



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Marcelo Moraes Jorge

Educação médica: análise do ensino do eixo saúde da família em um curso de graduação

Niterói

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Marcelo Moraes Jorge

Educação médica: análise do ensino do eixo saúde da família em um curso de graduação

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Universidade Federal Fluminense, área de concentração Saúde da Família, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino

Niterói

2019

J82e Jorge, Marcelo Moraes

Educação médica: análise do ensino do eixo saúde da família em um curso de graduação / Marcelo Moraes Jorge; Marcos Paulo Fonseca Corvino, orientador. Niterói, 2019. 104 f. : il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGSF.2019.m.01343048702>

1. Educação médica. 2. Saúde da família. 3. Currículo médico. 4. Diretriz. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). 6. Medicina de família. 7. Produção intelectual. I. Corvino, Marcos Paulo Fonseca, orientador. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 610.7

Marcelo Moraes Jorge

Educação médica: análise do ensino do eixo saúde da família em um curso de graduação

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Universidade Federal Fluminense, área de concentração Saúde da Família, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 17 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof.^a Dr.^a Claudia Regina Santos Ribeiro
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof.^a Dr.^a Luciana Maria Borges da Matta Souza
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Aos meus amados pais, Marcelino e Maria do Carmo. Razões de minha existência. Por tudo o que fazem por mim.

Ao meu irmão, Marcus Vinicius. Pelas palavras de incentivo nas horas difíceis.

Ao meu querido Carlos José. Amigo e Companheiro de todas as horas. Juntos construímos bela estória de Amor.

Aos nossos filhos, Alexandre e Alex, gerados no Amor. Vocês me ensinaram o verdadeiro sentido de Amar. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, princípio de tudo. A Ele toda a Honra e Glória.

Ao meu querido orientador, professor Dr. Marcos Corvino, que com tranquilidade e sutileza em ensinar consegue transmitir sabedoria. Mais que um orientador, um amigo. Obrigado por tudo, querido professor.

Ao querido Leandro Hoffmann por ter sido o meu primeiro orientador, por todo o aprendizado e parceria.

Aos professores do Mestrado ProfSaúde – UFF, gratidão pelos ensinamentos e pelo cuidado.

Aos alunos queridos Gustavo e Maria Luiza, pelo apoio e auxílio. Avante no trabalho! Gratidão.

Aos colegas da 1ª turma, sobretudo a Mônica e o Renato a quem desejo sorte a felicidade na vida. O caminho não foi fácil, mas conseguimos alcançar nosso objetivo.

Ao Carlos José e aos meus amados filhos, Alex e Alexandre, que chegaram em minha vida no curso dessa dissertação e foram inspiração para continuar. Me fizeram acreditar no Amor e que seria possível. Obrigado pela paciência nos momentos de maior tensão e pelos “copos de água e dipironas” trazidos ao papai. Pelos finais de semana em casa. Valeu à pena! Agora iremos passear bastante. Amo vocês.

À professora Fátima Regina, coordenadora do curso, que muito me incentivou no tema e me apoiou sempre que precisei. Meu muito obrigado, com carinho.

À professora Claudia Ribeiro por ser tão presente e por estar sempre disponível. Obrigado por aceitar compor a banca.

Aos meus alunos, inspiração do meu estudo. Pelo apoio recebido sempre que desesperado os informava: “preciso terminar o Mestrado”. Vai dar certo, professor. Galera, deu certo! Acabei.

Aos meus colegas do CSE-LAPA e da UNESA, que tanto me estimularam e apoiaram na construção desse trabalho. Obrigado pela parceria nas horas que precisei. Gratidão a todos vocês. Em especial aos queridos Roberto, Marcia Levy e Claudia, que ficavam horas me ouvindo falar sobre o trabalho.

À Professora Dra. Luciana Borges, que me fez perder o medo de prestar o concurso para o Mestrado. Poucas palavras e me encorajei. Estou aqui e com a honra de tê-la em minha banca. Gratidão! Eu perdi o “medo” e passei na primeira prova que fiz.

À minha amiga Fabiana, que apesar do pouco tempo, considero uma grande Amiga. Pelos momentos ao telefone, por ficar horas me ouvindo no almoço, pelas leituras e correções. Você é uma Linda Pessoa. Obrigado por sua Amizade.

Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós. Mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo: é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira e pura... enquanto durar.

Cora Coralina, s/p.

RESUMO

Como em outras profissões, a formação médica é um dispositivo histórico, contínuo e dinâmico, que necessita se adequar às demandas de saúde do país, primordialmente no Sistema Único de Saúde, em virtude de seu caráter público e universal, constituindo-se importante empregador da força de trabalho de saúde pública e privada. A busca desse perfil profissional generalista suscitou a criação de políticas de incentivos na graduação, no caso, de medicina, no que possível com os demais integrantes das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família, como modelo de atenção primária relativamente capilarizada pelos municípios. Defende-se a hipótese de que o ensino da saúde da família no currículo de medicina propicia a aquisição de competências e habilidades para se trabalhar na rede de serviços ambulatoriais, cujo perfil institucional atende a maioria da população. Com o objetivo de provocar reflexão acerca do processo de mudança curricular, sob a égide das Diretrizes Curriculares Nacionais, esta pesquisa optou por proceder à análise documental de um conjunto constituinte do Projeto Pedagógico do Curso de medicina de uma universidade particular no Rio de Janeiro. O currículo analisado atende integralmente às DCN, e tanto o PPC quanto as ementas das disciplinas do eixo da SF as utilizam como norteadoras de suas re/construções demonstrativo-conceituais. Entre seus resultados analíticos, verificou-se uma dinamicidade curricular, ementas que contemplam, ora parcialmente, os preceitos previstos, em diferentes intensidades, questões peculiares a serem repensadas, corroborando o dialético papel desempenhado por atores sociais com suas necessidades expressas em normas, passíveis de serem paradoxais em suas operações.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde da Família. Diretrizes Curriculares. Educação Médica. Medicina Familiar. Análise Documental.

ABSTRACT

As in other professions, medical training is a historical, continuous and dynamic device that needs to be adapted to the health demands of the country, primarily in the Unified Health System, due to its public and universal character, being an important employer of the public and private health workforce. The search for this general professional profile has led to the creation of incentive policies in the graduation, in the case, of medicine, as possible with the other members of the multi-professional teams of the Family Health Strategy, as a model of primary care that is relatively spread by the municipalities. The hypothesis is that the teaching of family health in the medical curriculum allows the acquisition of skills and abilities to work in the network of outpatient services, whose institutional profile serves the majority of the population. With the aim of promoting reflection on the process of curricular change, under the aegis of the National Curricular Guidelines, this research chose to proceed with the documentary analysis of a constituent set of the Pedagogical Project of the Medicine course of a private university in Rio de Janeiro. The curriculum analyzed complies fully with the DCN, and both the PPC and the syllabuses of the subjects of the SF axis use them as guides for their conceptual re-constructions. Among others analytical results, there was a curricular dynamicity, in which the foreseen precepts, at different intensities, specific questions to be rethought, corroborate the dialectical role played by social actors with their needs expressed in norms, capable of being paradoxical in their operations.

Keywords: Unified Health System. Health Family. Curricular Guidelines. Medical Education. Family Medicine. Documental Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. Quadro 1: Quadro síntese – Competências Categorizadas.....18
2. Quadro 2: Categorias e subcategorias de análise.....19
3. Quadro 2: Categorias e subcategorias de análise.....39
4. Quadro 3: Aspectos da Educação Permanente em Saúde.....58

LISTA DE SIGLAS

CINAEM	COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS
CNE/MEC	CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
DCN	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EUA	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
IDA	INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL
LDB	LEI DE DIRETRIZES DE BASE
NAE	NÚCLEO DE APOIO AO ESTUDANTE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE
PET-SAÚDE	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE
PPC	PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO
PPP	PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO
PROMED	PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO À MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
SF	SAÚDE DA FAMÍLIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFF	UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
UNASUS	UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	QUESTÃO NORTEADORA E PROPÓSITO DA PESQUISA	16
3.1	OBJETIVO GERAL	16
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4	METODOLOGIA	17
5	REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	17
5.1	BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL	21
5.2	O SURGIMENTO DO SUS	24
5.3	DA REFORMA UNIVERSITÁRIA DE 1968 ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	25
5.4	AS POLÍTICAS INDUTORAS DE REESTRUTURAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA	29
6	HISTÓRICO E CONTEXTO DO CURSO DE MEDICINA DA UNESA	35
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
7.1	ATENÇÃO À SAÚDE.....	41
7.1.1	Ética	41
7.1.2	Humanização	44
7.1.3	Integralidade	46
7.1.4	Cuidado centrado na pessoa	49
7.1.5	Promoção da Saúde.....	50
7.1.6	Pensamento crítico	51
7.2	GESTÃO DA SAÚDE (TRABALHO EM EQUIPE E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS)	53
7.3	EDUCAÇÃO EM E NA SAÚDE.....	55
7.3.1	Interdisciplinaridade.....	55
7.3.2	Educação continuada/permanente.....	57

7.4	PPC DO CURSO DE MEDICINA	59
8	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	APÊNDICE 1-A - FLUXOGRAMA DESCRITOR INICIAL SEGUNDO AS DCN 2014 - ATENÇÃO À SAÚDE.....	76
	APÊNDICE 1-B - FLUXOGRAMA DESCRITOR INICIAL SEGUNDO AS DCN 2014 - GESTÃO EM SAÚDE.....	77
	APÊNDICE 1-C - FLUXOGRAMA DESCRITOR INICIAL SEGUNDO AS DCN 2014 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	78
	APÊNDICE 2 - FLUXOGRAMA SÍNTESE DAS TRÊS CATEGORIAS DE ANÁLISE - COMPETÊNCIA DCN 2014.....	79
	APÊNDICE 3 - TIPOS DE AVALIAÇÃO.....	85
	ANEXO A - EMENTAS DAS DISCIPLINAS DO EIXO DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO 1º AO 8º PERÍODOS, E INTERNATO.....	86
	ANEXO B - DIAGRAMA DA GRADE CURRICULAR.....	102
	ANEXO C - MATRIZ CURRICULAR DA MEDICINA/UNESA.....	103

1 INTRODUÇÃO

A formação médica, como de outros profissionais é fruto de um processo histórico, contínuo e dinâmico, e necessita se adequar às demandas de saúde do país, conforme apontado em estudos e eventos internacionais patrocinados por diferentes agências, como a OMS, referendados pelo “movimento mundial de educação médica” (FEWERWERKER, 1998).

Nos últimos anos as escolas médicas buscaram a reformulação dos currículos de seus cursos de medicina orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, de modo a atender às necessidades da população e, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS). As escolas vêm incorporando modificações em seus projetos pedagógicos com o objetivo de alcançar as adequações necessárias as suas autorizações de funcionamento (DCN, 2014).

Acredita-se que implantar modificações curriculares em uma sociedade influenciada por um paradigma ‘biologicista’, no qual o ensino médico encontra-se alicerçado há muitos anos, não é tarefa fácil, visto que no próprio meio acadêmico encontram-se ainda grupos, não só de professores, relutantes a essas mudanças (FEWERWERKER, 1998).

Para Nogueira (2014), na concepção atual, esta formação deve estar alicerçada em práticas profissionais amplas, de acordo com necessidades sentidas pela população, concomitantemente aos princípios da reforma sanitária e do SUS, e é necessária uma visão de clínica ampliada e integrada, que analise as perspectivas biopsicossociais do adoecimento das pessoas.

Conforme Freire (2002) nos ensina em seu livro “Pedagogia da autonomia”, a prática da educação exige saberes indispensáveis a qualquer tipo de educador, que independente de suas ideologias; deve possuir “reflexão crítica sobre a sua prática”:

É preciso, sobretudo, e aí já vai um destes saberes indispensáveis, que o formando, desde o princípio mesmo de sua experiência formadora, assumindo-se como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção (FREIRE, 2002, p. 12).

Este trabalho foi realizado mediante a análise de um currículo, nomeado 414, especialmente das ementas das disciplinas do eixo da saúde da família constantes no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina da Universidade Estácio de Sá, campus Presidente Vargas, na cidade do Rio de Janeiro. O mesmo foi elaborado em consonância as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina editadas através de ato intersetorial dos

Ministérios da Educação e Saúde, tendo como base as demandas do sistema de saúde brasileiro (DCN, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

Nos subsetores público e privado da Saúde, para alcançar a estimada resolutividade superior a 80% dos atendimentos à população, o profissional médico generalista, na maior parte das vezes atuante na saúde da família, precisa contar com uma formação ampla, na qual todos os saberes recebam sua devida importância. A necessidade da integração ensino-serviço não é fato exclusivo da saúde da família e deve ser estimulada em todos os campos (KOIFMAN, 2001).

Estudar a interdisciplinaridade em uma instituição que busca a integração em seu currículo deve contribuir para melhorias na forma de abordar essa questão. Cada disciplina tem papel fundamental na formação dos alunos e as disciplinas de saúde da família estão presentes durante os oito primeiros semestres letivos do curso, no caso, de forma longitudinal, convertendo todo o aprendizado das outras disciplinas para a integração na prática diária dos alunos na unidade de saúde. Segundo Koifman (2001) “a introdução precoce do estudante nas aulas práticas, mesmo que inicialmente ainda não seja visto como médico, contribui para a transformação da postura desse futuro profissional, tornando-a mais ética”, ao se deparar com situações cotidianas das equipes de saúde (KOIFMAN, 2001, p. 68-69).

Espera-se que este estudo contribua para o surgimento de evidências de que não basta favorecer a atuação de uma disciplina ou grupos de disciplinas de forma isolada, mas a importância do ensino integrado das mesmas, como facilitador de uma nova visão no campo da ciência médica. É onde o saber biomédico se associa ao social, cujo objetivo primordial é a formação de profissionais médicos mais críticos, humanizados, com habilidades e competências específicas, conforme preconiza as DCN.

Enquanto docente de um curso médico senti-me estimulado a aprofundar e expandir meus conhecimentos, como aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família, buscando a reflexão sobre minha prática na área, de modo a contribuir no aperfeiçoamento do ensino médico de acordo com as premissas dessas mudanças curriculares.

3 QUESTÃO NORTEADORA E PROPÓSITO DA PESQUISA

O ensino da saúde da família no currículo de medicina propicia a aquisição de competências para o trabalho do egresso como médico generalista?

3.1 Objetivo Geral

Provocar reflexão acerca do processo de mudança curricular, ao analisar o projeto pedagógico do curso de medicina de uma universidade particular no município do Rio de Janeiro, sob a égide das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento do curso.

3.2 Objetivos Específicos

Problematizar sobre o desenvolvimento das disciplinas do eixo da Saúde da Família no projeto pedagógico do curso;

Verificar a consonância, ou não, entre o projeto pedagógico do curso e as DCN, e as disciplinas do eixo da Saúde da Família;

Identificar pontos fortes e fracos do projeto pedagógico do curso em relação às habilidades e competências propostas pelas DCN;

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo que utilizou a abordagem qualitativa, através de observação participante e da análise documental do currículo ‘414’, iniciado em 2014, constante do projeto pedagógico do curso (PPC) de medicina de uma universidade particular do Rio de Janeiro. Neste PPC concentrou-se atenção às ementas das disciplinas do eixo da saúde da família, mais detalhadamente aos seus objetivos e conteúdos conforme anexo ‘A’.

A análise dos documentos foi realizada no período de dezembro de 2018 a março de 2019, sendo escolhido o PPC de 2014 pelo fato de ser este o currículo com maior número de períodos em curso.

Segundo Souza *et al* (2011):

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica [...] e deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (SOUZA *et al*, 2011, p. 223).

Souza *et al* (2011) ainda descreve duas formas de análise documental. Uma, onde considera este tipo de análise como um método, “utilizando os documentos como referência para desenvolvimento de estudos e pesquisas”, e outra, como uma técnica, onde são retirados dados do documento com determinado objetivo, que prevaleceu no caso desta dissertação.

Pope e Mays (2006) referem-se à análise documental como a técnica que objetiva conhecer, através de perguntas ou inferências, informações dos documentos, que são influentes provedores de evidências para embasar as observações do pesquisador.

A observação participante possui grande importância, sobretudo nas pesquisas qualitativas da área da saúde, pois colabora com as pesquisas, favorecendo vasta visão da realidade, fruto da interação entre pesquisador e meio ambiente estudado. Ela propicia a afirmação de acontecimentos pela inserção nas situações específicas (QUEIROZ *et al*, 2007).

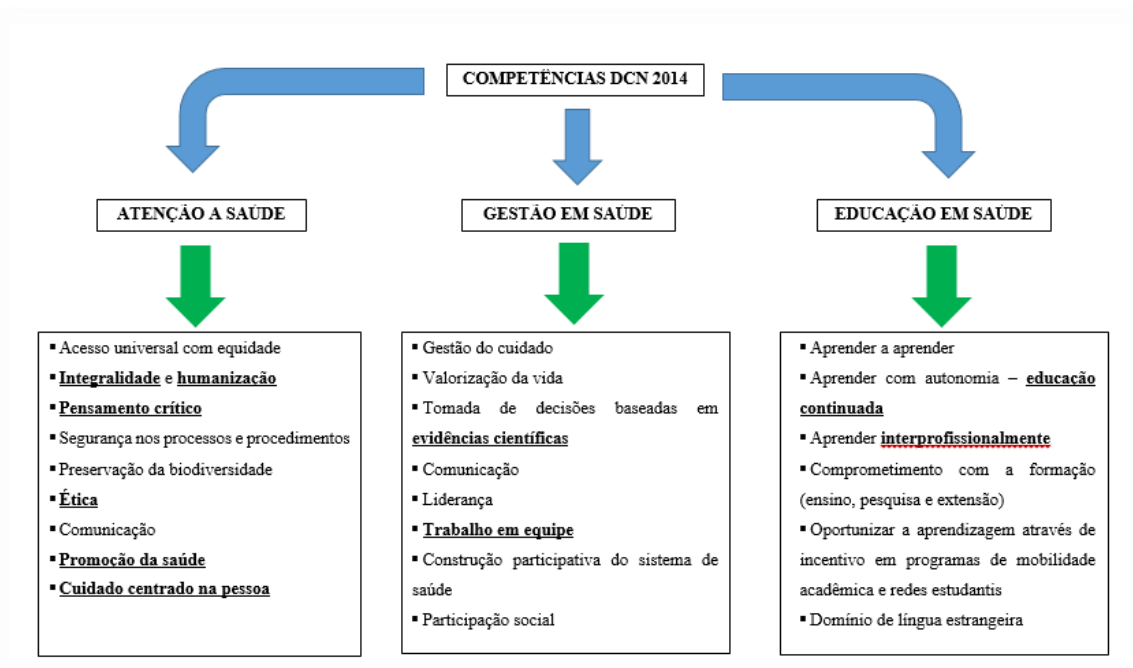
Realizou-se a leitura minuciosa das DCN de 2014, do PPC do curso e das ementas das disciplinas de SF. A partir daí buscou-se escolher *a priori* nas DCN de 2014 as 3 principais competências que foram denominadas de categorias para análise: Atenção à Saúde, Gestão em

Saúde e Educação na Saúde – por se tratarem de um dos principais eixos ordenadores das referidas Diretrizes, conforme podemos observar em seu artigo 4º:

Art. 4º - Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde (DCN, 2014, p.1).

Elaborou-se o quadro síntese 1 com as competências categorizadas, descreveu-se em cada uma delas os objetivos de cada competência e escolheu-se alguns desses objetivos que foram denominados subcategorias de análise, negritados no referido quadro:

Quadro 1: Quadro síntese – Competências Categorizadas



Fonte: o autor, 2019.

Realizou-se um levantamento quantitativo para as subcategorias de análise conforme apresentado no quadro 2 que mostra a frequência com que os termos aparecem nos documentos analisados. Depois realizou-se a interpretação dos objetivos segundo essas subcategorias, que foram extraídas de alguns itens de cada categoria constante nas DCN 2014, de acordo com seleção realizada pelo autor.

O autor do trabalho atua como docente na universidade e utilizou de sua inserção no referido currículo para uso da técnica da observação participante, que auxiliou na análise dos dados e nas conclusões.

Para a escolha prioritária das categorias e subcategorias analisadas baseou-se em Rezende *et al* (2019); Moraes e Costa (2015). O tratamento e interpretação dos dados baseou-se essencialmente em Turato (2003).

A análise de conteúdo deve apresentar regras definidas e sistematizadas a fim de que não seja considerada simples análise intuitiva, mas um estudo com valor científico (Oliveira, 2008). Para Campos (2009) “após a coleta das informações, a análise necessita de leituras acuradas e discussões interpretativas criativas”.

Quadro 2: Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	PPC	SF**
1. ATENÇÃO À SAÚDE	1.1 ÉTICA	30	9
	1.2 HUMANIZAÇÃO	2	2
	1.3 INTEGRALIDADE	7	5
	1.4 CUIDADO CENTRADO NA PESSOA	2	1
	1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE	5	1
	1.6 PENSAMENTO CRÍTICO	2	0
2. GESTÃO À SAÚDE	2.1 TRABALHO EM EQUIPE	2	1
	2.2 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	3	5
3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	3.1 INTERDISCIPLINARIDADE	14	0
	3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA	6	0

Fonte: o autor, 2019.

*Frequência com que aparecem no PPC 414

** Frequência com que aparecem nas Disciplinas do eixo da Saúde da Família

Ética, humanização, integralidade, promoção da saúde e cuidado centrado na pessoa são pilares para a mudança de paradigma na formação médica, sendo a integralidade um dos princípios doutrinários do SUS e a humanização uma política de estado para implementar esses princípios (PNH, 2004).

Destaca-se alguns trechos do artigo onde Demarzo *et al.* (2012) constroem diretrizes para o ensino da graduação em medicina na APS, didaticamente organizadas, que remetem ao significado de: Por quê ensinar na APS? O que ensinar? Quando ensinar? Como ensinar? Onde e quem deve ensinar? De certo modo essas questões nortearam a escolha pelas subcategorias: pensamento crítico, evidências científicas, educação continuada/permanente e interdisciplinaridade.

“Conhecer e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa, integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutive, utilizando as evidências científicas como ferramenta e suporte” (DEMARZO *et al.*, 2012, p. 144).

Inserção significativa, com objetivos claros de ensino-aprendizagem e cronograma de trabalho, evitando-se apenas estágios de observação; com estratégias que impliquem o estudante na corresponsabilização do cuidado, contribuindo efetivamente para o serviço em que ocorre a prática, construindo projetos terapêuticos em conjunto nas equipes de APS dentro de cada unidade (DEMARZO *et al.*, 2012, p. 144).

Em Demarzo *et al.* (2012) pode-se perceber a importância da interdisciplinaridade, “integração com outras disciplinas do curso de Medicina, possibilitando espaços de troca, tanto ao longo do curso como num semestre específico.” E ainda:

Estímulo para a utilização adequada e contextualizada de condutas clínicas baseadas em evidências científicas, estimulando e aproximando o estudante da investigação e produção científica; ao mesmo tempo, singularizando o processo de produção do cuidado, com foco nas pessoas e comunidades (DEMARZO *et al.*, 2012, p. 145).

A análise do PPC do curso, deu-se simultaneamente à análise das disciplinas do eixo de saúde da família, por ser esta a estratégia utilizada como forma de reorientação da APS no Brasil em muitos municípios, exercendo a função de porta de entrada do usuário no SUS. É na APS que o graduando deve estabelecer o contato desde o início do curso com a equipe e a comunidade (DCN, 2014), favorecendo o treinamento de habilidades e aquisição de competências propostas como o exercício do senso crítico, da ética e da humanização em saúde.

Neste sentido, Vasconcelos (2014), contribui com a seguinte reflexão:

Busca-se, estimular a formação de um aluno crítico, reflexivo, com capacidade de articular a teoria com a realidade, vivenciando o contato precoce, já no início do curso, com o sistema de saúde do País, a população usuária, a comunidade e equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2014, p. 631).

5 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

5.1 Breve histórico da educação médica no Brasil

Para uma contextualização do tema proposto, destacam-se alguns fatos da evolução do ensino médico no país.

No Brasil Colônia os cuidados com a saúde estavam focados na proteção das endemias e epidemias, que poderiam trazer prejuízos às exportações da época, ficando reduzidas as ações de saúde ao saneamento dos portos e a urbanização dos centros de maior interesse comercial. O atendimento médico era privilégio de algumas classes mais abastadas, restando aos menos favorecidos (negros, índios, brancos, pobres) a medicina dos curandeiros e benzedores, ou a benevolência das Santas Casas de Misericórdia (AGUIAR *et al*, 2015).

A educação médica no Brasil remonta ao ano de 1808 com a chegada da família real portuguesa e a abertura do curso de medicina em Salvador em fevereiro do mesmo ano e posteriormente no Rio de Janeiro, pois até a Reforma Pombalina¹ de 1792 a formação era realizada na Europa, sobretudo na Universidade de Coimbra. Grandes transformações ocorreram após a abertura do curso no Brasil inclusive com a imposição de que se organizasse um currículo médico próprio, que exigia do candidato ao curso o domínio da língua francesa (NEVES *et al*, 2005).

Nessa época a prática médica se orientava a partir de tudo aquilo que se podia ver, ouvir, tocar e sentir. Com isso, eram analisados os sinais mais importantes e a descrição dos sintomas e determinadas manobras técnicas eram difundidas com o nome de quem as descobria. Os médicos da época priorizavam a observação e o exame clínicos, dando importância a percussão de tórax e, com a invenção do estetoscópio, incorporaram a instrumentalização (AMARAL, 2007).

A primeira reforma curricular do curso médico brasileiro ocorreu no ano de 1812, alterando a duração do curso de 4 para 5 anos, com as cadeiras de química, obstetrícia e farmácia e exigência da língua inglesa; habilitando o egresso em “cirurgia e curas de cirurgia. Em 1820,

¹ Reforma realizada pelo Marquês de Pombal, que devolveu a responsabilidade do ensino à Coroa Portuguesa, retirando das mãos dos Jesuítas (Maciel e Shigunov Neto, 2006)

nova alteração nos estatutos mudam a idade de ingresso no curso, além de exigir francês, lógica e português como pré-requisito, ampliando o número de disciplinas (BRIANI, 2003).

Em 1823, após a Independência, a Lei da Educação Popular aboliu a exclusividade do Estado em promover o ensino. A partir disso, outras leis educacionais surgiram, e com isso, houve a transformação das Academias de Medicina e Cirurgia em Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina da Bahia, em 1832 (AMARAL, 2007).

Mais tarde, em 1832, as academias do Rio de Janeiro e de Salvador passaram a ser faculdades e novas transformações foram feitas no curso médico, que passou a ter a duração de 6 anos, com exigência de exames preparatórios, ampliação dos conhecimentos exigidos e recebendo o egresso a habilitação em medicina (BRIANI, 2003).

O crescimento populacional aumentou a demanda pelos trabalhos médicos, impelindo mudanças aos padrões do ensino médico. Assim, o Decreto 8024 criou o curso prático e desdobrou as cadeiras clínicas, e o Decreto 8918 regulamentou os estudos práticos das faculdades de medicina. Concomitantemente a essas mudanças, foram criados novos estatutos das faculdades de medicina e a cadeira de medicina legal, completando o cenário de transformações no ensino médico da época. Outro fator preponderante na época foi a crescente preocupação com o nível de conhecimento dos médicos que estavam se formando, devido à necessidade de profissionais mais habilitados ou com adestramento prático (AMARAL, 2007).

Em 1879 ocorreu a reforma do Ensino Livre de Leoncio de Carvalho, que incorporou as aulas práticas, possibilitou diplomas às mulheres e permitiu o ensino privado. No ano de 1884, Vicente Candido Saboia alterou o estatuto dos cursos de medicina agregando a estes o curso de odontologia, fato este que ficou conhecido como reforma Saboia. A reforma Benjamin Constant, de 1891, conferiu autonomia à organização das províncias oportunizando assim a criação das escolas médicas de São Paulo, Rio Grande do Sul entre outras (BRIANI, 2003).

Em 1910, após passar alguns anos na Europa estudando sobretudo o ensino médico inglês, francês e alemão, Abraham Flexner publicou o relatório que impulsionou a grande reforma do ensino médico nos Estados Unidos (EUA) e Canadá e que culminou com o fechamento de muitas escolas naquele país, impactando na atividade médica e na formação médica de todo o mundo. À época o número de escolas médicas nos Estados Unidos era grande e não havia uma padronização das abordagens didáticas, estando estas escolas vinculadas ou não a universidades. Flexner orientava que o curso fosse realizado em quatro anos, dividido em ciclo básico e clínico, sendo este realizado no hospital; havia um rigoroso controle para a

admissão; além de instalações e laboratórios que deveriam ser adequados. Este modelo proposto por Abraham Flexner tem sua contribuição para a formação médica, porém pouco considera os Determinantes Sociais em Saúde, dando ênfase ao paradigma biomédico, direcionado ao ensino das disciplinas fragmentadas e ocorrendo no hospital, limitando a educação médica ao cuidado do indivíduo, sem considerar aspectos fundamentais para as condições de vida e saúde da pessoa. As ideias de Flexner influenciaram os países periféricos, sobretudo a América Latina, incluindo o Brasil (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Na década de 1920 surge na Inglaterra as primeiras concepções de Rede de Atenção Hierarquizada, com o Relatório Dawson. Pioneiro na articulação entre políticas públicas e criação de sistemas nacionais de saúde, esse relatório tenta organizar os serviços de saúde, através do entendimento de que os serviços de saúde deveriam ser regionalizados e que a porta de entrada ao sistema deveria ser a Atenção Primária. Ele buscava aproximar as medicinas curativa e preventiva, que deveriam ser exercidas por médicos generalistas. Dawson em seu relatório sinaliza os serviços integrados entre APS-especialistas-hospital, de forma integrada e de modo que todos os níveis tivessem a mesma importância. Vale ressaltar que apenas em 1948 essas ideias foram então colocadas em prática, após anos de discussão, com a criação do Sistema Nacional de Saúde inglês (CARLINI, 2010, p. 20).

O reflexo da crise econômica de 1929 nos Estados Unidos aliado a superespecialização da prática médica e aos altos gastos no setor da saúde, fizeram surgir na década de 1940 o Movimento Preventivista, estimulado pelas corporações médicas e cujo objetivo era propor readequação no ensino médico em detrimento de políticas mais abrangentes de reformas no setor da saúde, como ocorria na Europa. Na década de 1960 o movimento denominado de Medicina Comunitária, que surgiu como respostas às solicitações das populações mais vulneráveis e segregadas dos EUA, estimulou nos países da América Latina, a criação dos departamentos de Medicina Preventiva, que deveriam incorporar ações de administração em saúde, epidemiologia e ciência da conduta, cuja responsabilidade era delegada a escola de saúde pública (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Muitos países do mundo, especialmente nas Américas, passaram a seguir a nova ideologia da Medicina Comunitária fundamentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esse movimento sanitário se difunde nas universidades na década de 1970 com a formação de projetos-piloto cujo objetivo era aumentar a abrangência assistencial e a formação de pessoal sob o incentivo de agências estrangeiras como Rockefeller, Ford e Kellogg (RODRIGUES, 1993).

No Brasil a Medicina Comunitária surge como forma de modificar o perfil do médico formado, mas foi desestimulado pelo regime autoritário. Com o objetivo de resgatar as práticas democráticas, surge na década de 1970 outro movimento conhecido como Reforma Sanitária, que também alçava organizar os serviços de saúde (BRIANI, 2003).

5. 2 O surgimento do SUS

A Constituição de 1988 cria o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), reconhecendo assim a saúde como direito de todo cidadão: “*saúde é direito de todos e dever do Estado*” (Art. 196). Tendo como premissas os princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade, o SUS garante o acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde, sem barreiras de qualquer natureza, independente da complexidade; da prevenção à reabilitação; com justiça social, ou seja, priorizando os que mais necessitam, sem deixar de ofertar a ninguém (PAIM, 2009).

Os princípios organizativos do SUS visam o cumprimento dos princípios doutrinários e direcionam o funcionamento desse sistema de saúde. Orientando a redistribuição de responsabilidades, a diretriz da regionalização remonta à Reforma Sanitária que afirma ser importante a valorização da realidade local de saúde, trazendo aos municípios maior responsabilização pelas ações de promoção da saúde. A hierarquização relaciona-se com o acesso obedecendo aos níveis de atenção na rede de serviços de saúde, sendo a Atenção Primária o nível preferencial de acesso ao sistema de saúde. Favorecendo a premissa da descrição da clientela, a regionalização atua como organizadora do sistema de saúde e, por fim a participação popular, diretriz relacionada à democratização do sistema de saúde, que garante o controle social sobre as ações de saúde, garantida pela lei 8142 de 1990. Com a municipalização da saúde através da diretriz da descentralização, as secretarias de saúde dos municípios necessitaram de maior aporte financeiro para realizar as adequações necessárias à nova orientação de funcionamento da rede básica. Assim foi concebido em 1994 o Programa Saúde da Família como forma de organizar as ações na APS, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família – ESF (AGUIAR *et al*, 2015).

A ESF é a principal ordenadora da Atenção Básica no Brasil, devendo ser a porta de entrada preferencial no SUS, haja vista sua alta capacidade resolutiva e sua influência positiva na situação de saúde das pessoas. A ESF deve funcionar com equipe mínima de médico e

enfermeiro (preferencialmente especialistas em Medicina de Família e Comunidade), técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, todos com carga horária de 40 horas semanais. Ressalta-se que após a PNAB de 2017 as equipes de Atenção Básica não são obrigatoriamente formadas por ESF, podendo ser estruturada de acordo com a necessidade do município, não estando obrigatória a presença do Agente Comunitário de Saúde nessas equipes (BRASIL, 2017).

A ESF deve priorizar na equipe a presença de um médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, visto que este profissional possui a APS como campo preferencial de atuação na saúde. Capacitado para abordar integralmente e continuamente as pessoas que buscam atendimento para solucionar suas questões de saúde, o Médico de Família deve ser um clínico qualificado, que desenvolva boa relação médico-pessoa, cuja atuação sofra influência da comunidade e, tendo sobre sua responsabilidade uma população definida de determinado local (LOPES, 2012). Ainda segundo Lopes (2012), “O médico de família e comunidade deve tornar-se uma liderança na organização do sistema de saúde”:

A Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) é uma Disciplina acadêmica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários (WONCA, 2002, p.6).

5. 3 Da Reforma Universitária de 1968 às Diretrizes Curriculares Nacionais

No Brasil, a reforma universitária de 1968 foi um marco importante por trazer mudanças contraditórias na formação superior. Extinguiu as cátedras vitalícias, criou departamentos de especialidades, com carreira acadêmica para os professores, estimulou a pesquisa e a iniciação científica, implantou políticas de estímulo à pós-graduação, mas também retrocedeu em alguns sentidos, pois professores foram aposentados compulsoriamente, reitores demitidos além do excessivo controle policial (MARTINS, 2009).

Essa reforma favoreceu o surgimento de escolas distanciadas da realidade. A política do regime beneficiou os interesses do capital estrangeiro, estimulando a implantação de um currículo único, ou seja, todas as universidades tinham o mesmo currículo, puramente técnico e fragmentado, com perspectiva biomédica, ‘hospitalocêntrica’, sem favorecer as atividades práticas e a interdisciplinaridade (MOURÃO, 2006).

Segundo Mourão (2006, *apud* MENDES, 1995, p. 26), essa política:

Visava integrar a educação à nova opção da política econômica que foi sugerida e orientada por americanos e aberta aos interesses estrangeiros. No ensino superior, particularmente, aplicou-se a ideologia do progresso empresarial, marcado pelo arbítrio, pela falta de liberdade bem como pela censura com dificuldade para o exercício da crítica e da criação (MOURÃO, 2006 *apud* MENDES, 1995, p. 26)

O movimento da Reforma Sanitária colaborou para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, que em seu Art. 200 Item III se refere ao SUS como o responsável pela formação de recursos humanos para a saúde, com responsabilidade de estimular o desenvolvimento tecnológico e científico (BRASIL, 1988). Em 1990, o SUS foi regulamentado pela Lei 8080, com seus princípios e diretrizes. Universalidade, equidade e integralidade são a base do sistema, de modo a reorientar as ações de saúde, com exigências de mudanças na educação médica e com a intenção de formar profissionais capacitados a atuar também nas ações de prevenção e promoção da saúde, sob a óptica da integralidade do cuidado, engajados com todas as camadas da sociedade e com às necessidades do SUS (CAMPEDELLI-LOPES; BICUDO, 2016).

Nessa mesma época surge o projeto IDA (Integração Docente-Assistencial) que foi utilizado pelos Ministérios da Educação e Saúde para realizar mudanças na formação em saúde, com o objetivo de qualificar a assistência e melhorar o planejamento entre ensino e serviço, ou seja, teoria e prática, com a participação da população. Esse projeto incentivou mudanças nas bases curriculares dos cursos, através dessa aproximação ensino e serviço e conseqüentemente da comunidade, sendo um modelo para suplantar a divisão da teoria com a prática e para favorecer a integração entre os docentes e os profissionais inseridos nos serviços de saúde com a comunidade (CAETANO *et al*, 2009).

Na tentativa de mudar o paradigma flexneriano, foi criado nessa década o programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde), que sugere a integração entre a comunidade, a assistência à saúde e a formação profissional. A partir de uma visão crítica aos projetos sociais da época e ao modelo de formação existente, de modo a propor melhorias na qualidade de vida das pessoas. Através de um novo modelo de ensino multidisciplinar, valorizando a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade (LINS; CECÍLIO, 1998). A seguir os projetos IDA e UNI se articularam posto que ambos tivessem o mesmo objetivo, originando a Rede Unida. Esses programas aspiravam dar resposta à

população que estava insatisfeita com os serviços prestados na saúde, pois os profissionais não recebiam capacitação condizente com as premissas do SUS (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A necessidade cada vez maior de mudar a formação médica e os amplos debates entre representantes de entidades médicas estimularam os Ministérios da Educação e da Saúde à criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), em 1991 (FEUERWERKER, 1998), que impulsionou uma grande mobilização para a avaliação dos cursos médicos, realizando três estudos: longitudinal para estudar o médico formado na graduação; transversal para o perfil dos docentes; e sobre o modelo pedagógico utilizado. Na mesma época foi criado também um sistema nacional de avaliação e assim iniciadas as discussões para a construção de DCN (LAMPERT, 2008).

No ano de 1994 o ministério da saúde criou o Programa saúde da Família (PSF) que mais tarde seria denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) cujo objetivo era organizar a atenção básica no país. Através das novas concepções do processo saúde-doença, ele busca por em prática os princípios e diretrizes do SUS e os atributos da APS. Vínculo, continuidade do cuidado, atenção ao indivíduo, sua família e a comunidade onde está inserida, articulação de saberes científico e populares, se contrapõem ao modelo tradicional de saúde, reorganizando o sistema para uma atenção mais integral (SORATTO, 2015, p. 587-589).

A Lei nº 9394 de 1996, Diretrizes e Bases da Educação (LDB), autorizou a abertura de mais universidades e garantiu mais autonomia a elas; estimulou investimentos privados na área educacional, excluiu e criou cursos, tornou a carga horária flexível, fixou currículos e vagas, reavaliações regulares dos cursos pelo MEC, dentre outros (BRASIL, 1996).

A grande mobilização da sociedade nos anos 1990 e a avaliação realizada pelas entidades médicas indicaram movimentos de mudança, e acenaram para o Ministério da Educação sobre a necessidade de propor as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde, inclusive as específicas para o curso de medicina, instituídas pela Comissão Nacional de Educação (CNE) em 07 de novembro de 2001 (LAMPERT, 2008), que foram reformuladas em 2014.

A Lei nº 9 de 20/12/1996, nomeada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e que revoga a LDB de 1961, traz em seu Art 1, parágrafo 2º que a “educação deverá estar vinculada ao mundo do trabalho e à prática social”.

As DCN em seu Art. 3º definem:

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 (DCN, 2001, p. 1).

Em seu Art. 4º as DCN apresentam as habilidades e competências a serem desenvolvidas pelos egressos dos cursos de medicina, a saber: atenção à saúde – o profissional deve desempenhar de forma integral ações em todos os níveis de atenção e com qualidade; tomada de decisões – sempre com base nas melhores evidências científicas disponíveis; comunicação – é importante o conhecimento de pelo menos uma língua estrangeira, além de ser acessível; liderança – o profissional deve estar apto a assumir posição de liderança; administração e gerenciamento – exercer função de gerência e liderança; e educação permanente – os profissionais devem estar em constante aprendizado, treinando os futuros profissionais de saúde.

As DCN 2014 trazem algumas alterações em relação às publicadas em 2001. Possuem texto maior, com 18 páginas, 41 artigos e 16 parágrafos, com 3 capítulos, 6 seções e 6 subseções, com representativa presença da saúde coletiva, ao contrário das DCN 2001 (BURSZTYNL, 2015).

O tempo do curso fica mantido em 7200 horas, agora descrito nas DCN. O internato, que mantém 35% da carga horária, precisa ter 30% do tempo em estruturas e instituições do SUS passa a ser de dois anos com 30% de sua carga horária cumprida em serviços de urgência e emergência e na atenção básica do SUS, com inclusão da saúde mental. Os alunos passam a ser avaliados a cada dois anos e os resultados serão computados para a admissão na residência médica (BRASIL, 2014).

A partir daí novas políticas são instituídas no país almejando a melhoria na formação dos profissionais, incluindo os da área da saúde. Inicia-se então uma fase de grandes mudanças no ensino superior brasileiro.

O exemplo de Havard foi significativo, pois em um país com tradições de ensino de medicina centrada na doença, altamente tecnológica, uma escola de grande significado para o ensino médico mundial opta na década de 1980 por reformular sua estratégia para ensinar a medicina, agregando valores biologicistas aos humanos (AGUIAR, 2001).

Para AGUIAR (2001):

Trata-se de trabalharmos no fortalecimento de nossa própria capacidade, como alunos, docentes e gestores, de autocrítica e busca de aperfeiçoamento permanentes, de forma análoga ao que esperamos de nossos estudantes. Se aliarmos a isto mecanismos institucionais de promoção docente para os que se dedicarem ao estudo e pesquisa dos processos ensino-aprendizagem, será possível vislumbramos uma vida profissional mais criativa e gratificante para docentes, gestores e futuros profissionais (AGUIAR, 2001, p. 165).

5. 4 As Políticas Indutoras de Reestruturação da Formação Médica

Nas últimas duas décadas o governo do Brasil vem, paulatinamente criando programas de qualificação e atenção à saúde e formação de recursos humanos em saúde (BRASIL 2000; 2001; 2004; 2005; 2009; 2011). Tais programas vêm sendo alicerçados em dois grandes setores: a Saúde e a Educação. A interferência que essas duas áreas possuem neste tipo de trabalho se evidencia em sua complementariedade, cada vez mais evidente e reconhecida.

Executar ações de promoção da saúde aliadas a um processo hegemônico curativista secularmente reconhecido, nos obriga a pensar em novas tecnologias para a assistência à saúde. Após a ESF passou-se a utilizar o modelo biopsicossocial de determinação da doença, aliado a maior autonomia da pessoa, facilitando as ações de promoção da saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016). Assim fazer saúde além de ser um direito, tornou-se um dever do cidadão.

A integralidade passa a ser o grande diferencial nas transformações da formação médica que não deve estar apenas referenciada nas evidências científicas e na tecnologia, mas precisa ter um olhar diferenciado para as condições de vida das pessoas bem como de suas necessidades. As práticas devem estar voltadas para o cuidado do indivíduo em suas várias dimensões (BRASIL, 2004).

Historicamente a formação dos médicos deu-se baseada no modelo hospitalocêntrico, onde o indivíduo era visto de forma fragmentada, dividido em seus vários sistemas, e o atendimento individualizado. Após a criação do SUS esse modelo tornou-se obsoleto, no sentido de não atender às necessidades desse novo sistema. Assim, o conceito de integralidade, discutido desde as ideias da reforma sanitária, torna-se importante, já que tem em si características que conseguem suprir às necessidades da formação desses profissionais para atender às demandas do SUS (SANTOS *et al*, 2015).

A lei 8080, de 1990 define integralidade como [...] “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, na busca de garantir acesso das pessoas a todos

os níveis de atenção à saúde. Mattos (2004, p. 1411) considera que o termo possa ter outros sentidos: um relacionado às políticas de saúde, vinculando ações de prevenção e assistenciais, sem romper as atividades; outro com relação à organização dos serviços de saúde, isto é, a integralidade institucional; e um terceiro relacionado às práticas de saúde, que vai de encontro à fragmentação das práticas em saúde.

Na busca de formação de recursos humanos no campo da saúde preparados para atender às necessidades brasileiras, Lampert (2003) apresenta cinco eixos relacionados ao paradigma da integralidade que ao integrar os currículos de graduação em medicina complementam o modelo tradicional. O enfoque teórico – direcionado aos fatores biopsicossociais, com o conhecimento integrado e uso de metodologias ativas, abordando o custo x benefício das tecnologias utilizadas e educação permanente. A abordagem pedagógica – onde o processo de ensino-aprendizagem é focado no aluno, com integração das atividades curriculares, avaliando na prática as habilidades e atitudes. O cenário da prática – em todos os níveis da rede de atenção à saúde, com enfoque intersetorial, sob a supervisão de um docente. A capacitação docente – exigindo formação pedagógica com aprimoramento técnico-científico e engajamento com o sistema público de saúde. O mercado de trabalho e serviços de saúde – orientando a reflexão e discussão de aspectos socioeconômicos e éticos nos serviços de saúde, as relações institucionais e elaboração de programas didáticos relacionados às reais necessidades de saúde e oportunidades de emprego (LAMPERT, 2009).

Outro conceito relacionado ao tema é o da interdisciplinaridade. O termo interdisciplinaridade deve ser entendido como algo de grande relevância na formação médica. Para Carpes *et al* (2012, p. 146) “somente uma abordagem interdisciplinar é capaz de considerar outros conhecimentos, principalmente das Ciências Humanas e Sociais à saúde”. Segmentar as disciplinas prejudica a abordagem social e a interdisciplinaridade permite reflexões sob o modo de atuar em cada área, unindo forças e tornando mais viável a construção do saber coletivo onde todos são valorizados e reconhecidos (CARPES *et al*, 2012).

Para Garcia *et al* (2007) “seria um grupo de disciplinas conexas num nível hierárquico imediatamente superior... coordenadas por princípios e objetivos comuns”. Para Luz (2009) a interdisciplinaridade tem início a partir de “disciplinas-mães” que se subespecializaram e iniciaram a produção de conhecimento a partir da fragmentação de seus conteúdos.

A interdisciplinaridade exige despojamento e compartilhamento de saberes com os pares das diversas disciplinas, pois a saúde apresenta alta complexidade, exigindo troca com reconhecimento das limitações e capacidades. Para GARCIA *et al* (2007) “a

interdisciplinaridade é uma exigência para a integralidade e se apresenta como uma preocupação do curso de Medicina, principalmente no planejamento pedagógico, na articulação entre as disciplinas, nos cenários de práticas e em atividades complementares.

A integração ensino-serviço também tem real significado no contexto da formação médica e está sustentada por movimentos iniciados desde a década de 1970 e em acordo com as DCN. A proximidade entre profissional e academia qualifica o aluno, flexibiliza o dia-a-dia, melhora o entendimento da teoria aplicada ao cotidiano, valoriza o profissional da ponta, além de estimular a educação permanente e a pesquisa (BREHEMER; RAMOS, 2014).

Segundo Albuquerque *et al* (2007) a integração ensino-serviço:

É o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde e os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al*, 2007, p. 357).

O ministério da saúde, buscando o desenvolvimento dessas e outras habilidades, promove uma série de projetos e programas de incentivo à essas ações e que serão descritos a seguir.

O Programa VER-SUS, Vivência-Estágio na Realidade do SUS, foi iniciado no país em 2003 para estudantes das diversas áreas de graduação em saúde esse programa promove estágios e vivências de imersão que contribuem para que o aluno inserido tenha um espaço diferente de aprendizagem no dia-a-dia dos serviços de saúde. Essa inserção favorece o entendimento por parte do aluno do conceito ampliado de saúde, da integração ensino-serviço, da interdisciplinaridade e intersetorialidade, da importância da transformação da realidade social local, além de cooperar para o debate sobre o projeto político pedagógico do curso onde está inserido (BRASIL, 2004).

Lançado através da portaria nº 610 de 26 de março de 2002, o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (ProMed) visa a integração entre a formação médica e o SUS, particularmente com as ações da atenção básica, onde passa-se a valorizar os aspectos da determinação social, envolvendo o indivíduo, a família e a sociedade. Com ele se objetiva o estabelecimento de protocolos de cooperação entre gestores, o sistema de saúde e as universidades; a incorporação integral do processo saúde-doença, bem como da promoção da saúde; a ênfase nas ações da atenção básica; ampliação das atividades de ensino

em serviço na prática educacional; e uso de metodologias ativas com foco no aluno, concretizando ações de educação permanente (BRASIL, 2002).

Outra política do Ministério da Saúde implementada para promover o estímulo ao exercício da integralidade nas ações de saúde realizadas pelas universidades quando da integração ensino-serviço foi o Aprender-SUS. Esse programa está intimamente relacionado a educação permanente em saúde (Brasil, 2004). Importante ressaltar que as escolas médicas foram grandes parceiras do governo na implementação dessas políticas, sobretudo após a reforma sanitária, porém, por tratar-se de mudança paradigmática, percebe-se dificuldade nas mudanças de ideias mais conservadoras. Da integração entre essa política e os pesquisadores do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) da UERJ, surge em 2003 o EnsinaSUS (Ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação na construção da integralidade da atenção à saúde) cujo objetivo, segundo Koifmann e Henriques (2007) é:

Apoiar experiências inovadoras, realizadas por instituições de ensino e pesquisa, para a melhoria da educação dos profissionais de saúde em dois campos de atuação específicos: formação e educação permanente dos profissionais, tendo em vista as interfaces educação, saúde e trabalho; e desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias do cuidado, capazes de articular saberes e práticas, produzidos nos serviços como estratégias para conhecê-las, avaliá-las e promover sua divulgação (KOIFMAN; HENRIQUES, 2007, p. 3).

Mudanças implicam transformações e essas não acontecem espontaneamente quando se trata de instituições acadêmicas com modelos de ensino tradicionais. A fim de propor um direcionamento na busca da equidade e qualidade dos serviços surge em 2005 outra política indutora, o Pró-Saúde, cujo fundamento é associar as instituições de ensino aos serviços de saúde pública, ou seja, a integração ensino-serviço, conquistando assim mudanças no binômio aprender-ensinar, baseado nas condições sanitárias e na realidade socioeconômica da população. Seu público alvo são os docentes, os estudantes da graduação e os profissionais do serviço como forma de influenciar a formação profissional (BRASIL, 2007).

Enfatizado na atenção básica, o Pró-Saúde busca mudar a formação dos profissionais através de objetivos específicos, todos concentrados no princípio da integralidade do cuidado, na condução da formação profissional com vistas à instrumentalização do SUS, respondendo às demandas da sociedade; aumentando as incumbências profissionais na rede pública, favorecendo maior integração ensino-serviço, melhorando a resolubilidade e a qualidade do cuidado prestado e fomentando as ações de educação permanente no SUS (BRASIL, 2007).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é dirigido às universidades. Cada grupo é formado por tutor, alunos e preceptores. O tutor é o supervisor no campo. Professores universitários que orientam profissionais e estudantes. O preceptor é o profissional de saúde com título ou residência em Saúde da Família e que supervisiona a atuação dos alunos. Os alunos estão em monitoria sob a supervisão do preceptor e do tutor, para aprendizagem na atenção básica. Por meio do PET-Saúde o Ministério da Saúde apoia o desenvolvimento de processos formativos, favorece a efetivação das DCN na área da saúde, a estimular a fixação do profissional no serviço, impelir a integração ensino-serviço, além do estímulo à pesquisa e da satisfação do usuário do SUS (BRASIL, 2008).

Em 2013 foi criado, através da Lei nº 12.871, de 22/10/2013, o Programa Mais Médicos, cuja principal finalidade é formar profissionais para atuar no SUS para assim conseguir diminuir as diferenças regionais na alocação de profissionais médicos em regiões prioritárias (indo ao encontro do princípio da universalidade e equidade do SUS); consolidar a prestação de serviços no SUS; fortalecer a Educação Permanente e a integração ensino-serviço; estimular pesquisas no SUS; aumentar a participação de estudantes nas unidades de atendimento do SUS, favorecendo maior expertise no campo da prática aos estudantes; e colaborar para a melhoria da atuação dos médicos no SUS. A má distribuição dos profissionais médicos no país dificulta o exercício dos princípios do SUS colaborando para a manutenção de regiões conhecidas como desertos sanitários. Esse programa surge, como forma de melhorar o acesso à atenção básica, considerada a principal porta de entrada ao serviço de saúde no país, e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2013).

Tal programa colabora para orientar a formação do profissional médico conforme preconizado nas DCN, pois traz consigo instruções para o alcance de grande parte das habilidades e competências preconizadas por elas.

O Mais Médicos está alicerçado sobre três pilares: provimento emergencial, educação e infraestrutura. O provimento emergencial está em consonância com a educação, pois ao ser admitido no programa o médico automaticamente se torna aluno de especialização pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e passa a ser treinado em serviço por supervisores médicos que o acompanham contínua e permanentemente; e tutores, docentes médicos que o orientam academicamente e prestando auxílio no planejamento de suas atividades. Em pouco tempo se consegue observar os impactos proporcionados pelo programa como o aumento da cobertura da atenção básica, a melhoria no acesso aos serviços e nos indicadores de saúde, além da redução do número de hospitalizações (BRASIL, 2017).

Além de orientar às vagas para residência médica que deverão ser iguais ao número de egressos dos cursos, o programa afirma, em seu artigo 4º:

Art. 4: O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2013, p.1).

Na área da educação o Mais Médicos proporcionou melhorias nas adequações dos cursos de medicina de acordo com as premissas das DCN e a ampliação das vagas nesses cursos, além do incentivo às mudanças na residência médica cujo foco é ampliar as vagas em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2017). Fachini *et al* (2016, p. 2652) se referem ao programa como “a maior iniciativa do Estado brasileiro para a provisão de profissionais médicos para a APS [...] nunca antes a formação médica para a APS teve tamanha proeminência.”

E foi nesse contexto que a Universidade Estácio de Sá - UNESA, iniciou a reformulação de seu Currículo, incluso no Projeto Pedagógico do Curso, dando origem à criação do PPC 414, através da reformulação do PPC denominado 406, como descrito anteriormente no ano de 2011. Antecedendo as DCN de 2014. MOURÃO (2006) já orientava que o Projeto Pedagógico de um curso “[...] deve compreender o currículo como um conjunto de atividades intencionalmente desenvolvidas para o processo formativo, mediadas pelo professor e pelo aluno e que considere a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão como elemento estratégico.” (MOURÃO, 2006, p. 59).

6 HISTÓRICO E CONTEXTO DO CURSO DE MEDICINA DA UNESA

A Faculdade Integrada Estácio de Sá foi criada em 1970 com o curso de Direito, e em 1988, reconhecida como Universidade, através da Portaria Ministerial nº 592, de 29/11/1988, tendo como missão:

[...] através da formação de recursos humanos qualificados, contribuir para o desenvolvimento científico, tecnológico, cultural e social do país com comprometimento ético e responsabilidade social, proporcionando o acesso de diferentes segmentos da população ao ensino de qualidade articulado aos benefícios da pesquisa, da extensão e da formação continuada, privilegiando a descentralização geográfica e o valor acessível das mensalidades; buscando ao mesmo tempo a inclusão social na construção, pelo conhecimento, de uma sociedade mais justa, mais humana e mais igual (PPC UNESA, 2014, p.2).

O curso de Medicina da UNESA foi criado em 1996, iniciando as atividades com o currículo 297, no Campus Rebouças em 07 de março de 1997. Desde sua implantação o PPC do curso de Medicina destaca a abordagem integral do processo saúde-doença, ligando humanismo e ciência por meio de uma intermediação de conteúdos biomédicos e psicossociais durante todo o decorrer do curso.

Os professores do curso são valorizados, destacando-se a disposição do grupo de professores que forma o Núcleo de Apoio ao Estudante (NAE), em acolher e incentivar outros professores e estudantes de diversos períodos a conversarem sobre questões de relevância para a humanização (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Em 2001 o curso foi transferido para o campus Arcos da Lapa e sob orientação de Hesio Cordeiro iniciou-se um investimento na formação de seus professores, incrementando o currículo '201', com ênfase no Eixo de Saúde da Família e dando início à parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-SMS/RJ, onde inaugurou uma Unidade de Saúde da Família para a integração dos estudantes com a comunidade e os profissionais de saúde.

Atualmente denominado Centro de Saúde-Escola Lapa (CSE-Lapa), a unidade recebe alunos do 1º ao 12º período, conta com duas equipes da ESF credenciadas pela SMS/RJ.

A adequação do currículo fortalece a filosofia de humanização da prática médica e sinaliza para o aperfeiçoamento das relações éticas e da empatia, entre as competências e habilidades preconizadas para a formação médica.

[...] foi possível avançar coletivamente para um consenso sobre a importância deste contato precoce do aluno com as questões de saúde-doença, e seus potenciais benefícios para o ensino. Os docentes mostraram-se particularmente interessados em trabalhar com alunos mais motivados e amadurecidos [...] (UNESA, 2014, p. 2).

Em 2002 o curso foi avaliado pelo MEC e reconhecido com conceito muito bom nas dimensões Projeto Pedagógico, Docentes e Instalações. No 2º semestre de 2005 ocorreu uma reforma curricular, com a finalidade de integrar melhor os conteúdos das disciplinas, que deu origem ao currículo 206. A partir daí houve ampliação do Eixo de Saúde Coletiva e de Integração Acadêmica, com rediscussão das disciplinas de formação geral e profissional e de formação geral, além de oportunizar atividades de extensão, monitoria e iniciação científica. As alterações passaram a vigorar em 2006/2.

Em 2008 dois currículos vigoravam concomitantemente e houve uma nova reforma dessa vez apenas alterando as cargas horárias: o currículo 401 (antigo 401) passou de 9540 horas para 10494 horas e o 406 (antigo 206) passou de 8880 horas para 9768 horas.

Em 2011 o Núcleo Docente Estruturantes (NDE), instituído nacionalmente pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2010), coordenou os trabalhos, que contaram com a participação do Colegiado Docente, na busca de outra reforma curricular com vistas a obtenção de um currículo nacional, já que a UNESA almeja a abertura de novos cursos de medicina. Vale ressaltar que além do curso em funcionamento no Rio de Janeiro há outros oito campi com cursos de Medicina. Grupos de trabalho com a participação dos discentes foram criados, prevalecendo a reforma que ampliou o internato para os dois últimos anos do curso. Resultando assim no novo currículo, 414, cujo objetivo é aprimorar os anteriores, com proposta de integração e sem prejudicar a carga horária e os cenários de prática.

No decorrer do curso existem dois eixos curriculares transversais: as disciplinas de saúde da família e as disciplinas de seminário integrado, constantes dos oito períodos iniciais do curso. Fazem parte do internato as disciplinas de clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia, saúde coletiva e emergência.

No atual currículo, o curso possui a duração de 8549 horas, sendo 35,6% destas destinadas ao internato, podendo durar no mínimo 12 semestres e no máximo 18 semestres. É obrigatório que o graduando possua um mínimo de 80 horas em atividades acadêmicas complementares e que curse duas disciplinas eletivas. As atividades acadêmicas complementares são resultado de um programa denominado Programa de Treinamento Profissional (PTP) criado pela universidade em 1999 e que objetivam que o graduando tenha

contato com o mercado de trabalho e a realidade social desde o início do curso (PPC UNESA, 2014).

O aluno da instituição é inserido nos diversos cenários de prática desde o início de sua formação, sendo que nos dois últimos anos (do 9º ao 12º período), conforme preconizado nas DCN 2014, cumpre o Estágio Curricular Supervisionado (**Internato**). Este, com carga horária total de 3048 horas (cerca de 36% da carga horária total do curso), ocorre sob a modalidade de treinamento em serviço em Unidades de Saúde da Família, hospitais, emergências, policlínicas, do SUS, e da rede privada, além de serem proporcionadas atividades de simulação nos laboratórios da universidade.

Ainda são oferecidas aos internos, atividades no Laboratório de Habilidades e Simulação, voltadas para o desenvolvimento de competências em Emergências Clínicas e Procedimentos Cirúrgicos em ambientes protegidos e controlados de simulação realística, identificando e avaliando o erro, além de promover a aprendizagem profissional com suporte pedagógico (PPC UNESA, 2014, p. 3).

É muito importante a valorização desta etapa da formação do médico pelas escolas, investindo nos cenários e na capacitação docente, pois conforme Vieira *et al* (2018):

problemas relacionados aos cenários de prática e ao corpo docente podem afetar as mudanças para a formação do generalista. [...] muito se avançou, mas que também são muitos os passos que ainda precisam ser dados, em especial em prol do desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo em equipe (VIEIRA *et al*, 2018, p. 203).

A Estratégia Saúde da Família cresceu em todo o Brasil, mostrando-se hoje em dia como um leque de efetiva alteração no modelo assistencial, e que proporciona uma atenção potencialmente plena à saúde da população brasileira. Antes de 2003 como Programa, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) trouxe-se a concepção real de integração com a comunidade e adotou um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não ligada apenas à intervenção médica (FAUSTO; MATTA, 2007).

Conforme Machado (2011), nas últimas décadas ocorreram muitos avanços em relação ao SUS, sobretudo com as políticas indutoras já referidas nesta dissertação, porém com vínculos empregatícios frágeis e alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos. O que requer maior atenção na formação dos médicos pelas instituições de ensino e professores/profissionais da saúde, de forma a modificar o paradigma, mostrando a importância da formação integral,

interdisciplinar e intersetorial, melhorando a qualidade do serviço na APS já que grande parte dos egressos tem seu primeiro emprego nesse nível de atenção.

A Saúde da Família tem significado especial para o curso, na busca de entendimento amplo do processo saúde-doença.

Recentemente, as discussões sobre o perfil do egresso e sobre o significado da formação generalista em Medicina incorporou outro grupo de temáticas, que envolvem desde a necessidade da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, passando pela importância da Educação Médica integrada à Gestão da Clínica e a tomada de decisões baseada em evidências, além da responsabilidade acadêmica formal no ensino das Emergências Médicas, situações de Pronto Atendimento e também, na área de Saúde Mental (PPC UNESA, 2014, p. 4).

Os discentes estão inseridos em diversos cenários de prática e desde o início do curso participam de atividades que integram as diferentes disciplinas e professores de outras áreas da medicina, favorecendo o desenvolvimento da competência interdisciplinaridade. Além disso, na Saúde da Família iniciam o contato com a comunidade, as pessoas e com profissionais de outras áreas da saúde.

Assim espera-se que o desenvolvimento desse estudo forneça subsídios à Universidade para continuar aprofundando o conhecimento acerca da formação médica e assim realizar adequações ou mudanças no currículo do curso na busca de manter o padrão da formação de acordo com as premissas do SUS e das DCN.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para se analisar o currículo de um curso superior é necessário, em princípio, ter em mente um interesse, no sentido de explorar as tendências para se descobrir lacunas e propiciar mudanças na formação acadêmico-profissional (PIPITONE; CARNEIRO, 2017). Busca-se através dessas análises contribuir para a melhoria da qualidade da formação do profissional de forma a atender as demandas do país.

Como um dos primeiros exercícios de leitura flutuante nos documentos, em especial das DCN, elaborou-se um fluxo de processo de palavras-chaves, que resultou nas figuras constantes dos apêndices 1A à 1C, e posteriores releituras, nos correspondentes quadros e esquema, dos apêndices 2 e 3.

Dentro da categoria Atenção à Saúde, foram destacadas as seguintes subcategorias: humanização, ética, integralidade, cuidado centrado na pessoa, promoção da saúde e pensamento crítico. Na categoria Gestão em Saúde, destacou-se o trabalho em equipe e o uso das evidências científicas e na categoria Educação em Saúde destacou-se a educação continuada/permanente e interdisciplinaridade, conforme critérios citados anteriormente na metodologia.

O quadro 2, apresenta a frequência com que cada subcategoria destacada aparece no PPC do curso e nos programas das disciplinas do eixo da saúde da família (SF).

Quadro 2: Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	PPC*	SF**
1. ATENÇÃO À SAÚDE	1.1 ÉTICA	30	9
	1.2 HUMANIZAÇÃO	2	2
	1.3 INTEGRALIDADE	7	5
	1.4 CUIDADO CENTRADO NA PESSOA	2	1
	1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE	5	1
	1.6 PENSAMENTO CRÍTICO	2	0
2. GESTÃO À SAÚDE	2.1 TRABALHO EM EQUIPE	2	1
	2.2 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	3	5

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	3.1 INTERDISCIPLINARIDADE	14	0
	3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA	6	0

Fonte: o autor, 2019.

*Frequência com que aparecem no PPC 414

** Frequência com que aparecem nas Disciplinas do eixo da Saúde da Família

A subcategoria que mais aparece em ambos os documentos é ética. No 2º e 5º períodos do curso não aparecem explicitamente nas ementas da SF, mas pode-se inferir que os conceitos éticos permeiam o conteúdo contido nas referidas ementas, conforme será demonstrado a seguir, nas discussões dessa dissertação. No currículo o termo aparece 30 vezes, sendo também a subcategoria mais frequente. Contudo, conforme afirmam Amorim e Araújo (2013), para se ter “uma educação ética e humana transdisciplinar, é necessário lançar mão de condições que a favoreçam, não bastando apenas que as mesmas constem no programa”.

Humanização aparece na mesma frequência de duas vezes nas disciplinas do eixo da SF e no currículo, onde neste último aparece nos objetivos gerais do curso de medicina (PPC, p. 114). Apenas no 7º período o termo é explicitado, em estreita relação com os termos clínica ampliada e dilemas éticos, porém aqui também se pode perceber termos que apresentam relação com a humanização nas disciplinas dos demais períodos do eixo. Os alunos estão inseridos desde os períodos iniciais em uma Unidade de Saúde da Família própria da universidade, denominada Centro de Saúde Escola da Lapa, antigo PSF Lapa, mantendo contato com a comunidade desde o início do curso, vivenciando na prática o acolhimento, a ambiência, o processo de trabalho da equipe, enfim todos os atributos da APS.

Ao analisar o termo integralidade, o mesmo é encontrado em sete trechos do currículo e somente não aparece explicitamente na disciplina de SF 8, onde está subentendido na saúde dos trabalhadores da equipe de saúde. Em muitos momentos o termo que surge é integral.

O termo integralidade é bastante amplo, indo desde uma percepção conceitual, com perspectiva estrutural, de política pública até atividades desenvolvidas por alunos e professores nas unidades de saúde (DIAS *et al*, 2018).

Cuidado centrado na pessoa tem frequência baixa em ambos os documentos, porém ao analisar minuciosamente os mesmos percebemos uma valorização dessa habilidade. Pode-se citar como exemplo o item da página 43 do PPC cujo título é “Concepção Ampliada de Saúde”, que aborda os ciclos de vida e as transformações biopsicossociais.

Embora apareça explicitamente somente na disciplina do eixo da SF do 8º período, o termo promoção da saúde, assim como integralidade, é bem amplo e ao analisar minuciosamente as ementas pode-se observar em várias delas a presença de termos relacionados à essa característica da formação.

O pensamento crítico aparece em dois momentos no PPC e em nenhuma parte das ementas das disciplinas do eixo da SF, porém observa-se muitos trechos que remetem a esta ideia, o que será tratado mais à frente nesse estudo.

O trabalho em equipe aparece apenas duas vezes no currículo e uma vez nas disciplinas do eixo, porém vários termos remetem ao conceito do trabalho em equipe, pois o curso preconiza a inserção precoce do aluno nas atividades práticas em unidades de saúde.

Evidências científicas estão restritas às ementas do internato quando se analisa o eixo da SF, já no PPC o termo aparece apenas três vezes uma das quais na parte denominado “perfil do egresso”.

Educação continuada/permanente não aparece de forma explícita no eixo da SF mas surge em seis momentos do PPC, sendo que apenas em um deles é relacionada como permanente o que pode supor tratar-se de termos com sentido semelhante no documento.

Interdisciplinaridade é o 2º termo mais comum no PPC, já nas ementas da SF não aparece explicitamente, mas ao se analisar o documento percebe-se a presença e o estímulo a essa competência, conforme será abordado mais a frente nesse trabalho.

7. 1 Atenção à Saúde

A atenção à saúde está relacionada com o cuidado individual e coletivo, isto é, o desenvolvimento de competências para o atendimento da pessoa (história, exame físico, diagnóstico, plano terapêutico) que demanda envolvimento de todos os integrantes da equipe; e as atividades relacionadas a capacidade de identificar problemas comuns à comunidade através da análise de dados epidemiológicos, situações de vulnerabilidade e agravos mais prevalentes (BRASIL - DCN, 2014)

7. 1. 1 Ética

O ensino da ética deve perpassar todo o curso de medicina, de maneira transdisciplinar, contribuindo assim para a evolução moral do estudante, aproximando discentes e docentes em torno do tema, através do uso de metodologias ativas, onde o estudante protagoniza seu aprendizado, adquirindo raciocínio moral e crítico em relação às questões da vida real (AMORIM, 2013).

Ética foi o termo mais frequentemente encontrado em ambos os documentos tratados nesta análise.

Para fins ilustrativos extraiu-se das DCN de 2014 extraiu-se os seguintes trechos:

Art 12, item 1-a “estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis.”

Art 12, item 2-c “postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, a palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência.”

Art 12, item 3-c “informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis.”

O aluno deve ser capaz de desempenhar relação médico-paciente de modo eficaz, com ética; realizar o atendimento integral baseado nas melhores evidências disponíveis, sendo capaz de tomar decisão baseando-se nestas; conciliados os recursos disponíveis às necessidades da pessoa (DEMARZO *et al*, 2012).

Conforme observa-se durante a leitura do PPC:

O Projeto Pedagógico Institucional tem como foco o perfil humano de um profissional com competência técnica e política, com pensamentos humanísticos, capacitado para a compreensão dos principais temas, problemas, que o leve à análise e reflexão crítica da realidade social em que se insere (PPC UNESA, 2014, p. 11).

Observa-se na leitura desse documento – PPC, o valor que a universidade dá a formação através do respeito, da justiça, da integridade, baseados em atitudes éticas que favoreçam a formação de um profissional mais humanizado.

Encontra-se o termo “ética” explicitado nas ementas da SF I, III, IV, VI e VIII. No 7º período o termo aparece relacionado a uma disciplina: “Bioética aplicada a prática médica”. A

seguir alguns trechos onde pode-se observar essa ocorrência: “Introdução ao pensamento científico e ao modelo médico: **ética**, medicina e sociedade”; “Introdução a **ética** e saúde”; “Compreender a importância de elementos de **ética** médica e ciências sociais para adequada relação médico-paciente”; “**Ética** e família”; “**Ética** e meio ambiente”; “Questões **éticas**”; “**Ética** médica e comunicação em saúde ocupacional”.

Ainda se pode perceber o termo implicitamente em trechos que foram negritados das ementas sobretudo da SF II, III e IV:

- “[...] identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também **moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais**, nas relações entre saúde e doença.” (2º período)

- “Perceber que a categoria corpo envolve **codificações particulares a cada pessoa e grupo social.**” (2º período)

- “Compreender que a **relação estabelecida entre o usuário o paciente** e o médico interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico/tratamento dentro do modelo de atenção atual.” (3º período)

- “Identificar aspectos relacionados à percepção do usuário do sistema sobre a **relação entre suas necessidades de saúde e o perfil de oferta** e atenção dos serviços.” (4º período)

Atuar com ética em um país onde a saúde não é prioridade e não se tem boas condições sociais, sanitárias e epidemiológicas – onde se tem de optar por qual paciente utiliza o aparelho que salva vidas, realizar o atendimento e não dispor do melhor meio para o tratamento e a reabilitação, por exemplo – urge abordar estas questões desde a graduação para fortalecer o entendimento sobre o assunto e assim empoderar o egresso a não atuar sem as condições mínimas para o perfeito exercício da medicina.

Ressalta-se a existência de um código de ética médica para o estudante de medicina, de onde extraiu-se alguns princípios fundamentais:

I - O estudante de medicina deve estar a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, exercendo suas atividades sem discriminação de nenhuma natureza; III - A escolha pela medicina exige compromissos humanísticos e humanitários, com promoção e manutenção do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e da coletividade; VII - As atividades de graduação, baseadas em competências (conhecimentos, habilidades e atitude), têm por finalidade preparar integralmente o estudante de medicina para o futuro exercício da profissão médica. Essas atividades devem beneficiar o paciente, o estudante, a instituição de ensino e a sociedade, guardando respeito pelo ser humano (CFM, 2018, p. 13 e 14).

7. 1. 2 Humanização

A humanização é uma política implementada pelo Ministério da Saúde em 2003, como forma de valorizar as pessoas, os profissionais e os gestores para fortalecer o SUS, favorecendo atendimento de qualidade, agregando tecnologia, acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e boas condições de trabalho para os profissionais (Brasil, 2004).

Aparece de forma implícita nas ementas da SF I a IV, conforme pode-se observar nos trechos a seguir:

“Aproximar os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública, bem como da **realidade vivida pela população mais vulnerável**, no que se refere **aos riscos socioambientais**.” (1º período).


“[...] **moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio-culturais, nas relações entre saúde e doença**.” (1º período).

“**Respeitar** a diversidade nas noções sobre saúde e doença, entendendo o que significa **estar no lugar do outro, revendo preconceitos e pré-noções**” (2º período).

“Compreender que a **relação estabelecida entre o paciente e o médico** interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico/tratamento dentro do modelo de atenção atual.” (3º período).

“Identificar aspectos relacionados à **percepção do usuário do sistema** sobre a relação entre suas necessidades de saúde e o perfil de oferta e atenção dos serviços.” (4º período).

Muitas disciplinas buscam abordar o tema visando atender às exigências para a formação segundo as DCN. Entretanto para formar profissionais humanizados não é suficiente que constem nos currículos e planos de ensino termos relativos à humanização. É necessário capacitar o docente que ministra a disciplina, pois muitos deles não adquiriram conhecimento sobre o assunto em sua formação. (SILVA, 2017)

Não se distinguindo de outras escolas, percebe-se também nas ementas da SF da valorização dessa habilidade, pois os alunos estão inseridos desde os períodos iniciais em uma Unidade de Saúde da Família própria da universidade, o Centro de Saúde Escola  Lapa, mantendo contato com a comunidade desde o início do curso, vivenciando no dia a dia o acolhimento, a ambiência e o processo de trabalho da equipe, sendo capazes de adquirir competências relativas a esta habilidade preconizada nas DCN.

O aluno precisa adquirir a habilidade “humanização”, que o auxiliará no desenvolvimento de competências preconizadas pelas DCN de 2014, conforme pode-se identificar nos seguintes trechos do documento relacionados ao tema na questão da abordagem individual:

- Art 12, item I-d: *“utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sócio familiares, assegurando a privacidade e o conforto.”*

- Art 12, item I-e: *“favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado.”*

- Art 12, item II-b *“cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados.”*

- Art 12, item III-d *“estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis.”*

E na questão da **coletividade**:

Art 14, item I “acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento.”

Essas competências exigem do aluno a prática do acolhimento, em ambiente adequado, com abordagem centrada na pessoa, daí a relação com a humanização. A construção de vínculo, valorizando aspectos culturais, valorizando o diálogo com o outro. O ideal é que este aluno esteja inserido em serviço e participe dos processos que oportunizem o desempenho da habilidade adquirida ao longo de sua graduação.

O aluno inserido na unidade de saúde da família desde o início do curso terá maior chance de desenvolver competências relacionadas à humanização, pois conforme escreveram Silva e Moliani (2015) em seu artigo,

O profissional humanizado é aquele que conhece a realidade do local onde está trabalhando, que escuta e mantém um diálogo entre iguais com seus pacientes, orientando-os e traçando conjuntamente as melhores estratégias para a solução de uma determinada enfermidade ou buscando soluções para contornar os problemas que possam surgir com o tratamento (SILVA; MOLIANI, 2015, p. 303).

Através da reformulação curricular a universidade busca, dentre outras coisas, contemplar habilidades para o desempenho de competências fundamentais ao egresso, conforme pode-se observar no seguinte trecho de seu PPC:

Esta adequação curricular veio enriquecer e reforçar a filosofia de humanização da prática médica, adotada desde a criação do Curso já que a Medicina de Família, além de instrumento valioso na formação, é um dos caminhos possíveis no processo de aprimoramento das relações éticas e da empatia, entre as competências e habilidades na educação médica (PPC, 2014, p. 13)

7. 1. 3 Integralidade

A integralidade passou a ser um grande diferencial nas transformações da formação médica que sob o olhar da ESF pode propiciar a aquisição de competências para o seu desenvolvimento e o seu trabalho, devendo ser referenciada pelas evidências científicas e com uso racional das tecnologias. As práticas precisam estar voltadas para o cuidado com o indivíduo em suas mais variadas dimensões (BRASIL, 2004).

Analisando-se as ementas das disciplinas de SF pode-se perceber que o termo integralidade está contemplado em todos os 8 primeiros períodos, seja implícita ou explicitamente.

Makuch (2017) define integralidade como:

Estratégia para disponibilizar uma assistência à saúde ampliada, um conjunto de tendências cognitivas e políticas, um conjunto de conceitos referentes às políticas de âmbito preventivo e assistencial em todos os níveis de complexidade do sistema, polissêmica e exigindo competências e habilidades que permeiam o trabalho em equipe e a transdisciplinaridade do cuidado integral (MAKUCH, 2017, p. 520).

Nas ementas das disciplinas de SF pode-se perceber diferentes abordagens relacionadas à integralidade, desde abordagens conceituais, nos períodos iniciais, relacionados a este princípio do SUS, até uma visão integral do ser em seus diversos ciclos de vida, passando pelo conceito de Determinação Social em Saúde, isto é, a valorização do biopsicossocial,

desfavorecendo a visão reducionista muitas vezes presentes nos cursos de graduação em medicina.

Para Mattos (2004) a integralidade não se resume ao acesso a todos os níveis de atenção, já que todos eles devem utilizar a assistência e a prevenção, não cabendo esta última apenas ao nível primário. Não se trata apenas de possuir uma visão holística das pessoas, os profissionais devem atuar como sujeitos-parceiros na construção dos projetos pessoais para a abordagem de cada caso.

Indo ao encontro às ideias desse autor, percebemos no PPC do curso e nas ementas da SF alguns trechos que valorizam essa competência. Na missão do curso observamos um enfoque na integralidade enquanto nível de atenção e em relação aos DSS:

O Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá visa formar profissionais de alto nível técnico e com sólida base humanista, comprometidos com a integralidade das ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Esta formação leva em consideração as interações do indivíduo com seus familiares e seu ambiente histórico social, buscando atender, no contexto do Sistema Único de Saúde [...] (PPC UNESA, 2014, p. 27).

A seguir destaca-se os seguintes trechos extraídos das ementas da SF, onde pode-se perceber a presença da integralidade na maior parte da formação, abordada sob diversos aspectos, conforme nos apresenta Dias *et al* (2018) em seu artigo sobre as múltiplas dimensões da integralidade, desde conceitos até a experiência na atuação prática de alunos e professores. Para eles é essencial a discussão sobre o tema durante a formação.

Compreensão conceitual da integralidade:

- “Apresentar as bases de formação do sistema de saúde no país e a Estratégia Saúde da Família, na **perspectiva da integralidade**.” (1º período).

- “Conhecer as ações de **promoção, prevenção e recuperação da saúde** a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS.” (2º período).

Os trechos anteriores se referem aos dois períodos iniciais onde o aluno tem contato com os conceitos básicos e passa a entender integralidade como princípio doutrinário do SUS, de acordo com a Lei 8080 de 1990:

- “Aproximar os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública, bem como da **realidade vivida pela população mais vulnerável**, no que se refere aos

riscos socioambientais.” (1º período). O aluno deve perceber que a pessoa está inserida em um ambiente e que este influencia nas condições de vida da mesma.

- “Refletir sobre a prática médica dentro da **rede de saúde** considerando a regionalização e hierarquização do cenário de prática.” (3º período) – aqui é o conceito de rede que nos remete ao de integralidade do cuidado.

- “Propiciar ao estudante o contato com a organização das ações em uma unidade de atenção primária do município e suas **relações com os demais níveis.** (4º período)

Competências para utilizar a integralidade nos ciclos de vida:

- “Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a **atenção integral à saúde da criança e do adolescente.**” (5º período)

- “Analisar a infância e a adolescência como fases específicas do ciclo da vida através de suas características **biopsicossociais**, na perspectiva da **integralidade da atenção à saúde** e da promoção de ações com articulação intersetorial.” (5º período)

- “Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a **atenção integral à saúde da mulher.**” (6º período)

- “Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a **atenção integral à saúde do adulto e do idoso.**” (7º período)

- “Introdução ao processo de trabalho do PSF com base nas relações de cooperação, **que integralizam as ações** e complementam o processo de produção [...]” (8º período)

Nestes cinco últimos períodos atuando em alguma etapa do ciclo de vida, de forma a cumprir o atributo da longitudinalidade na APS, sempre de forma integral.

Desta forma, proporcionar ao estudante a capacidade de cuidado integral da saúde, é condição das mais importantes contidas nas DCN 2014. Convergindo com Demarzo *et al* (2012) que em seu artigo sobre as diretrizes para a formação na APS, cita que o graduando deve estar preparado para acolher a pessoa independente de sua queixa, praticando sempre a abordagem centrada na pessoa, de forma integral e resolutiva.

O estudante de medicina deve ter ciência de que esta habilidade não é exclusiva das disciplinas de saúde da família e compreender a importância de ela fazer parte de sua rotina em qualquer dos níveis de atenção à saúde onde atue, e independente de vir a exercer outra especialidade.

Na análise do PPC percebe-se a valorização da integralidade. O item “Missão do Curso” cita que “O Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá visa formar profissionais de alto nível técnico e com sólida base humanista, **compromissados com a integralidade das**

ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.” (PPC UNESA, 2014, p. 27). Traz também uma correlação com a concepção ampliada de saúde onde cita que o egresso deverá ser capaz de “reconhecer a necessidade da integralidade e continuidade do cuidado, e a sua responsabilidade neste processo (PPC UNESA, 2014, p. 43).”

7. 1. 4 Cuidado centrado na pessoa

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma abordagem que tem origem no Canadá e África do Sul e cujo reconhecimento da eficácia pode ser comprovado por qualquer profissional de saúde. Desenvolvido sob seis componentes, tem como objetivo orientar o profissional de saúde buscando a melhoria da relação médico-paciente. O MCCP aborda seis pontos tidos como essenciais para obtenção de sucesso na abordagem: explora a doença e a experiência em adoecer; entende a pessoa como um todo; elabora com ela um plano terapêutico; incorpora prevenção e promoção da saúde; fortalece a relação médico-pessoa, sendo realista (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). O MCCP influencia e recebe influência da família, comunidade; e não se isola do restante da equipe multiprofissional.

Apenas na SF II aparece explicitamente nas ementas o termo abordagem centrada na pessoa, porém a inserção precoce do aluno na unidade escola CSE Lapa propicia o treinamento e desenvolvimento dessa habilidade, indo ao encontro do que nos diz Barbosa e Ribeiro (2016): “A experiência atual tem mostrado que os estudantes reconhecem um impacto positivo da utilização do MCCP”.

Da disciplina de SF III extraiu-se o trecho: “Compreender que a **relação estabelecida entre o usuário, o paciente**, e o médico interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico / tratamento dentro do modelo de atenção atual”, ou seja através da metodologia centrada na pessoa, o indivíduo é empoderado e passa a possuir função ativa no plano terapêutico o que pode estreitar a relação médico x paciente e conseqüentemente o vínculo. Já na SF VII o seguinte trecho foi relacionado ao tema: “Analisar a fase específica do **ciclo da vida** do idoso através de suas **características biopsicossociais**, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial”, o que tem intrínseca relação com o cuidado centrado na pessoa.

7. 1. 5 Promoção da Saúde

A conferência sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá, no ano de 1986 aconteceu como forma de responder às demandas pelo surgimento de uma nova saúde pública. Ela define Promoção da Saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (OTTAWA, 1986).

Promover saúde é termo bem amplo porque engloba aspectos dependentes do serviço de saúde, mas também da pessoa, contribuindo para o controle social, ou seja, empoderando o usuário e favorecendo o exercício da cidadania.

Observa-se que nas DCN de 2014 o termo está relacionado à Atenção à Saúde, em seu artigo 5º itens I, que se refere ao acesso com universal e equânime como direito à cidadania e no item VIII, quando se refere à “promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde” (DCN, 2014).

O termo aparece explicitamente na ementa da disciplina da SF VIII: “Correlacionar o trabalho no PSF com as ações de **promoção da saúde** e prevenção de doenças ocupacionais”. Porém, conforme citado anteriormente, trata-se de termo amplo e encontrou-se em ementas de outras disciplinas da SF trechos relacionados ao mesmo. SF I, II, IV e VII, citados a seguir:

- “Construção do conceito de saúde”, que engloba a promoção da saúde. (1º período)
- “Conhecer as ações de **promoção, prevenção e recuperação da saúde** a partir da compreensão das principais **linhas de cuidado da atenção primária no SUS** identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também **moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.**” (2º período)
- “Conhecer as principais **linhas de cuidado da atenção primária no SUS e seus respectivos protocolos norteadores da assistência.**” (4º período)
- “Conhecer as principais **vulnerabilidades e situações de risco dos adultos e idosos**, dentro do contexto da realidade brasileira.” (7º período)

A promoção da saúde está intimamente relacionada à inserção do aluno no campo de estágio e ao cuidado integral da saúde a partir da prática da abordagem centrada na pessoa iniciada desde o início do curso na unidade escola. O aluno tem a possibilidade de a partir de uma postura ética, colocar em prática as competências até aqui analisadas, afinal percebe-se que todas apresentam integração entre si.

Concordamos com Giovanini (2018), que reafirma a importância de escolas médicas implicadas com o aprimoramento para atingir às premissas da Promoção da Saúde, formando profissionais médicos habilitados a atuarem de acordo com as necessidades da população, na busca de uma sociedade melhor e mais saudável.

Através do entendimento e execução das linhas de cuidado, os alunos têm a oportunidade de compreender os percursos a serem percorridos pelo usuário na rede de atenção à saúde local, integrando ações de promoção da saúde, através de abordagem integral e ética.

Ao analisarmos o PPC verificamos que o curso está contextualizado de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, referenciado no documento como “política social abrangente buscando atender à necessidade de melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento de nova racionalidade dos cuidados em saúde, tendo como forte modelo de estruturação a Estratégia Saúde da Família” (PPC UNESA, 2014).

7. 1. 6 Pensamento crítico

Do Art. 5º item III das DCN de 2014 extraiu-se o seguinte trecho: “observa qualidade na atenção à saúde, pautando seu **pensamento crítico**, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes”.

Para atingir o raciocínio clínico há duas condições primordiais: a observação e o conhecimento. O currículo promove aulas teóricas e em cenários de prática durante todo o curso. Assim há possibilidade de treinamento para desenvolvimento de tal competência, constante do PPC e das ementas das disciplinas da SF.

Conforme Carbogim *et al* (2017), “um pensador crítico possui como habilidades a capacidade de analisar, avaliar, refletir, organizar e, em seguida, intervir”. Isso vem ao encontro ao que analisamos nas ementas da SF e no PPC, pois os alunos apresentam o suporte necessário para colocar em prática tal habilidade, através do contato com os conceitos iniciais de saúde e

sociedade na SF I, no 1º período; com atividades de autorreflexão na SF III, no 3º período; através do aprendizado das principais mudanças e dificuldades da implantação e consolidação do SUS e dos impactos que isso ocasiona no sistema de saúde; da compreensão do processo de trabalho na ESF e das evoluções do setor de saúde brasileiro, que o levam a pensar uma nova forma de fazer saúde, utilizando todas as competências adquiridas ao longo do curso.

Embora não apareça explicitamente em nenhum momento na análise das disciplinas da SF, a seguir extraiu-se trechos com íntima relação ao tema.

- “Favorecer a **percepção do aluno em relação à medicina oficial** enquanto saber construído a partir da revolução científica e demonstrar as positivities e negatividades desta construção em relação à saúde e à sociedade”. (1º período)

- “Desenvolver habilidades de autorreflexão, de estabelecimento de metas e objetivos pessoais, com avaliação e orientação imediata após cada atividade, consideradas centrais para o desenvolvimento profissional”. (3º período)

- “Conhecer as principais vulnerabilidades e situações de risco do grupo populacional em foco, dentro do contexto da realidade brasileira. (5º período)

- “**Reconhecer as principais mudanças e dificuldades** que vem ocorrendo no processo de **implantação do SUS**”. (6º período)

- “**Reconhecer os impactos das mudanças no setor de saúde brasileiro** – público e privado – sobre a profissão médica e sobre a gestão e o dia a dia das unidades de saúde”. (6º período)

“**Compreender criticamente o processo de trabalho no PSF**, aproximando os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública dentro do PSF”. (8º período)

“**Discutir os impactos da evolução do setor saúde na profissão médica**. (8º período)

Todas essas estratégias estimulam o pensamento do aluno para a reflexão racional acerca do que ele deseja para sua formação. É através do pensamento crítico que o aluno deve adquirir a habilidade de reconhecer os problemas, refletir sobre as condições do mesmo e alcançar respostas.

Formar profissionais com pensamento crítico é também missão do curso, trabalhado pelo NDE (núcleo Docente Estruturante) e colegiado do curso, composto por docentes e discentes, e que buscam estratégias para promover ações que propiciem ambientes de aprendizado constante (PPC UNESA, 2014).”

7. 2 Gestão na Saúde (trabalho em equipe e evidências científicas)

Na Seção II, Art. 6 das DCN 2014 encontramos os itens relacionados com a gestão do cuidado. Ressaltamos os seguintes itens relacionados ao tema:

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos.”

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões.

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde (BRASIL, DCN, 2014, p. 3).

Os termos que apreciamos na seção citada se complementam, já que o trabalho em equipe gera a gestão do cuidado e nesta a tomada de decisões. Por isso optamos pela análise conjunta dos mesmos. O aluno acompanha o profissional na unidade de saúde, e à medida em que avança nos períodos do curso, passa a ter mais autonomia para a tomada de decisões, que deve ser pautada nas melhores evidências científicas disponíveis. Além de desempenhar o trabalho na equipe, participando de todas as ações da mesma ao longo do curso.

Para Brandão *et al* (2013), introduzir os discentes precocemente nas unidades do SUS colabora para que estes repensem o cuidado médico, pois o trabalho em equipe possibilita troca de saberes e experiências. Para os autores é importante “integrar o ensino teórico à prática, assim como desenvolver nos estudantes um olhar crítico para a saúde e fortalecer a relevância das políticas públicas, refletindo-se na formação de profissionais médicos com perfil para atuar no SUS”.

Indo ao encontro aos autores, a universidade preconiza a inserção precoce do estudante nos cenários de prática, principalmente no CSE-Lapa. A interação com os profissionais da equipe de saúde da família e com os usuários do SUS, proporciona aos alunos pôr em prática os conceitos teóricos aprendidos em sala de aula.

Embora o termo trabalho em equipe apareça explicitamente apenas na SF VIII e evidências científicas nas disciplinas do internato, observamos diante do que foi exposto

anteriormente que para estar inserido no ensino-serviço o aluno deva ser capaz de colocar em prática essas competências.

Para o trabalho em equipe, extraiu-se trechos das ementas da SF I, II, III, IV e VIII.

- “Conceitos e percepções sobre o **trabalho em equipe.**” (8º período)
- “Aproximar os alunos da **realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública [...]**” (1º período)
- “Identificando a natureza não somente científica e racional do **trabalho em saúde,** mas também moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.” (2º período)
- “Reconhecer a importância do **trabalho interdisciplinar,** com envolvimento de trabalhadores da saúde[...]” (2º período)
- “Desenvolver habilidades de autorreflexão, de estabelecimento de metas e objetivos pessoais, com avaliação e orientação imediata após cada atividade, consideradas centrais para o desenvolvimento profissional.” (3º período)
- “Fortalecer o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.” (4º período)

Já nos períodos iniciais o aluno tem contato com o conceito de trabalho em equipe. Vale ressaltar que durante todo o curso o trabalho em equipe é estimulado, sobretudo na disciplina de saúde da família. Desta interação, surge a necessidade de atuar com as evidências científicas.

Observamos nas DCN uma íntima relação com o uso de evidências científicas, já que nos dias atuais a boa prática profissional está pautada nas melhores evidências disponíveis, daí a importância do estímulo à educação continuada também relacionada nestes documentos no capítulo referente à educação em saúde, e que será abordada em momento oportuno.

Extraiu-se os seguintes trechos relacionados ao termo evidências científicas, que embora só apareçam nas ementas das disciplinas do internato, seu estímulo ocorre desde os períodos iniciais do curso, pois há a disciplina de seminário integrado, cujo objetivo é estimular a produção científica.

- “[...] na Atenção Primária em Saúde, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas [...]” (internato em saúde da família)

- **Discutir conceitos** de promoção, educação e prevenção no campo da saúde e desenvolver o **raciocínio crítico do aluno em relação à prática médica, suas potencialidades e fragilidades**, no contexto de uma sociedade com crescente **incorporação tecnológica**.

- **“Discutir o processo de medicalização da sociedade e de tecnologização da medicina.”** (1º período)

- “Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da **compreensão das principais linhas de cuidado** da atenção primária no SUS.” (2º período)

- “Obter uma história médica **aplicando habilidades específicas de entrevistas**, estabelecendo interação individual adequada, ouvindo e colhendo dados apuradamente.” (3º período)

- “Conhecer as principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS e seus **respectivos protocolos norteadores da assistência.**” (4º período)

- “Realizar **entrevistas e anamnese adaptada para crianças, seus responsáveis e adolescentes.**” (5º período)

- “Compreender as **necessidades de atenção à saúde do adulto e do idoso.**” (7º período)

- “Conhecer a **anamnese ocupacional**, articulando informações epidemiológicas ao **raciocínio clínico.**” (8º período)

A partir da SF V, no 5º período, o aluno passa a cursar concomitantemente as disciplinas de clínica médica, clínica cirúrgica, saúde da mulher e saúde da criança, colocando em prática no CSE-Lapa o aprendizado acumulado dessas outras disciplinas e com isso tendo a oportunidade de desenvolver a competência da medicina baseada nas melhores evidências científicas.

7. 3 Educação em e na Saúde

7. 3. 1 Interdisciplinaridade

Como sabemos, a saúde deve ser definida sob uma visão multidimensional, isto é, biopsicossocial. Assim as escolas médicas assumem a responsabilidade da interação entre o ambiente e a saúde. A interdisciplinaridade tem como objetivo a integração entre especialistas de diferentes áreas do conhecimento, com vistas a um projeto comum, recíproco e que promova o diálogo entre os atores envolvidos no processo (VELLOSO *et al.*, 2016).

2º e 4º períodos: “Reconhecer a importância do **trabalho interdisciplinar**, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMSDC, desenvolvendo a capacidade de **compartilhar conhecimentos**.”

5º período, SF V: “Analisar a infância e a adolescência como fases específicas do ciclo da vida através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações **com articulação intersetorial**.”

6º período, SF VI: “Conhecer os mecanismos de gestão compartilhada do SUS entre diferentes esferas de governo.”

7º período, SF VII: “Analisar a fase específica do ciclo da vida do idoso através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações **com articulação intersetorial**.”

Analisando as ementas, verificamos alguns trechos que mencionam a interdisciplinaridade, geralmente relacionada com ação intersetorial.

Conforme escrito anteriormente, além do eixo longitudinal da Saúde da Família, há também durante a formação outro eixo denominado Seminário Integrado, que busca favorecer a ocorrência da interdisciplinaridade, pois nele cada disciplina do período atua interagindo com as outras na troca de conhecimento. Conforme Velloso *et al* (2016) aqui também há uma aproximação de docentes e alunos, porém todos da área médica.

Para Santos *et al* (2015) “a formação para a interdisciplinaridade apresenta-se mais deficitária que a formação integral, sendo raras as atividades que abrangem a atuação interdisciplinar dos estudantes.” O estudo realizado pelos autores indicou falha na formação médica, sobretudo em relação às atividades de prática que contemplem integralidade e interdisciplinaridade.

Neste caso para confirmar o que foi dito por Santos (2015) poder-se-ia ter realizado entrevista com discentes e docentes o que não foi possível, devido ao prazo de apresentação da defesa e pelo fato de que ainda não há egresso do referido currículo.

7. 3. 2 Educação Continuada/Permanente

Educação Permanente em Saúde (EPS) pode corresponder segundo Ceccim (2005) a educação continuada em alguns momentos e em outros a educação em serviço. O autor destaca que esta deva ser uma atividade relacionada com a experimentação e o pensamento, destituindo modelos e vivenciando a realidade, valorizando mudanças nas realidades das ações e dos serviços de saúde. Fragmentar o ensino não colabora para a EPS, daí sua intrínseca relação de dependência com a interdisciplinaridade.

Para Freire (2002), é importante também a formação permanente dos docentes, pois é na prática onde ocorre o melhor momento para refletir sobre o processo de ensino e aprendizagem. “Quanto mais me assumo como estou sendo e percebo a ou as razões de ser, de porque estou sendo assim, mais me torno capaz de mudar, de promover-me [...]” (FREIRE, 2002).

Embora não apareça explicitamente em nenhuma ementa das disciplinas da SF, extraiu-se trechos das mesmas que remetem ao tema.

- “Desenvolver a habilidade de comunicação entre os alunos, os profissionais de saúde e a comunidade.” (1º período)

- “Desenvolver atividades de **educação em saúde** e interação com usuários da unidade, através de atividades interativas como salas de espera, grupos de pacientes; visitas domiciliares.” (2º período)

- “Reconhecer a importância do **trabalho interdisciplinar**, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMSDC, desenvolvendo a capacidade de **compartilhar conhecimentos**.” (2º período)

- “**Desenvolver habilidades de autorreflexão**, de estabelecimento de metas e objetivos pessoais, com avaliação e orientação imediata após cada atividade, consideradas centrais para o desenvolvimento profissional.” (3º período) – já no 3º período o aluno é estimulado a auto refletir sobre seu processo de formação, embora na maior parte das vezes os docentes não consigam dar conta do feedback imediato.

- “Propiciar ao estudante o **contato com a organização das linhas de cuidado em uma unidade de atenção primária** do município e suas relações com os demais níveis.” (4º período)

- “Fortalecer o reconhecimento da importância do **trabalho interdisciplinar**, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de **compartilhar conhecimentos.**” (4º período)

- “Compreender criticamente o processo de trabalho no PSF, **aproximando os alunos da realidade vivida pelos profissionais** na área da saúde pública dentro do PSF.” (8º período)

CECCIM (2005) propõe quatro elementos como forma de analisar a EPS, que para fins didáticos, foram destacados no quadro 3 e que são denominados pelo autor como “Quadrilátero da Formação”.

Quadro 3: Aspectos da Educação Permanente em Saúde

ELEMENTOS ANALISADORES	ANÁLISE
Educação dos profissionais de saúde	Mudança de visão puramente biológica para outra construtivista, que estimule a produção de conhecimento e onde o professor deixa de ser o centro
Práticas de atenção à saúde	Práticas que valorizem a humanização do cuidado e a integralidade, incluindo as pessoas na construção do plano terapêutico
Práticas de gestão setorial	Fortalecer as redes de atenção à saúde e valorizar a opinião do usuário
Organização social	Atuar junto aos movimentos sociais, atento à necessidade da população

Fonte: adaptado de CECCIM (2005)

O internato, fase em que o aluno realiza estágio supervisionado com treino em serviço em unidades de Saúde da Família, hospitais, serviços de urgência e emergência conveniados com a universidade, ocorre nos 2 últimos anos do curso, totalizando 35,6% da carga horária do curso. É uma etapa obrigatória que compreende treinamento em serviço e trata-se de identificamos aqui uma excelente oportunidade para o treinamento do trabalho em equipe bem como da educação permanente em saúde.

Nesta etapa do curso os internos também participam de atividades no Laboratório de Habilidades e Simulação, voltadas para o desenvolvimento de competências em Emergências Clínicas e Procedimentos Cirúrgicos.

7. 4 PPC do curso de Medicina

O curso de Medicina da UNESA tem seu currículo estruturado conforme as DCN de 2014, embora a universidade possua a tradição de valorizar uma formação humanizada, objetivando egressos com perfil generalista desde sua criação em 1997. Valorando uma atuação com enfoque biopsicossocial, através da integração de ciências humanas e sociais ao curso, o curso propicia ao aluno atuação teórico-prática que facilitam a aquisição de habilidades e competências necessárias à atuação no sistema de saúde (PPC, 2014).

O PPC do curso contempla o currículo do mesmo, conforme dito anteriormente e está organizado de acordo com quatro princípios: flexibilização, interdisciplinaridade, ação-reflexão-ação e contextualização.

Curriculum é uma palavra originada do latim e significa “curso, caminho”, que atualmente deixou de ser um conjunto de disciplinas que formam um curso de qualquer nível e passou a ter domínio na escola inteira, na relação docente-discente. Apple (1989) afirma que currículo é poder, é ideologia e é cultura. Seu principal objetivo é a produção de conhecimento, visando à aprendizagem, e afirma ainda que o currículo permite a organização de tempos e espaços.

Para Young (2014), a teoria do currículo se aplica a qualquer instituição de ensino, contendo o currículo educacional o melhor conhecimento que tivermos, já que este é o objetivo principal da teoria do currículo. Para o autor “o currículo é o conceito mais importante que emergiu do campo dos estudos educacionais” e pode ser compreendido como o “conhecimento dos poderosos”, um enigma de conhecimentos especiais.

Para Silva (2010) “o currículo tem significados que vão muito além daqueles aos quais as teorias tradicionais nos confinaram. Ele é lugar, espaço, território. É relação de poder. O currículo é trajetória, viagem, percurso. É autobiografia, é nossa vida”.

A Flexibilização, relacionadas com as atividades extracurriculares, tem como objetivo:

A ampliação das experiências científicas, socioculturais e profissionais dos alunos e propiciam uma melhor compreensão das relações existentes entre a prática social e o trabalho acadêmico, a integração da teoria com a prática, a integração universidade/sociedade, orientando os alunos para a solução de problemas enfrentados na atuação profissional e no contexto local (PPC UNESA, 2014, 44).

Ferreira *et al* (2016) chama a atenção para a influência das atividades extracurriculares na evolução de habilidades técnicas, sociais e humanísticas pelos estudantes de medicina. E a relaciona com o conceito de currículo paralelo, alertando para o risco das mesmas para o desempenho acadêmico, já que estas podem engrandecer sua atuação para complementar por exemplo o curriculum lattes, comprometendo o currículo formal.

Outra definição sobre o tema é a de “currículo oculto”, que significa em linhas gerais, os conteúdos que acontecem nas salas e ambientes de ensino, sem estarem escritos ou planejados, isto é, não estão presentes nas ementas das disciplinas durante o curso. É o aspecto velado do processo de educação (FONSECA; PINTO, 2017).

Velloso *et al* (2016) concluem em sua pesquisa que ações interdisciplinares provocam maior interação entre professores e alunos, além de aproximar o saber do senso-comum ao saber técnico-científico, possibilitando melhor clareza da relação entre o conhecimento aprendido em sala de aula com a vida cotidiana, ampliando o conhecimento.

Mesmo nos primórdios do curso, a saúde da família sempre esteve presente, já que este campo da medicina é o que mais se aproxima da abordagem generalista. Uma mudança mais significativa se deu no ano de 2014 quando a Universidade concretizou o currículo cuja construção teve início em 2012 e que objetivava a criação de um Currículo Nacional, prevendo a criação de outros cursos de Medicina através de convênio com o Programa Mais Médicos. Neste currículo ocorre a introdução dos eixos transversais de Saúde da Família e de Seminário Integrado, sendo o principal objetivo deste último o estímulo à produção científica de forma interdisciplinar. O currículo ‘414’ busca aprimorar os anteriores sem prejuízos em carga horária ou em cenários de prática.

Em janeiro de 2018, a Universidade altera mais uma vez o currículo do curso de Medicina, criando o atual Currículo 118, mais modernizado, com introdução de disciplinas eletivas (práticas integrativas em saúde, saúde indígena e cuidados médicos em radiopatias), além de tempos híbridos, que facilitam as metodologias ativas.

Muitas escolas desejam realizar mudanças em seus modelos de ensino, mas tendem a permanecer no ensino tradicional, com roteiro unificado para todos, focando menos nas

competências adquiridas que nos conteúdos ensinados. O aprendizado pode tornar-se muito mais interessante se houver uma combinação de aprendizagem ativa e híbrida. Segundo Moran:

A aprendizagem ativa dá ênfase ao papel protagonista do aluno, ao seu envolvimento direto, participativo e reflexivo em todas as etapas do processo, experimentando, desenhando, criando, com orientação do professor; a aprendizagem híbrida destaca a flexibilidade, a mistura e compartilhamento de espaços, tempos, atividades, materiais, técnicas e tecnologias que compõem esse processo ativo (MORAN, 2017, p. 1).

No currículo do curso, encontramos como disciplina optativa “Tópicos em libras: surdez e inclusão”. Indo ao encontro do que consta nas DCN 2014, Seção 1, Art. 5, item VII: “comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais [...]” (DCN, 2014), podemos inferir que a universidade oportuniza o aprendizado de linguagem acessível para proporcionar ao aluno a garantia de participação na inclusão das pessoas com limitação da audição. Como proposta para prosseguir a pesquisa, orientamos a realização de entrevista com os alunos para inquirir sobre o interesse na referida disciplina.

O curso também oferece as seguintes disciplinas eletivas: aperfeiçoamento da linguagem, inglês médico, dissecação, sociologia/humanidades médicas, pesquisa clínica, administração de serviços clínico-hospitalares, terapia intensiva, genética clínica, uso racional de medicamentos, medicina de viagem e doenças emergentes e cuidados paliativos.

Também é necessário que o aluno cumpra 80 horas de Atividades Acadêmicas Complementares, ou seja participação em congressos, palestras, iniciação científica, atividades de extensão oficinas etc.

Tais atividades vão ao encontro do pensamento de Ferreira *et al* (2016), que traz o conceito de currículo paralelo, conforme citado anteriormente neste trabalho. Além disso podem contribuir para diminuir a ocorrência do currículo oculto, conforme nos orientam (FONSECA; PINTO (2017).

Encontramos na página 66 do PPC o seguinte excerto, que vai ao encontro do preconizado pelas DCN 2014, e requer mais incentivos, por sabidos benefícios a todos os participantes:

É estimulado pela Coordenação do Curso o desenvolvimento de atividades integradas com a Pós-Graduação *stricto sensu*, que é o Mestrado Profissional em Saúde da Família, seja através das monitorias ou seja através dos projetos de iniciação científica, quando o orientador da pesquisa é docente que atua nesses dois cursos ou docente em processo de formação no Mestrado (PPC UNESA, 2014, p. 66).

As DCN 2014 em sua seção III, Art. VII, item VI, recomendam que a instituição deve possibilitar aos estudantes e professores ampliar o aprendizado através da participação em pesquisas e trabalhos não só na própria universidade, mas através de intercâmbio com outras universidades.

Sobre a **avaliação** no curso, conforme preconizado nas DCN 2014 em sua Seção III, Art. 32:

Art. 32: O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido (BRASIL, 2014, p. 6).

O currículo do curso faz referência em seu capítulo 16 denominado “sistema de avaliação da aprendizagem” à avaliação do aluno como um dos principais pilares do processo de ensino/aprendizagem, que deve orientar e aprimorar a estrutura curricular da universidade, continua e regularmente, possibilitando ajustes e mudanças no PPC.

A avaliação do processo ensino/aprendizagem, como é entendida pelo Curso de Medicina, implica necessariamente na construção do conhecimento, na elaboração de formas de pensar e relacionar os conteúdos de ensino (fazer inferências, generalizações, comparações, análises, sínteses, etc.). Além disso, questiona o progresso entre o potencial dos alunos, no momento da sua chegada ao curso e o alcançado através da relação com a instituição, e no desenvolvimento das competências e habilidades, necessárias à formação do médico (PPC UNESA, 2014, p. 40).

Os critérios de avaliação orientam para o acompanhamento do processo de aprendizagem discente, através de avaliações formativas. Cada disciplina utiliza seu próprio critério que constam em seus manuais atualizados que são disponibilizados on-line aos alunos no início de cada semestre letivo e existem vários cenários de ensino nos diversos períodos do curso. “A avaliação das competências e habilidades é realizada através da observação dos desempenhos em cada atividade proposta, sendo abordadas em um grau crescente de complexidade, ao longo do curso” (PPC UNESA, 2014).

Reuniões regulares com os docentes, onde discutem-se experiências vivenciadas dentro e fora da universidade, propiciam a cooperação arrojada e experiente destes membros no aperfeiçoamento de ações para melhoria da qualidade do curso.

As avaliações utilizadas na universidade atendem às 3 finalidades a que se propõem: avaliação diagnóstica, avaliação formativa e avaliação somativa, conforme quadro sinóptico no apêndice 4.

A avaliação diagnóstica busca identificar pré-requisitos trazidos pelos estudantes (conhecimento, competências e habilidades) através de Pré-teste; ficha de observação, por exemplo. A avaliação formativa objetiva identificar o progresso do aluno quanto às competências e habilidades, permitindo a continuidade ou o redimensionamento do processo, por exemplo através de ficha de avaliação, de auto avaliação, exercícios, caderno de habilidades, documento de avaliação do internato. A somativa busca avaliar os alunos de acordo com o desempenho apresentado, dentro de um contexto classificatório, através de a avaliação teórica integrada, avaliação teórico-prática, avaliação teórico-prática integrada, avaliação prática.

Bracciali e Oliveira (2012), descrevem o modelo de avaliação em uma universidade privada do interior de São Paulo, onde ao final do ano letivo todo estudante é avaliado formalmente através do “Exercício de Avaliação Prática Profissional (EAPP)” (BRACCIALLI; OLIVEIRA, 2012), cuja característica é diagnóstica, formativa e somativa. Apesar de realizarem a metodologia há muitos anos, fragilidades aparecem sobretudo na questão do despegar-se da avaliação tradicional, embora seja o Eapp um espaço privilegiado no curso.

A avaliação também é uma questão a ser repensada no eixo de saúde da família em nossa universidade. Apesar de tentar-se metodologias variadas, não há consenso, e em muitos momentos a avaliação é realizada de forma quase amadora e semi-institucionalizada, embora a avaliação recente do curso pelo MEC tenha sido satisfatória (BRASIL, 2019).

8 CONCLUSÃO

Diante da análise realizada conclui-se que o currículo '414' atende às DCN 2014, e tanto o PPC quanto as ementas das disciplinas do eixo da SF utilizam as DCN como norteadores de sua construção. A universidade busca constantemente a readequação do currículo da faculdade de medicina, assim já realizou cinco alterações curriculares, sendo a última em 2018.

O curso sobre o qual se trata esse estudo apresenta um perfil similar ao das referidas diretrizes desde sua criação na década de 1990, onde se busca formar um profissional humanizado, que possua uma visão integral e geral do ser, entendendo-o como alguém inserido em um meio que pode cooperar positiva ou negativamente para seu estado de saúde.

Embora muito semelhante ao preconizado nas DCN, observa-se nos programas das disciplinas do eixo Saúde da Família do curso a ausência de uma abordagem à população masculina, já que após o 4º período, cada disciplina da SF passa a ter enfoque na abordagem de determinada população. No 7º período há na ementa o termo “adulto”, onde pode-se incluir também as mulheres, cuja abordagem é feita no 6º período. Questiona-se o porquê de não substituir o termo por “saúde do homem”, população reconhecidamente vulnerável a muitas questões como por exemplo a violência. Uma questão complexa e talvez meramente didática, pois o eixo trata a questão da integralidade do cuidado e não se deve priorizar grupos etários.

Um desafio do eixo Saúde da Família é a questão da avaliação preconizada sob a égide das DCN 2014 sobre 3 vertentes: habilidades, atitudes e competências. A competência pode ser avaliada através da habilidade com o conhecimento do aluno e a atitude é avaliada nas atividades do dia-a-dia, ou seja, da inserção ensino-serviço. E é nestes últimos que está a grande questão a ser aprimorada. Apesar de se estar sempre pensando novas estratégias de avaliação, não é tarefa fácil diante da relação aluno/professor que se tem na universidade.

Os critérios de avaliação das disciplinas da SF ainda são muito discutidos. Cada disciplina do eixo constrói sua forma de avaliar o aluno dentro do período em que atua, porém, o PPC preconiza em seu artigo 69 que “a avaliação é realizada nos muitos cenários de ensino/aprendizagem, em todos os períodos do curso. Os critérios de avaliação de cada disciplina constam do Plano de Ensino, disponível a todos no início de cada semestre letivo.” Porém, concordando com Silva (2013), não conseguimos observar um critério explícito para avaliar a tomada de decisão pelos discentes.

Assuntos importantes como a tomada de decisão na prática clínica e o pensamento médico têm sido pouco abordados no ensino da medicina, sendo enxergados como simplórios. No entanto é importante que o médico tenha autoconsciência de sua prática, reconhecendo suas falhas e ofertando um serviço de maior qualidade às pessoas (SILVA, 2013).

Poderia ser estimulada a criação de um portfólio, método onde através do registro de suas atividades, de suas visitas, de textos produzidos, de materiais de pesquisa por ele preparado, o aluno é estimulado à autorreflexão e autocrítica diante de suas atitudes e avaliado pelo professor que deve oferecer retorno o mais breve possível, continuamente ao longo do curso” (FERRAZ, 2016).

A universidade estimula através de EaD a capacitação para os docentes, porém não há um processo contínuo de formação e não é garantido que todos os docentes estejam engajados no processo.

É preciso estimular a capacitação dos docentes no uso de metodologias ativas a fim de que estes consigam contribuir para a utilização das mesmas e a melhoria no processo avaliativo, em uma perspectiva da educação permanente (CECCIM, 2005).

No estudo realizado por Ferraz *et al* (2016), o mesmo concluiu que: “[...] a inexperiência dos professores com a metodologia ativa e com utilização do portfólio contribuiu para que houvesse uma orientação heterogênea para os alunos desde o primeiro ano do curso de medicina, criando uma certa rejeição ao processo avaliativo[...]”.

Outro desafio que só é contemplado no internato é a interdisciplinaridade. Apesar da universidade contribuir para uma formação voltada a atender às demandas do SUS, pois valoriza o modelo de formação longitudinal em unidade de saúde vinculada ao município, observa-se um déficit na questão dessa competência, que pode ser compreendida e exercitada na prática em serviço, e em nosso caso não ocorre nos momentos teóricos onde apenas estudantes de medicina participam das atividades. Ter alunos de outras áreas que não a área médica seria algo de grande valia para a formação dos alunos, por qualificar questões não específicas da área médica de forma intersetorial.

Para Oliveira *et al* (2011), os profissionais devem saber analisar em que situação ocorre a integração interdisciplinar.

A interdisciplinaridade deve ser entendida como um processo em construção; uma postura profissional que envolve capacidade de cooperação, respeito à diversidade, abertura para o outro, vontade de colaboração, diálogo, humildade e ousadia. Não é

algo que se aprende somente em sala de aula, pois está inerente ao íntimo de cada profissional. A saúde é uma área essencialmente interdisciplinar, já que é referente ao ser humano e às suas multifaces (OLIVEIRA *et al*, 2011, p. 33).

Para Santos *et al* (2015), é necessário integrar teoria e prática, ofertar capacitação aos docentes, motivando-os a participar de atividades conjuntas em uma concepção interdisciplinar, com diversidade nos ambientes práticos nos diversos níveis de atenção à saúde.

Pode-se inferir que a universidade trabalha para que o egresso adquira a competência em integralidade do cuidado, pois insere o aluno a partir do 1º período na atividade prática favorecida pela integração ensino-serviço, para além de um centro de saúde-escola, mesmo este inserido em uma rede regionalizada da Prefeitura.

Não é nosso objetivo formar um egresso especializado em Saúde da Família, mas um profissional generalista, que consiga olhar a pessoa de forma integral, com ética e humanidade. A relação com muitos colegas caminhou para melhor após a integração, na participação de avaliações integradas, onde todos devem compartilhar da mesma prova cada um avaliando seu conteúdo. Neste sentido ainda há o que se conquistar, pois nem sempre é fácil integrar disciplinas, sobretudo para aquelas de ordem predominantemente biológica.

Por fim, destaca-se Demarzo *et al* (2012):

O ensino na APS deve estar presente longitudinalmente ao longo do curso, de preferência com inserções significativas (de aprendizado real e a partir do trabalho), mas que, sobretudo, deva fazer parte do núcleo do ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico (DEMARZO, 2012, p. 147).

Assim, docentes que atuem no eixo da Saúde da Família devem ser profissionais inseridos no contexto dessa disciplina, com formação específica, colaborando através do exercício prático de suas aulas teóricas e sobretudo nas atividades de integração ensino-serviço para a formação de egressos conforme preconizado pelas DCN 2014, afinal parafraseando Confúcio: “a palavra convence, mas o exemplo arrasta”. Que possamos ser exemplos para nossos alunos, através do exercício cotidiano da humildade e da autorreflexão de nossas atitudes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. **Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard?** Interface (Botucatu), Botucatu, 2001, v. 5, n. 8, p.161-166 <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000100020>

AGUIAR, Zenaide Neto *et al.* **SUS: Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ed. São Paulo: Martinari, 2015. 272p

ALBUQUERQUE, Verônica Santos *et al.* **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, Sept. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos Anos de Ensino Médico no Brasil.** 2007. 207f. Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/arquivos/duzentos_anos_de_ensino_medico_no_brasil.pdf

AMORIM, Karla Patrícia Cardoso; ARAUJO, Elkanah Marinho de. **Formação ética e humana no curso de medicina da UFRN: uma análise crítica.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 138-148. Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000100020>.

APPLE, Michael. Currículo e poder. **Educação e realidade**, v. 14, n. 2, p. 46-57, 1989.

BARBOSA, MS; RIBEIRO, MMF. **O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde.** Ver. Med Minas Gerais 2016; 26 (Supl. 8): S216-S222.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. **Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas.** J. Hum. Growth Dev. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 março 2019. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.

BRANDAO, Edermeson Roque Malheiro; ROCHA, Saulo Vasconcelos; SILVA, Sylvia Sardinha da. **Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica.** Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 573-577, Dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400013>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário oficial da União 1996; 23 dez.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CONAES nº 1 de 17 de junho de 2010. **Normatiza o núcleo Docente Estruturante e dá outras providências**. Disponível em: http://www.ceuma.br/cpa/downloads/Resolucao_1_2010.pdf. Acesso em: 23. Mar.2019

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4 de 07 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário oficial da união, 03/10/2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina**. Rev. Saúde Pública. 2002, vol.36, n.3, pp.375-378. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000300019>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde**. Brasília, DF, 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2004. 299p.b

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde. Diário oficial da união 2008; 27 ago.**

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações**. Brasília: MS; 2009

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 36 p.

BRASIL. Presidência da República (BR). Lei 12.871, de 22 de Outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos**, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013

BRASIL. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Brasília, DF, set 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1, 8-11

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p

BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. **Desafios na formação médica: a contribuição da avaliação**. Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 280-288, June, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 23 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000400018>.

BRANDAO, Edermeson Roque Malheiro; ROCHA, Saulo Vasconcelos; SILVA, Sylvia Sardinha da. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 573-577, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400013>.

BREHMER, Laura Cavalcante de Farias, RAMOS, Flávia Regina Souza. **Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa**. Rev. Eletrônica Enfermagem. Goiás. Jan-Mar 2014; 16(1):228-37

BRIANI, M. C. **História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da faculdade de ciências médica da UNICAMP**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

BUARQUE, David Costa. **Análise do ensino sobre saúde do idoso em um curso de medicina**. 2017. 91 f. (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina,

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.

BURSZTYNL, Ivani. **Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva?** Cadernos ABEM • Volume 11 • Outubro 2015. Rio de Janeiro, RJ. p. 7

CAETANO, Joselany Áfio *et al.* **Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde.** Cogitare Enfermagem. Out-Dez 2009; 14(4):638-44.
<http://www.redalyc.org/html/4836/483648977008/>

CAMARA, Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações.** Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>

CAMPEDELLI-LOPES, Andréa Maria; BICUDO, Angélica Maria; ANTONIO, Maria Ângela R. de Góes M. **A Evolução do Interesse do Estudante de Medicina a respeito da Atenção Primária no Decorrer da Graduação.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 621-626, Dec. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00732015>.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. **Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 259-264, Apr. 2009

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>

CARBOGIM, Fábio da Costa, *et al.* **Teaching critical thinking skills through problem based learning.** Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 26, n. 4, e1180017, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e1180017.pdf

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180017>

CARLINI, R. **Implantação da disciplina de atenção básica à saúde no curso de medicina da Universidade Federal do Paraná: aspectos psicossociais e educativos.** 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.

http://www.ppge.ufpr.br/teses/M10_Ricardo%20Carlini.pdf

CARPES, Adriana Dornelles *et al.* **A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.

CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986

http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

CECCIM, R.B. 2005. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface Comunic, Saúde, Educ 9(16):161-168.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética do estudante de medicina.** Brasília, DF: CFM, 2018. 52 p.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva *et al.* **Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-148, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100020>.

DIAS, Matheus Martins de Sousa *et al.* **A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: o Estado da Questão.** Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 42, n. 4, p. 123-133, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400123&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 08 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180094>.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* **O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas.** Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 21 n. 9, p. 2652, set. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016>

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Morosini MVGC, organizador. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-67, 2007.**

FEUERWERKER, Laura. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, Aug. 1998. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>.

FERRAZ, A.O., *et al.* **O portfólio como instrumento de autoavaliação crítico reflexiva na perspectiva dos alunos de um curso de medicina.** IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education, 2016; 1(1): 23-31. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/ijhe.2016.001>. Acesso em: 18 May 2019

FERREIRA, IG, *et al.* **Atividades extracurriculares e formação médica: diversidade e flexibilidade curricular.** Interdisciplinary Journal of Health Education. 2016 Ago-Dez; 1(2):114-124. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.022>

FONSECA, Luís Eduardo Gauterio; PINTO, Fernanda de Campos. **O currículo oculto e sua importância na formação cognitiva e social do aluno.** Projeção e Docência, volume 8, número 1, ano 2017. Brasília, DF. p. 59 <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao3/article/view/862/0>

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FUZIKAWA, Alberto Kazuo. **O método clínico centrado na pessoa-um resumo.** 12p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>. Acesso em 05 May 2019

GARCIA, Maria Alice Amorim *et al.* **A interdisciplinaridade necessária à educação médica.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-155, Aug.2007 <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200005>

GIOVANNINI, Patricia E. *et al.*, **Promoção da Saúde em Campos de Estágio para a Formação Médica**. Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 42, n. 1, p. 181-189, Jan 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000100181&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 May 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170063>.

GONZALEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. **Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares**. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>

KOIFMAN, Lilian. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense**. Hist. cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-69, June 2001.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000200003.p.68-69>

KOIFMAN, Lilian; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. **A experiência da pesquisa EnsinaSUS**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 161-172, June 2007.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000100008>

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas**. Gazeta Médica da Bahia, Salvador BA, n. 78, p. 31-37, jan. 2008.

Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/255>. Acesso em: 16 maio 2018.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2ed. São Paulo: HUCITEC - ABEM, 2009.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 2, n. 3, p. 87-106, Aug.1998

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000200007>

LUZ, Madel T. **Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática**. Saude soc., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, June 2009.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>

MACHADO MH, *et al.* **Tendências do mercado do trabalho em saúde no Brasil**. In: Pierantoni CR, Dal Poz M, França T, organizadores. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas* Rio de Janeiro: Cepesc; 2011. p. 103-16.

MACIEL, L. S. B.; SHIGUNOV NETO, A. **A educação brasileira no período pombalino: uma análise histórica das reformas pombalinas do ensino**. Educação. Pesquisa, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 465-476, Dec. 2006.

MATTOS, Ruben Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

MARTINS, Carlos Benedito. **A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil.** Educ. Soc., Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, Apr.2009
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302009000100002>

MAKUCH, Débora Maria Vargas; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. A integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde: uma Revisão Sistemática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 4, p. 515-524, Dec. 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400515&lng=en&nrm=iso Acesso em 24 Mai 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20170031>.

MORAES, Bibiana Arantes; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. **Análise documental de currículos da área da saúde no Brasil.** In: 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 2015, Aracaju. Investigação Qualitativa na Saúde. Aracaju: Universidade de Tiradentes, 2015. v. 1. p. 224-228. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/52/50> Acesso em: 24 Mai 2019

MORAN, José. **Metodologias ativas e modelos híbridos na educação.** In: YAEGASHI, S. (Org.). Novas Tecnologias digitais: reflexões sobre mediação, aprendizagem e desenvolvimento. Curitiba: CRV, 2017, p.23-35.

MOURÃO, Lúcia Cardoso. **O professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares.** 2006. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, SP.

NEVES, Nedy M.B.C; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G.V. **O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações.** Gazeta Médica da Bahia, Salvador BA, v. 2, n. 139, p. 1-221, dez. 2005.

Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/362>. Acesso em: 16 maio 2018.

NOGUEIRA, Maria Inês. **A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico.** Physis, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 909-930, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300909&lng=en&nrm=iso>. access on 27 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300013>.

OLIVEIRA, Elizabeth Regina Araújo de *et al.* **Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2011; 13(4): 28-34.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de *et al.* **Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, Sept. 2008
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300008>

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008
<https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS. Rio de Janeiro.** Ed. FioCruz. 2009. 148p

PINHEIRO, Roseni; **Integralidade em saúde.** In: PEREIRA, Isabel Brasil. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 255-262.

PIPITONE, M. A. P; CARNEIRO, E. A. **Análise do Projeto Pedagógico de um Curso de Ciências Biológicas Face às Diretrizes Curriculares Nacionais.** Revista de ensino, educação e ciências humanas, v. 18, p. 285-292, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/324742391>. Acesso: 20 Mai 2019.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 11-19 p.

REZENDE, VLM, *et al.* **Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde.** Interface (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e170896 <https://doi.org/10.1590/Interface.170896>

RODRIGUES, M.A. **Integração docente-assistencial: abordagem conceitual.** Rev. Esc. Enf. USP. v. 27, n.1, p.15-24, abr. 1993.

SANTOS, Renata Newman Leite Cardoso dos *et al.* **Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de Estudantes de Medicina.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 378-387, Sept.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300378&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02412014>.

SCHULTZ, Lidiane Ferreira. A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho. 2007.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade: Uma Introdução às Teorias de Currículo.** 3^o Edição. Editora Autêntica. 2010. Disponível em: <https://sites.google.com/site/teoriasdecurriculo/home/livro>. Acesso em: 28 Mai 2019.

SORATTO, Jacks *et al.* **Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto Contexto.** Enfermagem, abr-jun 2015, 24(2) <http://www.index-f.com/textocontexto/2015/24584.php>

SOUZA, Jaqueline *et al.* **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental.** Rev. Baiana Enferm.2011;25(2):221-8 <https://doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5252>

TURATO, Edgberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa.** 3. ed. São Paulo: Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina**. Rio de Janeiro, 2014.

VASCONCELOS, Rafaela Noronha de Carvalho; RUIZ, Erasmo Miessa. **Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 630-638, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000400630&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Mar 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e02772014>.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 1591-1600, 2013. June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 20 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600011>.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de *et al.* **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 2007. Tese de Doutorado.

WONCA EUROPE. **A definição europeia de medicina geral e familiar** [Internet]. Barcelona: OMS Europa; 2002 [capturado em 28 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>.

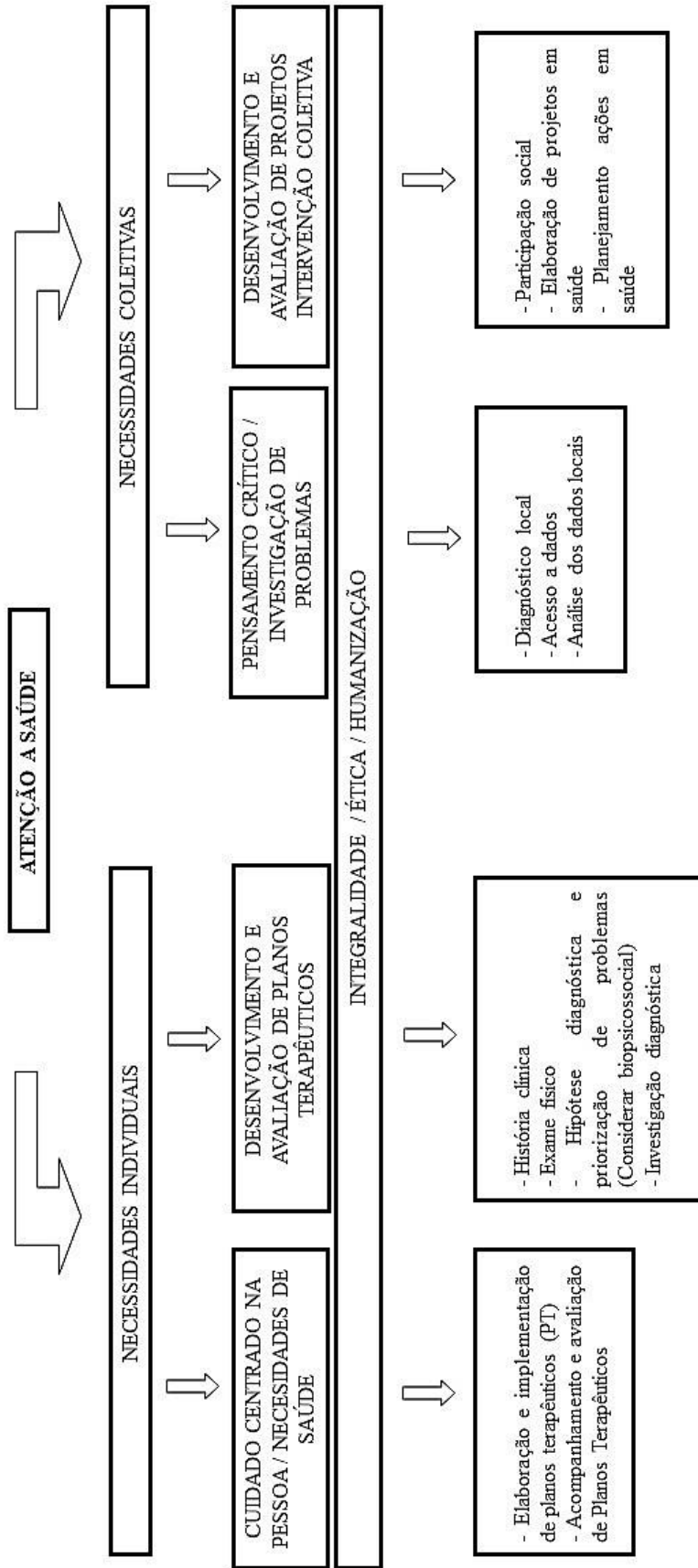
SILVA, Guilherme Almeida Rosa da. **O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte**. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):75-9 <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3393.pdf> acesso: 10/05/19

SILVA, L. A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. **Ensino médico e humanização: Análise a partir dos currículos de cursos de medicina**. Psicologia Argumento (2015) - 33(8), 298-309. doi: [https:// dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06](https://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06)

VELLOSO, Marta Pimenta e cols. **Interdisciplinaridade e formação na área da saúde coletiva**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 257-271, março de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100257&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00097>.

VIEIRA, Swheelen de Paula *et al.* **A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 189-207, Set 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500189&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s113>.

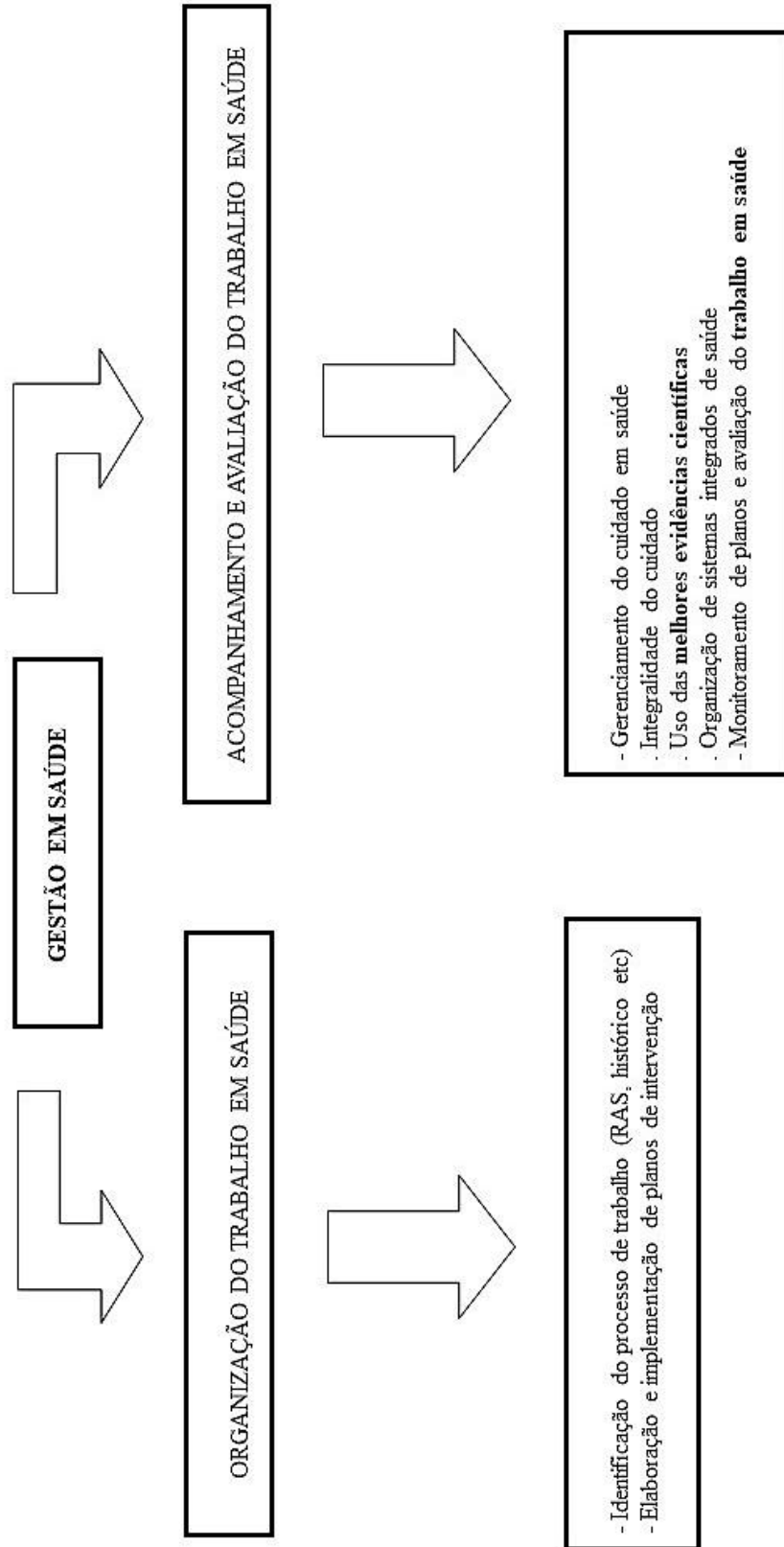
FLUXOGRAMA DESCRITOR INICIAL SEGUNDO AS DCN 2014



Fonte: Elaborado pelo próprio, 2019

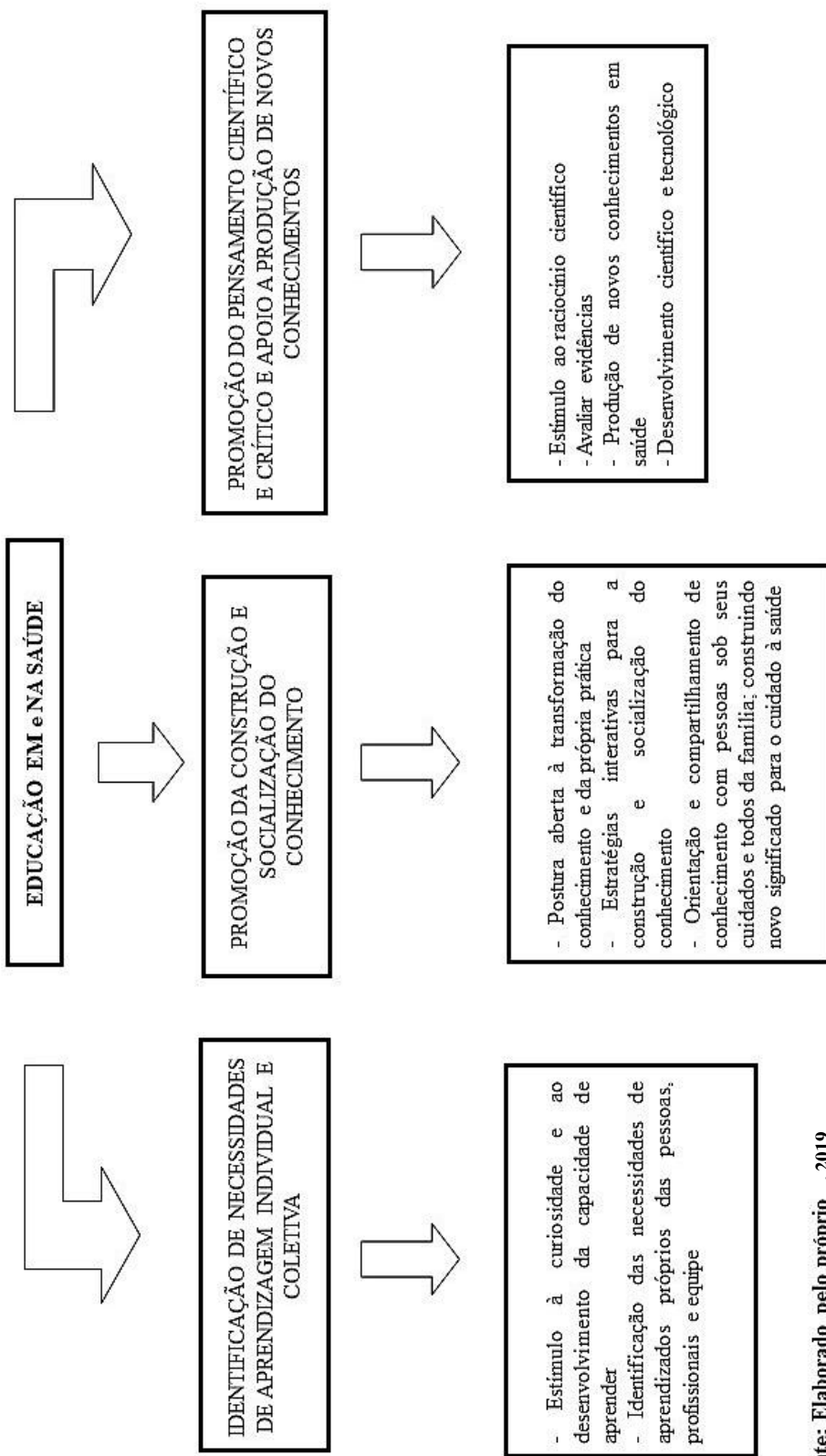
Apêndice 1-B

FLUXOGRAMA DESCRITOR INICIAL SEGUNDO AS DCN 2014



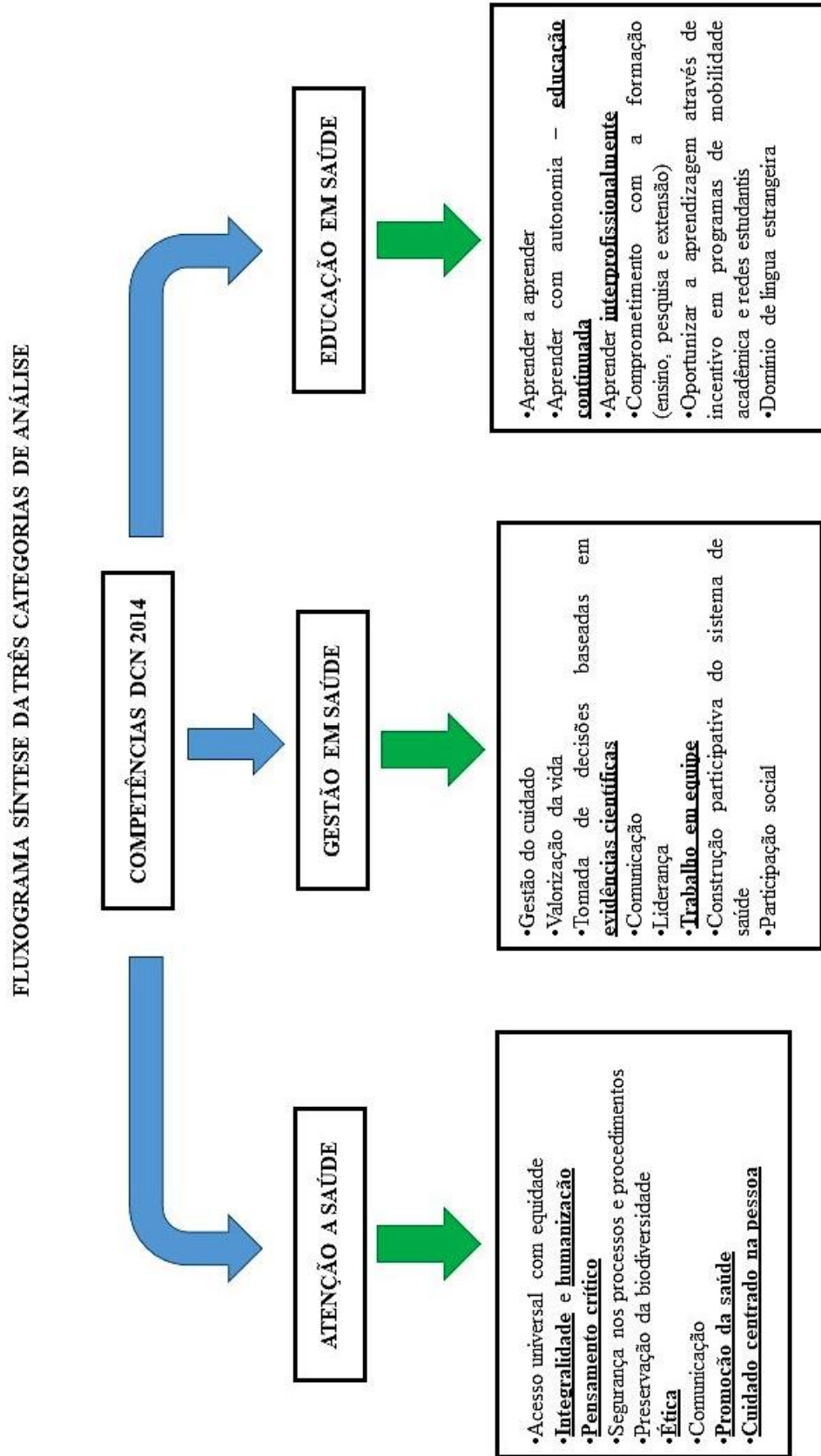
Fonte: Elaborado pelo próprio , 2019

FLUXOGRAMA DESCRITOR INICIAL SEGUNDO AS DCN 2014



Fonte: Elaborado pelo próprio, 2019

Apêndice 2



Fonte: Elaborado pelo próprio

APÊNDICE 3-A: ANÁLISE REALIZADA NAS EMENTAS DAS DISCIPLINAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA - ATENÇÃO A SAÚDE

Período	Trechos dos textos	SUBCATEGORIA
1	Apresentar as bases de formação do sistema de saúde no país e a Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da integralidade.	Integralidade
1	Aproximar os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública, bem como da realidade vivida pela população mais vulnerável, no que se refere aos riscos socioambientais.	Humanização
1	Aproximar os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública, bem como da realidade vivida pela população mais vulnerável, no que se refere aos riscos socioambientais.	Integralidade
1	Construção do Conceito de Saúde	Promoção da Saúde
1	Favorecer a percepção do aluno em relação à medicina oficial enquanto "saber construído" a partir da revolução científica e demonstrar as positivities e negatividades desta construção em relação à saúde e à sociedade.	Pensamento Crítico
2	Atenção integral à saúde e cuidado centrado na pessoa	Cuidado centrado na pessoa
2	Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS, identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.	Integralidade
2	Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS, identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.	Promoção da Saúde
1	Introdução ao pensamento científico e ao modelo médico: ética, medicina e sociedade.	Ética
1	Introdução à ética em saúde.	Ética
2	Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS, identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.	Ética
2	Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS, identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.	Humanização
2	Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS.	Integralidade
2	Respeitar a diversidade nas noções sobre saúde e doença, entendendo o que significa estar no lugar do outro, revendo preconceitos e pré-concepções.	Ética
2	Respeitar a diversidade nas noções sobre saúde e doença, entendendo o que significa estar no lugar do outro, revendo preconceitos e pré-concepções.	Humanização
2	Perceber que a categoria corpo envolve codificações particulares a cada pessoa e grupo social.	Ética
2	Perceber que a categoria corpo envolve codificações particulares a cada pessoa e grupo social.	Humanização
3	Compreender que a relação estabelecida entre o usuário e o paciente e o médico interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico/tratamento dentro do modelo de atenção atual.	Ética
3	Compreender que a relação estabelecida entre o usuário e o paciente e o médico interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico/tratamento dentro do modelo de atenção atual.	Cuidado centrado na pessoa
3	Compreender que a relação estabelecida entre o usuário e o paciente e o médico interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico/tratamento dentro do modelo de atenção atual.	Humanização
3	Compreender a importância de elementos de ética médica e ciências sociais para adequada relação médico-paciente.	Ética
3	Desenvolver habilidades de auto-reflexão, de estabelecimento de metas e objetivos pessoais, com avaliação e orientação imediata após cada atividade, consideradas centrais para o desenvolvimento profissional.	Pensamento Crítico
3	Conceitos básicos de modelo de atenção à saúde.	Promoção da Saúde
3	Conhecer conceitos de atenção básica, de média e alta complexidade e suas interseções na perspectiva da integralidade	Integralidade

Período	Trechos dos textos	SUBCATEGORIA
3	Integralidade	Integralidade
4	Conhecer as principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS e seus respectivos protocolos norteadores da assistência	Promoção da Saúde
4	Conhecer as principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS e seus respectivos protocolos norteadores da assistência	Integralidade
3	Ética e família	Ética
4	Ética e meio ambiente	Ética
4	Identificar aspectos relacionados à percepção do usuário do sistema sobre a relação entre suas necessidades de saúde e o perfil de oferta e atenção dos serviços.	Ética
4	Identificar aspectos relacionados à percepção do usuário do sistema sobre a relação entre suas necessidades de saúde e o perfil de oferta e atenção dos serviços.	Humanização
4	Propiciar ao estudante o contato com a organização dessas ações em uma unidade de atenção primária do município e suas relações com os demais níveis.	Integralidade
5	Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a atenção integral à saúde da criança e do adolescente.	Integralidade
5	Analisar a infância e a adolescência como fases específicas do ciclo da vida através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial.	Integralidade
5	Conhecer as principais vulnerabilidades e situações de risco do grupo populacional em foco, dentro do contexto da realidade brasileira	Pensamento crítico
5	A saúde e sua promoção e prevenção neste grupo populacional	Promoção da Saúde
6	Reconhecer as principais mudanças e dificuldades que vem ocorrendo no processo de implantação do SUS.	Pensamento Crítico
6	Reconhecer os impactos das mudanças no setor de saúde brasileiro – público e privado – sobre a profissão médica e sobre a gestão e o dia a dia das unidades de saúde.	Pensamento Crítico
6	Atenção integral à saúde da mulher	Promoção da Saúde
6	Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a atenção integral à saúde da mulher.	Integralidade
7	Conhecer as principais vulnerabilidades e situações de risco do grupo populacional em foco, dentro do contexto da realidade brasileira.	Promoção da Saúde
7	Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a atenção integral à saúde do adulto e do idoso.	Integralidade
7	Analisar a fase específica do ciclo da vida do idoso através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial.	Cuidado centrado na pessoa
7	Analisar a fase específica do ciclo da vida do idoso através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial.	Integralidade
8	Compreender criticamente o processo de trabalho no PSF, aproximando os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública dentro do PSF.	Pensamento Crítico
8	Discutir os impactos da evolução do setor saúde na profissão médica.	Pensamento Crítico
8	Correlacionar o Trabalho no PSF com as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ocupacionais.	Promoção da Saúde
6	Questões éticas	Ética
7	Bioética aplicada a ética médica	Ética
8	Ética médica e comunicação em saúde ocupacional	Ética
7	Clínica ampliada e humanização	Humanização
7	Humanização - dilemas éticos	Humanização

APÊNDICE 3-B: ANÁLISE REALIZADA NAS AMENTAS DAS DISCIPLINAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA – GESTÃO DA SAÚDE

Período	Trechos dos textos	Subcategoria
1	Discutir conceitos de promoção, educação e prevenção no campo da saúde e desenvolver o raciocínio crítico do aluno em relação à prática médica, suas potencialidades e fragilidades, no contexto de uma sociedade com crescente incorporação tecnológica.	Evidências científicas
1	Discutir o processo de medicalização da sociedade e de tecnologização da medicina.	Evidências científicas
1	Aproximar os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública [...]	Trabalho em equipe
2	Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS,	Evidências científicas
2	Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS, identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.	Trabalho em equipe
2	Propiciar ao estudante o contato com a organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em uma unidade de atenção primária do município e suas relações com os demais níveis.	Trabalho em equipe
2	Desenvolver atividades de educação em saúde e interação com usuários da unidade, através de atividades interativas como salas de espera, grupos de pacientes, visitas domiciliares.	Trabalho em equipe
2	Reconhecer a importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMSDC, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.	Trabalho em equipe
3	Compreender que a relação estabelecida entre o usuário/paciente e o médico interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico/tratamento dentro do modelo de atenção atual.	Evidências científicas
3	Obter uma história médica aplicando habilidades específicas de entrevistas, estabelecendo interação individual adequada, ouvindo e coletando dados apuradamente.	Evidências científicas
3	Desenvolver habilidades de autorreflexão, de estabelecimento de metas e objetivos pessoais, com avaliação e orientação imediata após cada atividade, consideradas centrais para o desenvolvimento profissional.	Trabalho em equipe
4	Fortalecer o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.	Trabalho em equipe
4	Conhecer as principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS e seus respectivos protocolos norteadores da assistência	Evidências científicas
5	Realizar entrevistas e anamnese adaptada para crianças, seus responsáveis e adolescentes.	Evidências científicas
7	Compreender as necessidades de atenção à saúde do adulto e do idoso	Evidências científicas
8	Conhecer a anamnese ocupacional, articulando informações epidemiológicas ao raciocínio clínico.	Evidências científicas
8	Conhecer a lógica da organização e divisão do trabalho nas equipes do PSF.	Trabalho em equipe
8	Compreender criticamente o processo de trabalho no PSF, aproximando os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública dentro do PSF.	Trabalho em equipe
8	Conceitos e percepções sobre o trabalho em equipe	Trabalho em equipe
int	[...] na Atenção Primária em Saúde, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas [...]	Evidências científicas
int	Clinica Médica, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas [...]	Evidências científicas
int	Neonatologia e Pediatria, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseado em evidências científicas [...]	Evidências científicas
int	Atenção à Saúde da Mulher, Assistência Pré-Natal e ao Parto com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas [...]	Evidências científicas
int	Cirurgia Geral ou Especialidades Cirúrgicas, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas [...]	Evidências científicas

APÊNDICE 3-C: ANÁLISE REALIZADA NAS EMENTAS DAS DISCIPLINAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA – EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Período	EDUCAÇÃO NA SAÚDE	Subcategoria
	Trechos dos textos	
1	Desenvolver a habilidade de comunicação entre os alunos, os profissionais de saúde e a comunidade;	Educação continuada
2	Desenvolver atividades de educação em saúde e interação com usuários da unidade, através de atividades interativas como salas de espera, grupos de pacientes, visitas domiciliares.IV	Educação continuada
2	Reconhecer a importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMSDC, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.	Interdisciplinaridade
2	Reconhecer a importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMSDC, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.	Educação continuada/permanente
3	Desenvolver habilidades de autorreflexão, de estabelecimento de metas e objetivos pessoais, com avaliação e orientação imediata após cada atividade, consideradas centrais para o desenvolvimento profissional.	Educação continuada/permanente
4	Propiciar ao estudante o contato com a organização das linhas de cuidado em uma unidade de atenção primária do município e suas relações com os demais níveis	Educação continuada/permanente
4	Fortalecer o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos	Educação continuada/permanente
4	Fortalecer o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos	Interdisciplinaridade
4	Conhecer as principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS e seus respectivos protocolos norteadores da assistência.	Educação continuada
4	Fortalecer o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.	Educação continuada/permanente
4	Fortalecer o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.	Interdisciplinaridade
5	Analisar a infância e a adolescência como fases específicas do ciclo da vida através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial.	Interdisciplinaridade
6	Conhecer os mecanismos de gestão compartilhada do SUS entre diferentes esferas de governo;	Interdisciplinaridade
7	Analisar a fase específica do ciclo da vida do idoso através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial.	Interdisciplinaridade
8	Compreender criticamente o processo de trabalho no PSF, aproximando os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública dentro do PSF.	Educação continuada/permanente

Apêndice 3 – Tipos de Avaliação

TIPO DE AVALIAÇÃO	FINALIDADE	EXEMPLOS
Diagnóstica	Identificar pré-requisitos trazidos pelos estudantes (conhecimento, competências e habilidades)	Pré-teste; ficha de observação
Formativa	Identificar o progresso do aluno quanto às competências e habilidades, permitindo a continuidade ou o redimensionamento do processo.	Ficha de Avaliação; Auto Avaliação; Exercícios; Caderno de Habilidades, Documento de avaliação do Internato.
Somativa	Avaliar os alunos de acordo com o desempenho apresentado, dentro de um contexto classificatório.	Avaliação Teórica Integrada; Avaliação Teórico-Prática; Avaliação Teórico-Prática Integrada; Avaliação Prática

Fonte: o próprio, 2019 (extraído do PPC 2014).

**Anexo A – Ementas das disciplinas do eixo da saúde da família do 1º ao 8º períodos, e
internato**



UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE MEDICINA

ESTRUTURA CURRICULAR

EMENTAS

1º PERÍODO
SAÚDE DA FAMÍLIA I
 BIOMORFOLOGIA
 SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I
 AMBIENTE E SAÚDE
 ORIENTAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA
SEMINÁRIO INTEGRADO I
 BASES MOLECULARES DOS SISTEMAS ORGÂNICOS

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA I

EMENTA

Introdução ao pensamento científico e ao modelo médico, ética, medicina e sociedade.

Conceitos sobre promoção, educação e prevenção (e seus níveis) no campo da saúde, considerando os fatores determinantes do processo saúde doença, a história natural das doenças e as desigualdades sociais. Introdução à Estratégia Saúde da Família e seu território sanitário. Visita domiciliar

OBJETIVO GERAL

Discutir conceitos de promoção, educação e prevenção no campo da saúde e desenvolver o raciocínio crítico do aluno em relação à prática médica, suas potencialidades e fragilidades, no contexto de uma sociedade com crescente incorporação tecnológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Favorecer a percepção do aluno em relação à medicina oficial enquanto "saber construído" a partir da revolução científica e demonstrar as positivities e negatividades desta construção em relação à saúde e à sociedade.

Discutir o processo de medicalização da sociedade e de tecnologização da medicina.

Favorecer a vivência prática de aspectos relativos à saúde-doença e seus determinantes;

Apresentar as bases de formação do sistema de saúde no país e a Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da integralidade.

Aproximar os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública, bem como da realidade vivida pela população mais vulnerável, no que se refere aos riscos socioambientais;

Desenvolver a habilidade de comunicação entre os alunos, os profissionais de saúde e a comunidade.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 - A medicina, a ciência e a saúde.

1.1 Construção do Conceito de Saúde. Processo Saúde-Doença

1.2 A ciência e o conhecimento da vida. Ciência e Conhecimento humano

1.3 Bases filosóficas para uma prática médica integrativa. A ciência e a doença.

Unidade 2 - Promoção e prevenção no campo da saúde

2.1 Fatores determinantes do processo saúde doença

2.2 História Natural da Doença

2.3 Níveis de prevenção em saúde

2.4 Promoção de saúde e intersetorialidade

2.5 Atenção Integral à Saúde

Unidade 3 - Introdução à Saúde da Família

3.1 Introdução ao conceito de sistema de saúde

3.2 Atenção à saúde centrada na pessoa e integrada ao contexto de ambiente e família

3.3 Visita Domiciliar

3.4 Comunicação e saúde

Unidade 4 - Introdução à ética em saúde

4.1 Medicalização da sociedade e tecnologização da medicina

4.2 A equipe de saúde

4.3 Processos relacionais do médico

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: FU, 2008.

LOPES, Marta Julia Marques; PAIXÃO, Dilmar Xavier da. **Saúde da família: histórias, práticas e caminhos**. UFRGS, 2007

ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2012.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- CANGUILHEM, Georges. **Normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: FU, 2011
- MEDRONHO, Roberto A. (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- PAIM, JS. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Bahia: Edufba, 2006
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006
- VICTORA, César G.; BARROS, Fernando C.; VAUGHAN, J. Patrick. **Epidemiologia da desigualdade**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

2º PERÍODO
EPIDEMIOLOGIA I
SAÚDE DA FAMÍLIA II
SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS II
IMUNOLOGIA MÉDICA
MICROBIOLOGIA MÉDICA
SEMINÁRIO INTEGRADO II

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA II**EMENTA**

Fortalecimento dos conceitos de promoção, educação prevenção e recuperação da saúde através das principais linhas de cuidado, integrados à perspectiva das relações humanas que se estabelecem nos processos de trabalho em saúde. Contextualização dos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, considerando-se prioritariamente os atributos da atenção primária, nos territórios de atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Primária.

OBJETIVO GERAL

Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS, Identificando a natureza não somente científica e racional do trabalho em saúde, mas também moral e humanística, favorecendo debates sobre as dimensões psicológicas, históricas e sócio culturais, nas relações entre saúde e doença.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão das principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS.

Propiciar ao estudante o contato com a organização dessas ações em uma unidade de atenção primária do município e suas relações com os demais níveis.

Desenvolver atividades de educação em saúde e interação com usuários da unidade, através de atividades interativas como salas de espera, grupos de pacientes; visitas domiciliares

Reconhecer a importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMSDC, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.

Respeitar a diversidade nas noções sobre saúde e doença, entendendo o que significa estar no lugar do outro, revendo preconceitos e pré-noções.

Perceber que a categoria corpo envolve codificações particulares a cada pessoa e grupo social.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 - A construção histórica, sócio cultural da saúde

1.1 Saúde e doença: o normal e o patológico

1.2 Cultura, antropologia e medicina

1.3 Atenção integral à saúde e cuidado centrado na pessoa

1.4 Mitos e preconceitos em relação à saúde e a doença

1.5 A morte e seus significados

Unidade 2 - Atenção Primária à Saúde e Linhas de Cuidado

2.1 Organização dos níveis de atenção no sistema de saúde

2.2 Linhas de cuidados e atenção integral à saúde

2.3 Vigilância em Saúde no território

2.4 Vulnerabilidades em pessoas e grupos sociais. Diferenças e desigualdades.

Unidade 3 - O olhar para grupos específicos

3.1 Mulher, saúde e sociedade

- 3.2 Infância e Adolescência: riscos, saúde e vida.
- 3.3 Envelhecimento, saúde e sociedade
- 3.4 O homem, a paternidade e suas necessidades em saúde
- 3.5 Saúde, etnias e culturas.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- ROCHA, Everardo P. Guimarães. *Que é etnocentrismo*. São Paulo: Brasiliense, 2011.
- RODRIGUES, Paulo Henrique Almeida. *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- LARAIA, Roque de Barros. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002-2009.
- RODRIGUES, José Carlos. *Corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- RODRIGUES, José Carlos. *Corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, c1981.
- BADINTER, Elisabeth. *Amor conquistado: o mito do amor materno*. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Introdução à epidemiologia*. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MEDRONHO, Roberto A. (Ed.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2012.

3º PERÍODO

PSICOLOGIA MÉDICA I

SAÚDE DA FAMÍLIA III

SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS III

ANATOMIA PATOLÓGICA

PARASITOLOGIA MÉDICA

SEMINÁRIO INTEGRADO III

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA III

EMENTA

Técnicas e habilidades de comunicação. Introdução à entrevista médica, dentro do contexto social e familiar do indivíduo. Obtenção da história social, familiar, história da doença atual, história patológica pregressa na perspectiva da medicina de família e estratégia de saúde da família. Conceitos básicos de modelo de atenção à saúde.

OBJETIVO GERAL

Conhecer diferentes formas de se relacionar com os pacientes e a perspectiva do usuário do sistema de saúde sobre suas condições de vida e saúde. Conhecer conceitos de atenção básica, de média e alta complexidade e suas interseções na perspectiva da integralidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender que a relação estabelecida entre o usuário o paciente e o médico interfere diretamente no cuidado e no sucesso terapêutico/tratamento dentro do modelo de atenção atual.

Obter uma história médica aplicando habilidades específicas de entrevistas, estabelecendo interação individual adequada, ouvindo e colhendo dados apuradamente.

Compreender a importância de elementos de ética médica e ciências sociais para adequada relação médico-paciente.

Desenvolver habilidades de autorreflexão, de estabelecimento de metas e objetivos pessoais, com avaliação e orientação imediata após cada atividade, consideradas centrais para o desenvolvimento profissional.

Refletir sobre a prática médica dentro da rede de saúde considerando a regionalização e hierarquização do cenário de prática.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 – Visão geral da anamnese como prática médica

1.1 Apresentação da estrutura e propósitos da anamnese:

1.1 Processo de entrevista

1.2 Sequência da anamnese

Unidade 2 – Anamnese abrangente

- 2.1 Dados de identificação, confiabilidade, queixa ou queixas principais
- 2.2 Doença atual, história patológica progressiva, história familiar, história pessoal e social
- 2.3 Registro de dados

Unidade 3 – Técnicas da habilidade da anamnese

- 3.1 Escuta ativa
- 3.2 Capacidade de adaptar as perguntas
- 3.3 Comunicação não verbal
- 3.4 Facilitação
- 3.5 Respostas empáticas
- 3.6 Validação
- 3.7 Tranquilização.

Unidade 4 – Considerações éticas

- 4.1 Tipos de médicos
- 4.2 Tipos de paciente
- 4.3 Relações e correlações com a saúde da família e do modelo de atenção.
- 4.4 ética e família

Unidade 5 – Modelo de atenção à saúde

- 5.1 Acolhimento em saúde
- 5.2 Redes
- 5.3 Regionalização
- 5.4 Hierarquização
- 5.5 Integralidade

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

BICKLEY, Lynn S; Szilagyi, Peter G. BATES: PROPEDÊUTICA MÉDICA. 10ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

PORTO, Celmo Celeno. SEMIOLOGIA MÉDICA. 6ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2009.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

RODRIGUES, Paulo Henrique Almeida. Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

4º PERÍODO

PROPEDÊUTICA MÉDICA

IMAGENOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA II

SAÚDE DA FAMÍLIA IV

FISIOPATOLOGIA

SEMINÁRIO INTEGRADO IV

PSICOLOGIA MÉDICA II

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA IV

EMENTA

Fortalecimento dos conceitos aos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, considerando-se prioritariamente os atributos da atenção primária, nos territórios de atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Primária e suas Linhas de Cuidados. Controle Social. Vigilância em saúde. Ética e meio ambiente.

OBJETIVO GERAL

Conhecer os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde no Brasil, com base na regulação a partir das linhas de cuidado da atenção primária, sua integração aos diferentes níveis de atenção, a percepção do usuário do sistema sobre necessidades e serviços de saúde e aspectos vinculados à vigilância em saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer os documentos e normas do Sistema Único de Saúde, a partir de sua formulação no contexto da Reforma Sanitária até a implementação de políticas públicas recentes.

Conhecer as principais linhas de cuidado da atenção primária no SUS e seus respectivos protocolos norteadores da assistência.

Propiciar ao estudante o contato com a organização dessas ações em uma unidade de atenção primária do município e suas relações com os demais níveis.

Fortalecer o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, com envolvimento de trabalhadores da saúde da SMS, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.

Identificar aspectos relacionados à percepção do usuário do sistema sobre a relação entre suas necessidades de saúde e o perfil de oferta e atenção dos serviços.

Conhecer a vigilância em saúde com suas subdivisões em vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 - Antecedentes histórico políticos e a construção do SUS

1.1 Políticas públicas de saúde anteriores ao SUS

1.2 Reforma Sanitária no país

1.3 Lei Orgânica da Saúde

1.4 Regulação formal no SUS

Unidade 2 - Atenção Primária à Saúde e Linhas de Cuidado

2.1 Organização dos níveis de atenção no sistema de saúde

2.2 Linhas de cuidados e atenção integral à saúde

2.3 Gestão da Clínica na Atenção Primária

Unidade 3 - O usuário do serviço e o controle social

3.1 Gestão participativa na saúde

3.2 Mecanismos de controle social na saúde

3.3 A percepção do usuário sobre os serviços e o sistema de saúde

Unidade 4 - Vigilância em saúde

4.1 Conceito

4.2 Vigilância sanitária

4.3 Vigilância epidemiológica

4.4 Vigilância ambiental

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

BICKLEY, Lynn S; Szilagyi, Peter G. BATES: **PROPEDÊUTICA MÉDICA**. 10ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2010.

PORTO, Celmo Celeno. **SEMILOGIA MÉDICA**. 6ª ed. Guanabara Koogan,. Rio de Janeiro, 2009.

HARRISON'S. **PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE**. 18ª ed. Mc Graw Hill. 2011.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

LÓPEZ, Mário; MEDEIROS, José de Laurentys. **SEMILOGIA MÉDICA: AS BASES DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO**. 5. ed. Revinter. Rio de Janeiro, 2004.

ROCCO,R. **SEMILOGIA MÉDICA**. 1ª ed. Editora Elsevier. Rio de Janeiro, 2010

SEIDEL, Henry M. *et al.* **MOSBY: GUIA DE EXAMWE FÍSICO**. 6 ed. Elsevier. Rio de Janeiro, 2007.

CECIL **TRATADO DE MEDICINA INTERNA**. 23 ed. 2009

LOPPES, Antonio Carlos *et al.* **TRATADO DE CLINICA MEDICA**. 2 ed. Ed Rocca, 2009

5º PERÍODO
SEMINÁRIO INTEGRADO V
SAÚDE DA FAMÍLIA V
CLÍNICA MÉDICA I
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE I
FARMACOLOGIA MÉDICA I

SAÚDE DA MULHER I CLÍNICA CIRÚRGICA I

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA V

EMENTA

A criança e o adolescente brasileiros, aspectos familiares e biopsicossociais. A saúde e sua promoção e prevenção neste grupo populacional. A perspectiva do cuidado, segundo os problemas identificados nas famílias e indivíduos em questão.

OBJETIVO GERAL

Atuar em atenção primária à saúde na perspectiva do cuidado, segundo os problemas identificados nas famílias e indivíduos em questão, orientados pela regulação do SUS, com destaque para a linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança e do adolescente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a atenção integral à saúde da criança e do adolescente.

Conhecer os principais agravos à saúde de crianças e adolescentes. Aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos diferenciais, prevenção e processo terapêutico.

Discutir os fatores intervenientes no processo saúde/doença do indivíduo, da família e da comunidade, na ótica da cidadania.

Compreender as necessidades de atenção à saúde da população de crianças e de adolescentes.

Conhecer as principais vulnerabilidades e situações de risco do grupo populacional em foco, dentro do contexto da realidade brasileira.

Reconhecer o indivíduo nas suas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento, do período perinatal à adolescência (0 a 20 anos).

Analisar a infância e a adolescência como fases específicas do ciclo da vida através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial.

Realizar entrevistas e anamnese adaptada para crianças, seus responsáveis e adolescentes.

Analisar o Estatuto da Criança e do Adolescente.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 – Contexto histórico político social da atenção à criança e ao adolescente.

1.1 A criança e o adolescente na perspectiva histórica.

1.2 Estatuto da criança e do Adolescente.

1.3 Principais características da história clínica e do exame físico de crianças e adolescentes, a entrevista do adolescente e de sua família.

1.4 Atenção à saúde da criança e do adolescente: Questões da realidade brasileira.

Unidade 2 - Ações básicas de saúde

2.1 Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente.

2.2 Aleitamento materno

2.3 Imunizações

2.4 Crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

2.5 Políticas públicas voltadas para a prevenção dos principais agravos: Infecções respiratórias agudas (Projeto IRA), prevenção e tratamento de pneumonias na infância e adolescência, tuberculose na infância e adolescência, diarreias, parasitoses e Terapia de Reidratação Oral – TRO, prevenção de acidentes e intoxicações na infância e adolescência.

Unidade 3 – Programa de Saúde nas Escolas e nas Creches.

3.1 Promoção de Saúde nas Escolas – Escolas e Creches Saudáveis. Ambientes Seguros e Escolas e Creches.

3.2 Promoção da alimentação saudável e hábitos de vida saudáveis.

3.3 Vigilância do crescimento e do desenvolvimento de estudantes nas escolas e creches.

Unidade 4 - Situações especiais

4.1 Conceitos de sexualidade/contracepção/gravidez na adolescência

4.2 Doenças sexualmente transmissíveis e síndrome de deficiência imunológica adquirida (DST/AIDS), transmissão vertical

4.3 Uso e abuso de drogas

4.4 Violência física e sexual

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal nº 8069/90 de 13/07/1990. <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8069.htm>
 BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela redução da Mortalidade Infantil, 2009.
 KLIEGMAN, R.M.; BEHRMAN, R.E.; JENSON, H.B. Nelson Textbook of Pediatrics. 18ª Ed. Philadelphia: Saunders, 2011.
 Lopez, F. A.; Campos Jr., D. (Org.). Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ed.Barueri: Manole, 2010

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL, Ministério da Saúde. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Recomendações http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatico_su para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV 2009.
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatico.pdfplemento1.pdf
 III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - J. bras. pneumol. vol.35 no.10 São Paulo out. 2009
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009001000011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 BRASIL, Ministério da Saúde. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf
 BRASIL, Ministério da Saúde **Calendário Básico de Vacinação**
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448
 BRASIL, Ministério da Saúde. **Imunobiológicos especiais e suas indicações**
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indicacoes_cries.pdf
 BRASIL, Ministério da Saúde Dengue: diagnóstico e manejo clínico na criança 2011
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/web_final_dengue18_01_11.pdf
 Coutinho, M. F. G.; Barros, R. R. Adolescência: Uma Abordagem Prática. 1ed.São Paulo: Atheneu, 2001

6º PERÍODO

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE II
 CLÍNICA CIRÚRGICA II
 SAÚDE DA MULHER II
 CLÍNICA MÉDICA II
SEMINÁRIO INTEGRADO VI
SAÚDE DA FAMÍLIA VI
 FARMACOLOGIA MÉDICA II

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA VI

EMENTA

Planejamento e gestão do setor saúde no país e dos serviços de saúde pública e privada. Evolução do hospital, das unidades de assistência ao parto e da gestão hospitalar. Ferramentas de gestão da clínica. Atenção integral à saúde da mulher na perspectiva da atenção primária.

OBJETIVO GERAL

Fortalecer o conhecimento sobre os aspectos centrais da evolução histórico política do setor de saúde brasileiro, do início do século XX, até a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as principais implicações nas relações do Estado e a sociedade, no âmbito do sistema de saúde no Brasil e no mundo, decorrentes do reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, tendo como destaque o contexto de atenção à saúde da mulher e direitos reprodutivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconhecer as principais características dos diferentes tipos de sistemas de saúde existentes no mundo, seja público de acesso universal, de seguro social ou de caráter privado;
 Conhecer os aspectos centrais da evolução do setor de saúde brasileiro, do início do século XX, até a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS);
 Conhecer os princípios e diretrizes do SUS, e os aspectos essenciais das normas de organização e do financiamento de serviços e políticas que o integram;
 Conhecer os mecanismos de gestão compartilhada do SUS entre diferentes esferas de governo;
 Reconhecer as principais mudanças e dificuldades que vem ocorrendo no processo de implantação do SUS;

Conhecer as características de organização e financiamento, assim como o processo de evolução do setor de saúde privado brasileiro, nas últimas 3 décadas e suas relações com o SUS;
 Reconhecer os impactos das mudanças no setor de saúde brasileiro – público e privado – sobre a profissão médica e sobre a gestão e o dia a dia das unidades de saúde.
 Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a atenção integral à saúde da mulher.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 - Direitos de Cidadania e Estado do Bem-Estar Social:

- 1.1 cidadania; direitos sociais; fases/gerações dos direitos de cidadania;
- 1.2 direito e revoluções políticas;
- 1.3 surgimento do Estado do bem-estar social.
- 1.4 Direitos em saúde da mulher.

Unidade 2 - Introdução aos Sistemas de Saúde no Mundo –

- 2.1 Principais características organizacionais e financeiras e indicadores de desempenho dos diferentes tipos de sistemas de saúde existentes no mundo.
- 2.2 Especificidades do Setor de Saúde: a necessidade de soluções intersetoriais; fatores determinantes do crescimento do gasto em saúde; a tendência ao aumento dos custos em saúde.
- 2.3 Experiências de organização da rede de atenção à saúde da mulher.

Unidade 3 - Evolução do setor de saúde no Brasil -

- 3.1 Organização e Funcionamento do SUS – Princípios, diretrizes, mecanismos de organização e financiamento expressos na legislação e nas normas do Sistema, à luz do desenvolvimento concreto do seu processo de implantação.
- 3.2 Regionalização e Hierarquização da Rede de Ações e Serviços do SUS – Princípios e normas de regionalização e hierarquização da rede de serviços do SUS, possibilidades, dificuldades e limites do modelo vigente.
- 3.3 Formas de organização, dimensões e evolução do setor de planos e seguros de saúde brasileiro, suas relações com o SUS e com os prestadores de serviço.

Unidade 4 – História do hospital e evolução da gestão hospitalar –

- 4.1 origem, evolução e aspectos centrais do processo de transformação da instituição hospitalar do século XVIII aos nossos dias.
- 4.2 Introdução à Gestão da Tecnologia Biomédica e da Informação em ambientes hospitalares.

Unidade 5 - Saúde da Mulher

- 5.1 Questões de gênero
- 5.2 Ações de pré-natal
- 5.3 Prevenção do câncer de mama e do colo uterino
- 5.4 DST/AIDS
- 5.5 Planejamento familiar
- 5.6 Pacto para redução da mortalidade materno-infantil
- 5.7 Questões éticas

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- BENZECRY, Roberto (Ed.). **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
 BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto para redução da mortalidade infantil. 2006
 BUSSÂMARA, N. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.
 PORTER, Roy. Das tripas coração: uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004.
 SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- CANGUILHEM, Georges. Normal e o patológico. 5. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: FU, 2000.
 FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
 NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2. ed. Belo Horizonte: EDG, 1999.

7º PERÍODO
SAÚDE DA FAMÍLIA VII
 SAÚDE DO IDOSO
 BIOÉTICA APLICADA À PRÁTICA MÉDICA
SEMINÁRIO INTEGRADO VII
 CLÍNICA MÉDICA III
 CLÍNICA CIRÚRGICA III

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA VII

EMENTA

Relações familiares. Envelhecimento biopsicossocial e ambiental. Condições crônicas de saúde. Assistência de equipes multidisciplinares à saúde do adulto e do idoso nas unidades de PSF. Atenção primária à saúde na perspectiva do cuidado, segundo os problemas identificados nas famílias e indivíduos em questão. Clínica ampliada e humanização

OBJETIVO GERAL

Atuar em atenção primária à saúde na perspectiva do cuidado, segundo os problemas identificados nas famílias e indivíduos em questão, orientados pela regulação do SUS, com destaque para a linha de cuidado da atenção integral à saúde do adulto e do idoso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as ações básicas e carteira de serviços na atenção primária voltadas para a atenção integral à saúde do adulto e do idoso.

Conhecer os principais agravos à saúde do adulto e do idoso. Aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos diferenciais, prevenção e processo terapêutico.

Discutir os fatores intervenientes no processo saúde/doença do indivíduo, da família e da comunidade, na ótica da cidadania

Compreender as necessidades de atenção à saúde do adulto e do idoso.

Conhecer as principais vulnerabilidades e situações de risco do grupo populacional em foco, dentro do contexto da realidade brasileira.

Analisar a fase específica do ciclo da vida do idoso através de suas características biopsicossociais, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da promoção de ações com articulação intersetorial.

Realizar entrevistas e anamnese adaptada para idosos.

Analisar o Estatuto do idoso.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 - Contexto histórico político social da atenção ao adulto e ao idoso em especial.

1.1 Estatuto do idoso.

1.2 Principais características da história clínica e do exame físico de idosos.

1.3 Atenção à saúde do idoso: Questões da realidade brasileira.

Unidade 2 - Ações básicas de saúde

2.1 Caderneta de Saúde do idoso.

2.2 Alimentação específica para o idoso

2.3 Imunizações

2.4 Políticas públicas voltadas para a prevenção dos principais agravos: neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias, DST. Prevenção de acidentes.

Unidade 3 - Programa de Saúde do Idoso.

3.1 Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - OSTEOPOROSE –

3.2 Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

3.3 Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer e Parkinson

Unidade 4 - Situações especiais.

4.1 Sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis.

4.2 Violência física.

4.3 Aspectos éticos legais relacionados ao envelhecimento

Unidade 5 - Saúde do Adulto

5.1 Indicadores de morbimortalidade nacionais em saúde do adulto.

5.2 Pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil.

5.3 Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto.

5.4 Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do adulto.

5.5 Conceito de clínica ampliada

5.6 Humanização- dilemas éticos

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diários Oficiais da União, 05 de jan.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

AYres, J. r. C. M. *et al.* o conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. in: CZeresnia, d.; Freitas, C. M. (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140

Cunha, G. t. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2. ed. são Paulo: Hucitec, 2005.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BEAUVOIR, Simone. A velhice: realidade incômoda. (2a ed.). DIFEL,

São Paulo 339pp, 1976.

PY, Ligia *et al.* Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2. ed. Holambra, SP: Editora Setembro, 2006.

StafieLd, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da saúde, 2002.

8º PERÍODO

SAÚDE DA FAMÍLIA VIII

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

SAÚDE MENTAL

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

SEMINÁRIO INTEGRADO VIII

ASPECTOS LEGAIS DA PRÁTICA MÉDICA

DISCIPLINA: SAÚDE DA FAMÍLIA VIII

EMENTA:

Introdução ao processo de trabalho do PSF com base nas relações de cooperação, que integram as ações e complementam o processo de produção, utilizando tecnologias básicas. Conceitos e percepções sobre o trabalho em equipe, a divisão e a organização deste processo. Impactos sobre a evolução do setor saúde na profissão médica. Introdução à temática da vigilância em saúde dos trabalhadores pautada nas condições relacionadas ao processo de saúde e trabalho.

OBJETIVO GERAL

Discutir conceitos, a organização e a divisão do trabalho considerando o modelo assistencial, a estrutura e as metas pactuadas e ações relacionadas à manutenção da saúde, a prevenção e a detecção precoce das doenças ocupacionais em geral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer A lógica da organização e divisão do trabalho nas equipes do PSF.

Conhecer os indicadores de desempenho das equipes, pactuados para a Atenção Básica produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas.

Compreender criticamente o processo de trabalho no PSF, aproximando os alunos da realidade vivida pelos profissionais na área da saúde pública dentro do PSF.

Correlacionar o Trabalho no PSF com as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ocupacionais.

Conhecer a anamnese ocupacional, articulando informações epidemiológicas ao raciocínio clínico.

Discutir os impactos da evolução do setor saúde na profissão médica.

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade 1 - Trabalho em Saúde

1.1 Conceitos de modelos de atenção (revisão de conceitos)

1.2 Lógica da organização e divisão do trabalho em saúde, no Brasil

1.3 Indicadores de produtividade pactuados para o PSF

1.4 Condições de vulnerabilidade da prática médica no PSF

1.5 A saúde do Profissional da Saúde

Unidade 2 - Impactos da Evolução do Setor de Saúde sobre a Profissão Médica

2.1 Situação atual do mercado de trabalho dos profissionais médicos no Brasil,

2.2 principais aspectos das relações dos profissionais com o sistema público e as empresas de seguro-saúde e de prestação de serviços.

2.3 Conflitos e natureza do trabalho do médico na assistência ao pré-natal e ao parto.

Unidade 3 - Condições de trabalho e Doenças do Trabalho

3.1 Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS

3.2 Apresentação do sistema de Informação / Notificação (conceitos básicos)

3.3 Assistência ao trabalhador na atenção básica.

3.4 Ética médica e comunicação em saúde ocupacional.

3.5 Perícias - conceitos

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

BOWLER, Rosemaire M.; CONE, James E. **Segredos em medicina do trabalho**: respostas necessárias ao dia-a-dia : em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS . Port. Nº 3120, de 1º de julho de 1998)

Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde; 02- Cadernos de Atenção Básica

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(Supl.):7-27

MACHADO, Maria Helena (Coord.). Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

Bibliografia complementar:

Nogueira RP. O trabalho nos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de Saúde da Família. Brasília: Opas/Representação do Brasil; 2000. p. 59-63.

Mínayo-Gómez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Cienc Saúde Coletiva 2005; 10:797-807.

9º ao 11º PERÍODOS INTERNATO I, II e III

DISCIPLINA: INTERNATO ROTATIVO I, II e III

EMENTA

Estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Emergência, Saúde da Família e Saúde Coletiva, que deverá ser desenvolvido no nono período do curso.

OBJETIVOS GERAIS

Estágio supervisionado em serviços de saúde, possibilitando ao aluno experiências práticas essenciais à formação médica, articulando os conhecimentos construídos ao longo das disciplinas do núcleo de formação geral, de formação específica e o de formação humanística.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Formação geral em Clínica Médica, em Clínica Cirúrgica e Emergência, em Pediatria, em Ginecologia e Obstetrícia e em Saúde Coletiva, esta última área com ênfase na Atenção Primária à Saúde, tendo como marco teórico estruturante as Diretrizes Curriculares do MEC para a Graduação em Medicina, estabelecendo-se rodízio nas áreas descritas anteriormente, nos quatro períodos de Internato, preferencialmente na rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade I - Atenção Integral à Saúde da Família - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação na Atenção Primária em Saúde, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade II - Clínica Médica - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Clínica Médica, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade III - Pediatria - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Neonatologia e Pediatria, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseado em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade IV – Ginecologia e Obstetrícia - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Atenção à Saúde da Mulher, Assistência Pré Natal e ao Parto com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade V – Cirurgia Geral - . Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Cirurgia Geral ou Especialidades Cirúrgicas, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade VI - Emergências - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Emergências Médicas, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade VII – Saúde Mental – Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em Serviços de Saúde Mental e demais serviços médicos, sempre de forma integrada, com foco principal em agravos prevalentes presentes na prática clínica de uma maneira geral. Esta disciplina visa fornecer os conceitos básicos e instrumentais necessários à abordagem e compreensão das noções gerais do campo da Saúde Mental, tendo em vista a formação do médico generalista.

PROCEDIMENTOS DE ENSINO

As atividades são predominantemente práticas e sua carga horária teórica deve ser, no máximo, de 20% do total de horas do período. Todas as atividades devem ter a participação direta de professores vinculados aos serviços e ao curso. Ao final do quarto período, o estudante deverá ter cumprido todos os rodízios previstos, na ordem melhor estabelecida segundo critérios contextualizados ao território geopolítico, onde se localiza o curso.

RECURSOS

Trata-se de Estágio Curricular Supervisionado obrigatório, com treinamento em serviço em regime de tempo integral, nas unidades e serviços próprios ou conveniados com a instituição. Atividades práticas supervisionadas em diferentes serviços e unidades de saúde, com cobertura das áreas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Saúde Coletiva, incluindo-se nesta última, uma unidade de Atenção Primária à Saúde.

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

As avaliações dos alunos têm caráter teórico e prático, visando fomentar o desenvolvimento de competências clínicas, de comunicação, de produção do conhecimento, de educação em saúde e do papel e compromisso social do médico no sistema de saúde e na realidade de saúde de sua área geográfica e do país. Incluem-se na avaliação dos alunos critérios relacionados a observação de atitudes, tais como: assiduidade, pontualidade, ética, iniciativa e interesse, assim como também relacionados a habilidades de comunicação, construção de vínculo, organização e de conhecimentos clínicos. Prova escrita com questões objetivas e discursivas, no mínimo uma vez a cada período, incluindo temas de todas as áreas do internato.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde (7ª edição). Brasília, 2010.
- Medronho, R. A.; Bloch, K.V; Luiz, R.R.; Werneck, G.L. (Orgs) Epidemiologia (2. Ed). São Paulo: Atheneu, 2009.
- HARRISON'S. **PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE**. 18ª ed. Mc Graw Hill. 2011
- SABISTON, David C; LYERLY, H. Kim. **Tratado de cirurgia**: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009

- RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011
- MEDRONHO, Roberto A. (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert M.; JENSON, Hal B (Ed.). **Nelson tratado de pediatria**. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009
- BEREK, Jonathan S. (Ed.). **Novak tratado de ginecologia: auto-avaliação e revisão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008
- REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
- KAPLAN E SADOCK - Manual Conciso de Psiquiatria Clínica Ed. Artmed, 2ª Edição, 2008.**
- CHENIAUX, Elie – **Manual de Psicopatologia 4ª Edição**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Indicadores e dados Básicos para a Saúde no Brasil 2011. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68>. (em 20/02/2013)
- CECIL, Russell La Fayette. **Cecil tratado de medicina interna**. 23. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 2v.
- GOODMAN, Louis Sanford; GILMAN, Alfred. **Bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006
- LÓPEZ, Mário; MEDEIROS, José de Laurentys. **Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004
- SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006
- ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 14. ed. atual. e aum. São Paulo: Saraiva, 2005.
- AIRES, Vera L.T. **Práticas pediátricas**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CALLEN, P. W. **Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia**. Ed. Elsevier. 5ª. edição 2009
- GIFFIN, Karen (Org.); COSTA, Simone Faria Rodrigues da. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* **Williams obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011
- MARI, J J e PITTA, J C – **Psiquiatria por meio de casos clínicos – ED. UNIFESP – SP, 2010.**
- CAMPOS, Rosana Onoko; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. “Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas (SP); uma rede ou um emaranhado?” *Revista Ciência & Saúde Coletiva*: 14(1):129-138, jan. - fev. 2009.
- TANAKA, O. Y. & LAURIDSEN-RIBEIRO, E – **Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental – Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(9): 1845 a 1853, set/2006.

12º PERÍODO INTERNATO IV

DISCIPLINA: INTERNATO ROTATIVO IV EMENTA

Estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Emergência, Saúde da Família e Saúde Coletiva, que deverá ser desenvolvido no décimo segundo período do curso, quando o aluno poderá ter livre escolha de área, caracterizando conteúdo eletivo parcial, complementar às áreas obrigatórias já cumpridas.

OBJETIVOS GERAIS

Estágio supervisionado em serviços de saúde, possibilitando ao aluno experiências práticas essenciais à formação médica, articulando os conhecimentos construídos ao longo das disciplinas do núcleo de formação geral, de formação específica e o de formação humanística.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Formação geral em Clínica Médica, em Clínica Cirúrgica e Emergência, em Pediatria, em Ginecologia e Obstetrícia e em Saúde Coletiva, esta última área com ênfase na Atenção Primária à Saúde, tendo como marco

teórico estruturante as Diretrizes Curriculares do MEC para a Graduação em Medicina, estabelecendo-se rodízio nas áreas descritas anteriormente, nos quatro períodos de Internato, preferencialmente na rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONTEÚDOS (Unidades)

Unidade I - Atenção Integral à Saúde da Família - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação na Atenção Primária em Saúde, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade II - Clínica Médica - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Clínica Médica, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade III - Pediatria - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Neonatologia e Pediatria, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseado em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade IV – Ginecologia e Obstetrícia - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Atenção à Saúde da Mulher, Assistência Pré Natal e ao Parto com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade V – Cirurgia Geral - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Cirurgia Geral ou Especialidades Cirúrgicas, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade VI - Emergências - Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em serviços de Emergências Médicas, com foco principal nos agravos mais prevalentes e utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, uso racional de tecnologias e compromisso ético com a sociedade.

Unidade VII - Saúde Mental – Estágio supervisionado voltado à formação médica para atuação em Serviços de Saúde Mental e demais serviços médicos, sempre de forma integrada, com foco principal em agravos prevalentes presentes na prática clínica de uma maneira geral. Esta disciplina visa fornecer os conceitos básicos e instrumentais necessários à abordagem e compreensão das noções gerais do campo da Saúde Mental, tendo em vista a formação do médico generalista.

Unidade VIII - Estágio Supervisionado em área de atuação baseada na escolha do estudante, garantidas as condições de formalidade e exigências da legislação que regulamenta os estágios curriculares no país, em serviços com reconhecida experiência em formação profissional e responsabilidade médica de supervisão comprovada.

PROCEDIMENTOS DE ENSINO

As atividades são predominantemente práticas e sua carga horária teórica deve ser, no máximo, de 20% do total de horas do período. Todas as atividades devem ter a participação direta de professores vinculados aos serviços e ao curso. Ao final do quarto período, o estudante deverá ter cumprido todos os rodízios previstos, na ordem melhor estabelecida segundo critérios contextualizados ao território geopolítico, onde se localiza o curso.

RECURSOS

Trata-se de Estágio Curricular Supervisionado obrigatório, com treinamento em serviço em regime de tempo integral, nas unidades e serviços próprios ou conveniados com a instituição. Atividades práticas supervisionadas em diferentes serviços e unidades de saúde, com cobertura das áreas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Saúde Coletiva, incluindo-se nesta última, uma unidade de Atenção Primária à Saúde.

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

As avaliações dos alunos têm caráter teórico e prático, visando fomentar o desenvolvimento de competências clínicas, de comunicação, de produção do conhecimento, de educação em saúde e do papel e compromisso social do médico no sistema de saúde e na realidade de saúde de sua área geográfica e do país. Incluem-se na avaliação dos alunos critérios relacionados a observação de atitudes, tais como: assiduidade, pontualidade, ética, iniciativa e

interesse, assim como também relacionados a habilidades de comunicação, construção de vínculo, organização e de conhecimentos clínicos. Prova escrita com questões objetivas e discursivas, no mínimo uma vez a cada período, incluindo temas de todas as áreas do internato.

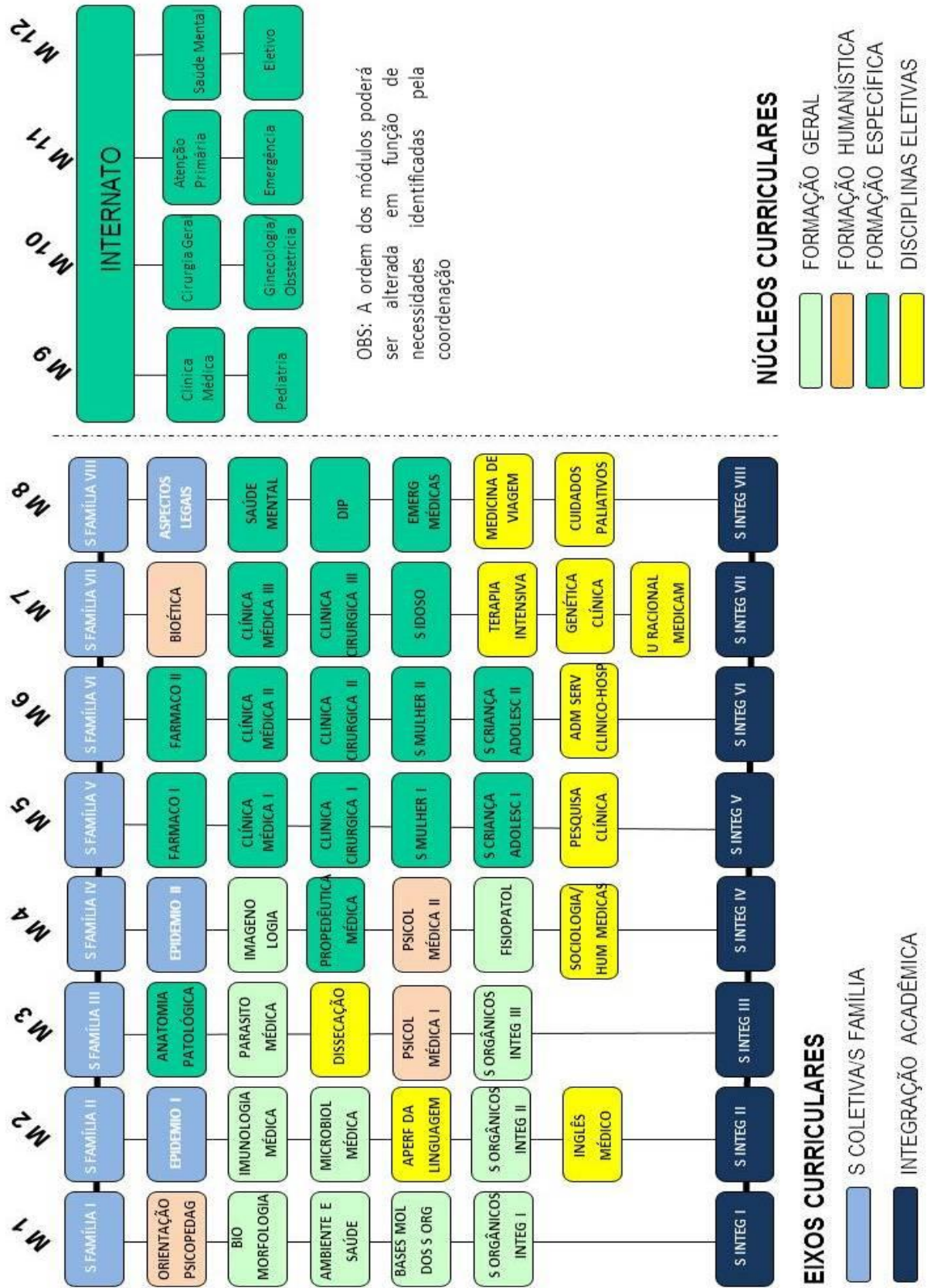
BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde (7ª edição). Brasília, 2010.
- Medronho, R. A.; Bloch, K.V; Luiz, R.R.; Werneck, G.L. (Orgs) *Epidemiologia* (2. Ed). São Paulo: Atheneu, 2009.
- HARRISON'S. **PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE**. 18ª ed. Mc Graw Hill. 2011
- SABISTON, David C; LYERLY, H. Kim. **Tratado de cirurgia**: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009
- RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011
- MEDRONHO, Roberto A. (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert M.; JENSON, Hal B (Ed.). **Nelson tratado de pediatria**. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009
- BEREK, Jonathan S. (Ed.). **Novak tratado de ginecologia**: auto-avaliação e revisão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008
- REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
- KAPLAN E SADOCK - Manual Conciso de Psiquiatria Clínica Ed. Artmed, 2ª Edição, 2008.**
- CHENIAUX, Elie – Manual de Psicopatologia 4ª Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Indicadores e dados Básicos para a Saúde no Brasil 2011. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68>. (em 20/02/2013)
- CECIL, Russell La Fayette. **Cecil tratado de medicina interna**. 23. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 2v.
- GOODMAN, Louis Sanford; GILMAN, Alfred. **Bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006
- LÓPEZ, Mário; MEDEIROS, José de Laurentys. **Semiologia médica**: as bases do diagnóstico clínico. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004
- SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006
- ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 14. ed. atual. e aum. São Paulo: Saraiva, 2005.
- AIRES, Vera L.T. **Práticas pediátricas**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CALLEN, P. W. **Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia**. Ed. Elsevier. 5ª. edição 2009
- GIFFIN, Karen (Org.); COSTA, Simone Faria Rodrigues da. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* **Williams obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011
- MARI, J J e PITTA, J C – Psiquiatria por meio de casos clínicos – ED. UNIFESP – SP, 2010.
- CAMPOS, Rosana Onoko; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. “Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas (SP); uma rede ou um emaranhado?” *Revista Ciência & Saúde Coletiva*: 14(1):129-138, jan. - fev. 2009.
- TANAKA, O. Y. & LAURIDSEN-RIBEIRO, E – Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental – *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9): 1845 a 1853, set/2006.

Anexo B – Diagrama da grade curricular



Anexo C - Matriz curricular da MEDICINA/UNESA

Código	Disciplina	Pré-requisitos	Co-requisitos
Período: 1			
SDE0724	SAÚDE DA FAMÍLIA I		
SDE0725	BIOMORFOLOGIA		
SDE0726	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I		
SDE0728	AMBIENTE E SAÚDE		
SDE0729	ORIENTAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA		
SDE0730	SEMINÁRIO INTEGRADO I		
SDE0851	BASES MOLECULARES DOS SIST. ORG.		
Período: 2			
CEL0101	TÓPICOS EM LIBRAS: SURDEZ E INCLUSÃO		
SDE0731	SAÚDE DA FAMÍLIA II	SAÚDE DA FAMÍLIA I	
SDE0732	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS II	BIOMORFOLOGIA BASES MOLECULARES DOS SISTEMAS ORG. SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I	
SDE0733	IMUNOLOGIA MÉDICA	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I BASES MOLECULARES DOS SISTEMAS ORG.	
SDE0734	MICROBIOLOGIA MÉDICA	BASES MOLECULARES DOS SISTEMAS ORG.	
SDE0736	SEMINÁRIO INTEGRADO II	SEMINÁRIO INTEGRADO I	
SDE0783	INGLÊS MÉDICO		
SDE0852	EPIDEMIOLOGIA I		
SDE0862	APERFEIÇOAMENTO DA LINGUAGEM		
Período: 3			
SDE0735	PARASITOLOGIA MÉDICA	BASES MOLECULARES DOS SISTEMAS ORG.	
SDE0737	SAÚDE DA FAMÍLIA III	SAÚDE DA FAMÍLIA II	
SDE0738	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS III	BASES MOLECULARES DOS SISTEMAS ORG. SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I BIOMORFOLOGIA	
SDE0741	ANATOMIA PATOLÓGICA	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS II MICROBIOLOGIA MÉDICA	
SDE0742	SEMINÁRIO INTEGRADO III	SEMINÁRIO INTEGRADO II	
SDE0746	PSICOLOGIA MÉDICA I		
SDE0785	DISSECAÇÃO	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS II	
Período: 4			
SDE0739	FISIOPATOLOGIA	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS II SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS III	
SDE0743	SAÚDE DA FAMÍLIA IV	SAÚDE DA FAMÍLIA III	
SDE0749	SEMINÁRIO INTEGRADO IV	SEMINÁRIO INTEGRADO III	
SDE0752	PSICOLOGIA MÉDICA II	PSICOLOGIA MÉDICA I	
SDE0789	SOCIOLOGIA / HUMANIDADES MÉDICAS		
SDE0853	PROPEDÊUTICA MÉDICA	SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS I SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS II SISTEMAS ORGÂNICOS INTEGRADOS III	FISIOPATOLOGIA
SDE0854	IMAGENOLOGIA		PROPEDÊUTICA MÉDICA
SDE0855	EPIDEMIOLOGIA II	EPIDEMIOLOGIA I	
Período: 5			
SDE0745	FARMACOLOGIA MÉDICA I	PROPEDÊUTICA MÉDICA	
SDE0750	SAÚDE DA FAMÍLIA V	SAÚDE DA FAMÍLIA IV	
SDE0755	SEMINÁRIO INTEGRADO V	SEMINÁRIO INTEGRADO IV	
SDE0757	CLÍNICA MÉDICA I	PROPEDÊUTICA MÉDICA	
SDE0759	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE I	PROPEDÊUTICA MÉDICA	
SDE0765	CLÍNICA CIRÚRGICA I	PROPEDÊUTICA MÉDICA	
SDE0788	PESQUISA CLÍNICA	EPIDEMIOLOGIA II	
SDE0792	SAÚDE DA MULHER I	PROPEDÊUTICA MÉDICA	
Período: 6			
SDE0753	FARMACOLOGIA MÉDICA II	FARMACOLOGIA MÉDICA I	
SDE0756	SAÚDE DA FAMÍLIA VI	SAÚDE DA FAMÍLIA V	
SDE0758	SAÚDE DA MULHER II	PROPEDÊUTICA MÉDICA	
SDE0762	SEMINÁRIO INTEGRADO VI	SEMINÁRIO INTEGRADO V	
SDE0764	CLÍNICA MÉDICA II	CLÍNICA MÉDICA I	
SDE0767	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE II	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE I	
SDE0771	CLÍNICA CIRÚRGICA II	CLÍNICA CIRÚRGICA I	
SDE0790	ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICO-HOSPITALARES	EPIDEMIOLOGIA II SAÚDE DA FAMÍLIA IV	

Período: 7			
SDE0740	BIOÉTICA APLICADA À PRÁTICA MÉDICA	PSICOLOGIA MÉDICA II	
SDE0761	SAÚDE DO IDOSO	CLÍNICA MÉDICA II	
SDE0763	SAÚDE DA FAMÍLIA VII	SAÚDE DA FAMÍLIA VI	
SDE0768	SEMINÁRIO INTEGRADO VII	SEMINÁRIO INTEGRADO VI	
SDE0786	TERAPIA INTENSIVA	CLÍNICA CIRÚRGICA II	
		CLÍNICA MÉDICA II	
SDE0787	GENÉTICA CLÍNICA	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE II	
		BASES MOLECULARES DOS SISTEMAS ORG.	
SDE0860	CLÍNICA MÉDICA III	CLÍNICA MÉDICA II	
SDE0861	CLÍNICA CIRÚRGICA III	CLÍNICA CIRÚRGICA I	
SDE0863	USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	FARMACOLOGIA MÉDICA II	
Período: 8			
SDE0748	ASPECTOS LEGAIS DA PRÁTICA MÉDICA	BIOÉTICA APLICADA À PRÁTICA MÉDICA	
SDE0769	SAÚDE DA FAMÍLIA VIII	SAÚDE DA FAMÍLIA VII	
SDE0770	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	EPIDEMIOLOGIA II	
		FARMACOLOGIA MÉDICA II	
		CLÍNICA MÉDICA III	
SDE0772	SAÚDE MENTAL	CLÍNICA MÉDICA III	
SDE0774	EMERGÊNCIAS MÉDICAS	CLÍNICA MÉDICA III	
		CLÍNICA CIRÚRGICA II	
SDE0775	SEMINÁRIO INTEGRADO VIII	SEMINÁRIO INTEGRADO VII	
SDE0791	CUIDADOS PALIATIVOS	CLÍNICA MÉDICA III	
		BIOÉTICA APLICADA À PRÁTICA MÉDICA	
SDE0864	MEDICINA DE VIAGEM E DOENÇAS EMERGENTES	CLÍNICA MÉDICA III	DOENÇAS INFECC. E PARASITÁRIAS
Período: 9			
SDE0856	INTERNATO I	TODAS AS DISCIPLINAS DO PRÉ-INTERNATO	
Período: 10			
SDE0857	INTERNATO II	INTERNATO I	
Período: 11			
SDE0858	INTERNATO III	INTERNATO II	
Período: 12			
SDE0859	INTERNATO IV	INTERNATO III	