departamentos ou Unidades de MFC permite o direcionamento necessário para a inclusão da disciplina no espaço acadêmico como também permite a organização dos recursos que são necessários para articular a tríade ensino, cuidado ao paciente e programas de pesquisa.

Os tópicos a seguir fazem parte da publicação acima mencionada e pretendem contribuir para a criação de estruturas departamentais ou unidades docentes de MFC.

Segundo estas instituições, estabelecer Departamentos de Medicina de Família requer a participação de lideranças que compreendam e apoiem as importantes funções e papéis da medicina de família. Essas lideranças incluem autoridades governamentais, associações médicas, médicos de família, *staffs* das escolas médicas e dos hospitais universitários e profissionais da saúde pública.

Recomendam também que, desde o início, é importante desenvolver um bom relacionamento com outros departamentos existentes, como os de Medicina Interna e Pediatria que, compartilhando interesses, podem implementar um processo de colaboração mútua visando à implementação de atividades de ensino e de projetos de pesquisa. Estes especialistas freqüentemente colaboram para o aprendizado do médico de família e muitos têm consciência que são mais efetivos quando trabalham articulados com médicos da Atenção Primária bem treinados. As Escolas Médicas parecem mais propensas ao desenvolvimento da Medicina de Família quando esta disciplina é vista como essencial para potencializar a função dos outros profissionais.

Ainda segundo as orientações da OMS e WONCA, a constituição de Departamentos de Medicina de Família requer um provimento adequado de recursos humanos e físicos de modo a desenvolver o amplo espectro dos programas de educação, assistência e pesquisa da MFC. Os recursos físicos devem incluir centros que integrem as atividades assistenciais e de ensino. Nestes centros o cuidado ao paciente deve ser provido através de equipes que incluem médicos de MFC, residentes e/ou estudantes em treinamento, enfermeiras, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Os Centros de ensino de medicina de família podem ser incorporados às unidades assistenciais do sistema de saúde e podem também servir como importante local de desenvolvimento de pesquisa na atenção primária.

Os Departamentos de Medicina de Família freqüentemente requerem apoio governamental e institucional, inclusive de ordem financeira. Usualmente estes departamentos iniciam com pequeno número de especialistas e profissionais, crescendo à medida do desenvolvimento dos programas clínicos e de pesquisa. Os hospitais universitários e outros são importantes parceiros para o desenvolvimento e suporte destes departamentos de medicina de família, ao mesmo tempo em que estes os especialistas em MFC e os programas de residência prestam relevantes serviços para estas instituições.

## I Mostra de Medicina de Família e Comunidade e Graduação

Em setembro de 2005, durante o I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade ocorreu a **I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Graduação**, que teve como objetivo oferecer um espaço de discussão e troca de experiências entre as Instituições de Ensino Superior com interesse e práticas na atividade.

Também fez parte da I MOSTRA uma pesquisa, que visou levantar dados sobre a situação atual da inserção da MFC na graduação médica brasileira. Os dados estão apresentados na forma de tabelas (abaixo), e as experiências apresentadas constituem um anexo a esse caderno. Instituições que enviaram experiências em MFC e Graduação:

- Curso de Medicina – Universidade Severino Sombra (Teresópolis, RJ)
- Curso de Medicina - Centro Universitário Barão de Mauá (Ribeirão Preto-SP)
- Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- Faculdade de Medicina – Universidade de Ribeirão Preto
- Faculdade de Medicina – Universidade de Uberaba (UNIUBE)
- Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto
- Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo – Campus Capital
- Faculdade de Medicina – Universidade Souza Marques (Rio de Janeiro)
- Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

**Tabela 01 - Resultados Gerais da Pesquisa.**

Número de Instituições Respondentes	10
Instituições Públicas de Ensino	05
Instituições Privadas de Ensino	05
Instituições com prática de MFC na Graduação	80%
Tempo Médio da Experiência	2,5 anos (08 meses – 05 anos)
Instituições com Departamento de MFC	20%
Exemplos de outros Departamentos de Referência, nos casos nos quais não havia um Departamento de MFC	Medicina Social Medicina Preventiva
Avaliação da Experiência pelas Instituições	Ótima e Boa - 57% Regular – 43% Ruim – nenhuma
Receptividade pelos Estudantes	Ótima e Boa – 72% Regular – 14% Ruim – 14%
Docentes com formação em MFC (Residência Médica ou Especialização)	Menos de 25% do Quadro - 28% Entre 25 e 50% do Quadro - 28% Entre 51 e 75% do Quadro - 28% Mais de 75% do Quadro - 16%

**Tabela 02 – Dificuldades apontadas pelas Instituições respondentes quanto à experiência de inserção da MFC na graduação.**

- 1- Docentes formados no Modelo Flexneriano.
- 2- Articulação incipiente com outras disciplinas do curso.
- 3- Dificuldade dos docentes no trabalho intersetorial.
- 4- Desconhecimento do corpo docente e discente em relação aos princípios da MFC (02 citações).
- 5- Preconceito/discordância/desvalorização do corpo discente e docente em relação à inserção da MFC na graduação (05 citações), principalmente na experiência de inserção precoce no currículo.
- 6- Falta de recursos humanos com qualificação na área (02 citações).
- 7- Pequeno apoio logístico da Instituição de Ensino.
- 8- Dificuldade na relação ensino-serviço de saúde-Secretaria Municipal de Saúde, limitando a inserção do estudante nas Unidades de Saúde Públicas (04 citações).
- 9- Estudantes apenas observadores das atividades.
- 10- Tempo curto de estágio.

**Discussões e Conclusões da I Mostra**

Além da Pesquisa e das Experiências apresentadas durante a Mostra, também houve espaço para discussões e debates dentro do contexto da inserção atual da MFC na graduação em Medicina no Brasil.

Apesar das dificuldades inerentes à organização e implementação sistematizada de um campo de conhecimento e prática na estrutura das escolas médicas, a opinião dos participantes foi unânime no sentido da importância desta inserção e da necessidade de desenvolvimento e consolidação desta estratégia.

Os principais eixos e pontos abordados foram:

### **1) Por que inserir os conceitos e práticas da MFC na Graduação em Medicina?**

- Estratégia para sensibilizar docentes e discentes em relação à especialidade MFC, fundamental para a reorganização do sistema de saúde público e suplementar no mundo e no Brasil (PSF);
- Estratégia para a formação de um médico mais humano e responsável para com as pessoas, e voltado à realidade do país;
- Embasar os estudantes para uma possível pós-graduação em MFC.

### **2) Como e em que momento inserir a MFC dentro da graduação?**

- Criação de Departamentos de MFC;
- Inserção precoce e com enfoque prático.

### **3) Quais seriam os maiores entraves?**

- Relação conflituosa das Instituições com o sistema de saúde local;
- Mesmos problemas apontados na pesquisa (tabela 02).

### **4) Como avaliar os resultados, quais indicadores?**

- Avaliação e métodos ainda não totalmente sistematizados em relação à maioria das escolas, mas bastante desenvolvidos em algumas instituições.

As Instituições participantes apresentaram muitos pontos convergentes, principalmente em relação às dificuldades enfrentadas (tabela 02) e às atividades desenvolvidas (anexos). Apesar do número de Instituições na Mostra não ser expressivo em termos nacionais, os resultados obtidos podem refletir a realidade da inserção da MFC na graduação em Medicina no Brasil.

Os resultados podem servir de base para discussões ampliadas junto às Instituições de Ensino, à ABEM, ao MEC e ao Ministério da Saúde, na tentativa de gerar diretrizes e sistematizações sobre o tema, relevante para o Futuro da Medicina no Brasil, como também para a consolidação do Sistema Único de Saúde Brasileiro, haja vista o incentivo à Estratégia Saúde da Família e as dificuldades para a formação de recursos humanos nessa nova lógica do sistema de saúde nacional.

## Considerações Finais

A inserção dos princípios e práticas da MFC dentro do currículo de graduação em Medicina representa uma estratégia fundamental para a formação de futuros médicos que tenham o cuidado como eixo central de sua prática e que desenvolvam o senso de co-responsabilidade pela saúde integral das pessoas. Além de tudo, que sejam engajados e comprometidos com o sistema nacional de saúde, conforme as **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**.

Dentre os principais entraves atuais para que esta inserção da MFC no currículo das escolas médicas aconteça de forma mais intensa, pode-se citar a não existência de uma política nacional com esta finalidade, apesar de já existirem várias experiências nesse sentido (em anexo), e das diretrizes internacionais no tema<sup>1,2,5,6</sup>.

O presente documento procurou trazer informações para que as Escolas Médicas se instrumentalizem e operacionalizem a inserção da MFC nos cursos de graduação.

Algumas questões necessitariam de um maior delineamento:

Considerando que a MFC deve ter um caráter transversal na formação do aluno, qual o período mais adequado para iniciar a inserção no currículo (mais precoce ou mais tardia)? Como promover a relação/integração com as outras disciplinas da faculdade/curso de medicina? Como equilibrar e guiar a relação das Instituições de Ensino e o Sistema de Saúde Público, em especial em relação à esfera municipal, relação esta necessária e fundamental para o sucesso da inserção, segundo as próprias Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina do MEC?

**Entendemos que a SBMFC, enquanto sociedade científica da especialidade, em esforço conjunto com a ABEM, MEC e MS, tem papel estratégico no sentido de sensibilizar as escolas médicas, apoiar e assessorar a criação de estruturas acadêmicas e docente-assistenciais na especialidade, bem como elaborar diretrizes curriculares específicas para a inserção da MFC na graduação em Medicina.**

A Medicina de Família e Comunidade: tem potencial para colaborar na transformação de um sistema de saúde nacional, ainda fragmentado, em outro integral e integrado, com abordagem generalista e humana, através de uma prática multi e interdisciplinar, eliminando barreiras ao acesso, com sistema de informação avançado e informatizado, e com foco na qualidade da assistência e na racionalização dos recursos financeiros. Apesar do enorme desafio e das grandes dificuldades, a SBMFC se coloca à disposição para enfrentar o processo, entendendo ser o ensino de graduação uma estratégia fundamental, e por isso o porquê desse caderno.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
Primavera de 2005

## **Bibliografia**

- 1- Justin Allen et al. Definição Européia de Clínica Geral e Medicina Familiar. Wonca – Europa, 2002.
- 2- Organização Mundial da Saúde. [www.who.int](http://www.who.int).
- 3- Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior – Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.
- 4- Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade. I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Medicina**, supl.7, setembro de 2005.



- 5- John R. Bucholtz et al. The FMCR Project's FM Clerkship/Post Clerkship Workgroup. Future of Family Medicine (FFM) Project. *Annals of Family Medicine*; Supplement, March 2004.
- 6- Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial dos Médicos de Família, *Improving Health Systems: the contribution of family medicine*, Wonca, 2002.
- 7- Rodgers et al. *Family Medicine*; 34 (4):237-9, 2002.

## **Anexos\***

\*textos originais conforme envio e responsabilidade dos autores

### **RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA GRADUAÇÃO.**

**I MOSTRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E GRADUAÇÃO.**

**I CONGRESSO PAULISTA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.**

**Ribeirão Preto-SP, 23 de setembro de 2005.**

Para realizar a I Mostra, os organizadores solicitaram às Instituições de Ensino que enviassem suas experiências através da resposta às seguintes questões:

- 1- Nome, endereço e características gerais da instituição de ensino (IE),
- 2- Nome, tipo de vínculo com a IE e endereço eletrônico do responsável pelo envio,
- 3- Projeto pedagógico de inserção da MFC na graduação, incluindo:
  - a. tempo de existência do programa,
  - b. coordenador atual, docentes envolvidos,
  - c. tipos e características das atividades desenvolvidas,
  - d. número de alunos envolvidos por atividade,
  - e. formas de avaliação discente e do programa, principais pontos positivos e negativos do programa.

Os resultados que se seguem, bem como àqueles consolidados nas tabelas, foram obtidos a partir destas informações.

Faculdade de Medicina – Universidade de Ribeirão Preto

- Instituição privada, situada à Av. Costábile Romano no. 2201, Ribeirão Preto, SP.

Material enviado por Sílvio Antônio Franceschini, docente da Faculdade de Medicina da Unaerp, coordenador do PISC (Programa de Integração em Saúde na Comunidade). silvantfranc@yahoo.com.br.

Tendo como princípio o de ser capaz de produzir conhecimentos relevantes e de formar profissionais adequados às necessidades sociais, a Faculdade de Medicina da UNAERP realizou, em 2003, uma mudança curricular adotando técnicas ativas de ensino-aprendizagem. Utilizando a metodologia problematizadora, o PISC, um dos pilares do currículo integrado, é um módulo vertical onde as atividades são desenvolvidas em um período por semana (4 horas semanais), durante as 8 primeiras etapas (semestres). O PISC tem como objetivos gerais:

- Conhecer a realidade local, através do contato precoce (a partir do 1o semestre) com a comunidade.
- Entender os princípios do SUS, nas atividades realizadas em UBSs/USF, integradas ao sistema de saúde municipal.
- Desenvolver habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar
- Acolhimento e vinculação com a comunidade a ser assistida
- Diagnóstico e planejamento das ações em saúde.

Nas atividades os alunos de cada etapa são divididos em grupos de 6 alunos, com 1 docente supervisor para cada grupo. Os professores acompanharão os alunos em todas as suas atividades durante todo o período. Os estudantes vão se apropriando da clínica progressivamente, porém sempre baseada numa concepção ampliada do processo saúde-doença.

As atividades são realizadas nas 6 UBS da Zona Leste que apresentam PACS, além das UBSs Jardim Maria das Graças e Adão do Carmo Leonel, localizadas na Zona Sul de Ribeirão Preto. Dois grupos estão inseridos na USF de Serrana, num total de 10 grupos. A construção desses espaços de aprendizagem vem se dando através da incorporação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços nessas unidades, seguindo as diretrizes da gestão municipal. Atualmente estamos implementando a 6a etapa, contando com um total de 29 docentes.

Os discentes têm duas avaliações cognitivas durante o semestre e avaliações diárias, formativas, baseadas na participação, interesse e atitudes, durante as

atividades na unidade. Há, também, um relatório final individual relativo às atividades realizadas no semestre e outro, em grupo, apresentado ao final onde são apresentadas as dificuldades e diagnósticos em saúde feitos na unidade, assim como propostas para desenvolvimento no próximo semestre. Ao final do semestre existe uma avaliação que cada estudante faz do docente tutor e do programa desenvolvido

Os principais pontos negativos do programa foram:

Dificuldade na inserção nas unidades de saúde, não afeitas à assistência em conjunto com ensino, além de apresentarem um PACS desarticulado da unidade. O desenvolvimento das atividades tem ficado prejudicado em algumas unidades.

Grande heterogeneidade dos docentes, muitos ainda com um perfil flexneriano,

.

**Como principais pontos positivos do programa:**

- Concepção ampliada e experiência vivencial do processo Saúde – Doença
- Desenvolvimento de relações médico-paciente mais humanizadas
- Participação dos alunos na formação de Comissões Locais de Saúde
- Desenvolvimento de convênio, pactuado entre Universidade/ Secretaria Municipal de Saúde/Comunidade, que formaliza os Distritos de Saúde-Escola, regulamentando as responsabilidades dos parceiros e a presença dos alunos nos serviços

Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
---

Instituição pública estadual.

Material enviado por :Disciplina de Medicina Integral – Faculdade de Ciências Médicas – UERJ - Coordenadora e responsável: Maria Inez Padula Anderson.

E-mail: inezpadula@terra.com.br

Em vista das atuais diretrizes curriculares e subsequente reforma do ensino médico, a Disciplina de Medicina Integral desenvolve há 3 anos atividades com

alunos da graduação no âmbito da Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade e de Medicina Ambulatorial, a saber:

### **1º ano – 2º semestre**

#### **Disciplina de Conceitos e Práticas em Medicina e Promoção e Educação em Saúde;**

Objetivos:

Capacitar o aluno para:

Compreender que saúde e doença constituem um fenômeno complexo e dinâmico, interdependente da relação de variáveis de ordem biológica, psicológica e sócio-cultural; Identificar as bases científicas da medicina e reconhecer seus limites; Identificar os fatores envolvidos no processo saúde-doença; Compreender a relevância do papel do médico e do exercício da prática médica pautado no humanismo e na ética; Reconhecer os diferentes cenários da prática médica e a organização do sistema de saúde; Compreender o conceito de fator de risco e de proteção à saúde; Desenvolver atitudes e habilidades para comunicar-se de forma ética, tanto no nível individual quanto coletivo; Identificar facilidades e dificuldades no âmbito do auto-cuidado em saúde, a partir da sua própria experiência pessoal; Desenvolver competências e habilidades e executar medidas de promoção e de proteção à saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Técnicas em dinâmica de grupo.

#### **EMENTA**

Conceito de saúde-doença. Saúde-doença enquanto processo: fenômeno complexo e dinâmico; Fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais: ação e interação; Fatores de risco e proteção à saúde; Comportamento de risco. Vulnerabilidade e resiliência. A medicina como ciência. Fundamentos do conhecimento médico. Paradigma anátomo clínico. Paradigma bio-psico social. Evolução da medicina e da prática médica O papel do médico e a profissão médica. Humanismo, ética, comunicação e prática médica. Respeito. Empatia.

Campo e cenários da prática médica. Ações de Promoção, Proteção e Educação em Saúde.

## **2º ano – 1º semestre**

### **Disciplina de Fundamentos da organização da atenção à saúde e do SUS: da atenção primária à uma rede integrada de serviços de saúde.**

#### **OBJETIVOS**

Através de metodologia fundamentada na pedagogia da problematização, em atividades de grupo, em visitas e práticas em serviços de saúde da rede do Sistema Único de Saúde – SUS: (a) Capacitar o aluno para reconhecer o papel das necessidades de saúde das pessoas, das demandas individuais e coletivas na organização dos sistemas de saúde; (b) Conhecer as bases, os princípios e a organização do sistema de saúde brasileiro; (c) Reconhecer os espaços e cenários da prestação de serviços médico sanitários; (d) Conhecer um modelo de rede regionalizada de atenção à saúde, em particular na área da Atenção Primária à Saúde; (e) Observar e refletir sobre as modalidades de organização e de acesso aos serviços de saúde, seus principais problemas e possíveis explicações para os problemas apresentados; (f) Conhecer ações desenvolvidas por equipes docente-assistenciais de saúde de família numa população adscrita. (g) Promover conhecimento sobre questões relevantes de saúde no âmbito da medicina ambulatorial, familiar e comunitária.

#### **EMENTA**

Organização dos Sistemas de Saúde; O Sistema Único de Saúde no Brasil: breve histórico, bases e princípios; Os cenários de atenção à Saúde: emergências, hospitais, ambulatorios especializados, centros e postos de saúde; unidades de saúde da família; serviços de apoio ao diagnóstico e ao tratamento; Bases da Atenção Primária à Saúde; Necessidades de saúde, demandas e oferta de serviços. Capacidade instalada, capacidade resolutive e fatores intervenientes; Concepções de saúde-adoecimento e suas influências na relação necessidade/demanda/oferta dos serviços de saúde; Custo-efetividade; Níveis e complementaridade dos sistemas de saúde; Referência e

contra-referência. Papel do profissional de saúde, em especial do médico, frente às questões e problemas no SUS e na rede assistencial pública e privada.

**2º ano – 2º semestre:**

**Disciplina de - Fundamentos da Medicina de Família e da Comunidade e da Medicina Ambulatorial**

**OBJETIVOS:** Capacitar o aluno para: (a) Desenvolver visão sistêmica da prática médica; (b) Conceituar Medicina Ambulatorial e Medicina de Família e da Comunidade e Identificar sua importância na configuração dos sistemas de saúde; (c) Integrar conhecimentos das disciplinas do ciclo básico (como Anatomia, Fisiologia, Fisiopatologia) com os da prática médica; (d) Desenvolver atitudes e habilidades para comunicar-se de forma ética, no âmbito da atenção individual, familiar e comunitário; (e) Reconhecer o **papel e a influência da família** no estado de saúde de seus componentes; (f) Reconhecer, descrever e avaliar as condições de saúde socioambiental de um indivíduo, de uma família e de uma comunidade; (g) Identificar as **ações prioritárias** a serem focalizadas pela equipe de saúde na abordagem familiar e comunitária; (h) Conhecer os principais aspectos que influenciam e estão relacionados à anamnese, ao diagnóstico do processo saúde-doença, à adesão terapêutica, medicamentosa e não medicamentosa, de um paciente ambulatorial; (i) Identificar, aprender e praticar os principais componentes das ações de cuidado em saúde centrada na pessoa no nível ambulatorial. (j) Acompanhar ações desenvolvidas por equipes docente-assistenciais de saúde de família numa população adscrita. (k) Conhecer as principais habilidades e competências para realizar atividades de grupo.

**EMENTA:**

Princípios e práticas da Medicina de Família e de Comunidade. Papel do Médico de Família; Conceito e papel social da família; Estrutura e dinâmica familiar. Fatores que influenciam o Processo Saúde-Doença e o Cuidado em saúde no âmbito familiar; Ética e Comunicação em Medicina de Família e em Medicina Ambulatorial; O médico, o paciente e sua família; Familiograma e

Registros em Medicina de Família e de Comunidade; Princípios da consulta e da visita domiciliar; Papel do cuidador; Problemas de saúde mais prevalentes em Medicina de Família; Bases da Medicina Ambulatorial; Abordagem do processo Saúde-Doença no paciente ambulatorial. Vulnerabilidade e Resiliência. O médico e a prática ambulatorial; Competências e responsabilidades em Medicina Ambulatorial. Diagnóstico de saúde e necessidades de saúde do paciente ambulatorial; Consulta Médica no Ambulatório; Medicina Centrada na Pessoa e o cuidado em saúde; Risco epidemiológico. Problemas de saúde mais prevalentes em medicina ambulatorial.; Princípios, objetivos, utilidades da atividade de grupo.

As disciplinas são de caráter teórico prático, com metodologia dinâmica, procuram desenvolver habilidades de comunicação e observação crítica, além de estimular o exercício do trabalho em equipe, bem como o debate e a sistematização de idéias.

Na segunda parte da disciplina para o 1º ano, os alunos desenvolvem, em grupos de 5 a 6 alunos, e sob supervisão, atividade prática de Educação em Saúde, planejada por eles e voltada para população específica, sobre temática de relevância para o público-alvo escolhido.

As atividades práticas desenvolvidas no 2º ano – primeiro e segundo semestre, envolvem o acompanhamento e realização, sob supervisão, das seguintes atividades:

- Visitas a diferentes tipos de programas que desenvolvem o modelo assistencial de Medicina/Saúde da Família, a saber: Programa Médico de Família de Niterói; Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro; Programa Saúde na Vila, implementado por esta Disciplina.;
- Cadastramento familiar;
- Familiograma;
- Acompanhamento de consultas domiciliares;



- Acompanhamento de consultas ambulatoriais de pacientes vinculados a Programa de Medicina/Saúde da Família;
- Estudo do diagnóstico das condições gerais de saúde de uma família, com base nas visitas domiciliares, no cadastro e familiograma, considerando os fatores e aspectos biopsicosociais envolvidos;
- Estudo do diagnóstico das condições gerais de saúde de uma comunidade adscrita, com base nos cadastros familiares fatores biopsicosociais, considerando os fatores e aspectos biopsicosociais envolvidos;
- Estudo e propostas de intervenção sanitária, familiar e comunitária, com base nos diagnósticos realizados;
- Atividades de Educação em Saúde;
- Seminários temáticos apresentados pelos próprios alunos com base nas vivências e atividades teórico-práticas implementadas.

Estas atividades representam, pelo menos 70% da carga horária do curso, que é de 80h e são desenvolvidas com metodologia pedagógica pautada na participação, envolvimento e co-responsabilização dos alunos, tendo por base a problematização. Para alcançar os objetivos pedagógicos, a turma de 95 alunos é dividida inicialmente em três grupos, em 3 diferentes dias de aula e, cada grupo é sub-dividido em sub-grupos com 8 a 10 alunos (de acordo com o número de alunos por turma).

A supervisão das atividades teóricas e práticas é realizada por professores e staff da Disciplina de Medicina Integral, formada por clínicos generalistas e médica especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Conta também com a participação e colaboração de profissionais de saúde envolvidos com os Programas externos à UERJ, através contato formal prévio com suas respectivas coordenações.

Cada Disciplina tem carga horária total de 80 horas, com 4 horas semanais, durando um semestre letivo, cada.

Apesar de serem três cursos distintos, eles conforma uma estrutura longitudinal.

As formas de avaliação incluem a preparação e a apresentação de seminários, a preparação e a realização das atividades de educação em saúde; leitura e sistematização de textos; provas baseadas em situações – problema e, também, a frequência, pontualidade, interesse, e participação em sala de aula.

Os aspectos negativos referem-se mais à relativa carência de recursos humanos e de apoio logístico na Disciplina, principalmente por causa da metodologia utilizada, que requer uma atividade quase que tutorial, seja em sala de aula, seja no desenvolvimento das atividades práticas, como visitas a unidades de saúde e domiciliares, outros programas, etc.

Os aspectos positivos relacionam-se ao desenvolvimento dos alunos, em especial quanto a reflexão e vivência da prática médica, da organização do sistema de saúde, do desenvolvimento de competências no âmbito da medicina de família e da medicina ambulatorial. São notáveis também o desenvolvimento de habilidades no campo da comunicação e da ampliação da compreensão e da abordagem do processo saúde adoecimento.

Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto
---

Instituição estadual pública.

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900. Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP

Material enviado por: Profa. Dra. Maria Célia Mendes, Docente; email: m.c.mendes @uol.com.br,

**Introdução:** A Medicina de Família foi introduzida na Europa e Cuba, décadas atrás e no Brasil, com exceção de experiências isoladas em alguns estados,

custou a ser introduzida. Com relação ao ensino na graduação, até hoje, é muito pequeno o número de escolas médicas que contemplam essa disciplina no curso médico. No estado de São Paulo, só muito recentemente, foi introduzido o ensino de Medicina de Família e Comunidade (MFC), na graduação.

**Objetivo:** Relatar a experiência em MFC na graduação do curso de Medicina da FMRP-USP.

### **Relato da experiência**

O projeto pedagógico de inserção da MFC na graduação iniciou em 1997, com tempo de existência de 8 anos. O coordenador atual é: Prof. Dr. Laércio J. Franco. Os docentes da FMRP envolvidos são: Prof. Dr. Gutemberg M. Rocha, Profa. Dra. Aldaísa C. Forster, Prof. Dr. Amaury L. D. Fabbro, Prof. Dr. Milton R. Laprega, Profa. Dra. Elisabeth M. Vieira, Profa. Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava, Profa. Dra. Maria Célia Mendes, Prof. Dr. Luiz Antônio D. Ciampo, Profa. Dra. Nereida K C. Lima, Prof. Dr. Marco Andrei C. Frade, Prof. Anderson S. Silva, Profa. Luciane L. Santos. Os docentes da EERP envolvidos são: Profa. Dra. Silvana M. Mishima, Profa. Dra. Maria José B. Pereira e Profa. Dra. Débora F. Mello. As atividades desenvolvidas são: atendimento clínico, ações educativas em saúde (grupos e palestras), visitas domiciliares, acolhimento, atividades na sala de vacina, na sala de curativos, participam de pequenas cirurgias, de discussões de casos clínicos, de casos de família com a equipe, de seminários com a equipe e aulas teóricas. Vinte a 22 alunos fazem o estágio por 2 meses, durante o 5º ano de graduação, sendo distribuídos em 4 Núcleos de Saúde da Família (NSFs). Formas de avaliação do discente: prova escrita e participação no estágio (avaliado pelo interesse, frequência, etc). Os alunos fazem uma avaliação do programa no final do estágio e os docentes avaliam e propõem mudanças no final do ano. Principais pontos positivos do programa: Convivência dos alunos com os outros membros da equipe de forma horizontal; Contato dos alunos com patologias primárias; Contato com as famílias do paciente; Médicos assistentes com especialização em MFC. Pontos negativos: Tempo muito curto na unidade básica; Diferenças bem pronunciadas

entre os 4 NSFs, tanto da equipe quanto da população; Número pequeno de docentes especialistas em MFC.

**Conclusão:** O ensino de MFC na graduação do curso médico da FMRP-USP foi implantado há apenas 8 anos e, embora o projeto pedagógico necessite de modificações, seus objetivos principais têm sido atingidos.

Faculdade de Medicina – Universidade de Uberaba (UNIUBE)
--

Endereço: Avenida Nenê Sabino no 1801 – Uberaba – MG

Material enviado por: Prof. Ms. Adriana Aveiro Ventura e Discente Viviane Elisabeth; Professora e discente; email: [adriana.ventura@uniube.br](mailto:adriana.ventura@uniube.br)

### **INTRODUÇÃO SOBRE A UNIVERSIDADE E O CURSO DE MEDICINA:**

A Universidade de Uberaba teve início em 1947, quando foi criada a Faculdade de Odontologia do Triângulo Mineiro. A Instituição passou por duas mudanças em sua estrutura até o seu reconhecimento pelo MEC como Universidade, em 1988. Hoje, a Uniube mantém dois campus (Uberaba e Uberlândia), com 32 cursos de graduação. Oferece também cursos tecnológicos e seqüenciais de formação superior em dois anos, além de um mestrado em Educação: Formação de Professores e especializações em diversas áreas. Dois campus, Hospital Veterinário, Clínicas Integradas de cursos da área da saúde e a Unidade Básica de Saúde, localizada no bairro Alfredo Freire formam a estrutura da Uniube em Uberaba para o ensino de graduação e da pós-graduação. Destruir e Construir: sentido do trabalho humano. Destruir a ignorância, construir o saber, destruir a alienação, construir a consciência crítica. A Universidade de Uberaba assim entende seu trabalho e sua missão. Trabalhar na linha da educação, da formação intelectual e profissional do homem, para a construção da sociedade livre e consciente, responsável e progressista. Não estagnar, mas avançar. Atualizar-se: buscar sempre o novo. Atuar no presente e projetar-se para o futuro, na antevisão macrocós mica do conhecimento humano.

O Curso de Medicina da Universidade de Uberaba teve início no ano de 2000, visa a formação de médicos generalistas com possibilidade de atuarem com

resolubilidade nos problemas de saúde prevalentes e comportar-se como cidadão com atitude ética, formação humanística e consciência da responsabilidade social.

Perfil do Egresso: O médico egresso da Universidade de Uberaba é o profissional que, dentro dos princípios éticos, intervém no processo saúde-doença, atuando com resolubilidade nos problemas prevalentes e orientando indivíduos e grupos na busca de atenção especializada.

No ano de 2004 o Curso recebeu a visita da primeira comissão de avaliação do MEC, onde teve conceitos A, A e B devido ao seu corpo docente ainda novo. Neste mesmo ano recebeu também a visita do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, o qual validou a importância do currículo inovador para a formação do médico necessário à sociedade brasileira.

#### SOBRE O ESTÁGIO EM MFC:

Os alunos do Curso de Medicina da Universidade de Uberaba iniciam com aulas práticas na disciplina denominada Saúde e Sociedade, durante 2,5 horas semanais em um Bairro na periferia da cidade, onde realizam inicialmente uma abordagem diagnóstica da comunidade, tanto qualitativa quanto quantitativamente. Neste diagnóstico são realizadas visitas à equipe do Programa de Saúde de Família daquele bairro, como também são analisados os dados provenientes das fichas do PSF. Estas aulas práticas têm continuidade nos quatro primeiros semestres do curso (1º ao 4º períodos), neste mesmo bairro, onde gradativamente os alunos começam a participar de atividades de promoção em saúde – visitas domiciliares e grupos multidisciplinares, além do conhecimento da abordagem adequada ao cliente, sua família e à comunidade. Saliente-se ainda que esta disciplina oferece, além das aulas práticas, aulas teóricas com grande carga horária de História de Medicina e ética, Bioestatística, Epidemiologia, Metodologia Científica, Sociologia e Antropologia e Psicologia Médica. Estes dois anos compõe o chamado perfil intermediário I do curso, onde se espera que o aluno passe do âmbito leigo para o trato científico do conhecimento, além do comportamento ético e humanista e da compreensão do processo saúde-doença.

Nos quatro semestres seguintes (5º ao 8º períodos), no chamado perfil intermediário II, o aluno irá desenvolver habilidades de semiologia geral e específica e irá adquirir competência para realizar o diagnóstico das patologias mais prevalentes, sendo que também nestes anos se mantêm aulas práticas em serviços locais de saúde – unidades básicas – além do hospital.

No internato, que no curso da Uniube é constituído pelos quatro últimos semestres (9º ao 12º períodos), os alunos têm a oportunidade de estagiarem em tempo integral – 35 a 40 horas semanais- em 3 unidades de saúde da família da cidade, durante 4 a 5 semanas. Os grupos se constituem de 8 a 10 alunos cada, sendo que realizam esta atividade há 2 anos – desde 2004, numa parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba. Os professores que acompanham o estágio são os próprios Médicos de Família e Comunidade das unidades selecionadas, os quais ganham um adicional pró-labore para receberem os acadêmicos e os orientarem.

O atual coordenador é o Prof. Dr. Renato Humberto Fabri e os docentes MFC envolvidos são o Dr. Elcio Cardoso, Dr. Cláudio Morais Siqueira e Dra. Fabiana Prado Santos Nogueira.

As atividades desenvolvidas são todas as que os MFC realizam na sua rotina diária: consultas, visitas e atividades de educação com a comunidade e de educação continuada com a equipe de saúde. Sempre que possível as atividades são multiprofissionais.

A avaliação é feita conjuntamente pelo Coordenador do estágio e pela equipe de saúde de família segundo a participação e o envolvimento com as atividades realizadas, o relacionamento com a equipe, com os clientes e com os colegas, a pontualidade, o comportamento ético. Também são avaliados segundo a capacidade de reconhecer as limitações do atendimento e a adequação dos encaminhamentos efetuados, além da capacidade de analisar a real necessidade de cada família. Durante a participação no processo de educação continuada e em parte nos grupos de educação em saúde, é avaliado o conhecimento científico, a clareza na exposição, e a expressão verbal dos discentes.

O estágio se repete em 3 unidades de saúde da família diferentes durante os quatro semestres do internato. Durante o estágio os acadêmicos também são responsáveis por plantões semanais em clínica geral no hospital universitário. Os pontos positivos do estágio são a oportunidade de voltar ao atendimento mais próximo às famílias e à comunidade, bem como o excelente vínculo que se estabelece com a equipe e com os usuários, o que tem sido avaliado como excelente por todos os grupos, sendo o estágio melhor avaliado do ciclo, que compreende a clínica geral, clínica cirúrgica, pediatria e gineco-obstetrícia, além da Saúde Coletiva, na qual foi inserida a atuação em saúde da família. Entre os pontos negativos podemos citar o número grande de internos em cada uma das unidades de saúde da família, necessitando de que seja ampliado o número dessas unidades em breve. Também aparece freqüentemente a dificuldade de acesso da comunidade à medicamentos essenciais e alguns exames mais simples, o que em parte restringe a resolutividade desejada dos atendimentos. Há que se considerar que a visão predominante nas unidades onde os alunos estagiam ainda seja muito mais centrada no atendimento ao doente e não na promoção à saúde, muito mais pela necessidade reclamada pelos usuários do que pela dificuldade dos profissionais em trabalhar com o enfoque da promoção em saúde.

Faculdade de Medicina – Universidade Souza Marques
--

**Material enviado por: Gomes, Márcia Constância Pinto Aderne**

### **Introdução:**

O projeto pedagógico da Faculdade de Medicina Souza Marques (2002) tem a intenção de cumprir a proposta de “*graduar médicos de formação geral, generalistas*”, habilitados e treinados para atuar como “*médico de família*” e vem desenvolvendo desde janeiro de 2005 a Disciplina **Saúde da Família** no internato. Os alunos são distribuídos em turmas contendo 18 estudantes durante 20 dias e participam de várias atividades e são encaminhados para as

unidades de PSF da rede da SMS RJ para um estágio. A avaliação individual e do grupo é feita diariamente através da apresentação de trabalhos.

**Metodologia :** Problematização.

**Objetivos:** Refletir sobre o processo de saúde e adoecimento, na dinâmica individual e familiar e da comunidade. Analisar a organização dos serviços de saúde e as diferenças da produção social da saúde. Identificar os princípios e diretrizes do SUS. Refletir sobre a atenção identificando o PSF como estratégia para a construção de melhores condições de vida e saúde, participação social e construção da cidadania; Discutir as práticas de vigilância em saúde; Compreender a família como base da organização do cuidado no PSF

**Atividades propostas:**

Dinâmicas de grupo, Leitura e discussão de textos, Apresentação de vídeos, Análise de casos, Dramatizações, Avaliação diária das atividades e Dispersão

**Avaliação final:**

Avaliação dos itens: conteúdo, tempo para atividades, bibliografia, aplicação dos conhecimentos, aprendizado dos princípios e diretrizes do PSF, adequação da metodologia e da atividade prática, conhecimento dos professores.

**Considerações finais:**

A implantação da disciplina PSF foi baseada no Projeto pedagógico. Os alunos reconhecem a importância e necessidade da disciplina, mas preferem que a mesma fosse desenvolvida no 5º ano letivo. A disciplina vem atendendo e superando as expectativas dos alunos. A metodologia e o conteúdo foram considerados adequados e bem apresentados pelas docentes. Podemos afirmar que a disciplina Saúde da Família da Escola de Medicina Souza Marques configurou-se como uma experiência em potencial de sucesso na construção de uma formação médica voltada para Integralidade.

**Palavras Chaves:** Saúde da Família, Formação Profissional

Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo – Campus Capital
--

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP. Av. Dr Arnaldo 455  
– São Paulo – SP – CEP:



Material enviado por: Isabela M. Benseñor (médica-assistente HCFMUSP, supervisora da Residência de Medicina de Família e Comunidade), Joaquim Edson Vieira (Médico-assistente do HCFMUSP), Sandra Grisi (Professora Titular Atenção Básica), Yassuhiro Okay (Professor Titular Pediatria) Maria Cecília Gusukuma (Médica-assistente do Hospital Universitário da USP), Gustavo Gusso, Angélica Manfroi, Ivana Abe, Simone Oliveira, Anete Fioranelli, Marco Antonio Santos, José Ricardo Brandão, (Médico de Saúde da Família do Distrito do Butantã), Paulo Elias (Professor Doutor FMUSP) Paulo Andrade Lotufo (Professor Associado FMUSP) (todos são membros da equipe para implantação do ensino de atenção básica na FMUSP)

Email para contato: isabensenor@hcnet.usp.br

## **A PARCERIA UNIVERSIDADE GESTOR LOCAL DE SAÚDE NA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES PARA O ENSINO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA GRADUAÇÃO**

a. Tempo de existência do programa

A Faculdade de Medicina da USP incluiu no seu projeto pedagógico o ensino de atenção básica em 2003.

b. Coordenador atual, docentes envolvidos

A coordenação da implantação do ensino de atenção básica é composta por membros de quatro departamentos da FMUSP: clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia e medicina preventiva. No momento estão em processo de seleção cinco vagas de professor-doutor ligadas à disciplina de Atenção-Básica.

c. e d. Tipo e características das atividades envolvidas e número de alunos por atividade

A inserção será realizada em três momentos do curso: no primeiro e segundo semestres do primeiro ano quando todos os alunos (180 alunos) acompanham as atividades dos agentes de saúde de três unidades do PSF do Distrito de Saúde Escola do Butantã. No decorrer do ano, os alunos identificam um problema dentro da unidade, elaboram uma proposta de intervenção e por fim, realizam a intervenção. Todos os alunos retornam a essas unidades no

segundo semestre do terceiro ano (180 alunos) para acompanhar as atividades dos outros profissionais do PSF e as atividades em grupo. No quinto ano (180 alunos), os alunos voltarão e atenderão como médicos de saúde da família supervisionados pelos preceptores. Participam das atividades todos os alunos do primeiro ano durante dois semestres e os 180 alunos do terceiro ano no segundo semestre. A previsão para implantação do quinto ano é para 2007, quando as equipes já estarão definitivamente estruturadas para recebê-los.

e. Formas de avaliação discente e do programa

A avaliação do curso do primeiro ano é feita na forma de relatórios, provas e conceito individual do aluno. No curso do terceiro ano, a avaliação será realizada por meio de um pôster em que um grupo de alunos apresentará as atividades realizadas na unidade e de conceito individual. A avaliação do quinto ano deverá ser realizada por meio da observação do desempenho do aluno no atendimento e relação com a comunidade.

f. Principais pontos positivos e negativos do programa

O principal ponto positivo foi a construção da figura do preceptor, um médico do programa de saúde da família contratado pelo gestor local mas também ligado à universidade. A universidade participa do processo de seleção que favorece a escolha de médicos com perfil acadêmico. Esses preceptores participam de todas as reuniões deliberativas da comissão de atenção básica e das reuniões específicas do primeiro e terceiro ano além das da residência de medicina da família e comunidade e são estimulados a ingressar nos programas de pós-graduação. A implementação do ensino de atenção básica na FMUSP se iniciou em fevereiro de 2003 e está sendo reestruturada à medida que os problemas vão surgindo e soluções são propostas. O ponto mais difícil tem sido a organização do atendimento das unidades de modo a incorporar o aluno como parte da rotina da unidade.

**TEXTO 02 - A EXPERIÊNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, CAMPUS CAPITAL.**

Faculdade de Medicina USP – pública estadual. Situada na Av. Dr. Arnaldo 455, São Paulo.

Joaquim Edson Vieira [joaquimev@usp.br]

CEDEM – Centro de Desenvolvimento de Educação Médica, FMUSP.

Tempo de existência do programa – 2 anos

Coordenador atual, docentes envolvidos – Paulo Eduardo M. Elias, Sandra Grisi. Docentes dos Departamentos de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Pediatria.

Tipos e características das atividades desenvolvidas – aulas expositivas, discussão em pequenos grupos, seminários, apresentação de pôsteres. Visita domiciliar e discussão de caso supervisionada.

Número de alunos envolvidos por atividade – 175 alunos, separados em grupos de 30 por Unidade Básica.

Formas de avaliação discente e do programa – relatórios de práticas.

Principais pontos positivos e negativos do programa – Positivos: atividades práticas, Negativos: baixa organização dos serviços e da Faculdade para atividade, tempo de deslocamento até Unidade, Estrutura física inadequada para acomodar alunos (salas de discussão ou para acompanhamento de consulta).

**Introdução:** A disciplina “Atenção Primária em Saúde” é considerada de caráter eminentemente prático, desenvolvida junto às Equipes de Saúde da Família (ESF) das unidades do Distrito de Saúde Escola do Butantã (DSE-B). Tem carga horária de 68 horas no I semestre do 1º ano, 72 horas no II semestre do 1º ano e 76 horas no II semestre do 3º ano. A proposta se estenderá ao 5º ano em 2007 com um período de atendimento sob supervisão, atingindo 160 horas. A UBS onde o aluno trabalha será mantida do seu primeiro contato no 1º ano até sua consulta final durante o 5º ano. **Objetivos da disciplina:** Prática assistencial sob princípios da cidadania, reconhecimento da autonomia dos usuários, interação com a população e com a equipe de saúde. Reconhecimento da história social da doença e do Programa de Saúde da Família (PSF) como modalidade de assistência à saúde. Habilidades e padrões de comportamento para a o envolvimento com os problemas de saúde da comunidade no plano individual e coletivo e na relação profissional/usuário baseada na alteridade e na responsabilidade social. Os alunos são avaliados

por meio de relatórios individuais ou com o preparo e apresentação de pôster sobre atividades e temas (Atendimento à mulher, Consulta clínica, atendimento à criança e atendimento de Enfermagem). **Avaliação da disciplina:** Após um ano trabalhando um período por semana com Agentes Comunitários, estudantes responderam um questionário tipo Delphi para escolher qualificações adquiridas bem como nível de habilidade para objetivos esperados (0 – não sei até 5 – sou experiente). **Resultados:** 162 estudantes (93%) escolheram entre as qualificações o entendimento de: 1. Realidade social local, 2. Obrigações dos Agentes de Saúde, 3. Princípios do Programa de Saúde da Família, 4. Princípios de atenção primária e 5. Proximidade com moradores locais. Habilidade para identificar áreas ou situações de risco para saúde atingiu níveis entre 3 (fiz com ajuda) ou 4 (faço sozinho) enquanto o mapeamento da área atingiu apenas nível 1 (li sobre o assunto).

**TEXTO 03 - LIGA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, AV. DOUTOR ARNALDO 455, SÃO PAULO SP**

Paulo de Andréa, aluno de graduação da FMUSP; e-mail: paulodeandrea@globo.com

Liga de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da USP

a-Por possuir a licitação para uso do Hospital das Clínicas, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) se tornou famosa por formar grandes nomes da medicina sub-especializada contemporânea. O InCor (Instituto do Coração), referência internacional no tratamento clínico e cirúrgico de doenças cardíacas, é o orgulho da casa e exemplifica o perfil de profissional valorizado pela instituição.

A Liga de Saúde da Família da FMUSP nasceu em meio a essa realidade, procurando o aprendizado e experiência em atenção primária até aquele momento negligenciado pelo currículo nuclear da graduação e enfrentando o preconceito de inúmeros docentes contrários à implantação desse tipo de ensino na faculdade.

Foi em 2003 que a Liga iniciou suas atividades, a princípio com 7 alunos. Na UBS J. Boa Vista na região Oeste de São Paulo. O grupo desenvolveu, inicialmente, um período de seis meses, constituído por uma preparação teórico-prática: reuniões acadêmicas, visitas à região e acompanhamento da equipe multiprofissional (entrevistas dos agentes comunitários, consultas dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dos médicos na unidade, realização de grupos e visitas domiciliares com toda a equipe).

Com as experiências obtidas, foi elaborada uma proposta de parceria com a comunidade e a equipe de saúde. A partir de então, os alunos iniciaram suas atividades, atuando como integrantes da equipe de saúde da família, respaldado por preceptores da FMUSP.

Desde 2004 a liga se mudou para a UBS Jardim São Jorge, na mesma região, devido a maior estruturação de ensino no local, com equipes dispostas a atuar com alunos de medicina e enfermagem.

B- A coordenadoria atual é do Prof. Dr. Paulo E. M. Elias, do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, porém há também uma ligação interdepartamental com os departamentos de Pediatria e de Clínica Médica da mesma faculdade, pois não há um departamento específico para a área em questão. Há ainda a participação como assessoria técnica de professores da Escola de Enfermagem da USP.

C- As atividades da liga estão ligadas a área assistencial e de ensino, com atendimento supervisionado pelos preceptores locais, com formação em medicina de família e comunidade, para que os alunos tenham contato com as práticas e nuances do nível primário de atendimento, além da formação de grupos de discussões entre os alunos e preceptores, ou ainda, destes com a comunidade para divulgar conhecimento e desenvolver estratégias de prevenção na área de saúde e social. Desenvolve-se também projetos de pesquisa com o intuito de desenvolver literatura na área de atenção primária que é ainda carente no país, hoje há um estudo em andamento sobre a adesão de pacientes ao tratamento proposto pelos médicos da UBS J. São Jorge, para que se verifique mudanças de estratégias no que cabe a comunicação médico-paciente.

D- A liga conta com a presença ainda pequena, porém efetiva, de 5 alunos de medicina, sendo 3 deles do 2º ano de graduação e 2 do 3º ano de graduação, supervisionados pelos preceptores locais e dos professores da FMUSP. Além dos alunos da medicina, há também o envolvimento de 4 alunos da escola de enfermagem, que recebem assessoria técnica das enfermeiras locais, assim como da EEUSP.

E- A avaliação é feita de forma subjetiva pelos preceptores que julgam interesse, participação, assiduidade, aprendizado, tanto técnico como ético, e desenvolvimento.

A liga proporciona aos alunos de graduação mais um meio de ter contato com a atenção primária no curso médico e não apenas o que é dado no currículo nuclear, sendo também que por ser uma atividade optativa pode contar com alunos com maior interesse na área e por ser um número menor de alunos possibilita uma inserção mais proveitosa nas equipes de saúde e nas atividades da UBS. Porém, a pequena quantidade de alunos de medicina e enfermagem faz com que a liga tenha uma estrutura muito frágil. Além disso, há uma dificuldade de fazer com que esses dois grupos desenvolvam atividades em conjunto devido a problemas estruturais nas grades horárias dos dois cursos.

Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto-SP
---

1- Centro Universitário Barão de Mauá, Rua Ramos de Azevedo, 423 - CEP: 14090-180 - Jd. Paulista - Ribeirão Preto - SP - **0800-183566**, [www.baraodemaua.br](http://www.baraodemaua.br). Instituição de Ensino Privada, com 39 anos de atividade. Curso de Medicina com 6,5 anos de existência, primeira turma formada em agosto de 2005.

2- Enviado por Prof. Dr. Marcelo M P Demarzo, Coordenador da Disciplina de Saúde Coletiva, endereço eletrônico: [marcelokele@gmail.com](mailto:marcelokele@gmail.com).

3- A Medicina de Família e Comunidade é inserida na grade curricular do Curso de Medicina a partir do primeiro ano e desde 2001, através da Disciplina de Saúde Coletiva, envolvendo os cursos de: Saúde Coletiva I do 1º ano (temas

teóricos desenvolvidos: processo saúde-doença, sistemas de saúde e promoção de saúde – atividades práticas: estudo de famílias e diagnóstico de saúde da comunidade), Saúde Coletiva III do 3º ano (temas teóricos e atividades práticas referentes à educação popular em saúde), módulo de Medicina de Família e Comunidade do 4º ano (temas teóricos: o médico de família e comunidade, atenção primária à saúde, sistema único de saúde e programa saúde da família, dinâmica familiar, sistemas de informação em saúde, integralidade em saúde, teorias motivacionais para a mudança, sedentarismo, reeducação alimentar, tabagismo, transtornos do sono, paciente terminal, imunização, entre outros- atividades práticas: atendimento generalista e visitas domiciliares), Treinamento em Serviço do 5º e 6º anos – Internato (seminários: programas de controle da hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, urgências em atenção primária à saúde, sistema único de saúde e psf, direito e ética em medicina, estudos epidemiológicos e testes diagnósticos, entre outros – atividades práticas desenvolvidas em unidades de saúde da família em: atendimento generalista, visitas domiciliares, vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, saúde mental em atenção primária à saúde, genética em aps, abordagem coletiva da comunidade, promoção de saúde em escolas, educação permanente dos agentes comunitários de saúde, entre outras). Estão envolvidos 06 docentes, todos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, 05 com residência médica na área, mais 05 médicos preceptores (03 médicos de família e comunidade, um geneticista e um psiquiatra), e um psicólogo (apoio aos seminários, abordando aspectos relacionados às dificuldades pessoais durante o curso de medicina e ao trabalho como médico). São envolvidos, em média, 60 alunos em cada ano médico. Além das avaliações formais dos estágios, é realizada avaliação do ensino em cada módulo citado. Principais pontos negativos: integração ainda incipiente no sistema de saúde local. Principais pontos positivos: formação dos docentes e outros profissionais envolvidos, diversidade de atividades práticas, inserção precoce na grade curricular.

1. Fundação Educacional Severino Sombra: Mantenedora

Universidade Severino Sombra (Mantida)

Curso de Medicina

Endereço: Praça Martinho da Nóbrega, 40

Centro – Vassouras/RJ

27.700-000 Tel. (24) 2471-8307 / 24718370

2. Elisa Maria Amorim da Costa

Professora titular de Medicina da Família e Comunidade I,II e III

Assessora pedagógica do Curso de Medicina

fabiolaqueiroz@uol.com.br

a) Embora o Curso de Medicina da Universidade Severino Sombra tenha, desde a sua criação em 1968, se caracterizado pela manutenção de práticas comunitárias de ensino e valorizado a extensão, a Disciplina de Medicina da Família e Comunidade foi implantada com a Matriz Curricular do 2º semestre de 2001.

Atualmente a Medicina da Família e Comunidade se insere no 3º (MFCI), 5º (MFCII) e 8º períodos (MFCIII) e, no Internato, participa do rodízio com as outras clínicas básicas (Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia e Saúde da Família).

b) A Coordenação da MFC (I, II e III) fica a cargo da Professora Elisa Maria Amorim da Costa e, no Internato, do professor Wilson de Maio.

O conjunto das disciplinas tem como docentes os seguintes professores:

Elisa Maria Amorim da Costa (Titular); Jorge Luiz Pinho (Adjunto); Rami Gershon (Assistente); Maria Herminda Carbone (Assistente); Wilson de Maio (Assistente).

No Internato atuam como preceptores os médicos das Unidades de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Vassouras, com a qual a Universidade mantém convênio.

c) No 3º período (MFC I) o aluno conhece “A família e seu ciclo vital”

Os estudantes, divididos em pares e acompanhados pelo preceptor, passam a acompanhar 2 famílias cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família.



Em visitas semanais os educandos conhecem as famílias, sua realidade sócio-econômica e social, seu ambiente de moradia e de trabalho e seus problemas de saúde. Após as visitas existe um momento de discussão e análise com o supervisor para que seja analisada a situação da cada família e o aluno recebe as orientações sobre como orientar a família a lidar com suas particularidades. O aluno, em íntima relação com o Agente comunitário de Saúde responsável pela família, atua como educador em saúde e como elemento de ligação entre o Serviço de Saúde e as famílias.

No 5º período (MFCII) são abordados os conteúdos de Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Na parte prática o aluno elabora o Diagnóstico de Saúde de uma comunidade e atualiza e analisa seus indicadores. O educando, que já conheceu as famílias no 3º período, no 5º conhece a Comunidade e procura encontrar soluções para os principais problemas de saúde que esta comunidade apresenta.

No 8º período (MFC III) os alunos aprendem como fazer a Vigilância em Saúde do Ciclo Vital da Família. As visitas familiares tem como objetivo orientar a criança – o adulto e o idoso para se manterem saudáveis e adotarem práticas preventivas adequadas à faixa etária. É dada ênfase especial ao idoso que recebe orientações especiais para se manter ativo por mais tempo e adotar condutas que visem reduzir morbidades e conseqüente internação e ou mortalidade.

Existe momento teórico de instrumentalização dos alunos quanto à metodologia de trabalho das Unidades de Saúde da Família e a mudança para o paradigma centrado na saúde.

d) Em cada período letivo, 80 alunos (a turma inteira) estão envolvidos com as atividades, já que elas fazem parte da grade curricular. No 3º, 5º e 8º períodos são divididos em grupos pelas Unidades de Saúde da Família conveniadas e, no Internato, são divididos em módulos pelas Clínicas.

e) A avaliação discente se faz de maneira diferenciada em cada período.

3º período – através dos relatórios das visitas domiciliares, freqüência e participação nas discussões em sala de aula;

5º período – avaliação através de prova escrita, seminários e exercícios práticos de construção de indicadores de saúde e,

8º período – existem avaliações escritas, análise de relatórios de visitas e participação nas atividades de educação em saúde.

A avaliação do programa é feita de 3 formas:

através da avaliação conjunta docente-discente ao final de cada semestre, com reprogramação para o semestre seguinte;

através de reunião com os responsáveis pela Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde para discutir o resultado da participação dos alunos na comunidade e;

através da Avaliação Institucional pela Comissão Permanente de Avaliação.

f) Pontos positivos:

- Inserção precoce e duradoura dos alunos na comunidade o que possibilita maior amadurecimento dos estudantes e melhora a relação dos mesmos com os pacientes nas disciplinas clínicas;
- Integração dos discentes nos Serviços de Saúde a nível de Atenção Básica e melhor compreensão dos processos de referência e contra-referência;
- Diversificação dos cenários de ensino;
- Aumento do interesse dos educandos pela pesquisa científica e;
- Possibilidade de atuação interdisciplinar com outros profissionais presentes na Atenção Básica (enfermagem, odontologia, fisioterapia, etc.)

Pontos negativos:

Não visualizamos pontos negativos, mas apenas algumas dificuldades operacionais como, por exemplo: transporte dos alunos até as Unidades de Saúde mais distantes; espaço/tempo na matriz curricular para que os alunos possam se dedicar a atividades comunitárias e a dificuldade de despertar o interesse pela Atenção Básica nesta época em que todos querem se tornar super-especialistas.

1 – Faculdade de Medicina de Marília (Famema), instituição pública estadual, Marília, SP.

2 – Relato<sup>1</sup> enviado por Marilda Siriani de Oliveira, docente da Famema, e-mail: msiriani@terra.com.br

<sup>1</sup>Retirado do Manual da 1ª série do Curso de Medicina e Enfermagem da Famema de 2004.

## **Introdução**

As mudanças curriculares implementadas em 2003, nos curso de medicina e enfermagem, fazem parte do Projeto Famema século XXI (apoiado pelo PROMED: Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina com financiamento dos Ministérios da Saúde e da Educação), que tem como imagem objetivo a produção de conhecimento referenciada no modelo de vigilância à saúde, a partir da prática e reflexão sobre ela, buscando a transformação da prática profissional e da formação de profissionais de saúde, dos processos de trabalho e da qualidade de vida e de saúde das pessoas e população.

Os cursos de Medicina e Enfermagem apresentam essas inovações em parceria, respeitadas as especificidades e necessidades particulares de cada carreira.

O currículo dos cursos da famema, para a coorte (turma) que se iniciou em 2004 passou a ser orientado por competência, ou seja, pela prática profissional. Essa orientação é retratada na seleção de conteúdos, de atividades de ensino-aprendizagem, de cenários de prática e de desenvolvimento de atributos que são trabalhados de modo articulado e integrado, no sentido da construção do conhecimento e de outras capacidades. A definição e a utilização de competência profissional para a formação na área da saúde estão em consonância com as diretrizes nacionais para os cursos de medicina e enfermagem e favorece a integração entre a teoria e a prática e entre os mundos do trabalho e da aprendizagem.

Também representa uma proposta de formação compromissada com as necessidades e demandas da nossa sociedade, que requer profissionais com uma prática integral, ética, crítica, em equipe e de aprendizado permanente.

A noção de competência evoca um conceito de excelência que reconhecemos no outro e que define uma área de atuação. Consideramos competência a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar com pertinência e sucesso uma série de situações da prática profissional (HAGER, P.; GONCZI, A.). Os recursos ou atributos são as capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas que, combinadas, conformam a maneira pela qual cada profissional realiza suas atividades cotidianas. Podemos inferir que alguém apresenta competência através da observação e análise de sua atuação frente a situações reais, considerando-se os atributos ou capacidades mobilizadas nesse momento, ou seja, através do desempenho que é o aspecto visível da competência.

Os desempenhos representam a síntese das tarefas e das capacidades mobilizadas para a realização dessas. Os desempenhos orientam a seleção de atividades de ensino-aprendizagem para o alcance do objetivo geral, segundo o grau de autonomia e de domínio específico para a série.

As áreas de desempenho de competência são desenvolvidas ao longo dos seis anos do curso de medicina e dos quatro anos do curso de enfermagem.

Os desempenhos para os dois cursos, segundo áreas de competências, são:

### **Área de competência de Vigilância à Saúde**

**Sub-área: cuidado às necessidades individuais de saúde, em todas as fases do ciclo de vida em diferentes contextos e cenários;**

- Identifica necessidades de saúde
- História Clínica
- Exame Físico
- Formula o problema do paciente
- Elabora e executa o **plano de cuidado**

**Sub-área: cuidado às necessidades coletivas de saúde, em diferentes contextos e cenários;**

- Identifica necessidades coletivas de saúde
- Formula o problema de grupos de pessoas
- Elabora e executa o plano de intervenção

**Área de competência: Organização e Gestão do Trabalho de Vigilância à Saúde**

- Organiza o trabalho em saúde
- Avalia o trabalho em saúde

Estes desempenhos são trabalhados ao longo de todo o curso de medicina e de enfermagem, sendo que na 1ª série é dada maior ênfase ao desenvolvimento da capacidade de identificar necessidades individuais de saúde. Os demais desempenhos são explorados na medida correspondente ao grau de autonomia e domínio dos estudantes segundo série e curso.

**Objetivos da 1ª e 2ª Séries**

Promover o desenvolvimento de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras que possam ser mobilizadas e integradas para a realização qualificada dos desempenhos das áreas de competência de vigilância à saúde e de organização e gestão do trabalho, em cenários reais e simulados da prática profissional de acordo com o grau e domínio de cada série.

**Estrutura Curricular**

A estrutura curricular dos cursos de graduação é anual (seriada) e está organizada em duas unidades educacionais longitudinais complementares: as unidades sistematizadas e as unidades de prática profissional, além de unidades educacionais eletivas a partir da 2ª série.

Tanto as unidades educacionais sistematizadas como as de prática profissional estão fundamentadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, centradas no estudante e baseadas na comunidade. O

processo educacional considera o conhecimento e experiências prévias, estimula a aprendizagem auto-dirigida, a busca e análise crítica de informações, a construção de novos saberes e o trabalho em grupo. Distinguem-se pelo grau de sistematização e controle das atividades educacionais e pela utilização de situações reais ou simuladas e, conseqüentemente, diferentes cenários de ensino-aprendizagem.

As duas primeiras séries são formadas por duas unidades educacionais longitudinais complementares: a Unidade de Prática Profissional 1 e 2 e a Unidade Sistematizada Necessidades de Saúde. Nas Unidades sistematizadas, o estímulo para a aprendizagem é uma representação da realidade (problemas de papel, filme, dramatização, relato de caso e outros) previamente construída pelos docentes ou responsáveis e o foco da atividade é fundamentalmente educacional.

Nas Unidades de Prática Profissional o estímulo é originado em cenários reais (serviços de saúde e a própria comunidade) a partir do contato dos estudantes com situações reais, nas quais também se faz necessária uma intervenção profissional. O desenvolvimento de atividades em cenários reais implica tanto na aprendizagem como no cuidado efetivo e integral da pessoa. Não é exclusivamente uma relação de aprendizagem do estudante na qual o paciente é um mero objeto para o desenvolvimento de capacidades. É uma relação com vínculo e responsabilização, para com os pacientes e equipes de saúde, tal qual ocorre na vida real.

A partir do estímulo (simulado ou real) o processamento das necessidades de aprendizagem segue percursos semelhantes. Na unidade de prática profissional, entretanto, as novas sínteses e novos saberes construídos objetivam, além da aprendizagem dos estudantes, a transformação da própria realidade, isto é, a produção de um melhor cuidado para pacientes e famílias cujas necessidades foram o estímulo para a aprendizagem.

Há uma correlação entre os processos de ensino-aprendizagem e de cuidado à saúde das pessoas. Ambos baseiam-se na identificação particularizada de necessidades e formulação de planos singulares para o enfrentamento dos desafios/problemas.

### Princípios Curriculares

- Aprendizagem centrada no estudante, auto-dirigida e em pequenos grupos.
- Aprendizagem significativa
- Aprendizagem Baseada em problemas
- Aprendizagem baseada na comunidade

### Organização

A semana típica está organizada com três períodos para a unidade Necessidades de Saúde sendo dois em pequenos grupos e um período para conferências, e três períodos para a unidade de Prática Profissional. Os demais períodos da semana constituem-se de tempo pró-estudo.

### Quadro1. Semana Típica da 1ª e 2ª série dos cursos de Enfermagem e Medicina.

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
Manhã	Necessidades de Saúde: pequenos grupos	Conferência	*	Necessidades de Saúde: pequenos grupos	Prática Profissional	*
Tarde	Prática Profissional	*	Prática Profissional			

A Unidade de Prática Profissional acontece em grupos de 12 estudantes sendo 8 de medicina e 4 de enfermagem e dois facilitadores, nas USFs, sendo que cada grupo permanecem dois anos numa mesma unidade. Estes professores são, em sua maioria, profissionais médicos e enfermeiros das próprias unidades de saúde da família onde são desenvolvidas as atividades da UPP1 e UPP2. Essa participação de profissionais dos serviços nas atividades de ensino-aprendizagem é fruto da parceria construída com a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Acreditamos que esses profissionais poderão realizar o trabalho aliando tanto as capacidades da docência como de

vinculação com o serviço, equipe da unidade, pessoas, famílias e comunidade, potencializando a formação de profissionais de saúde em cenários da prática profissional. Sua atuação como professores estão formalizados pela criação da figura do professor colaborador da Famema e celebração de aditivo ao convênio existente entre a Famema e a Prefeitura de Marília/Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Esses professores colaboradores têm sido incorporados à prática educativa há quatro anos sempre a partir de um processo seletivo seguido de sua inserção num processo de educação permanente (1x por semana, EP facilitada por docentes da Famema), que contempla ainda, sua participação como co-tutores nas unidades de Apresentação Clínicas da 4ª Série.

### **O Processo de Ensino-aprendizagem nas USFs**

O processo de ensino-aprendizagem fundamenta-se na Aprendizagem Significativa. Assim os atributos são desenvolvidos a partir da observação/realização de tarefas da prática profissional – ou confronto experiencial – que permite uma exposição e exploração dos valores, conhecimentos e destrezas que cada estudante já possui (capacidades prévias), reflexão e análise com construção de novas capacidades que serão alcançadas em situação da prática. Este movimento favorece a atribuição de sentido (significado) ao que se aprende em função da sua aplicação na realidade.

Momentos do processo pedagógico nas atividades reais da prática profissional

- ✓ Confronto experiencial numa situação real da prática (observação/realização de atividades);
- ✓ Elaboração de síntese provisória e levantamento de questões de aprendizagem;
- ✓ Busca e análise de informação e fontes;
- ✓ Elaboração de nova síntese.



## **Avaliação**

O sistema de avaliação da Famema compreende a avaliação de estudante e a avaliação do programa.

A avaliação da Unidade de Prática Profissional se dará de acordo com as diretrizes adotadas pela Famema e abrange:

- ✓ Desempenho do estudante – segundo os facilitadores e auto-avaliação, por meio do formato 3, portfólio e EAPP;
- ✓ Desempenho dos facilitadores por meio de formato 4;
- ✓ Desenvolvimento da unidade educacional por meio de um formato 5.

### **Formato 3: avaliação do estudante**

Avalia a capacidade do estudante de: observar, realizar síntese provisória (registro individual da observação e reflexão em grupo), construir novos conhecimentos e novos significados (busca e análise crítica de informações) e desenvolver atitudes ética e cooperativa nas relações interpessoais e no trabalho em grupo.

### **Portfólio Reflexivo**

No Portfólio o estudante documenta, registra e estrutura as ações, as tarefas e a própria aprendizagem através de um discurso narrativo, elaborado de forma contínua e reflexiva. O Portfólio reflexivo é um instrumento de diálogo entre o professor e o estudante, na medida em que é compartilhado com o professor e enriquecido por novas perspectivas e continuado suporte afetivo e pessoal para a formação profissional, auxiliando na sistematização da avaliação processual das experiências de ensino-aprendizagem e dos desempenhos. Desta forma permite ao estudante uma “ampliação do seu olhar, forçando-o à tomada de decisões, à necessidade de fazer opções de julgar, de definir critérios, de deixar invadir por dúvidas e conflitos, para deles poderem emergir mais consciente, mais informado, mais seguro de si e mais tolerante quanto às

hipóteses dos outros” (Sá-Chaves). O uso de portfólio na UPP é uma estratégia que potencializa a reflexão sistematizada sobre as práticas desenvolvidas, assegurando a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos (facilitadores e estudantes). O Portfólio ainda se constitui num instrumento que facilita os processos avaliativos, tanto a auto-avaliação como a avaliação formativa realizada pelo professor, permitindo, em tempo útil, equacionar conflitos cognitivos, afetivos e psicomotores dos estudantes e garantindo condições de desenvolvimento progressivo da autonomia e da identidade do estudante. O Portfólio é analisado pelo professor ao longo do ano, no qual registra suas considerações. Essa avaliação subsidia a elaboração do formato 3.

### **O Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP)**

O exercício de avaliação da prática profissional focaliza o desempenho do estudante para a inferência de competência. Fundamenta-se na exploração de uma situação simulada da prática profissional, na qual o estudante deve realizar tarefas e discutir, com o avaliador, a fundamentação e evidências mobilizadas na realização dessas. A avaliação combinada de tarefas e capacidades (atributos mobilizados e empregados) possibilita uma análise mais integrada do desempenho, evitando abordagens reducionistas, fragmentadas ou comportamentalistas da prática profissional. As estações apresentam situações relacionadas às atividades desenvolvidas com os estudantes e aos desempenhos esperados na série.

### **Formato 4: avaliação do desempenho do professor**

A avaliação do facilitador é realizada verbalmente e rotineiramente ao longo da unidade. Uma síntese do conjunto dos desempenhos do facilitador após um determinado período (no meio e ao final do ano letivo), é formalizada em um documento escrito que é entregue na Secretaria Geral no prazo estabelecido. A avaliação é preenchida pelos estudantes individualmente e

objetiva a melhoria da atividade docente. A identificação do estudante nesse documento não é obrigatória.

### **Formato 5: avaliação da unidade**

A unidade é avaliada rotineiramente, tanto por estudantes como por professores. Os aspectos avaliados são: objetivo, processo de ensino-aprendizagem e organização da unidade. É formalizada uma síntese das observações em documento próprio a ser entregue na Secretaria Geral no prazo estabelecido e a identificação do estudante nesse documento não é obrigatória. Essas avaliações são elaboradas para o acompanhamento, revisão e reformulação da unidade.

**Observação:** São estabelecidos critérios de satisfatório segundo desempenho (estabelecem padrões de excelência para cada uma das áreas de competência, focalizando especificamente as tarefas que as caracterizam).