PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

JUIZ DE FORA – MG

Junho 2019

UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Organizador da atualização 2019

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

Colaboradores da versão 2019

Núcleo de Apoio às Práticas Educativas - NAPE

Comissão Orientadora de Estágios- COE

Coordenação de Curso

UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Organizadores da versão 2015

Ivana Lúcia Damásio Moutinho
Mário Sérgio Ribeiro
Oscarina da Silva Ezequiel
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

Colaboradores da versão 2015

Adriana Maria Berno Rezende Duarte
Alexander Cangussú Silva
Alice Belleigoll Rezende
Ana Laura Maciel Almeida
Angela Maria Gollner
Clarissa Rocha Panconi
Cristiane de Souza Bechara Mota
Demaísa de Sousa Alves
Elisabeth Campos Andrade
Estela Márcia Saraiva Campos
Fernando Antonio Basile Colugnati
Jomara Oliveira dos Santos Yogui
Juarez Silva Araújo
Juliana Barroso Zimmermmann
Larissa Milani Coutinho
Leopoldo Antônio Pires
Letícia de Castro Martins Ferreira
Lorena Nagme de Oliveira Pinto
Marcelo Marocco Cruzeiro
Marcia Helena Fávero de Souza Tostes
Maria José Gondim
Mário Círio Nogueira
Nicolas Augusto Coelho Braga
Ricardo Rocha Bastos
Tadeu Coutinho
Terezinha Noemides Pires Alves
Thiago Cardoso Vale

PREFÁCIO

Este documento tem por finalidade atualizar o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora 2015 (PPC-FAMED/UFJF) segundo o Regulamento Acadêmico de Graduação da UFJF/2014 e as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 para os cursos de Medicina. Sua construção pretende ser dinâmica, como um processo essencial para a busca contínua da qualidade do ensino médico, com a formação de profissionais capazes de reconhecer e atender às necessidades de saúde individual e coletiva, o que constitui a missão primordial desta Instituição.

A versão 2019 apresenta modificações na carga horária dos estágios curriculares obrigatórios, no rol de atividades válidas para a flexibilização curricular, no regimento da Comissão Orientadora de Estágios (COE), na atualização de denominação de quatro disciplinas (Biologia Celular e Molecular, Técnica Cirúrgica, Clínica Cirúrgica X, Anestesiologia e Oncologia) e na carga horária da disciplina Anatomia III. Os demais conteúdos foram mantidos como na versão 2015 e ainda não incluem curricularização da extensão, atividades que, após definidas, exigirão nova versão deste PPC.

"[...] Não se pode considerar bem-sucedido um tipo de educação que desencadeie um novo tipo de pensar, mas não de agir."

(WERNECK, 1982)

SUMÁRIO

1. DENOMINAÇÃO DO CURSO 5

2. APRESENTAÇÃO 5

3. MEMORIAL DA FACULDADE DE MEDICINA 6

3.1. O CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO BRASILEIRO 7

3.2 HISTÓRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFJF 9

3.3 CONTEXTO HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE 11

3.4 O PROCESSO HISTÓRICO DAS MUDANÇAS CURRICULARES DA FAMED/UFJF 12

4. ADMINISTRAÇÃO ACADÊMICA 14

4.1 DIREÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA 15

4.2 COORDENAÇÃO DO CURSO 16

4.3 DEPARTAMENTOS DA FACULDADE DE MEDICINA 17

4.4 COMISSÃO ORIENTADORA DOS ESTÁGIOS 17

4.5 ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA 18

4.6 RECURSOS MATERIAIS, INFRAESTRUTURA DE APOIO, LABORATÓRIOS 18

5. PERFIL DO EGRESSO 19

6. CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS 24

6.1. BREVE HISTÓRICO ACERCA DO TRABALHO E DA FORMAÇÃO MÉDICA 24

6.2 ANDRAGOGIA 26

6.3 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA 28

6.4 PENSAMENTO REFLEXIVO 28

6.5 NECESSIDADES DE SAÚDE 30

7. CONTEXTO EDUCACIONAL 33

8. OBJETIVOS DO CURSO 37

9. ESTRUTURA DO CURSO 45

9.1 DADOS GERAIS DO CURSO 45

9.2 MATRIZ CURRICULAR 46

9.3 DESENHO CURRICULAR 51

9.4 NÚCLEOS CURRICULARES 55
9.5 ACESSIBILIDADE 56
9.6 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE 57
9.7 ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR 58
9.9 ENSINO DE LIBRAS 59
10. APRENDIZAGEM BASEADA NA COMUNIDADE 60
11. ESTRATÉGIAS DO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM: 62
12. O ENSINO NO ESTÁGIO 67
12.1 ESTRUTURA E CARGA HORÁRIA 68
12.2 COMPETÊNCIAS DO INTERNATO 69
12.3 CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM 71
12.4 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PELO SERVIÇO E PELA ESCOLA 71
13. PROFISSIONALISMO 72
14. DESENVOLVIMENTO DOCENTE 76
15. INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO COMUNIDADE 79
16. CENÁRIOS DE PRÁTICAS NO SUS E DADOS SOCIOECONÔMICOS DE JUIZ DE FORA 82
17. AVALIAÇÃO COMO PARTE DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM 84
18. ANEXOS 89
18.1 EMENTÁRIO, BIBLIOGRAFIA BÁSICA E COMPLEMENTAR 90
18.2 CORPO DOCENTE 91
18.3 NORMAS DE FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR 92
18.4 REGIMENTO DA COE 99
18.5 SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA 108

1. DENOMINAÇÃO DO CURSO

Curso de graduação em Medicina.

2. APRESENTAÇÃO

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FAMED-UFJF), a partir de 2007, com a consolidação das atividades do Núcleo de Apoio às Práticas Educativas (NAPE), implementou uma discussão interna, com o objetivo de construir um documento com a função de planejar globalmente sua ação educativa, o Projeto Pedagógico de Curso (PPC-FAMED/UFJF). Neste sentido, a construção que aqui apresentamos encontra-se fundamentada nas bases legais explicitadas na Lei Nº 9.394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB) cujo conjunto de normas legais, pareceres e referenciais curriculares normatizam a Educação Superior no Brasil.

O texto da LDB retrata as decisões institucionais, traduzidas na compreensão da educação como prática social e experiência de vida manifesta na promoção da educação, e, no seu sentido pleno, inclui:

a) capacitar de forma científica, tecnológica e humanista, formando um cidadão reflexivo, dotado de senso crítico, de ética e de competência técnica;
b) formar um profissional para atuar no mercado de trabalho, visando ao seu comprometimento com as transformações sociais, políticas e culturais;
c) formar profissionais capazes de gerar conhecimento científico e tecnológico, para a sociedade e, em particular, no mundo do trabalho.

Observa-se que a formação de tais profissionais é pautada na competência para lidar com os avanços da ciência e da tecnologia através de metodologias ativas. Em suma, a prática educativa é direcionada a um novo contexto, visando ao desenvolvimento de capacidades que auxiliem os alunos a se relacionarem com as novas exigências da sociedade.

Este PPC da FAMED/UFJF tem suas raízes na história da UFJF, que exerce uma intensa influência no cenário regional, sendo o Curso de Medicina o de maior procura e de mais alta relação candidato por vaga da UFJF. A Faculdade de Medicina contabilizou em 2008: 106 docentes, 225 projetos de pesquisa e 236 projetos de extensão. Estes números certamente a situam como uma das mais atuantes Unidades Acadêmicas da UFJF. A instituição sempre participou ativamente das discussões nacionais das mudanças da educação médica, tendo como principal objetivo a adequação do Curso para a formação de

um egresso que contemple as exigências enunciadas nos documentos oficiais e na literatura educacional. Assim, toda a discussão do PPC-FAMED/UFJF foi fundamentada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs - Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001) cujo princípio orientador é permitir que os currículos propostos possam construir um perfil acadêmico e profissional orientado por competências.

A construção do PPC desenvolveu-se a partir da necessidade de orientar a formação de maneira sistematizada, baseada nas inúmeras propostas fragmentadas já existentes que necessitavam ser integradas**,** consolidadas e apoiadas política e pedagogicamente.

3. MEMORIAL DA FACULDADE DE MEDICINA

Oscarina da Silva Ezequiel
José Carlos de Castro Barbosa
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

Ao longo da história, a orientação da formação médica sofreu a influência de processos inerentes às concepções políticas, econômicas, culturais e sociais dominantes (MASETTO, 1998). No século XVIII, com o advento da biopolítica, iniciou-se um processo de medicalização do corpo social (ROSEN, 1975). No início do século XX, o Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910, traduziu o processo de hierarquização da aprendizagem: hospitais universitários como locais privilegiados de ensino, focados nas doenças, tendo o biologicismo, o mecanicismo do corpo humano como fundamentos e especialização como corolário.

Apesar de sua enorme importância para a sistematização da educação médica, observou-se, de maneira indesejável, um processo paulatino e progressivo de perda da integralidade e da perspectiva humanística da prática médica. Além de fragmentária e reducionista, a utilização do conhecimento médico nas diversas especialidades passou a ressaltar as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais.

Referências Bibliográficas

MASETTO, MT. Discutindo o processo ensino-aprendizagem no ensino superior. In. MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Salvier, 1998, p. 11-19.

ROSEN, G. **Da Política Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

3.1. O CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO BRASILEIRO

No Brasil, a década de 40 foi marcada pela implantação do modelo flexneriano. Nos anos 60, contrapondo-se ao paradigma vigente, ocorreu a disseminação do modelo higienista, berço da reforma sanitária, vinculado à ideologia da medicina integral (PAIM, 1999a). O especialismo e as ações em saúde baseadas na doença se intensificaram nas últimas décadas do século XX, e evidenciou-se ainda mais a fragmentação do sujeito e a necessidade de acolhimento. O colapso da assistência e promoção da saúde foi interpretado como crise de eficácia do modelo prévio de formação e se colocou em discussão a necessidade de os currículos dos cursos médicos incorporarem um volume crescente de conhecimentos e tecnologias, bem como demandas relacionadas às peculiaridades e desigualdades sociais existentes no Brasil (MARINS, 2003).

Do Governo Vargas, passando pelo Golpe Militar de 64 e a Ditadura Militar, até a retomada da redemocratização política, assistimos à construção do sistema de saúde brasileiro. Durante a ditadura de Getúlio Vargas, foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) na área trabalhista, enquanto, na área da saúde, foram criados os centros de atendimento de especialidades, vinculados às classes de trabalhadores e seus sindicatos: os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Entre os anos de 1975 e 1999, esta construção passou por várias transformações, com avanços e retrocessos conforme o momento histórico e ideológico vigente, até chegar ao que é hoje o Sistema Único de Saúde (SUS). Em meio ao processo neoliberal que se instalou no início da década de 90, os movimentos sociais, estudantis e a classe trabalhadora tiveram como pauta a luta pela saúde e contribuíram para a construção de um novo modelo de assistência à saúde, inspirado pelo movimento da reforma sanitária.

Na década de 60, após o Golpe Militar, além das mudanças políticas, ocorreram transformações na forma de pensar saúde, entre elas a fusão dos IAPs com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No início da década de 70, o Governo militar decretou a dissociação do INPS em Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), responsável pela seguridade social, e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pela assistência médica, baseada no atendimento hospitalar. Para suprir as necessidades dos institutos, o Governo federal fez convênios com instituições privadas que prestavam atendimento à comunidade, repassando as despesas ao Estado e fortalecendo o modelo hospitalocêntrico, foco de resistência ao movimento sanitarista e à reforma sanitária (PAIM, 1999a).

Os anos 70 e 80 marcaram a retomada da discussão em torno da integralidade e humanização; e, sob a influência da Conferência Internacional de Alma-Ata (URSS), colocou-se em evidência a Atenção Primária à Saúde (OMS/UNICEF, 1979; PAIM, 1999b). A promoção da saúde, de forma integral, ganhou prioridade nas agendas dos países, repercutindo nos modelos de atenção de saúde pública e na formação de recursos humanos.

A Declaração de Edimburgo, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o Projeto Cinaem (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Programa Foundation for Advancement and International Medical Education and Research (FAIMER-Instituto Regional Brasil) foram grandes incentivadores do processo de transformação de nossa escola médica.

A necessidade de transformação do profissional a ser formado foi incentivada tanto pelas avaliações institucionais – como do Ministério da Educação e do projeto Cinaem – quanto, fundamentalmente, pela exigência social (CINAEM, 1997) e participação na Comissão de Avaliação das Escolas da Área da Saúde da Associação Brasileira de Educação Médica (CAES/ABEM) desde 2006. Espera-se, hoje, que a Escola Médica deixe de ser mera consumidora e repetidora de informações importadas para profissionalizar e torne-se um espaço onde se cultiva a reflexão crítica sobre a realidade e são desenvolvidos novos conhecimentos, em bases científicas (MASETTO, 1998).

É imprescindível a estruturação de relações entre gestores, instituições de ensino, órgãos de controle social e os serviços de atenção à saúde. O desafio para a prática educacional pautada pela máxima do “aprendendo a conhecer, aprendendo a fazer, aprendendo a viver em conjunto e aprendendo a ser” deve ter como parte integrante de suas estratégias a interprofissionalidade – entendida também como estratégia de superação de dicotomias, médico/outros profissionais de saúde, professores/alunos e escola/serviço.

Ações integradas e embasadas em uma prática profissional de saúde de características simultaneamente éticas, humanas, tecnicamente exigentes e socialmente responsáveis devem associar-se a práticas políticas que contribuam para a evolução do modelo flexneriano. Uma tradução deste processo de transformação pode ser observada na

mudança do modelo pedagógico – cada vez mais centrado no estudante, como sujeito ativo no processo de ensino-aprendizagem (BATISTA e SILVA, 2001).

Referências Bibliográficas

BATISTA, N.A.; SILVA, S.H.S. **O Professor de Medicina**. São Paulo: Loyola, 2001, 1-181 p.

MARINS, J.J.N. A Formação Médica e o Processo de Trabalho: Convite à Construção de Novas Propostas. **Rev Bras Educ Méd**, v. 27, n. 1, pp. 3-4, 2003.

MASETTO, MT. Discutindo o processo ensino-aprendizagem no ensino superior. In. MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Salvier, 1998, p. 11-19.

OMS/UNICEF. Conferência de Alma-Ata. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata**, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília, p. 1-64. 1979.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**, 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999a., p 473-487.

PAIM, J.S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999b., p 489-503.

3.2 HISTÓRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFJF

Em 1898, um grupo de médicos da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora fez a primeira proposta de criação da Faculdade de Medicina, solicitando recursos públicos. Todos os órgãos do Governo que poderiam fornecer os recursos financeiros recusaram a proposta. A razão para a recusa seria que a primeira Faculdade de Medicina de Minas Gerais deveria localizar-se na capital (Belo Horizonte/1911 – Criação da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG).

No período de 1906/1908, foi feita nova tentativa de criação com busca de recursos na indústria, secretarias municipal e estadual. Novamente, o financiamento foi recusado.

Em 1935, a Faculdade de Medicina foi criada como uma associação civil, sem fins lucrativos. Houve a promessa do Governo do estado de fornecer recursos, o que não ocorreu. Funcionou por dois anos na então Faculdade de Farmácia e Odontologia. As atividades foram interrompidas até a Faculdade ter condições de funcionamento.

Em 1950/1951, houve uma grande movimentação por parte de médicos da cidade e do Diretório Central dos Estudantes (DCE) para reabertura da Faculdade de Medicina. Com o apoio do então governador de Minas Gerais, Juscelino Kubistchek, que forneceu recursos

para a criação da Faculdade de Medicina, em 1952, seu primeiro vestibular foi realizado em janeiro de 1953. A princípio, foi realizada uma cessão temporária pela Indústria Têxtil Ferreira Guimarães do prédio principal da Faculdade de Medicina, no Morro da Glória, por três anos. O prédio foi adquirido com recursos doados pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Nesse local, funcionavam as cadeiras básicas (1º e 2º anos, além da Anatomia Patológica e Farmacologia do 3º ano). O curso profissionalizante possuía convênios com outras instituições, como:

- Santa Casa: Clínicas.
- Maternidade Therezinha de Jesus: Ginecologia e Obstetrícia.
- Lactário São José: Puericultura.
- Hospital João Penido: Tisiologia.

Entre 1953 e 1960, a Faculdade de Medicina era uma associação civil, sem fins lucrativos. Neste período, aconteceu uma campanha pela federalização das faculdades. Em 1958, Juscelino Kubitschek foi paraninfo da primeira turma a se formar e reafirmou em seu discurso sua promessa de federalização. É de 23 de dezembro de 1960 a lei federal que criou a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com os seguintes cursos: Medicina, Farmácia e Odontologia, Direito, Engenharia e Economia.

Em 1968, aconteceu a Reforma Universitária Nacional para as universidades federais e a criação dos Institutos básicos, e, entre 1968 e 1970, foi construído o campus da UFJF. As cadeiras básicas da medicina foram progressivamente transferidas para o Instituto de Ciências Biológicas (ICB). Deve-se ter em mente que, durante o período da Ditadura Militar, o objetivo dos institutos básicos foi descentralizar os estudantes para enfraquecer o movimento estudantil.

Entre 1968 e 1969, foi criado o Hospital Universitário (HU), funcionando nas dependências da Santa Casa de Misericórdia (antigo Sanatório Dr. Villaça) e em um prédio anexo (antigo prédio do curso de filosofia, em frente à Santa Casa).

Com o aumento do número de vagas advindo da reforma universitária, as vagas da Faculdade de Medicina foram ampliadas de 60 para 200; em 1970, o ciclo básico foi transferido para o novo campus da UFJF, abrigando-se no ICB, e o hospital de ensino passou a funcionar no prédio do Bairro Santa Catarina. Fato semelhante ao ocorrido na Universidade de São Paulo – USP (GONÇALVES, 1998).

Referências Bibliográficas

MARCONDES, E; GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Salvier, 1998, p. 11-19

3.3 CONTEXTO HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE

Neste contexto, tanto o município de Juiz de Fora quanto a UFJF e sua Faculdade de Medicina participaram de forma ativa das discussões relativas ao sistema de saúde. No período pós-golpe de 1964, predominou uma vertente do regime militar que pretendia afastar as faculdades dos centros das cidades, alocando-as em campi distantes.

A década de 70 foi marcada pelo silêncio disseminado pela Ditadura Militar, silêncio que tomou conta de grande parte da universidade brasileira, com poucos meios de expressão no seu interior ou extramuros. No final da década de 70 e início da de 80, o regime militar apresentava sinais de enfraquecimento, e o movimento sanitarista se fortalecia. Neste contexto, os estudantes da Faculdade de Medicina e de Enfermagem participaram do movimento da reforma sanitária e estiveram presentes na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS).

Ao longo deste período, os serviços de saúde próprios do município de Juiz de Fora já estavam estruturados em cinco ambulatórios – na lógica de policlínica, vinculados à Igreja Católica e com apoio de institutos internacionais; ainda sob influência militar, objetivavam a contenção social da periferia.

No ano de 1983, em consonância com os ideais da reforma sanitária, iniciou-se, no município, um processo de reestruturação da assistência médica. Apesar da crise instalada no país, com baixos orçamentos das prefeituras, a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora criou 28 postos de atendimento social, muitos dos quais constituem, hoje, as Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS). Atualmente, a rede de Atenção Básica do município é constituída por 57 UAPSs, 44 na área urbana e 13 na área rural, sendo que 44 UAPSs são estruturadas pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O país estava próximo da nova Constituição de 1988, quando, finalmente, a regulamentação de um sistema único de saúde universal, descentralizado e equânime concretizar-se-ia legalmente. Foi iniciado o processo de desestruturação do INAMPS. Através da descentralização das ações e da municipalização dos serviços de saúde, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AISs) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLISs). A UFJF teve participação ativa neste processo a partir da criação da

primeira Comissão Local Interinstitucional de Saúde, juntamente com a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora.

Com o início da política neoliberal, nos anos 90, assistiu-se no país ao processo de sucateamento das universidades federais, culminando com uma grande crise no ensino superior – marcada pela falta de recursos, de professores e redução da participação estudantil –, que perdurou até o início do novo milênio.

Apesar das dificuldades financeiras que as universidades atravessaram, a UFJF empreendeu a construção do Centro de Ciências da Saúde (CCS), localizado no campus, para abrigar as faculdades de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, e possui como vizinhas as outras duas faculdades da área da saúde que ali já estavam estabelecidas: Odontologia e Farmácia-Bioquímica.

Nos últimos anos, inúmeras mudanças em sua proposta de ensino-aprendizagem têm ocorrido, sendo necessário investimento numa nova estrutura. Dentro desta visão, surge a ideia de uma nova faculdade de medicina, que se concretizou no ano de 2013. O prédio de quadro andares, em pleno funcionamento, ao lado do Hospital Universitário – Unidade Dom Bosco possui: salas de aulas para grandes e pequenos grupos; ampla biblioteca; dois infocentros; sala de teleconferência, salas destinadas ao ensino de patologia; laboratórios de habilidades clínicas e de simulação, além de excelente espaço para parte administrativa, sala de professores, cantina, Diretório Acadêmico e Atlética, permitindo uma maior convivência entre a comunidade acadêmica. Para completar esta estrutura, a Faculdade de Medicina contará com um moderno centro para eventos, composto de um auditório para 500 lugares e seis salas de apoio que disponibilizarão mais 600 lugares e amplo espaço para mostras científicas e estandes.

3.4 O PROCESSO HISTÓRICO DAS MUDANÇAS CURRICULARES DA FAMED/UFJF

Até 1968, o ensino da Faculdade de Medicina da UFJF era organizado em séries anuais. Não havia internato; eram cinco anos de curso e o 6º ano já era a especialização.

De acordo com a estratégia do Ministério da Educação e Cultura (MEC), de 1974/75, que sugeria um ensino integrado, semelhante ao modelo atualmente discutido, a Faculdade de Medicina da UFJF implantou tal modelo que vigeu por apenas dois anos. A principal dificuldade para sua não continuidade foi a falta de adesão dos professores das cadeiras profissionalizantes.

Em 1996 foi realizado o I Seminário sobre Ensino Médico na Faculdade de Medicina da UFJF, quando foram apresentadas experiências inovadoras sobre Ensino Médico no Brasil e no exterior e discutida as expectativas do Sistema de Saúde e do mercado de trabalho com relação aos egressos das faculdades de medicina. Deste seminário resultou uma comissão com representantes da Faculdade de Medicina, dos alunos e da administração da universidade, que discutiram longamente o assunto e, finalmente, elaboraram um anteprojeto de modificações do ensino na Faculdade de Medicina da UFJF. Esse documento – Metas e desafios – 1998 – subsidiou mudanças significativas, destacando-se o aumento do período de estágio de dois para três semestres letivos e a viabilização do avanço da perspectiva do "aprender fazendo".

Em 1999, foram realizados dois seminários com o objetivo de pautar ações concretas para o futuro da área de saúde na UFJF, enfocando especialmente a área de Saúde Coletiva – considerando-se que a mudança no processo de formação e a reorganização dos serviços da área da saúde da UFJF deveriam ter como base uma discussão mais aprofundada sobre a reorientação do modelo assistencial vigente, a partir da realidade do Sistema Único de Saúde. As iniciativas propostas desencadearam um processo de integração de recursos com a finalidade de viabilizar orientação pedagógica integrada.

Acompanhando as discussões regionais e nacionais sobre reforma curricular no ensino médico, em abril de 2000, foi instituída pela Pró-Reitoria de Graduação a Comissão de Reforma Curricular do Curso de Medicina, que iniciou discussões, juntamente com os corpos docente e discente, visando modificar a estruturação curricular de forma a atender às novas perspectivas da formação médica, já amplamente preconizadas por várias correntes formadoras.

Essa comissão, composta de 18 representantes de diversos Departamentos – Biologia, Bioquímica, Morfologia, Farmacologia, Parasitologia, Microbiologia e Imunologia e Fisiologia, do ICB; Saúde Coletiva, Patologia, Materno-Infantil, Cirurgia e Clínica Médica, da Faculdade de Medicina –, da Coordenação do Curso de Medicina, da Direção da Faculdade de Medicina, da Pró-Reitoria de Graduação da UFJF e do Diretório Acadêmico de Medicina, após várias reuniões, oficinas e seminários, delineou um currículo com estrutura nuclear que enfatizaria a flexibilização e permitiria ao aluno uma construção ativa de seu conhecimento, numa perspectiva simultaneamente técnica e humanista. Desde 2001, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora vem, então, concretizando modificações em seu currículo.

Influências decisivas neste processo de mudança dizem respeito aos projetos governamentais de incentivo às mudanças no ensino médico, tendo a Faculdade de Medicina/UFJF participado do Promed, Pró-saúde, PET-Saúde. O projeto Promed incentivou a adequação curricular e a produção de conhecimentos à realidade social e de saúde da população, contribuindo para a consolidação do sistema de saúde na região. O projeto PET-Saúde vem fomentando grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família e constitui-se num instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências de acordo com as necessidades do SUS. O projeto Pró-Saúde lançado em sua primeira edição em novembro de 2005 e segunda edição em 2012, atualmente em vigor, têm contribuído para a aproximação entre a formação médica e as necessidades da atenção primária, reduzindo os distanciamentos entre o mundo acadêmico e a prática no serviço.

O desenvolvimento docente, possibilitado pela participação, desde 2010, dos professores da UFJF no FAIMER – Instituto Regional Brasil tem permitido a implementação de projetos inovadores no âmbito da educação médica.

Outra importante influência decorre da proposta de auto avaliação institucional desenvolvida pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) através do projeto da Comissão de Avaliação das Escolas da Área da Saúde – CAES/ABEM, que potencializou um movimento de mudanças através do desenvolvimento de um processo de avaliação participativo e construtivo dentro da escola.

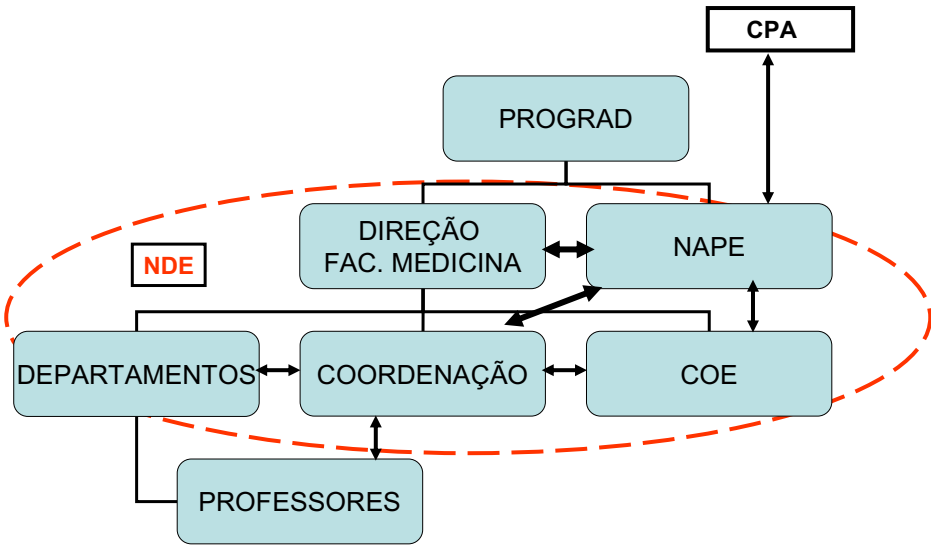
4. ADMINISTRAÇÃO ACADÊMICA

Oscarina da Silva Ezequiel
Ivana Lúcia Damásio Moutinho
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

A gestão da FAMED/UFJF, através da atuação do diretor e do coordenador, com o cumprimento das atribuições formalmente definidas no Regimento Interno da Instituição, permite a execução das propostas do PPC, com participação dos docentes no conselho de unidade e congregação de curso. Todas estas ações são continuamente discutidas no NDE/NAPE – Núcleo Docente estruturante/Núcleo de Apoio às Práticas Educativas.

A gestão do Curso de Medicina ocorre de forma colegiada por meio da representação de todos os professores e do Conselho de Unidade, que conta com a representação docente através do diretor e vice-diretor, coordenador de curso, chefes dos seis departamentos, coordenadores dos programas de Pós-Graduação Stricto Sensu, representação discente e servidores técnico-administrativos.

Figura 1: Organograma – Gestão da FAMED/UFJF



4.1 DIREÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA

Compete ao Diretor da Unidade Acadêmica:

a) Convocar e presidir as reuniões da Congregação e do Conselho da Unidade;
b) Encaminhar aos órgãos superiores os processos da unidade que dependam de decisão superior;
c) Instaurar, propor ou determinar ao órgão competente a abertura de processo administrativo disciplinar ou de sindicância nos termos da legislação aplicável;
d) Exercer o poder disciplinar no âmbito da unidade;
e) Representar a unidade nos colegiados superiores competentes;
f) Responder pelo material e bens sob sua guarda;
g) Executar e fazer executar as decisões dos órgãos superiores, da Congregação e do Conselho da Unidade;
h) Distribuir os servidores técnico-administrativos lotados na Unidade de acordo com as necessidades do serviço;

i) Fiscalizar a execução do regime didático, zelando, junto aos Chefes de Departamentos e Coordenador de Curso, pela observância rigorosa dos horários, programas e atividades dos professores e alunos;
j) Apresentar ao Conselho de Unidade relatório anual das atividades acadêmicas, administrativas e financeiras da unidade.

(Resumo do Art. 26 do Regimento Geral da UFJF)

4.2 COORDENAÇÃO DO CURSO

A coordenação didática de cada curso será exercida por um coordenador, integrante da carreira do magistério, eleito pelos docentes em exercício e pela representação discente para um mandato de três anos, permitida a recondução, sendo substituído em suas faltas ou impedimentos pelo vice coordenador, eleito pela mesma forma (Art. 27- Regimento Geral da UFJF).

Cada curso é vinculado a uma unidade, mas não utiliza apenas os recursos da mesma. A coordenação de curso integra estas ações, solicitando as disciplinas conforme os currículos aprovados pelo Conselho de Graduação da UFJF, composto por todos os coordenadores de curso, representação discente (DCE), representação docente (Apes) e representação dos técnicos-administrativos (Sintufejuf). Compete à coordenação de curso integrar os diversos departamentos e unidades para garantir a adequação dos cursos aos currículos. O coordenador deve possuir, no mínimo, graduação em Medicina.

Compete ao Coordenador do Curso de Graduação:

I - Quanto ao curso:

a) Propor ao Conselho Setorial de Graduação a sua duração mínima e máxima e a forma de sua integralização em número total de créditos, ouvido o Conselho de Unidade;
b) Orientar, fiscalizar e coordenar o seu funcionamento;
c) Coordenar o processo regular de sua avaliação;
d) Propor ao Conselho Setorial de Graduação, ouvido o Conselho de Unidade, a sua organização;
e) Representar o Curso nas diversas instâncias universitárias.

II - Quanto ao currículo:

a) Propor ao Conselho Setorial de Graduação, ouvido o Conselho de Unidade, as disciplinas que o integrarão e suas modificações;
b) Propor ao Conselho Setorial de Graduação, ouvidos os Departamentos interessados, os pré-requisitos das disciplinas;
c) Propor ao Conselho Setorial de Graduação, ouvidos os Departamentos interessados, afixação dos créditos das disciplinas que o integrarão.

III - Quanto aos programas e planos de curso:

a) Aprovar, compatibilizar e zelar pela sua observância;
b) Propor alterações aos Departamentos envolvidos.

(Resumo do Art. 28 do Regimento Geral da UFJF)

4.3 DEPARTAMENTOS DA FACULDADE DE MEDICINA

O Departamento é a menor subdivisão da estrutura universitária para os efeitos de organização administrativa, didático-científica e de lotação de pessoal docente, integrando docentes e disciplinas com objetivos comuns de ensino, pesquisa e extensão (Art. 30 do Regimento Geral da UFJF).

Cada departamento está alocado em uma unidade e congrega disciplinas semelhantes, dentro do princípio da não duplicidade de meios para fins iguais ou semelhantes. No início de cada semestre, a coordenação de curso, por via digital, solicita a oferta de vagas e disciplinas. Todos os professores são vinculados a um departamento. Cada departamento possui um chefe, eleito internamente, e um conselho departamental, composto pelos professores e representação discente. Na FAMED há seis departamentos, o de Clínica Médica, Cirurgia, Materno-Infantil, Patologia, Saúde Coletiva e Internato.

4.4 COMISSÃO ORIENTADORA DOS ESTÁGIOS

A Comissão Orientadora dos Estágios do Curso de Medicina (COE) tem como função normatizar o funcionamento e a orientação dos estágios supervisionados através do oferecimento de treinamentos em serviços nas áreas de Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, incluindo atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção, de acordo com o previsto no PPC, em consonância com as resoluções e deliberações do Conselho Setorial

de Graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora. O seu Regimento pode ser lido em anexo 17.4.

4.5 ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

O Núcleo Docente Estruturante (NDE) e o Núcleo de Apoio às Práticas Educativas (NAPE), criados em 2001, são órgãos consultivos diretamente ligados à Direção, à Coordenação da FAMED e COE, no que diz respeito às questões pedagógicas relacionadas ao ensino médico. Hoje efetivamente estruturados, conta com uma coordenação, que, com a participação docente, discente e do corpo técnico-administrativo, vem realizando uma contínua reavaliação da estrutura curricular, com vistas ao aperfeiçoamento das estratégias educacionais propostas no PPC, através da:

a) Implementação, ampliação e consolidação do uso de metodologias ativas de aprendizado;
b) Acompanhamento e fortalecimento das experiências pedagógicas bem-sucedidas;
c) Implantação de um sistema de avaliação coerente com as metodologias pedagógicas adotadas;
d) Ampliação e estruturação da relação ensino-serviço com a inserção dos estudantes na comunidade desde o início do curso;
e) Desenvolvimento docente;
f) Realização de Pesquisa em Educação Médica.

4.6 RECURSOS MATERIAIS, INFRAESTRUTURA DE APOIO, LABORATÓRIOS

A FAMED conta com excelente prédio de cinco andares de 10.000 m^2 de área, sendo um administrativo, dois com vinte salas de aulas em tamanhos diferentes, 30, 50 e 100 lugares, todas equipadas com Datashow, algumas com macas e negastocópios. O andar térreo é constituído por ampla biblioteca com Infocentro, cantina, xerox, atlética e diretório acadêmico. O andar subsolo 1 conta com duas salas do Núcleo de Pesquisas em Educação e do NAPE.

No 1° andar está a administração, salas de reuniões, sala para os docentes, um Centro de Convenções com 500 lugares, outros três de 100 lugares cada e amplo pátio para eventos científicos e culturais.

A FAMED possui sete salas de Laboratórios de Habilidades Clínicas para treinamento com simulações realísticas e um laboratório de Patologia e Imagens com 40 computadores interligados em rede.

Na infraestrutura de apoio conta com sala de aula da Pós Graduação em Saúde Brasileira e sala do Núcleo de Pesquisas em Gastroenterologia e Doenças Infecciosas e Parasitárias.

No Instituto de Ciências Biológicas, ICB, dentro do Campus Universitário, contamos com nossa maior infraestrutura de apoio com os laboratórios e salas de aula das disciplinas do ciclo básico, anatomia, biologia, farmacologia, fisiologia, genética, histologia e embriologia, parasitologia, microbiologia e imunologia. Possui também dois grandes auditórios.

Referências Bibliográficas

UFJF. Regimento geral da UFJF. Juiz de Fora: UFJF, 2015. Disponível em http://www.ufjf.br/portal/files//2009/01/regimento_geral1.pdf Acesso em abr. 2015.

5. PERFIL DO EGRESSO

Oscarina da Silva Ezequiel

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

A Faculdade de Medicina da UFJF estabelece como perfil de seu egresso no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) o proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2014), no Art. 3.º:

> O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano.

Ao final do Curso de Graduação em Medicina da UFJF, espera-se que os profissionais médicos sejam capazes de articular conhecimentos, habilidades e atitudes

requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina, desdobrando-se, segundo as DCN, 2014, nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde;

II - Gestão em Saúde; e

III - Educação em Saúde.

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - 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.

IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - Preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - 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;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

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; 3

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

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;

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,

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;

VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira;

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Art. 7º Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

I - aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;

II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;

III - aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;

IV - aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;

V - comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de autoavaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos;

VI - propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e

VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

Desta forma, o perfil pretendido pela FAMED/UFJF envolve a formação de profissionais capazes de desenvolver permanentemente o processo educativo, visando a elevados padrões de excelência no exercício da Medicina, na construção, análise crítica e disseminação do conhecimento científico e de práticas de intervenção na realidade que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde, com a autonomia do indivíduo e da população, considerando a biodiversidade e as práticas culturais, as Relações Étnico-raciais, as populações do campo, quilombolas e LGBT.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Ministério da Educação. Brasília, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid=. Acesso em 4 abr. de 2015.

6. CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá
Mário Sergio Ribeiro
Oscarina da Silva Ezequiel

6.1. BREVE HISTÓRICO ACERCA DO TRABALHO E DA FORMAÇÃO MÉDICA

Certas características do trabalho médico que se sucedeu ao Relatório Flexner, em especial o uso intensivo da tecnologia e da especialização médica, se associaram a uma grande impulsão da indústria de equipamentos médicos, dos medicamentos, da pesquisa, bem como a modificações do processo de ensino médico (SILVA JÚNIOR, 1998; CORDONI, 1979). Simultaneamente, abriram espaço a um aumento considerável de gastos com a atenção à saúde. O surgimento de toda uma atividade econômica voltada para a assistência médica e para o potencial de lucro neste mercado por ela constituído permitiu o nascimento de uma "indústria da saúde": uma atividade lucrativa relacionada ao crescente emprego de novas tecnologias e procedimentos à clínica e diretamente relacionada ao aumento progressivo dos custos da atenção médica na maioria dos países capitalistas ocidentais.

Todavia, esse progressivo aumento do consumo de serviços de saúde e de medicamentos – bases do chamado complexo médico-industrial – não foi acompanhado de uma melhora proporcional de indicadores de saúde (FOUCAULT, 1976). Segundo Arrow (ARROUW, 1963, apud CAMPOS & ALBUQUERQUE, 1998), uma completa regulação da "indústria da saúde" pelas forças de mercado não garantiria a eficiência do serviço devido a algumas "falhas de mercado", que não são naturalmente resolvidas pela aplicação da doutrina liberal no setor. Uma dessas falhas explicaria o fato de que os custos em saúde aumentam demasiadamente porque as tecnologias incorporadas não são substituíveis. Ao contrário da evolução geral dos bens de consumo, os equipamentos imaginológicos mais modernos não eximem o uso da radiografia e do exame clínico e, provavelmente, não serão substituídos por novas tecnologias no futuro, mas complementados por elas (CAMPOS & ALBUQUERQUE, 1998). Outra falha de mercado diz respeito à ausência de autolimitação ao consumo de serviços de saúde, uma vez que não há um teto natural para este consumo. Considerando-se a vida um bem inestimável e imensurável, os envolvidos nas relações de serviço em saúde tendem a fazer uso de todos os recursos tecnológicos disponíveis, sem considerar custos ou duração dos tratamentos prescritos. Se, por um lado, as falhas de

mercado explicam alguns mecanismos de aumento dos custos da assistência médica, por outro, não justificam tais gastos, uma vez que a eficácia da medicina científica estagnou-se. A essa falta de correlação entre gastos e resultados em saúde, de acometimento universal, denominou-se Inflação Médica (MENDES, 1985).

Discussões sobre a eficácia da estrutura vigente de serviços de saúde e o seu impacto sobre a população também ocorriam nos Estados Unidos em meados do século XX. Em 1961, um importante estudo sobre as necessidades de cuidados médicos – publicado no New England Journal of Medicine como "The Ecology of Medical Care" (WHITE et al., 1961) – concluiu que, em uma determinada comunidade, de cada mil pessoas com mais de 16 anos, em média 750 (75%) declaravam ter sofrido alguma espécie de mal-estar, doença ou lesão no espaço de um mês. Dessas, 250 (25%) procuravam um médico uma ou mais vezes durante aquele período. Nove pessoas em média eram hospitalizadas (0,9%), cinco referidas a outro médico ou serviço (0,5%) e apenas uma (0,1%) era encaminhada a um centro médico universitário. O trabalho alertou para o pouco conhecimento do processo de tomada de decisão pelo paciente – que decide por si próprio procurar um serviço de saúde, tratar seu problema por vias alternativas ou ignorá-lo. E o autor chamou a atenção para a real distribuição ecológica do uso dos serviços e das necessidades de saúde, indicando que ela não seria levada em conta na organização dos serviços de saúde ou no treinamento de profissionais – realizado preferencialmente em hospitais universitários, com ênfase nos agravos menos prevalentes e pouca atenção ao cuidado dos problemas mais comuns. Resultaria, daí, certa ineficácia do sistema de saúde americano em relação às necessidades de saúde de sua população. Quarenta anos depois, resultados semelhantes foram encontrados por Green et. al. (2001).

Uma relevante questão colocada em relação à consolidação de práticas assistenciais em um modelo de gestão pública como o Sistema Único de Saúde (SUS) diz respeito à própria força de trabalho, tanto pelo ponto de vista das práticas cotidianas como da formação de pessoal. Ao longo dos anos de implementação do SUS, tem sido apontado que a formação desta força de trabalho não tem sido adequada às necessidades de saúde da população brasileira (NOGUEIRA, 2002).

Considerando-se que o trabalho em saúde deve fazer uma utilização racional da tecnologia, realizar uma abordagem integral dos sujeitos em equilíbrio com a cultura e a história institucional e às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade, um processo de adequação das estratégias educacionais foi amplamente discutido com a comunidade acadêmica, com os serviços e a comunidade civil organizada, um processo

consolido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que estabeleceram “princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos” (DCN, 2001).

Referências Bibliográficas

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. In: ARROW, K. **Essays in theory of risk-bearing**. Amsterdam/London: North Holland, 1971 apud CAMPOS, F.E.; ALBUQUERQUE, E.M. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1998. 24 f.

CORDONI JÚNIOR, L. **Medicina Comunitária: Emergência e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira.** 1979. 110 f. Dissertação (Mestrado em Medicina

DCN. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.**

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. **Educación Médica y Salud**, v. 11, n. 1, p. 3-15, 1977.

GREEN, L. A.; FRYER, G. E.; YAWN, B. P.; LANIER, D.; DOVEY, S. M. The ecology of Medical Care Revisited Medicine. **N Eng J Med**, v. 344, n. 26, 2001.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985, 124 p.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**: Botucatu, v. 6, n. 10, p. 91-93, 2002.

SILVA JÚNIOR. A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde:** O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998, 142 p.

WHITE, K. et al. The Ecology of Medical Care. **N Eng J Med**, v. 265, n. 18, p. 885-92, 1961.

6.2 ANDRAGOGIA

O termo andragogia foi primeiramente utilizado por Malcolm Knowles, na década de 1970, compreendendo as particularidades que devem ser consideradas no processo ensino-aprendizagem do adulto.

Entre as muitas teorias de memória que dão suporte aos estudos da andragogia, a mais comum é a explicação do processamento da informação (STERNBERG, 1996), que pode ser usada para estudar o aprendizado e a memória do adulto. De forma semelhante ao que ocorre no computador, o processamento das informações envolve recolher e representar informações – ou codificar, segurar informações – ou armazenar, obter informações quando necessário – ou recuperar, sendo este sistema guiado pelo processo de controle que determina como e aonde as informações fluiriam através do sistema.

Atkinson & Shiffrin (1968) definem pela primeira vez o modelo modal da memória com três diferentes tipos de memórias: memória sensorial, memória de curto prazo ou de trabalho e a memória de longo prazo (MLP). A maioria dos psicólogos cognitivos distingue três categorias de MLP: semântica, episódica e processual. A elaboração, a organização e a contextualização têm papel determinante no efetivo armazenamento das informações na MLP e estão intimamente associadas às formas de aprendizado. Para elaboração adequada de novos conhecimentos, o levantamento e a exploração de conhecimentos prévios tornam-se indispensáveis (WOLFOLK, 2000).

Segundo Paulo Freire (1987), os adultos se distinguem das crianças por serem portadores de experiência, que constitui o recurso mais rico para as suas próprias aprendizagens. Estes estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para melhor afrontar problemas reais da sua vida pessoal e profissional. Nos adultos, a aprendizagem é orientada para a resolução de problemas e tarefas com que se confrontam na sua vida cotidiana, sendo desaconselhada uma educação cuja lógica esteja centrada nos conteúdos.

Assim, a educação não comporta mais uma bagagem escolar baseada no volume de conteúdos, sendo isso pouco operacional e nem mesmo adequado. O que se acumula no começo da vida deve ser constantemente atualizado e aprofundado, considerando que estamos vivendo um período no qual as mudanças ocorrem com grande velocidade. Ressalta-se também que a educação, para dar resposta ao conjunto das suas missões, deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais, que serão, ao longo da vida, os quatro pilares do conhecimento: aprender a conhecer (ou adquirir os instrumentos de compreensão), aprender a fazer (para poder agir sobre o meio envolvente), aprender a viver juntos (a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas) e aprender a ser (via essencial que integra as três precedentes) (DELORS, 1996).

Referências Bibliográficas

ATKINSON, R. C.; SHIFFRIN, R. M. Chapter: Human memory: A proposed system and its control processes. In Spence, K. W., & Spence, J. T. **The psychology of learning and motivation (Volume 2)**. New York: Academic Press, 1968. pp. 89–195.

DELORS J. (org.). **Um tesouro a descobrir**. Lisboa: Asa, 1996 (Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI).

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

STERNBERG, R. J. Costs of expertise. In: ERICSSON, K. A. (Ed.). **The road to excellence: the acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports and games**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1996. p. 347-354.

WOOLFOLK. A. **Pearson Education Allyn & Bacon**. [s/l]: 2000.

6.3 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

Ausubel *et al*. (1980), ao apresentarem a TEORIA DA APRENDIZAGEM VERBAL SIGNIFICATIVA, baseiam-se em dois princípios: os conteúdos de ensino devem ser relacionados logicamente; o estudante/profissional deve adotar uma atitude favorável a fim de tornar-se capaz de realizar essa relação dentro de suas estruturas cognitivas. Para que a aprendizagem significativa ocorra, três condições são importantes: os novos conhecimentos devem ser relacionados aos conhecimentos prévios que o estudante já possui; as experiências prévias do estudante/profissional sobre o conteúdo devem ser consideradas como ponto de partida para a aprendizagem; interação entre as ideias já existentes na estrutura cognitiva do estudante/profissional e as novas informações (MOREIRA, 1999).

Referências Bibliográficas

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Trad. Eva Nick e outros. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. 626 p

MOREIRA, A. F. **Um estudo sobre o caráter complexo das inovações pedagógicas**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1999.

6.4 PENSAMENTO REFLEXIVO

Para John Dewey (1910), a melhor maneira de se pensar é o que ele denomina de pensamento reflexivo, ou seja, “a espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva”. O pensar reflexivo é uma cadeia, com unidades definidas, ligadas entre si de tal arte que o resultado é um momento continuado para um fim comum. Ele afirma que o pensamento reflexivo visa a uma conclusão, deve sempre nos conduzir a algum lugar, nos impele à indagação, a examinar até que ponto uma questão pode ser considerada garantia para acreditarmos em outra. Se o ato de pensar reflexivo é intelectual, podemos considerar que, realmente, em Dewey (1959), temos a indicação de que o educador, responsável por desenvolver mediante o ato pedagógico a capacidade de reflexão, pode e deve refletir também sobre a sua prática, e,

por conseguinte, constituir-se em intelectual, pois, nesse sentido, o intelectual é aquele que pensa reflexivamente.

As cinco fases ou aspectos do pensamento reflexivo são:

1. As sugestões – ideia ou ideias que nos surge(m) para a busca de uma possível solução;
2. Uma intelectualização da dificuldade ou perplexidade;
3. A ideia-guia ou hipótese – essa orientar-nos-á "para mais observações, mais fatos, para saber se o novo material é o que a hipótese pretende que seja";
4. O raciocínio – ajuda a ampliar o conhecimento, tem o efeito de uma observação profunda. É o exame mais completo da sugestão;
5. A verificação da hipótese pela ação – é uma espécie de prova, uma verificação experimental da conjetura.

Três importantes atitudes devem ser cultivadas se temos como finalidade o desenvolvimento do pensar reflexivo, que são (DEWEY, 1959):

1. Espírito aberto – consiste em colocar-se numa atitude de disponibilidade para considerar o novo, abrir espaço para a circulação de novas perspectivas;
2. O coração aberto – envolve a relação emocional, afetiva diante de uma causa, de um desafio. É importante que caminhem lado a lado o desenvolvimento intelectual e o envolvimento, a disponibilidade de envolver-se com entusiasmo diante das situações que nos são apresentadas, dos desafios que surgem;
3. Responsabilidade – atitude necessária na análise das novas perspectivas, da novidade, uma vez que examina as consequências das decisões tomadas, dos passos projetados para assumi-los com segurança.

Partindo da construção teórica de Merhy (1997), podemos afirmar que, no processo pedagógico, professores e estudantes complementam-se, por meio de suas "subjetividades", de seus modos de sentir, de representar e de vivenciar as necessidades educacionais e de tomar decisões acerca do projeto político a ser desenvolvido nas instituições, atuando, inclusive, na micropolítica do trabalho em saúde. Essa perspectiva nos permite transitar da formação tradicional de profissionais médicos à produção, organização e gestão do trabalho em saúde para processos de mudanças que se caracterizam por novos espaços de formação e ação para redirecionar o sentido do cuidado de saúde (MERHY, 1999).

Destaca-se que o valor da atividade do próprio sujeito como início da aprendizagem e o incentivo para continuar aprendendo são suscitados no ambiente concreto, no qual surgem os conflitos capazes de promover o interesse das pessoas e seu desejo de intervir para sua solução. Além disso, outro argumento a ser considerado é a humanização do conhecimento com o qual se entra em contato nas instituições. A integração entre teoria e

prática é defendida como uma forma de educação que propicia visões da realidade nas quais as pessoas aparecem como sujeitos da história, como as peças-chave para entender o mundo, estimulando o compromisso dos estudantes e profissionais com sua realidade, tendo uma participação mais ativa, responsável, crítica e eficiente na mesma (SANTOMÉ, 1973).

Referências Bibliográficas

DEWEY, J. **How we think**. D.C. Heath & Co, 1910, 224p.

DEWEY, J. **Experience and Education**. New York: Simon & Schuster, 1959.

MERHY, E. E. et al. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999.

SANTOMÉ, J.T. **Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 275 p.

6.5 NECESSIDADES DE SAÚDE

Para que ocorra a transformação das práticas profissionais, a formação deve buscar a reflexão sobre as práticas produzidas pelos profissionais nos serviços de saúde, avaliando continuamente e problematizando os processos de trabalho, com foco nas necessidades de saúde do indivíduo e da população, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde. Desta forma, quando se atua por meio de ações reflexivas sobre o cotidiano dos sujeitos em ação, buscando compreender os processos de intervenção atrelados a determinados fins, está se tentando articular/discutir/negociar os interesses, desejos e vontades das pessoas com as necessidades sociais para um determinado fim. Tem-se, assim, a recomposição dos determinantes de caráter universal, o contexto particular e os interesses exclusivos do sujeito (CAMPOS, 2000).

George Engel, na década de 70, apresentou o modelo biopsicossocial que redefine o papel profissional do médico, ampliando as fronteiras de sua responsabilidade, a partir da caracterização da doença numa perspectiva multidimensional. A proposta de Engel não implica, propriamente, a negação dos fundamentos biomédicos das doenças, mas a amplificação e complicação da explicação patogenética, assumindo a inclusão de fatores

psíquicos e sociais como determinantes igualmente importantes dos fenômenos da saúde e do adoecer. O modelo biopsicossocial representa hoje um dos pilares conceituais da prática clínica, incorporado de forma mais explícita pelo campo da Atenção Primária (ENGEL, 1977).

Na concepção do modelo proposto por Engel, a Integralidade pode servir de apoio para o questionamento e para mudanças, na medida em que interroga as bases da "... racionalidade da medicina ocidental contemporânea, ou biomedicina, a qual realiza na sua prática diária um esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma" (PINHEIRO, 2004, p. 79). A definição (dispositivo jurídico-institucional) de Integralidade contida na Norma Operacional Básica do SUS 01/93 diz que o objetivo é "... assegurar aos 'indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades em suas singularidades'" (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 23).

Para uma discussão da integralidade, é importante a definição de necessidades de saúde, que, segundo Cecílio, resumidas por Roseni e colaboradores, são:

a) Necessidades de boas condições de vida;
b) Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida;
c) Necessidade de vínculo com um profissional e equipes; e
d) Necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" (PINHEIRO et al., 2007, p. 22).

A estruturação da Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito inclui: [...] criticar a fragmentação decorrente da especialização progressiva sem cair em um obscurantismo simplista [...]; enfrentar esse desafio não apenas se socorrendo do lugar comum pós-moderno da transdisciplinaridade [...]; superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela [...]; superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade, operando com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o paciente em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros (CAMPOS, 2003).

Nos últimos anos, vem ocupando cada vez mais espaço na educação médica a problemática interface entre ciência e ética no exercício da clínica – e em seu cotidiano embate com tomadas de decisão diante do imprevisível de sujeitos e situações. De forma quase consensual, tais dificuldades vêm sendo debitadas a nossa tradição dualista, cartesiana, que sustentaria nossa intransponibilidade epistemológica entre o físico e o

mental. Ao nos habituarmos às separações entre soma e psiquê, entre razão e instinto (desrazão), entre cérebro e mente, entre biológico e psicológico, preventivo e curativo, público e privado, levamos adiante o processo de exclusão de um dos termos em favor do outro, distanciando-nos de perspectivas epistemológicas mais próximas de nossa contemporaneidade.

Todavia, pela ótica da Biologia contemporânea, Jacob (1983) – em sua abordagem do fenômeno da hereditariedade, da "lógica do vivente" – afirma que a arquitetura em níveis seria o princípio regente da construção de qualquer sistema vivo, seja qual for seu grau de organização: "os organismos edificam-se por uma série de integrações, numa hierarquia de conjuntos descontínuos". Cada uma destas unidades é por ele designada pelo termo geral de "íntegron", entendendo-se que cada uma destas unidades de integração se forma "pela reunião de íntegrons de nível inferior e participa da construção de um íntegron de nível superior".

Segundo Jacob, a Biologia contemporânea nos indica que a lógica da organização e da evolução dos sistemas vivos sugere que é pela integração de estruturas de um determinado nível que a vida dá seus saltos qualitativos, que os sistemas atingem um novo nível de integração. Os íntegrons culturais – ou, dito de outra forma, os aspectos simbólicos, por sua vez, com seus próprios códigos, regulações e formas de interação – "ultrapassam os esquemas explicativos da biologia. Todavia, se o estudo do homem e de suas sociedades não pode se reduzir à biologia, também não pode dispensá-la; como a biologia não pode dispensar a física" (JACOB, 1983).

É necessário admitir que a ruptura necessária ao estabelecimento de uma nova prática médica implique a ultrapassagem intercientífica das metafísicas oposições entre o biológico e o psicológico, o orgânico e o(s) simbólico(s). Com o desenvolvimento do sistema nervoso, com a capacidade de aprendizado e a memória, vai, progressivamente, diminuindo o rigor da hereditariedade. Assim, "no programa genético em que se baseiam as características de um organismo complexo", encontram-se, lado a lado, uma parte fechada, "cuja expressão está rigorosamente fixada", e outra aberta, "deixando ao indivíduo uma certa liberdade de resposta" (CANGUILHEM, s/d). De forma análoga às reações físico-químicas que subjazem aos fenômenos puramente biológicos, aparentemente, são mecanismos biológicos que realizam, ao mesmo tempo em que se limitam, essa intermediação entre hereditariedade e liberdade, entre orgânico e simbólico, entre físico e mental: vale ressaltar aqui essa dinâmica entre a rigidez estrutural do programa e a flexibilidade funcional de sua efetivação (RIBEIRO, 2004).

Referências Bibliográficas

CANGUILHEM G. Sobre a história das ciências biológicas depois de Darwin. In: CANGUILHEM G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, [s.d.], p. 107-122.

ENGEL, G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science**. 1977, vol 196, 129-36.

JACOB, F. **A lógica da vida: uma história da hereditariedade**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 343-349, 2007.

PINHEIRO, R.E.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 2004. p.21-36.

RIBEIRO, MS, 2004. Medicina, Ciência e Ética: Filosofar É Preciso? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 2, pp.156-163, 2004.

7. CONTEXTO EDUCACIONAL

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

Nicolas Braga

Demaísa de Sousa Alves

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

Nicolas Augusto Coelho Braga

O curso de Medicina da UFJF procura contemplar de maneira ampla em suas atividades educacionais o contexto social, cultural, político e ambiental, preparando o egresso para sua plena compreensão das realidades nacionais.

O foco na APS e as condutas propedêuticas efetivas e racionais favorecem ao estudante o entendimento das limitações econômicas do sistema de saúde com a visão de que na APS estão as tecnologias mais complexas, menos densas e menos caras, evitando a fragmentação do sistema. Busca demonstrar que a atenção primária à saúde deve desempenhar o papel fundamental de coordenar as referencias e contra referências,

voltando a atenção para o cuidado longitudinal das condições crônicas e na sequência das agudas (MENDES, 2010).

Também no contexto sócio-cultural estamos iniciando a educação da relação étnico-racial voltada à cultura afro-brasileira, africana e de indígenas. A disciplina Artes e Ofícios dos Saberes Tradicionais trabalha com a realidade indígena e quilombola.

A inserção curricular sobre o racismo institucional, a saúde da população negra, se inicia de maneira longitudinal a fim de trabalhar a questão epidemiológica e a perspectiva histórica uma vez que as taxas de mortalidade, em todas as faixas etárias, são maiores na população negra, sendo mais visível naquela de cor preta, mas também presente nos autodeclarados pardos. Os dados indicam que esta população tem pior acesso aos serviços do SUS, menores atenção às necessidades de saúde – prevenção, diagnóstico e controle de doenças –, pior atendimento, maior impacto das comorbidades com pior qualidade de vida, e maior dificuldade de obter benefícios trabalhistas de saúde; desigualdades que se agravam se considerada a condição de classe (LOPES, 2004; KALCKMANN & SANTOS, 2007; PANITCH, 2010; LÓPEZ, 2012; WILLIANS & MOHAMMED, 2013). Em Anexos pode-se ler o texto que sugere a forma de inserção do conteúdo em nossa grade curricular.

A UFJF possui a Pró-reitoria de Cultura com atividades amplas, proporcionando ao estudante e à comunidade momentos de lazer e cultura. Projetos vários são oferecidos, como Caminhada em Bloco, com resgate da essência do carnaval de rua; Coletivo Cultural, Leitura no Campus, Palco Provisório, Som de Domingo, Luz da Terra, Restauro de manutenção do Cine-Theatro Central, Ciranda Central, Festival de Circo de Juiz de Fora, Musica MAMM, Colônia de Férias MAMM, Micro Lições de Arte MAMM, Centro Cultural Pró-Musica, Coral Universitário, Orquestra de Jazz Pró-Música, Publicações-Palco e vários apoios culturais (PROCULT, 2015).

A formação humanística remete a ideia de processo, compreendendo a concepção de ser humano como ser incompleto, em permanente mudança, buscando a formação integral, alicerçada em valores que possam comprometer o egresso eticamente com problemas sociais e morais que dizem respeito aos indivíduos e a comunidade (Brasil 2003).

A concepção humanística na formação deve estar presente desde o primeiro período do curso, dentro dos domínios curriculares intra e extramuros preparando o discente para a vida em sociedade, pautada em dimensões sólidas, tais como a dignidade pessoal, reconhecimento do próprio valor como pessoa e do valor dos outros, desenvolvimento da autonomia pessoal, respeito aos semelhantes e ao meio ambiente, capacidade de estabelecer vínculos sociais e de atribuir significado às ações e às coisas.

Nesta perspectiva o NAPE implementou o projeto denominado "Gotas Musicais" que trata-se de uma atividade musical realizada, semanalmente, para toda a Instituição, no intervalo entre as disciplinas regulamentares. O objetivo do projeto é proporcionar à comunidade acadêmica apresentações musicais diversas realizadas pelos estudantes do curso de medicina, de todos os demais cursos da UFJF e usuários do SUS, com o intuito de exercitar, por meio da arte, a sensibilidade dos estudantes, professores e pessoal técnico administrativo. O projeto também visa promover, momentos de descontração e socialização, em meio às atividades curriculares, mesclando conhecimento, arte e significado, dentro da proposta de uma formação integral.

A pluralidade e diversidade da formação em saúde que não encontra mais seu sentido e sua referência num único ponto implica numa formação ampliada como processo dialógico-comunicativo. Trata-se de o sujeito formar-se a si mesmo pela interação consigo, com os outros e com o ambiente em que vive. (Brasil 2003)

Desde a Grécia antiga, Hipócrates, em sua obra, denominada Dos Ares, das Águas e dos Lugares, revelava suas preocupações com aspectos ambientais na determinação das doenças. O papel das transformações ambientais na modificação dos padrões de saúde e doença em diferentes escalas geográficas revela a intima inter-relação entre o meio ambiente e o processo de adoecimento (SILVA 2012).

Impactos ambientais oriundos das ações antrópicas incluindo contaminação, poluição, mudanças climáticas e na cobertura vegetal repercutem diretamente na saúde individual e coletiva. Assim um meio ambiente salubre é tanto um elemento da qualidade de vida como um direito inalienável, portanto, sujeito ao princípio universal da igualdade. A abordagem médica integral centrada na pessoal deve considerar o individuo contextualizando-o com ecossistema em que está inserido, suas interações e repercussões locais e globais.

Nessa perspectiva a FAMED em acordo com das DCNs pautada nos artigo III e IV da lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999. se propõe a desenvolver em seu currículo uma compreensão integrada do meio ambiente em suas múltiplas e complexas relações, envolvendo aspectos ecológicos, psicológicos, legais, políticos, sociais, econômicos, científicos, culturais e éticos proporcionando oportunidades de aprendizagem da política ambiental ao longo de todo o processo de formação, como uma prática educativa integrada, contínua e permanente, na graduação , pesquisa e extensão.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Secretaria Especial do Direitos Humanos**: Ministério da Educação, SEIF, SEMTEC, SEED. **Ética e cidadania: construindo valores na escola e na sociedade**. Brasília, 2003.

BRASIL. **Secretaria Especial do Direitos Humanos**: Ministério da educação, SEIF, SEMTEC, SEED. Ética e cidadania: construindo valores na escola e na sociedade. Brasília, 2003.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. **Saúde soc**, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional. Interface-Comunic., **Saúde, Educ**, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Estado de São Paulo: Seminário saúde da população negra, 2004.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. (ESP-MG), 2010.

PANITCH, Leo et al. **Socialist Register 2010. Morbid symptoms: health under capitalism**. The Merlin Press, 2010.

PROCULT. Pró-Reitoria de Cultura da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015. Disponível em <www.ufjf.br/procult> Acesso em abr. de 2015.

SILVA, M.B.C.; SOARES, R.A.R. Ensino de meio ambiente: uma questão de contextualização? **Revista Praxis**. Ano IV, n.7, jan. 2012, p.55-59.

WILLIAMS, David R.; MOHAMMED, Selina A. Racism and health I: pathways and scientific evidence. **American behavioral scientist**, v. 57, n. 8, pp. 1152-1173, 2013.

WILLIAMS, David R.; MOHAMMED, Selina A. Racism and health II: a needed research agenda for effective interventions. **American behavioral scientist**, v. 57, n. 8, pp. 1200-1226, 2013.

8. OBJETIVOS DO CURSO

Oscarina da Silva Ezequiel

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

O curso atende à formação em nível de graduação na área médica e estrutura-se para preparar profissionais competentes para realizar o atendimento integral do ser humano. Tem como princípios fundamentais a excelência técnica, a ética, a cidadania e a humanização. Entendem-se como necessárias ao egresso as competências nas áreas de Atenção á Saúde, de Gestão em Saúde e de Educação em Saúde, definidas pelas DCNs, 2014:

Seção I: Área de competência de Atenção à Saúde

Subseção I: Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde

AÇAO CHAVE: Atenção às necessidades individuais de saúde.	
Desempenho	**Descritores**
História Clínica	Relação profissional ética
	Identificação situações de emergência
	Orientação do atendimento às necessidades de saúde: doença e enfermidade
	Linguagem compreensível: aspectos psicoculturais e contexto
	Construção de vínculo: enfermidade (crenças e valores)
	Identificação dos motivos ou queixas: contexto biopsicosocioeconomico e práticas culturais de cura em saúde, matriz afro-indigena-brasileira e outras relacionadas ao processo saúde-doença.
	Anamnese com raciocínio clínico (MBE)
	Investigações de sinais e sintomas
	Registro em prontuário de forma clara

Exame físico	Esclarecimento sobre procedimentos, manobras ou técnicas, obtendo consentimento da pessoa.
	Cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto.
	Postura ética, respeitosa e destreza técnica, realizando com precisão e levando em consideração a diversidade étnico-racial, gênero, orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência.
	Esclarecimento à pessoa sob seu cuidado com registro em prontuário de forma legível.
Formulação de hipóteses e priorização de problemas	Estabelecimento de HD mais prováveis
	Prognóstico dos problemas, considerando o contexto pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental
	Informação e esclarecimentos das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis
	Estabelecer oportunidades na comunicação para mediar conflitos (profissionais de saúde, paciente, familiares e responsáveis)
	Plano terapêutico (com possível inclusão das práticas populares de saúde)
Promoção de investigação diagnóstica	Proposição e explicação ao paciente sobre a investigação diagnóstica necessária, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético.
	Solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, avaliando a possibilidade de acesso aos testes
	Avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa, levando-se em consideração: eficiência, eficácia e efetividade.
	Interpretação dos resultados dos exames
	Registro e atualização no prontuário de forma clara e objetiva

AÇAO CHAVE: Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos	
Desempenho	**Descritores**
Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos	Estabelecer a partir do raciocínio clínico-epidemiológico planos terapêuticos, incluindo as dimensões: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
	Discussão do plano
	Diálogo entre as necessidades da pessoa e dos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado.
	Estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, com participação dos outros profissionais.
	Implementação de ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa.
	Informação de situações de notificação compulsória
	Consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas
	Atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes
	Exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas
Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos	Acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados
	Favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados
	Revisão do diagnóstico e do plano terapêutico
	Explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão.
	Registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário

Para trabalhar a atenção à saúde do indivíduo o estudante é inserido desde o início do curso nas disciplinas integralizadoras nos quatro primeiro períodos, os TICAS (Temas Integradores de Clínica Ampliada) que trabalham com metodologias ativas de casos problemas da realidade na comunidade; na disciplina Sistema de Saúde que o leva à Unidade Básica de Saúde para, desde o primeiro período vivenciar a dinâmica do SUS e a realidade do indivíduo em sua comunidade. Continuam-se as vivências na Atenção Primária à Saúde, segundo período, Psicologia Médica e nas Semiologias em dois períodos.

Subseção II: Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva

AÇAO CHAVE: Investigação de Problemas de Saúde Coletiva	
Desempenho	**Descritores**
Análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas E Condições de vida e de saúde de comunidades (a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde)	Acesso e utilização de dados secundários que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações ➔ visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde doença, assim como seu enfrentamento
	Relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionadas ao adoecimento e a à vulnerabilidade de grupos
	Estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas considerando sua magnitude

AÇAO CHAVE: Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva	
Desempenho	**Descritores**
	Participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para a melhoria dos indicadores de saúde
	Estímulo a inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na APS

	Estímulo a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde
	Promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados
	Participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade.
	Participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do SUS, prestando contas e promovendo ajustes.

As disciplinas que dão conta do trabalho na necessidade de saúde do indivíduo também trabalham com esse em sua comunidade e sua coletividade. Esse trabalho é sedimentado nas disciplinas de Epidemiologia, Métodos epidemiológicos, Estatística Aplicada à Medicina, Antropologia, Vigilância em Saúde e Saúde Ambiental. Todo esse conhecimento é fortemente absorvido na prática médica ao se ter atividades nos cenários reais ambulatoriais e hospitalares, além da Urgência e Emergência. No internato há grande trabalho com grupos de Medicina de Família e Comunidade, estágio de Medicina Comunitária Local em UBSs do SUS e a sua consolidação com o estágio Regional, onde o estudante pode vivenciar a realidade do campo e suas características sócio-econômico-culturais.

SESSÃO II: Da área da Competência Gestão em Saúde

Subárea I- Organização do Trabalho em Saúde

AÇAO CHAVE: Organização do Trabalho em Saúde	
Desempenho	**Descritores**
Identificação do processo de trabalho	Identificação da história de saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde
	Identificação de oportunidades e desafios na organização na rede de serviços, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, propiciando compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção
	Utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho (perspectiva dos profissionais, dos usuários

	e análise de indicadores e modelos de gestão) ➔ identificando riscos e vulnerabilidade de pessoas, familiares e grupos sociais
	Incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade ➔ favorecendo a autonomia na decisão do plano terapêutico (considerando valores e crenças)
	Trabalho colaborativo em equipe de saúde
	Participação na priorização de problemas
	Abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado a saúde
Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção	Participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados
	Apoio à criatividade e à inovação na construção dos planos de intervenção
	Participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências cientificas, na eficiência, eficácia e na efetividade do trabalho em saúde
	Participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social

Subárea II- Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde

AÇAO CHAVE: Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde	
Desempenho	**Descritores**
Gerenciamento do cuidado em saúde	Promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS,
	Utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos
	Favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas ➔ promovendo a organização de sistemas integrados de saúde
Planos e Avaliação do	Participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o

Trabalho em Saúde	processo de trabalho em saúde e sobre as intervenções
	Monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades
	Avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores, relatórios de produção, de ouvidoria, etc
	Utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo planos atualizados e o trabalho em cte aprimoramento.
	Formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o trabalho de todos
	Estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

O aprendizado do estudante da FAMED em Gestão em Saúde advém das disciplinas correlatas ao tema, como Sistema de Saúde, os TICAS, Vigilância em Saúde, Saúde Ambiental e sobretudo da sua prática nos ambulatórios, UBSs e com os protocolos dos diversos serviços do HU.

SESSÃO III: Da área de Competência de Educação em Saúde

Subárea I: Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva,

Subárea II: Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento

Subárea III: Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.

AÇAO CHAVE: Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva	
Desempenho	**Descritores**
Estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender	
Identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou na comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um	

AÇAO CHAVE: Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento	
Desempenho	**Descritores**
Postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática	
Escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas	
Orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento	
Estímulo a construção coletiva do conhecimento propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais	

AÇAO CHAVE: Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos	
Desempenho	**Descritores**
Utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações.	
Analise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoas sob seus cuidados, famílias e responsáveis.	
Identificação da produção de novos conhecimentos em saúde ➔ a partir do diálogo entre prática-produção científica e desenvolvimento tecnológico.	
Favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para as necessidades de saúde individuais e coletivas	

Para a área de Competência em Educação em Saúde o currículo e sua matriz contemplam o pensamento reflexivo, a aprendizagem baseada em conhecimentos prévios e vivências pessoais, além do estímulo à construção do conhecimento pelo estudante a partir de sua busca e contato direto com os indivíduos pacientes das comunidades onde se realizam as atividades práticas nos períodos pré-clínico, clinico e no internato onde toda ela é intensificada.

No modelo biopsicossocial considerando as práticas culturais de cura em saúde, a matriz contempla a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e

Cultura Afro-brasileira e Indígena (Lei n° 11.645 de 10/03/2008; Resolução CNE/CP N° 01 de 17 de junho de 2004), as populações do campo, quilombolas e LGBT.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Ministério da Educação. Brasília, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid=. Acesso em 04 de abril de 2015.

9. ESTRUTURA DO CURSO

Oscarina da Silva Ezequiel
Ivana Lúcia Damásio Moutinho
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

9.1 DADOS GERAIS DO CURSO

Tempo de integralização curricular: 12 semestres.

Tempo máximo de integralização curricular – 18 semestres

Regime acadêmico seriado semestral

Total de vagas anuais: 180

Processo seletivo: ENEM e PISM (Processo de Ingresso Seletivo Misto da UFJF)

Turno de funcionamento: integral

Carga horária total do curso: 7.341 h

Estágio Curricular Supervisionado:

Carga horária total: 3.276 (44,62%)

Duração: quatro semestres

Localização na estrutura curricular: do nono ao décimo segundo período

9.2 MATRIZ CURRICULAR

1º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Anatomia Aplicada à Medicina I	105	45	60
Histologia e Embriologia VI	60	30	30
Sistemas Saúde	30	30	0
Biologia Celular e Molecular	30	30	0
Bioquímica I	90	30	60
Biofísica Médica	30	30	0
Introdução à Prática Médica	60	30	30
Introdução à Vida Universitária	30	30	0
Temas Integradores de Clínica Ampliada I	15	15	0
Laboratório de Habilidades Clínicas I	30	15	15
Total	480		

2º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Anatomia Aplicada à Medicina II	60	30	30
Histologia e Embriologia VII	30	15	15
Bioquímica III	75	45	30
Genética Básica	30	30	0
Psicologia Médica I	30	30	0
Farmacologia Integrada I	30	30	0
Fisiologia Médica I	60	60	0
Atenção Primária à Saúde	45	45	0
Metodologia Cientifica em Medicina	30	30	0

Laboratório de Habilidades Clínicas II	30	15	15
Temas Integradores de Clínica Ampliada II	15	15	0
Total	435		

3º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Anatomia Aplicada Medicina III	60	30	30
Histologia e Embriologia VIII	30	15	15
Parasitologia Médica	60	30	30
Microbiologia I	60	30	30
Imunologia	60	30	30
Farmacologia Integrada II	30	30	0
Fisiologia Médica II	60	60	0
Epidemiologia	45	45	0
Temas Integradores de Clínica Ampliada III	15	15	0
Laboratório de Habilidades Clínicas III	30	15	15
Total	450		

4º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Anatomia Aplicada Medicina IV	45	15	30
Histologia e Embriologia IX	60	30	30
Fisiologia Médica III	60	60	0
Farmacologia Integrada III	30	30	0
Microbiologia II	45	30	15
Semiologia I	150	75	75

Antropologia Médica	30	30	0
Temas Integradores de Clínica Ampliada IV	15	15	0
Total	435		

5º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Semiologia II	150	75	75
Patologia Geral	45	30	15
Epidemiologia II: Métodos Epidemiológicos	30	30	0
Técnica Cirúrgica	60	30	30
Psicologia Médica II	45	45	0
Farmacologia Integrada IV	30	30	0
Geriatria e Gerontologia	60	30	30
Estatística Aplicada a Medicina	60	60	0
Total	480		

6º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Clínica Médico-Cirúrgica I (Pneumologia e Cirurgia do Tórax)	75	45	30
Clínica Médico-Cirúrgica II (Cardiologia e Cirurgia Vascular)	90	45	45
Vigilância em Saúde	30	30	0
Saúde Ambiental	30	30	0
Patologia Especial	60	30	30
Clínica Médico-Cirúrgica IV (Doenças Infecto-Parasitárias)	90	60	30
Clínica Médico-Cirúrgica VII (Neurologia e	60	30	30

Neurocirurgia)			
Medicina Legal	30	30	0
Semiologia Pediátrica	60	30	30
Total	525		

7º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Clínica Médico-Cirúrgica III (Gastroenterologia, Proctologia e Cirurgia Geral)	120	30	90
Medicina da Criança I	60	30	30
Deontologia Médica	30	30	0
Clínica Cirúrgica X (Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia Plástica)	45	45	0
Psiquiatria	60	30	30
Clínica Médico-Cirúrgica IX (Traumato-ortopedia e reumatologia)	60	30	30
Anestesiologia	30	30	0
Total	405		

8º Período	**Número de Horas**		
Disciplinas	**Total**	**Teórica**	**Prática**
Clínica Médico-Cirúrgica V (Nefrologia e Urologia)	75	60	15
Oncologia	30	30	0
Medicina da Criança II	60	30	30
Medicina da Mulher	120	60	60
Dermatologia	60	30	30
Clínica Médico-Cirúrgica VIII (Hematologia	60	45	15

e Endocrinologia)			
Total	405		
Total de carga horária até o 8º período	**3615 horas**		

9º PERÍODO	Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar	792 horas-22 sem/36h
10º PERÍODO	Estágio de Aplicação em Clínica Médico-Cirúrgica Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local Estágio de Aplicação em Urgências Médicas	828 horas-23 sem/36h
11º PERÍODO	Estágio de Aplicação em Formação Médica Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia Estágio de Aplicação em Pediatria	828 horas-23 sem/36h
12º PERÍODO	Estágio de Aplicação em Cirurgia Estágio de Aplicação em Clínica Médica Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional	828 horas-23 sem/36h
Carga horária total dos Estágios Obrigatórios = 3.276 horas		

Disciplinas Obrigatórias	3.615 horas/aula
Estágio Curricular Obrigatório	3.276 horas
Atividades Complementares de Flexibilização Curricular	450 horas/aula
Carga horária total de Curso	**7.341 horas/aula**
Tempo de integralização curricular	6 anos

A reoferta de disciplinas e a adaptação às mudanças curriculares se dão de acordo com o Regimento Acadêmico de Graduação.

O estudante só poderá iniciar o estágio do 9º período, Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar, após o cumprimento e aprovação em todas as disciplinas da grade curricular, sem exceção. Todas as disciplinas obrigatórias são pré-requisito para o estágio do 9º período, que deverá ser o primeiro a ser realizado. Para os demais, poder-se-á mudar a sequência por necessidade de atender à demanda do estudante, da COE ou da Coordenação do Curso.

A diplomação do discente se dá após cumprimento de toda a carga horária do curso, incluindo a flexibilização curricular, seguida da colação de grau realizada pela Coordenadoria de Registros Acadêmicos da UFJF na data prevista no Calendário Acadêmico da UFJF.

9.3 DESENHO CURRICULAR

Oscarina da Silva Ezequiel

Ivana Lúcia Damásio *Moutinho*

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

A opção da Faculdade de Medicina da UFJF é por um currículo nuclear, integrado, compreendendo que este possibilitaria a criação de espaços para maior discussão sócio humanística, bem como o desenvolvimento de um processo ensino-aprendizagem ativo e centrado no estudante (MARCONDES *et al*., 1998).

Esta visão ampliada de ensino e aprendizagem requer uma nova postura do professor para privilegiar uma formação centrada no estudante e o aprendizado ativo, foi liberado carga horária para a flexibilização curricular, que contemplaria atividades eletivas, optativas e complementares, tendo o estudante a liberdade de escolha das atividades a serem realizadas. Corresponde a 450 horas do total de 7341 horas do curso médico da UFJF.

Assumimos o entendimento de currículo integrado como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino,

prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características socioculturais do meio em que o processo se desenvolve.

Este currículo é uma opção educativa que permite:

a) Uma efetiva integração entre ensino e prática profissional;
b) A real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática;
c) Um avanço na construção de teorias a partir do anterior;
d) Busca de soluções específicas e originais para diferentes situações;
e) A integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última;
f) A integração professor–estudante na investigação e busca de esclarecimentos e propostas;
g) A adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Em consonância com as atuais políticas educacionais, a FAMED se prepara para uma inserção longitudinal em seus conteúdos curriculares de políticas de educação ambiental, educação em direitos humanos e de educação étnico-racial, além do ensino de história e cultura afro-brasileira, africana e indígena. Os temas já são tratados em algumas disciplinas como Saúde Ambiental, Antropologia Médica e Epidemiologia, contudo novo panorama se agiganta em busca de grande inserção desses temas. A FAMED oferece 20 vagas na disciplina Artes e Ofícios dos Saberes Tradicionais correlacionados à sociobiodiversidade, envolvendo matrizes indígenas, afrodescendentes, além de agricultores familiares, objetivando o contato com outras lógicas cognitivas baseadas em conhecimentos não-escolares e não-eurocêntricos. Além disso estamos nos preparando para a sensibilização dos docentes e introdução longitudinal de conteúdos curriculares sobre Saúde da População Negra e Racismo Institucional aplicado no campo da saúde (ANEXO 18.5).

O desenho curricular está representado na seguinte estrutura:

prendizagem ignificativa					Pensamento reflexivo
	NÚCLEO MORFO FUNCIONAL/ AGRESSÃO E DEFESA	DISCIPLINAS I	DISCIPLINAS II	TEORIA E PRATICA DA CLINICA AMPLIADA APRENDIZAGEM PRÁTICA NO SERVIÇO LABORATÓRIOS DE ENSINO/HABILIDADES/ COMUNICAÇÃO	
	NÚCLEO MORFO FUNCIONAL/ AGRESSÃO E DEFESA	DISCIPLINAS III	DISCIPLINAS IV		
	NÚCLEO CLÍNICO-CIRÚRGICO	DISCIPLINAS V	DISCIPLINAS VI		
	NÚCLEO CLÍNICO-CIRÚRGICO	DISCIPLINAS VII	DISCIPLINAS VIII		

	NÚCLEO ESTÁGIO SUPERVISIONADO	ESTÁGIO SUPERVISIONADO NAS GRANDES ÁREAS			
	NÚCLEO ESTÁGIO SUPERVISIONADO	ESTÁGIO SUPERVISIONADO NAS GRANDES ÁREAS			
ntegração ensino-serviço					Necessidades d saúde/modelo biopsicossocial

Os pilares de sustentação compreendem:

- A aprendizagem significativa e os princípios andragógicos
- O pensamento reflexivo.
- As necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade/ o modelo biopsicossocial de atenção
- A integração ensino-serviço.

Referências Bibliográficas

MARCONDES, Eduardo (coord.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

9.4 NÚCLEOS CURRICULARES

A estrutura disciplinar integrada está agrupada em núcleos da seguinte forma:

Núcleo Morfofuncional e Agressão e Defesa:

1. Integrando as disciplinas do primeiro período;
2. Integrando as disciplinas do segundo período;
3. Integrando as disciplinas do terceiro período;
4. Integrando as disciplinas do quarto período.

Núcleo Clínico-Cirúrgico:

1. Integrando as disciplinas do quinto período;
2. Integrando as disciplinas do sexto período;
3. Integrando as disciplinas do sétimo período;
4. Integrando as disciplinas do oitavo período.

Núcleo do Estágio Supervisionado nas grandes áreas:

1. Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar
2. Estágio de Aplicação em Clínica Médico-Cirúrgica
3. Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local
4. Estágio de Aplicação em Urgências Médicas
5. Estágio de Aplicação em Formação Médica (escolha livre da área pelo estudante)
6. Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia
7. Estágio de Aplicação em Pediatria
8. Estágio de Aplicação em Cirurgia
9. Estágio de Aplicação em Clínica Médica

10. Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional

9.5 ACESSIBILIDADE

Mario Sergio Ribeiro

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

De acordo com o documento “Referenciais de acessibilidade na educação superior e a avaliação in loco do sistema nacional de avaliação da educação superior (SINAES)”, a temática da “acessibilidade” nas instituições de ensino superior deve ser tomada em um “amplo espectro”, que não se restringe aos aspectos físicos e arquitetônicos, mas inclui ainda – de acordo com a formulação Sassaki, 2002 –, as dimensões atitudinal, comunicacional, instrumental, metodológica e programática. Assim sendo, “pressupõe medidas que extrapolam a dimensão arquitetônica e abrangem o campo legal, curricular, das práticas avaliativas, metodológicas, entre outras”. Estas condições de acessibilidade materializariam os princípios da educação inclusiva e da responsabilidade social na educação superior.

A UFJF conta com uma Coordenação de Acessibilidade Educacional, Física e Informacional (CAEFI), que tem como proposta promover condições de acesso e permanência aos portadores de deficiência na instituição. Além disso, o CAEFI presta assessoria aos cursos de graduação e pós-graduação para que se adequem às exigências legais que regem as condições de acessibilidade destes alunos. A legislação determina que os cursos de formação de professores preparem os profissionais para atenderem aos alunos com necessidades educacionais especiais. O artigo 4º do seu Estatuto deixa claro o que foi explicitado: “A formação universitária obedecerá aos princípios fundados no respeito à dignidade e aos direitos fundamentais da pessoa humana, e terá em vista a realidade brasileira, sendo vedado à Universidade tomar posição sobre questões político-partidárias ou religiosas, bem como adotar medidas discriminatórias ou baseadas em preconceitos de qualquer natureza” (ALENCAR, 2013).

Assim sendo e objetivando a efetivação destes princípios, o Curso de Medicina da UFJF procura sensibilizar, apoiar e estimular seus atores institucionais para a articulação da tríade “pesquisa-ensino-extensão” na abordagem e resolução de problemas desta natureza

na comunidade na qual se insere. Em especial – e atento aos pressupostos legais e conceituais que definem uma instituição de educação superior socialmente responsável –, esse curso médico está voltado para ações que busquem: 1. identificar as potencialidades e vulnerabilidades sociais, econômicas e culturais, de sua realidade local e global; 2. estabelecer metas e organizar estratégias para o enfrentamento e superação das fragilidades constatadas; 3. praticar a intersetorialidade e a transversalidade da educação especial; 4. reconhecer a necessidade de mudança cultural e investir no desenvolvimento de ações de formação continuada para a inclusão, envolvendo toda a comunidade acadêmica; e 5. promover acessibilidade, em todas suas acepções, não só aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, mas também aos professores, funcionários e usuários gerais de seus serviços.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, Paula Maciel. **Acessibilidade no ensino superior o caso da UFJF**. Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública, da Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referenciais de acessibilidade na educação superior e a avaliação in loco do sistema nacional de avaliação da educação superior (SINAES)**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2013. Disponível em: <http://www.ampesc.org.br/_arquivos/download/1382550379.pdf>. Acesso em: 01 abril 2015.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo, a. 5, n. 24, jan./fev. 2002, p. 6-9.

9.6 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE

Oscarina da Silva Ezequiel

A partir da necessidade da integração de conteúdos, evitando-se a fragmentação, tem sido proposto uma interdisciplinaridade no currículo agregando-se as disciplinas do ciclo pré-clínico e clínico em disciplinas como os Temas Integradores de Clínica Ampliada (TICA) e Laboratórios de Habilidades clínicas e durante o ciclo clínico nas disciplinas Clínico-Médico-Cirurgicas. As disciplinas TICAs foram neste sentido propulsoras de um desenvolvimento docente onde professores de Unidades Acadêmicas distintas (Instituto de

Ciências Biológicas – ICB e Faculdade de Medicina) trabalham em conjunto para a criação de situações problemas com seus guias dos tutores, bem como facilitadores dos grupos tutoriais na realização do ABP. Assim, o aluno desde o primeiro período tem estimulado o desenvolvimento de scripts mentais que levam em consideração as disciplinas do pré-clínico (anatomia, histologia, farmacologia, entre outras) para a tomada de decisão, a partir de uma situação problema que envolve aspectos biopsicosociocultural e ambiental.

A complexidade da interprofissionalidade (IP) tem sido levada em consideração na formação médica na FAMED/UFJF e os estudantes no período do internato são submetidos a vivências no trabalho em equipe, sobretudo na Atenção Primária a Saúde. Entendendo que a educação interprofissional envolve o desenvolvimento de competências como comunicação interprofissional, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade; clarificação de papéis, gerenciamento de conflitos, liderança colaborativa e reconhecimento do funcionamento do trabalho em time, somente um ensino pautado em vivências em cenários IP possibilita o desenvolvimento real destas competências (CIHC, 2010).

Mais recente, no ano de 2015, o Pro-saúde UFJF propôs o desenvolvimento de projetos IP envolvendo os cursos da área da saúde. A proposta iniciou-se com um Curso para Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Educação Interprofissional, desenvolvido no meses de abril a junho de 2015, tendo como fundamento uma educação baseada em projetos. O mesmo contou com professores de oito dos onze cursos da saúde da UFJF. Os projetos desenvolvidos durante o curso serão colocados em prática envolvendo alunos de todos os cursos a partir do segundo semestre de 2015.

Referências Bibliográficas

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A National Interprofessional Competency Framework**. University of British Columbia. Vancouver. Canada, 2010.

9.7 ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

São atividades que permitem a participação dos estudantes na autoconstrução de parte de seu currículo e incentivam a produção de formas diversificadas e interdisciplinares

do conhecimento (Regulamento Acadêmico de Graduação – RAG 2014 e DCN 2014, Art. 25).

Essas atividades devem totalizar 450 horas e se constituem de ações que devem ser desenvolvidas preferencialmente do primeiro ao oitavo períodos do Curso de Medicina. Na FAMED as atividades são muito diversificadas e valorizam a área pedagógica, educacional, artística, cultural, atlética e de política estudantil.

As atividades complementares estão em consonância com os Pareceres da Câmara de Educação Superior e Conselho Nacional de Educação que tratam das diretrizes específicas dos cursos de graduação e também com o previsto na matriz curricular constante do projeto pedagógico do Curso de Medicina e no Regulamento Acadêmico da Graduação – RAG 2014 da UFJF. (Normas Completas em Anexo-17.3).

O documento com as regras para o aproveitamento de carga horária de flexibilização, bem como o quadro completo de atividades previstas podem ser conferidos no anexo 18.3 desse documento, página 111 deste documento.

Referências Bibliográficas

UFJF. **Regimento Acadêmico da Graduação**. Juiz de Fora: UFJF, 2014. Disponível em http://www.ufjf.br/prograd/files/2009/02/RES_13.2014_RAG-aprovado-pelo-CONGRAD-em-06.02.2014.pdf

9.9 ENSINO DE LIBRAS

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

O Decreto N° 5.626/2005 do Ministério da Educação dispõe sobre a necessidade do ensino de Libras na estrutura curricular do curso, bem como também o exige o Regimento Acadêmico de Graduação da UFJF, RAG 2014, em seu título VII, Art. 80, que defini a responsabilidade da Instituição em promover a acessibilidade educacional.

A FAMED ainda não tem uma disciplina de Libras em sua grade curricular, mas a Universidade oferece a disciplina de forma optativa através da Faculdade de Libras e muitos de nossos estudantes a realizam.

Referências Bibliográficas

UFJF. **Regimento Acadêmico da Graduação**. Juiz de Fora: CONGRAD, 2014. Disponível em http://www.ufjf.br/prograd/files/2009/02/RES_13.2014_RAG-aprovado-pelo-CONGRAD-em-06.02.2014.pdf

10. APRENDIZAGEM BASEADA NA COMUNIDADE

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

Oscarina da Silva Ezequiel

Minayo (1997) aponta que, em função da globalização, o mundo do trabalho é o setor em que as mudanças se fazem mais presentes. O avanço científico e tecnológico coloca, nesse momento histórico, o conhecimento como a força produtiva por excelência, exigindo uma (re) discussão dos processos de formação dos profissionais para que esses possam ser inseridos num mercado de trabalho em constante transformação.

Considerando a concepção de saúde-doença na perspectiva da qualidade de vida, na reorganização do setor saúde, através de ações de promoção, prevenção e recuperação, há necessidade também de se promoverem transformações na prática profissional, sendo um desafio a construção de novas tecnologias para a intervenção. Essas mudanças podem determinar também mudanças no processo de formação, articulando teoria e prática, buscando a integração ensino-serviço-comunidade, influenciando a instrumentalização dos novos profissionais.

A partir da década de 1970 surge o conceito de Educação Baseada na comunidade (EBC) no contexto da formação de profissionais de saúde, reforçadas pelas DCN 2001 e, mais recentemente, nas DCN 2014. Para seu alcance, importante questão a ser abordada é a mobilização dos cenários de ensino-aprendizagem para o campo do trabalho e a capacidade de integração ensino-serviço-comunidade (VALDES et al 2014).

A EBC proposta pela FAMED/UFJF possibilita que estudantes sejam inseridos no território vivo e dinâmico dos cenários reais de forma que possam conhecer e lidar com instrumentos de diagnóstico de saúde da comunidade, de maneira intersetorial, respeitando a diversidade cultural, o saber popular, e compreendendo os determinantes sociais do processo saúde-adoecimento (DEMARZO, 2012)

Alunos engajados pode ser uma poderosa influência sobre a mudança social colaborativa, tornando-o potencial conhecedor e modificador da realidade em que está inserido. Exemplos da influência dos estudantes, participando na comunidade, foram descritos em diferentes continentes, revelando as ligações organizacionais entre a escola, o sistema e serviços de saúde (STRASSER et al., 2009).

A intervenção educacional proposta nesta escola, privilegiando a EBC, pode ser conceitualmente definida como *blended learning*, permitindo o resgate da vivência dos estudantes na APS à luz da Medicina Baseada em Evidências, com utilização nos pequenos grupos da estratégia da problematização associada ao mapa conceitual e à EaD, potencializando a ligação entre teoria e prática. (EZEQUIEL et. al., 2014).

A experiência do estágio em APS na UFJF pretende colaborar com a formação de profissionais tecnicamente qualificados e focados na responsabilidade social que atinjam o equilíbrio entre objetividade e subjetividade, entre as responsabilidades para com indivíduos e para com a sociedade, vislumbrando a constante melhoria do sistema. Espera-se que o comportamento dos alunos seja influenciado pelo contexto e pela comunidade em que eles atuam. (EZEQUIEL et. al., 2014).

Para a formação atual, deve-se considerar a inclusão da reflexão e da transformação da interface ensino/trabalho/comunidade, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde, que, historicamente, vem buscando ligar os espaços de formação – relevância social da universidade – aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde (ALMEIDA et.al. 1999).

A valorização no currículo das necessidades do serviço e da comunidade possibilita a real aproximação de uma EBC, sem a qual a teoria pode se tornar uma falácia, e a prática, ativismo (FREIRE, 2005). Além do mais, ao potencializar no estudante a reflexão sobre sua ação e a realidade em que está inserido, faz-se com que ocorra a problematização do seu cotidiano, tomando o que tem para ser aprendido como mola propulsora do processo de formação, na perspectiva de uma aprendizagem crítica e reflexiva. Assim sendo, o processo educacional na formação dos profissionais da saúde deve ter em vista o desenvolvimento tanto de capacidades gerais (identificadas com a grande área da saúde), quanto daquelas que constituem as especificidades de cada profissão, bem como a sua capacidade de interferir e receber influências da comunidade.

Nosso desafio é mudar as relações de poder, buscando uma escola médica completamente engajada para uma EBC, que poderá assegurar o desenvolvimento de seus discentes e influenciar positivamente seus cenários de prática. Um requisito fundamental

para tal é a capacidade de criarmos ferramentas para avaliar nossos progressos no sentido de abordar as necessidades das comunidades. Olhando para o futuro, nossa escola deverá encontrar maneiras de mensurar esta influência para além do desejo, com foco na relevância dos serviços destinados às necessidades prioritárias da população, na qualidade, na equidade, no custo-efetividade e no empodeiramento dos sujeitos (WOOLLARB, 2006).

Referências Bibliográficas

BOLLELA, V. R.; GERMANI, A. C. C. G.; CAMPOS, H. H.; AMARAL, E. (eds.). **Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde: Aprendendo com a Experiência Brasileira**. Ribeirão Preto. FUNPEC. 2014.

DEMARZO M. M.; ALMEIDA R. C.; MARINS J. J.; TRINDADE T. G.; ANDERSON M.I.; STEIN A. T.; GUIMARÃES F.G.; OLIVEIRA F.P.; CARVALHO F.P.; SILVA F.D.; OLIVEIRA F. A.; CARLOS G. T.; MARQUES J. B.; GENIOLE L. A.; SILVEIRA L. M.; PINTO M. E.; SILVA N. A.; BAGATELLI R. C.; RODRIGUES S. R.; BARBOZA T. A.; SARTI T. D.; BARRETO V.; GUSSO G. D.; BELACIANO M. I; Diretrizes para o ensino na APS na graduação em Medicina. **Rev Bras Ed Méd**. 2012; v. 36, n. 1. pp.143-48.

EZEQUIEL, O. S.; MOUTINHO, I. L. D.; SCHIMIDT, L. P. C.; TIBIRIÇÁ, S. H. C. Capitulo 8 de Blended Learning e mapa conceitual no internato em Atenção Primária À Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. In Bollela V.R.; Germani A. C. C. G.; Campos, H. H. Amaral E (eds.). **Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde: Aprendendo com a Experiência Brasileira**. Ribeirão Preto. FUNPEC. 2014.

FREIRE, G. **Pedagogia da autonomia**. 31 ed. São Paulo: Paz e terra, 2005.

STRASSER R. P.; LANPHEAR J. H.; MCCREADY W. G.; TOPPS M. H.; HUNT D. D.; MATTE M. C. Canada's New Medical School: The Northern Ontario School of Medicine: Social Accountability Through Distributed Community Engaged Learning. **Acad Med**, 2009; v. 84, n. 10. pp.1459-64.

WOOLLARB R. F. Caring for a common future: medical scool's social accountability. **Medical Education**, 2006; v. 40, pp. 301-13.

11. ESTRATÉGIAS DO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM:

Metodologias Ativas, Medicina Baseada em Evidência, Educação à Distância e Ensino de Habilidades

Oscarina da Silva Ezequiel

Fernando Colugnati

Juarez Silva Araújo

Lorena Nagme de Oliveira Pinto

Marcia Helena Fávero de Souza Tostes

Mário Sérgio Ribeiro

Ricardo Rocha Bastos

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

As metodologias ativas de aprendizagem (MAA) dizem respeito a um conjunto de estratégias pedagógicas cujo objetivo maior é possibilitar aos estudantes e docentes constatar, discutir, refletir elaborar e recriar conceitos, atitudes e comportamentos para atuar com responsabilidade e ética, na perspectiva da construção de competências com qualidade política e científica.

Nas metodologias ativas de aprendizagem, o estudante é o centro do processo educacional, capacitado para ser o autor principal de sua própria aprendizagem, articular conhecimentos e experiências prévias com os estímulos e desafios proporcionados por situações-problema e, acima de tudo, tornar-se o agente de mudanças da sua realidade e prática profissional. O professor é o facilitador desse processo que estimula o raciocínio crítico e as habilidades de comunicação e prepara o estudante para o exercício da aprendizagem contínua ao longo da vida, pautada em referenciais teóricos fundamentados na Medicina Baseada em Evidências (MBE), na ética e na moral (BERBEL, 1998; DELORS, 2000). Entendemos a MBE enquanto uma “ferramenta metodológica” própria de nosso momento cultural-epistemológico, adequada à construção e fundamentação de conhecimentos e práticas mais condizentes com referenciais científicos e axiológicos contextualmente valorizados.

No contexto das concepções pedagógicas estimuladas por este PPC, as MAA procuram estimular o pensamento reflexivo e a busca de conhecimentos por parte dos estudantes resgatando suas experiências prévias – e, possivelmente, significativas – e procurando estimular questionamentos que motivam a construção de novos conhecimentos.

Dentre inúmeras possibilidades de trabalho com MMA, Bloom (1992) propôs uma metodologia, baseada na resolução de problemas em pequenos grupos, de desenvolvimento da competência da autoaprendizagem. Barrows e Tamblyn (1980) definiram a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como a aprendizagem individualizada que resulta dos processos de busca de solução de problemas. A ABP tem seus fundamentos em certos princípios da psicologia cognitiva através, em especial: ativação do conhecimento anterior, codificação específica e elaboração do conhecimento

(BATISTA e SOUZA-SILVA, 2001). O esquema proposto por Maguerez para o ensino baseado na problematização – denominado método do arco, que lança mão de problemas relativos a um cenário real –, apoia-se em cinco etapas: observação da realidade (problema), identificação de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução para o problema, aplicação à realidade.

O desafio das mudanças na formação médica passa pelo rompimento de estruturas cristalizadas que privilegiam a transmissão, em busca de um novo paradigma que forme profissionais adequados às demandas sociais dinâmicas com valorização da equidade e da qualidade da assistência e eficiência do trabalho em saúde. E a utilização da problematização como metodologia leva à necessidade de mudanças no perfil tradicional do professor e do estudante, que passam a compartilhar o processo de construção do conhecimento (REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 34 (1): 13 – 20; 2010).

No processo de utilização de metodologias ativas de autoaprendizagem, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) – definida como "*a integração das melhores evidências científicas, com a experiência clínica e os valores do paciente"* (SACKETT et. al., 2000) –, se constitui em relevante suporte ao objetivo de desenvolvimento da habilidade de avaliação crítica e tomada de decisão.

Após o artigo seminal de Gordon Guyatt (GUYATT, 1991), colocou-se relevo as limitações do método de construção de conhecimento baseado em livros textos e opiniões de eminentes de especialistas, ou ainda apoiada em "consensos" permeados por conflitos de interesse de todos os tipos (industriais, comerciais, éticos, etc.). Para além da proposta inicial de Guyatt, hoje o enfoque maior da MBE é dado à "decisão compartilhada" ou à "decisão apoiada", na qual o paciente (e/ou familiares) têm papel relevante sobre a conduta médica a ser adotada.

Estudos têm mostrado que a introdução da MBE nos níveis de estágio é estratégia efetiva em termos de resultados de avaliação de práticas clínicas (BENNETT et. al., 1987, BARNNETT, KAISER, MORGAN, 2006), e recente estudo mostrou esta efetividade mesmo em início de curso (SRIIVASAN et. al., 2002), estimulando os alunos nesta forma de pensamento. Além disso, o fácil e rápido acesso à informação por meio de dispositivos móveis, como *smartphones* e *tablets*, deve servir de estímulo à utilização das redes e informação para o acesso a informações propiciadas por fontes – revisões sistemáticas, ensaios clínicos, linhas-guia ou ainda consensos – eticamente respeitados.

A Educação a Distância (EaD) constitui-se importante ferramenta contemporânea no desenvolvimento das metodologias ativas de aprendizado. A Educação a Distância

(EaD), apesar de sua longa existência, passa a ser mais atraente com o surgimento da internet na década de 90. Na medicina, amplia seu espaço à medida que aumentam os programas de garantia de qualidade, recertificação e acreditação, mantendo-se no Brasil, ainda como tema recente. Sendo o Brasil um país continental, com grandes diferenças regionais, a Educação Médica a Distância (EMaD) pode ter papel relevante na atualização contínua necessária à prática médica. A EaD tem mostrado sua potencialidade na difusão e produção do conhecimento, com intensa velocidade de propagação em muitas áreas, sobretudo com a expansão das TICs e pelas mudanças sociais que trazem uma exigência de aprendizado contínuo (Digital Agenda Assembly, 2011).

Para vários autores, a EMaD pode facilitar mudanças na prática clínica, sendo necessário deixar de ser meramente instrucional para estar voltada à facilitação do aprendizado, ou seja, deve refletir a incorporação de teorias de aprendizado em adultos (FOX & BENNET, 1998; CANTILON & JONES, 1999). Tem como benefícios a flexibilidade, acessibilidade, satisfação e custo-efetividade, tornando-se uma ferramenta potencial para a metacognição e para a efetividade do desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem (Cook et al. 2010).

Considerando os trabalhos em pequenos grupos, esta escola faz a opção pelo PBL do primeiro ao quarto períodos, apoiado pela utilização do mapa conceitual, e realizado em disciplinas integradoras, num currículo híbrido. As dimensões biológicas, simbólicas, epidemiológicas, tecnológicas, éticas e do processo de trabalho tornam-se necessárias para a formação do médico e são abordadas de maneira interdisciplinar, reduzindo a distância abissal entre os ciclos básico e profissionalizante, entre a prática e a teoria, entre as especialidades e a visão do todo (CAMPOS & AMARAL, 2001; PINHEIRO et al., 2007; SANTOMÉ, 1997).

Na perspectiva do trabalho com grandes grupos, como no caso das turmas do curso de Medicina/UFJF (90 estudantes/ semestre), mantendo-se os pressupostos das MAA, a escola abraça novas possibilidades como a metodologia *Team Based Learning* TBL) e o *Flipclassroom* (aula invertida) que surgem como propostas atraentes a serem implementadas neste contexto, .

Além do desenvolvimento do domínio cognitivo, a formação médica implica no desenvolvimento de habilidades clínicas que envolvem uma efetiva comunicação com pacientes, familiares e equipe de trabalho. O ensino sistematizado das habilidades clínicas é imprescindível para uma formação integral e deve ser realizado em diferentes cenários – os quais devem incluir contextos simulados e reais, bem como abranger os três níveis de

atenção à saúde. Nesta perspectiva, as atitudes e demais aspectos relacionais que favorecem a comunicação devem ser foco da formação médica, como o objetivo de propiciar o intercâmbio de informação e a vinculação com os pacientes, familiares e outros profissionais de saúde (DE MARCO, 2006).

Nas últimas décadas a comunicação – antes equivocamente entendida como uma competência acessória na formação médica, cuja aquisição adviria do contato com professores e pacientes – passou a ser um tema de grande interesse na formação acadêmica em áreas de saúde, resultando na ampliação do campo de pesquisa e em iniciativas, mesmo que pontuais, de inserção de programas de treinamento e avaliação das habilidades de comunicação na educação médica (DE MARCO, 2012).

Silva (2002), ao discutir o papel da comunicação na humanização da atenção à saúde, traz duas importantes dimensões determinantes ou até decorrentes da comunicação: o vínculo e o cuidar. O aluno de graduação no Curso de Medicina deverá ter a oportunidade de desenvolver competências e habilidades necessárias à construção desse vínculo e à ação de cuidado com o paciente, família e comunidade. Adicionalmente, deve ser proporcionada ao discente uma formação que o habilite na construção de vínculos e no exercício do cuidado em equipe multiprofissional, com os quais irá desenvolver as ações técnico-assistenciais, oferecendo a atenção integral e integrada aos pacientes.

A relevância de uma prática que possibilite um espaço de treinamento em habilidades comunicacionais, enquanto oferece apoio aos jovens na vivência de suas primeiras experiências com os pacientes, associa-se à facilitação na aquisição de todas as demais habilidades clínicas, por aperfeiçoar o aproveitamento da entrevista médica, da relação médico-paciente e da construção vincular.

Referências Bibliográficas

BARNNETT, S. H.; KAISER, S.; MORGAN, L. K.; et al. An integrayed program for evidence-based medicine in medical school. **Mt Sinai J Med**. 2000;67:163-8

BENNETT, K. J.; SACKET, D. L.; HAYNES, R. B.; NEUFELD, V. R.; TUGWELL, P.; ROBERTS, R. A controlled trial of teaching crlitical appraisal of the clinical literature to medical students. **JAMA**. 1987; 257:2451-4

CANTILLON, P.; JONES, R. Does continuing medical education in general practice make a difference? **BMJ**. 1999. v. 8, n. 318 (7193). pp.1276-9.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007, v.12, n.4, p.849-859.

COOK, D.; LEVINSON, A.; GARSIDE, S. Instructional design variations in internet-based learning for health profession education: a systematic review and meta-analysis. **Acad Med.** 2010. v. 85, n. 5: pp. 909-22.

DE MARCO, M.A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 30, n.1, p. 60-72, 2006.

DE MARCO, M.A. **Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 383 p.

DIGITAL AGENDA ASSEMBLY. **Report from the workshop 08. ‘‘Mainstreaming e-Learning in education and training’’ DAE action 6**. Brussels, 2011. p.16-17.

FOX, R.; BENNET, N. L. Continuing medical education: Learning and change: implications for continuing medical education. **BMJ**. v. 316, n. 466, 1998.

GUYATT, G. H. Evidence-based medicine. **ACP J Club**, 1991. 114:A-16.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 343-349, 2007.

SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W. M.; HAYNES, R. B. **Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM**. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000;

SANTOMÉ, J.T. **Globalização e Interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 275 p.

SRIIVASAN, M.; WEINER, M.; BREITFELD, P. P.; BRAHMI, F.; DICKERSON, K. L.; WEINER, G. Early introduction of an Evidence-based Medicine course to preclinical medical students. **J Gen Intern Med**. 2002;17:58-65.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde**. Bioética**. v. 10, n. 2, 2002.

12. O ENSINO NO ESTÁGIO

Oscarina da Silva Ezequiel

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

Ronald Kleinsorg Roland

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

O estágio supervisionado regulamentado pela Resolução n. 9, de 24 de maio de 1983 e o Art. 24 das DCN 2014 definem e determinam o estágio curricular obrigatório nos cursos de medicina como um período da formação médica com características especiais, em que o estudante deverá receber treinamento intensivo, contínuo, supervisionado em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e

Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013.

O trabalho da Coordenação de Curso e da COE na FAMED UFJF é voltado para o cumprimento das normas contidas no Art. 24 das DCN 2014:

§1° A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da IES;

§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina. O nosso curso tem 44,62% de sua carga horária no internato.

§ 3° O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental com atividades eminentemente práticas e sua carga horária teórica e/ou EAD não poderão ser superiores a 20% (vinte por cento) do total por estágio em cada uma destas áreas.

12.1 ESTRUTURA E CARGA HORÁRIA

O internato, com nova carga horária a partir dessa atualização do PPC/FAMED UFJF, se distribui nos dois últimos anos do curso com 792 horas no 9º período com o Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar e 828 horas/semestre nos períodos 10º, 11º e 12º, com os demais estágios, correspondendo a 44,62% da carga horária total do curso e está dividido nas grandes áreas médicas voltadas principalmente para a Atenção Básica:

Área I – Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar

Área II – Estágio de Aplicação em Urgências Médicas

Área III – Estágio de Aplicação em Clínica Médica I

Área IV – Estágio de Aplicação em Formação Médica (Área Eletiva)

Área V – Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local

Área VI - Estágio de Aplicação em Clínica Médica II

Área VII - Estágio de Aplicação em Cirurgia

Área VIII - Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional

Área IX - Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia

Área X - Estágio de Aplicação em Pediatria

12.2 COMPETÊNCIAS DO INTERNATO

As competências desenvolvidas estão em consonância com as definidas nas Diretrizes Nacionais da ABEM de 2014 para o Internato do Curso de Medicina:

- Capacidade para realizar adequadamente a anamnese, de forma integral, o exame físico geral e específico, e formular hipóteses diagnósticas adequadas.
- Solicitar e interpretar exames complementares de acordo com as hipóteses formuladas, considerando custo-benefício, tecnologias de saúde e evidências científicas.
- Orientar o paciente e seus familiares e a equipe de saúde.
- Fazer registros (prontuários, receitas e documentos) de modo completo, ético e legível.
- Conhecer e utilizar de forma adequada o sistema de referência e contra referência, através de registros e relatórios bem elaborados, pautados na ética médica.
- Prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar os agravos da saúde física e mental nas enfermidades mais prevalentes e relevantes, considerando o perfil sócio demográfico, epidemiológico e cultural, respeitando o princípio da integralidade no âmbito regional e nacional.
- Manter educação permanente.
- Promover boa relação médico-paciente, respeitando e reconhecendo o ambiente sociocultural em que está inserido em sua singularidade.

- Acolher o paciente e sua família com empatia, identificando suas necessidades.
- Comunicar-se de modo efetivo com o paciente e sua família, discutindo diagnóstico, prognóstico e terapêutica, considerando os princípios da Bioética.
- Comunicar adequadamente más notícias ao paciente e sua família.
- Atuar adequadamente em situações de estresse no ambiente de trabalho (situações adversas, pacientes agressivos, violência, assédio moral).
- Integrar-se com a equipe interdisciplinar, multiprofissional e Inter setorial.
- Identificar o panorama sanitário, local, regional e nacional.
- Utilizar informações das ferramentas existentes (SIM, Sinam, Sinasc).
- Realizar busca, análise crítica e planejamento de intervenções locais – regionais nas doenças mais prevalentes, seus fatores de risco e determinantes.
- Realizar prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.
- Conhecer os processos de doação de órgãos.
- Atender a pacientes com transtornos mentais.
- Utilizar Tecnologias de Informação e Comunicação na área médica.
- Discutir o exercício profissional e mercado de trabalho.
- Promover e preservar a qualidade de vida do estudante.
- Conhecer a organização do sistema de saúde com suas várias portas de entrada por meio do histórico das portarias e normas operacionais, para atingir o momento atual de desenvolvimento e as necessidades futuras para consolidação do SUS.
- Conhecer os recursos físicos, humanos e tecnológicos de seu local de atuação profissional, considerando a inserção do serviço no SUS, reconhecendo sua capacidade de cuidados definitivos, as necessidades e os serviços de referência para transferência dos pacientes e os meios de transporte disponíveis.
- Conhecer e obedecer às normas médico-legais do exercício da profissão.
- Conhecer os aspectos éticos e bioéticos, adotando-os em sua postura profissional.

10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina/ Jadete Barbosa Lampert e Angélica Maria Bicudo, org. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

12.3 CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Os cenários são espaços reais de trabalho que integram aprendizagem e assistência nos níveis primários, secundários e de urgência e emergência. Participam de atividades em UAPS do município de Juiz de Fora e Regionais da Zona da Mata, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) São Pedro, Hospital Universitário Unidade Santa Catarina e Unidade Dom Bosco, Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Hospital de Pronto Socorro (HPS), além dos cenários do estágio opcional escolhidos pelos estudantes e conveniados com a FAMED /UFJF.

Os internos participam também de treinamento e avaliação em laboratório próprio de simulação realística de Habilidades Clínicas específicas em diversas áreas clínico-cirúrgicas, pediátricas e de suporte avançado de vida.

A inserção dos Laboratórios de Habilidades e Simulação Realística nas diversas áreas clínicos-cirúrgicas, pediátricas além de suporte avançado de vida iniciam-se no estágio dá-se a partir do nono período, com atividades de complexidade crescente. No nono período são realizadas atividades de habilidades em ambiente de baixa fidelidade, com ênfase nos procedimentos de urgência e emergência. A simulação de alta fidelidade, com manequins adulto, pediátrico e gestante é inserida do 9° ao 12º período onde os alunos já adquiriram desenvolvimento cognitivo e de habilidades suficientes para maior aprendizado.

12.4 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PELO SERVIÇO E PELA ESCOLA

A avaliação do estudante para ser efetiva, segundo Grolund, 2006 apud BOLLEIA e MACHADO (2010), deve conter algumas características, como, concepção clara dos resultados esperados para aquela aprendizagem (*outcomes*); ser feita por múltiplos métodos a fim de avaliar diferentes objetivos de aprendizagem de diferentes competências; o método de avaliação deve estar alinhado com os objetivos de aprendizagem estabelecidos no plano de ensino do estágio ou disciplina; ser capaz de analisar uma amostra significativa do desempenho dos estudantes. Deve ser equitativa, com critérios que definam o que se espera do estudante ao final da experiência educacional; devendo provocar nele uma autorreflexão sobre seu desempenho e oferecer oportunidades regulares de *feedback*.

Os métodos incluem avaliação teórica e prática em ambientes reais e/ou simulados, portfólio, desempenho nas discussões nos cenários de prática e ou simulados, OSCE com *feedback*, Teste do Progresso e *Feedback* com *Debriefing*. Novos métodos fazem parte de

nossas perspectivas como o Mini CEx, capaz de avaliar a prática clínica em múltiplas dimensões em ambientes reais com pacientes reais.

A avaliação realizada pelo serviço é feita conceitualmente à medida que os preceptores acompanham o estudante por 8 semanas nos diversos estágios do Internato.

O sistema de avaliação e aprovação do estagiário, estão contemplados na Seção III artigo 10° do Regimento da COE Medicina em anexo nesse documento.

Referências Bibliográficas

BOLLELA, V. R. ; MACHADO, J. L. M. **Internato baseado em competências: *bridging the gaps***. Belo Horizonte: Medivance, 2010.

13. PROFISSIONALISMO

Mario Sergio Ribeiro

Num contexto filosófico, a moral é um sistema de normas, princípios e valores que orientam o comportamento das pessoas nas diversas sociedades, e a ética é compreendida como a reflexão crítica sobre a moral, estabelecendo uma estreita articulação no que tange aos valores ou às virtudes (COHEN; SEGRE, 2002). Ou seja, a **moral** é um fenômeno subjetivo que adquire notas de objetividade ao tornar-se código, uma lei reguladora da vida de uma coletividade. Nesse sentido, moral e ética podem ser tomadas como a expressão desse **sistema de normas**, ele próprio sustentada por **valores** que dirigem a possibilidade das escolhas, sejam elas individuais ou coletivas. Qualquer codificação moral se apresenta como um conjunto de regras de conduta admitidas em específicas circunstâncias tempo-espaciais e se constitui como a expressão material de uma tentativa de se estabelecer um balizamento para a vida entre os homens. Num organismo social, cada vontade, cada ato, cada criação, interage com as vontades, atos e criações de todos aqueles que compõem este conjunto humano: a história dos homens se desenrola enquanto o resultado do entrechoque destas normas, forças e valores individuais e coletivos (Ribeiro, 1999). De acordo com Hessen, a história da cultura humana se explicita, em última instância, como

"realização de valores. É este o seu sentido e a sua essência" (Hessen, 1980). E, no limite, todo fim a que se propõe o homem – mesmo que submetido a sua condicionalidade histórico-social – é um valor por ele reconhecido como motivo de um comportamento.

Se, historicamente, a busca da verdade desenrolou-se em torno de três grandes disciplinas, ou áreas do conhecimento filosófico – a ontologia, a teoria do conhecimento e a teoria dos valores –, o período contemporâneo restringiu às epistemologias e às codificações morais o papel de balizadores de nossos empreendimentos teórico-práticos. Discutindo, estritamente, o papel da epistemologia na historiografia científica contemporânea, Canguilhem indicou a estreita correlação entre epistemologia e ética: "o que a história das ciências tem o direito de esperar da epistemologia é uma deontologia da liberdade de deslocação regressiva sobre o plano imaginário do passado integral". Neste sentido, como um de nós já expressou (Ribeiro, 2000), a epistemologia pode ser apreendida como uma ética da teoria, e a ética como uma epistemologia da prática.

A moderna epistemologia transformou a distinção platônica entre *episteme* (saber resultante de um esforço de construção, de pesquisa) e *doxa* (opinião, crença), em um juízo diferencial entre uma atitude crítica – isto é, que avalia, por meio de referenciais e rituais metodológicos precisos, os limites e as possibilidades da própria razão e de suas construções – e uma atitude religiosa, confirmatória, que adere à sedução e aos argumentos de autoridade. Ainda que desprovidos de uma base científica sólida e inquestionável sobre a qual apoiar sua prática clínica, não devemos, todavia, nos descurar – e aqui, novamente nos reencontramos na tensa interface entre ciência e ética – das evidências e consensos, preferencialmente empíricos, derivados de diferentes campos do conhecimento (Ribeiro, 2004).

Ao abordar a evolução histórica do conceito de "norma", Abbagganano (1982) cita um trecho de Dewey (em *Logic*, cap. VI) que julgamos adequado transcrever, uma vez que aponta para os rituais de produção e aplicação do conhecimento na área médica: "A diferença que se costuma registrar entre os modos pelos quais os homens pensam e aqueles pelos quais *devem* pensar é de todo modo semelhante àquela que corre entre a boa e a ruim cultivação e boa e a ruim prática médica. Os homens pensam como não devem quando seguem métodos de pesquisa que a experiência das pesquisas passadas mostram que não são adequados para alcançar o fim prefixado".

Ainda que as normas de cientificidade hoje vigentes estejam relativamente bem definidas e assimiladas, o mesmo não se pode dizer acerca das questões relativas à ética e ao profissionalismo médico; da mesma forma, a abordagem destas questões ao longo do

ensino médico não costumam receber a mesma coerência metódica que se dedica à informação estritamente técnica. Conforme recentemente assinalado por Pringle (2015), as características do trabalho médico têm-se modificado rapidamente. Para além das mudanças tecnológicas, os médicos têm sido constrangidos a entender e equilibrar um crescente número de fatores conflitantes ao tomar decisões que afetam o cuidado de seus pacientes e isto pode ter influência no tipo de "virtudes de caráter" necessárias àqueles que se propõem a exercer a profissão médica. E, assim sendo, as escolas médicas estariam diante de uma árdua tarefa de assegurar que os futuros médicos, com crescentes diferenças em suas origens, habilidades, experiências e valores sejam capazes de assegurar padrões de prática assistencial consistentemente elevados. No campo da ética médica, costuma-se debater sobre vantagens e desvantagens entre uma abordagem pedagógica baseada em princípios – que seria mais sistemática – e outra baseada no caráter moral (ou "virtude"), mais contextual. De todo modo, a tendência atual à tomada de decisão conjunta entre médico e paciente significaria que o "velho modelo" de profissionalismo médico, "caracterizado por paternalismo, distanciamento emocional e estabelecimento de certezas" teria sido substituído por uma ênfase na "colaboração e atendimento centrado no paciente" – de acordo com Borgstrom, Cohn e Barcley, referidos por Pringle (2015) –, o que fortalece a necessidade de novos padrões comportamentais, ou de "virtudes médicas", pelos novos profissionais da medicina.

Ao discutir a relação entre educação e profissionalismo, Machado (1999) afirmou que "parece haver um amplo acordo quanto à meta básica da Educação como a construção da cidadania", ainda que o mesmo não ocorra quanto ao papel dos setores público e privado no equacionamento de tal questão. Um constante espaço de tensões entre "o predomínio da burocracia estatal, de inspiração weberiana, e o das regras do mercado, na trilha de Adam Smith", condicionaria fortemente a atuação dos profissionais da área da educação. Ao contrapor a ideia do trabalho profissional tanto ao amadorismo quanto ao mercenarismo, Machado (s/d) insiste que a ideia de profissionalismo, seria composta por três "ingredientes" fundamentais: a competência técnica, o compromisso público – com "projetos que ultrapassam em muito seus interesses pessoais" – e a auto regulação do exercício profissional, para o qual as associações de classe, com seus códigos de ética, desempenhariam um papel fundamental. A Ética e a Moral dizem respeito a normas de conduta que expressam valores e devem regular ações: os valores são o ponto de partida; "é um valor que se consubstancia em uma norma para instaurar um fato, para criar um hábito".

Uma escola médica imbuída de valores como os expressos nos dois últimos parágrafos acima deve contribuir para o desenvolvimento de competências comportamentais que permitam uma demonstração desses valores no momento em que seus discentes e egressos assumem uma prática assistencial. A rigor, para além das bases teóricas para uma discussão, ela própria também teórica, sobre a questão da ética e do profissionalismo – ou seja, independente de uma "sustentação axiológica" para o comportamento médico –, seria minimamente desejável que os docentes desta escola sinalizem a seus estudantes a possibilidade do desenvolvimento de hábitos que devam ser seguidos por todos.

O período de transição entre os séculos XX e XXI assistiu a uma impressionante modificação dos parâmetros éticos e políticos que definem a sociabilidade do homem contemporâneo. Comportamentos de características fortemente hedonistas têm-se mostrado como o reflexo mais evidente da perspectiva tecnológica da velocidade e da ótica moral da ausência de limites: tal movimento está marcadamente presente na oferta, na prestação e no consumo de serviços médicos. Em nossa fase histórica, na qual as relações sociais parecem frequentemente delimitadas por atitudes e hábitos de feições esquizonômicas – ou seja, por padrões comportamentais caracterizados por uma manifesta dissociação entre o dizer e o fazer, entre o discurso e a ação (Ribeiro, 2001) –, a escola médica tem muito a contribuir para que tais limitações, aparentemente constitutivas de nós humanos, enquanto seres da natureza, possam ser pedagogicamente abordadas durante a formação de seus futuros profissionais, enquanto seres de cultura.

Referências Bibliográficas

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1982, p. 686.

CANGUILHEM, G. O Papel da Epistemologia na Historiografia Científica Contemporânea. In: CANGUILHEM, G. **Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida**. Lisboa: Edições 70: s/d, p. 11-27.

COHEN, C; SEGRE, M. **Bioética**. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

FORWARD, P. M. In: ARTHUR, J.; KRISTJÁNSSON, K.; THOMAS, H.; KOTZEE, B.; IGNATOWICZ, A.; QIU, T. **Virtuous Medical Practice: Research Report**. 2015. Jubilee Centre for Character and Virtues. School of Education, da University of Birmingham. Disponível em www.jubileecentre.ac.uk.

HESSEN, J. **Filosofia dos Valores**. Coimbra: Armênio Amado; 1980, p. 247.

MACHADO, N. J. Educação: seis propostas para o próximo milênio. **Pensam Real** 1999:4,23-43.

MACHADO, N. J. **Competência e profissionalismo: o lugar da ética**. Disponível em: www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf%5C%C3%89tica%20e%20cidadania%5CO%20lugar%20da%20%C3%A9tica.pdf

RIBEIRO, M. S. **Vida e Liberdade: a Psicofisiologia de Nietzsche**. Londrina: EDUEL,1999. (em especial, capítulos 2 e 7).

RIBEIRO, M. S. Nietzsche e a Psiquiatria: valores do saber e valores da prática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2000: 49, 261-265.

RIBEIRO, M. S. Medicina, Ciência e Ética: Filosofar é Preciso? **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2004: 28, 156-163.

RIBEIRO, M. S. A saúde mental e o uso disfuncional de psicoativos: apontamentos críticos In: VENANCIO, A. T. A.; CAVALCANTI, M. T. (org). **Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001, pp. 262-263.

14. DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Oscarina da Silva Ezequiel
Adrianne Maria Berno de Rezende Duarte
Alexander Cangussu Silva
Juliana Barroso Zimmermmann
Larissa Milani Coutinho
Clarissa Rocha Panconi
Tadeu Coutinho
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

A sustentabilidade do processo pedagógico está diretamente relacionada ao desenvolvimento docente, que permite o aprimoramento contínuo das habilidades para se empregarem novos métodos de planejamento, ensino e avaliação. O desenvolvimento docente deve ser implementado de forma colaborativa, não bastando a qualificação do professor em relação ao conteúdo específico de sua disciplina, mais que isso, ele deve estar preparado para conceber e implementar soluções pedagógicas adequadas ao processo ensino aprendizagem (MILLER, 1980; LOWRY, 1993; ELTON, 1998).

Uma real mudança do paradigma na formação médica requer um docente com papel de agente transformador, sujeito do processo de ruptura, capaz de desencadear reflexão e preparar o estudante para uma prática reflexiva (BATISTA, 1997).

Programas de desenvolvimento docente devem ser organizados no planejamento de escolas médicas, visando o desenvolvimento e aprimoramento da educação médica através de um maior investimento nos docentes, elaboração e aplicação de programas de educação continuada objetivando a construção dos conhecimentos e habilidades e, consequentemente, maior segurança e confiança nas atitudes desses professores (RÊGO, 2012). Nessa inovação pretendida, torna-se imperioso o investimento na formação do docente para que se alcance por meio do crescimento de competências individuais, a adequação na inovação e na competência institucional. Segundo Perim *et al* (2009), "o investimento na capacitação docente, desde a formação didático-pedagógica, a atualização científica até a capacidade gerencial, é fundamental para dar suporte às mudanças implementadas pelas escolas". Perim *et al* (2009) ainda sugerem medidas a serem adotadas na capacitação docente como: "Educação permanente/continuada, em pós-graduação e em formação gerencial; políticas de participação em congressos, seminários, oficinas de atualização de participação em comissões externas da política de saúde local; e plano de incentivo à capacitação docente, em nível de pós-graduação".

Morin (2002) apresenta questões que traduzem a complexidade do processo*: "*Como formar educadores nessa nova perspectiva se não reformarmos a educação? Como reformar a educação se não formarmos novos educadores?"

Considerando o docente como coautor do processo ensino-aprendizagem, é indiscutível a necessidade de investir na sua formação e no desenvolvimento docente. Segundo Masetto (1992), as estratégias são "facilitadoras da aprendizagem quando utilizadas e aplicadas de forma variada e em grande número", isto é, quando as técnicas da aula expositiva e do próprio trabalho em grupo sofrem modificações podendo até mesmo ser substituídas por técnicas mais dinâmicas, visando sempre ao pensamento reflexivo e à aprendizagem significativa.

A grande maioria de nossos docentes se formou em modelos que não contemplavam os pressupostos citados. Com isso, a proposta pedagógica deverá se ocupar continuamente do desenvolvimento docente de forma a provocar mudanças estruturais na academia, nos processos de trabalho em educação e em saúde, tanto para os professores, ao terem que repensar seu papel no processo de formação, como para os estudantes, que deverão construir uma nova postura frente a sua formação. A própria instituição formadora também deverá construir novas parcerias em um ensino contextualizado, além de rever sua estrutura organizacional para atender a um ensino mais flexível.

Para dar conta desta proposta, o NAP (Núcleo de Apoio Pedagógico), o NAPE (Núcleo de Apoio as Práticas Educativas), o NDE (Núcleo Docente Estruturante) e o Núcleo de Educação Médica (NEM) reúnem-se semanalmente, desde 2001, com o objetivo de auto capacitação, proposição de oficinas ofertadas, continuamente, ao longo do ano, avaliação de programas de desenvolvimento, bem como realização de pesquisas no âmbito da educação médica.

Como incentivo a participação docente, tais, atividades, obrigatórias para o estágio probatório e validadas para progressão na carreira acadêmica, são certificadas pelo NAP/NDE e chanceladas pelas instâncias superiores da IES.

Referências Bibliográficas

BATISTA, N. A. **Conhecimento, Experiência e Formação: do médico ao professor de medicina, estudo sobre a disciplina Formação Didático-Pedagógica em Saúde nos Cursos de Pós-Graduação da UNIFESP/EPM**. São Paulo, 1997 (Tese – Livre Docência – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina).

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3 n. 2, p. 283-294, 2005

CAMPOS, H. H.; BATISTA, J. J.; FARIA, M. J. S.; BARBOSA, P. F. A.; ARAÚJO, M. N. T. Programas de desenvolvimento docente em escolas médicas: oportunidades e perspectivas - mais do que uma necessidade. **Cadernos ABEM**, v. 3, 2007.

ELTON, L. Staff development and the quality of teaching. In: JOLLY, B. REES, L. (eds) **Medical Education in the Millennium**. Oxford: Oxford Medical Publications 1998;199–204.

LOWRY, S. Teaching the teachers to teach. **BMJ**, 1993

MASSETO, M. **Aulas vivas**. São Paulo: MG Editores Associados, 1992.

MILLER GE**. Educating Medical Teachers**. Cambridge, Massachusetts; London: Harvard University Press, 1980, 1–113.

MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

PANDYA, H., GHOSH, S. Sensitizing faculty to the problem-oriented approach as an instructional method: experience of a brief faculty development workshop. **National Medical Journal of India**. 2008; 21(5):243-5

RÊGO, C.; BATISTA, S. H. Desenvolvimento docente nos cursos de medicina: um campo fecundo. **Rev. bras. educ. med**. v. 36 n. 3 Rio de Janeiro, 2012

PERIM, G. L.; ABDALLA, I. G.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; LAMPERT, J. B; STELLA, R. C. R.; COSTA, N. M. S. C. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. med**. v.33 s.1. Rio de Janeiro, 2009.

UNCISAL – Universidade Estadual de ciências da saúde de Alagoas. **Programa de desenvolvimento docente**. Maceió, 2012

15. INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO COMUNIDADE

Angela Maria Gollner
Estela Márcia Saraiva Campos
Jomara Oliveira dos Santos Yoguio
Terezinha Noemides Pires Alves

Novos paradigmas que redefinem os processos formativos apontam para a necessidade de reorientação das relações entre profissionais da saúde, instituições de ensino e comunidade para atuação em um mundo em constante processo de transformação.

Nesse sentido, é premente que as escolas médicas voltem-se para fora de seus limites institucionais, consolidando uma integração efetiva com os serviços e a comunidade, para a formação de profissionais médicos adequados ao atendimento das necessidades de saúde da população, atentando para a integralidade, a interdisciplinaridade e a integração dos diferentes profissionais da saúde, ampliando a capacidade de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam (Brasil, 2011; Brasil, 2007),

Dessa forma, tais demandas encontram na integração ensino-serviço-comunidade um lugar privilegiado para reflexão sobre a realidade da produção de cuidados com vistas à transformação do modelo assistencial vigente, técnico centrado, para um modelo que considere como central as necessidades dos indivíduos e das populações.

Na perspectiva do mundo do trabalho os movimentos passam a exigir dos profissionais, além dos conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes em situação dinâmica de trabalho, fazendo com que o profissional seja capaz de resolver problemas e enfrentar situações nem sempre previsíveis e previstas (Lampert et al., 2009).

Assim, para uma atuação profissional em um mundo em constante processo de transformação a introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos egressos ao propiciar a capacitação do estudante para o desenvolvimento de competências e habilidades definidas pelas Diretrizes Curriculares como: Atenção à saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Nessa perspectiva, a proposta de integração ensino-serviço–comunidade do curso de Medicina da UFJF entende que tais cenários de ensino devem possibilitar ao graduando refletir sobre sua ação e a realidade do serviço em que está inserido, na perspectiva de uma

aprendizagem crítica-reflexiva. A integração entre os docentes, estudantes e profissionais de saúde deve ocorrer de forma efetiva, com o foco central no indivíduo e no coletivo, na busca pelas suas necessidades de saúde. Para tanto, a Universidade deve se preocupar em identificar necessidades dos serviços, estabelecendo pactos de contribuição docente/discente nos distintos cenários de prática. Em contrapartida, é fundamental a participação de profissionais dos serviços e usuários nas discussões educacionais de formação na área da saúde, o que possibilitará um compromisso de corresponsabilidade pela formação dos futuros médicos e demais profissionais de saúde.

Para a efetivação da Integração Ensino-Serviço-Comunidade deverá ser criada uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (CIESC), envolvendo os responsáveis pelos cenários de prática, cuja representação será acordada em regimento interno próprio. A CIESC terá como funções:

a) Estabelecer acordos interinstitucionais formais entre Secretarias Municipais de Saúde, Hospital Universitário e Faculdade de Medicina/UFJF com definição de atribuições e contrapartida entre as instituições/serviços;
b) Elaborar o planejamento das atividades no Serviço/Comunidade, levando em consideração: o plano de trabalho da disciplina, o nível de complexidade do processo de ensino-aprendizagem e as necessidades do serviço;
c) Pactuar Programa de Educação Permanente e cursos de atualização e qualificação para preceptores do serviço;
d) Certificar os preceptores do serviço;
e) Definir linhas de pesquisa, levando em consideração as necessidades do serviço, perfis demográfico e epidemiológico, em especial das Regiões Sanitárias de Saúde do município de Juiz de Fora;
f) Promover a integração entre a Faculdade de Medicina, Hospital Universitário e os serviços de saúde para a elaboração de projetos que atendam a editais nacionais voltados para a melhoria da formação, em parceira com o Ministério da Saúde e da Educação, como, por exemplo: Pró-Saúde, PET-Saúde, PET-Vigilância, entre outros;
g) Promover seminários sistemáticos com o objetivo de preparar os graduandos para a entrada no mundo do trabalho, discutindo diferentes formas de inserção do médico no mercado de trabalho, a prática médica liberal e assalariada, em cooperativas e em atividades empresariais, no sistema de organização e venda de serviços, destacando os impactos e atitudes éticas numa visão global do contexto e das reais necessidades de saúde da sociedade, levando em consideração a consolidação do Sistema Único de Saúde;
h) Realizar Seminários de Avaliação orientados por processos participativo, formativo e construtivo que proporcionem mecanismos de acompanhamento, com espaços para reflexão crítica acerca das ações desenvolvidas na formação dos profissionais médicos. Estes seminários devem ocorrer semestralmente.

Na integração ensino – serviço – comunidade a UFJF vem ampliando seus cenários de aprendizagem ao buscar a vivência dos processos de formação nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde. No nível primário de atenção, as unidades básicas de saúde, tem possibilitado ao estudantes, no início do curso, conhecer os princípios que orientam o funcionamento do SUS, a lógica de organização da rede de atenção, assim como, a compreensão dos pressupostos da atenção primária à saúde. Para os estudantes no final do curso, este nível de atenção contribui para o desenvolvimento de competências no manejo clínico de morbidades prevalentes, assim como, de necessidades de saúde orientadas pelo ciclo de vida dos indivíduos e famílias.

Já no nível secundário de atenção a participação dos estudantes em projeto com o PET-SAÚDE, iniciativa do Ministério da Saúde, tem propiciado a vivencia em ambulatórios de especialidades e unidades de urgência, possibilitando ao estudante compreender a assistência prestada e a integração destes serviços como os demais níveis, primário e terciário, conformando a rede de atenção preconizada pelo SUS. A iniciativa do projeto PET-SAUDE também tem propiciado ao estudante de Medicina a experiência de atuação em equipes multiprofissionais, com a participação de estudantes de outros cursos da área da saúde.

No nível terciário, o cenário de formação para os estudantes é o Hospital Universitário da UFJF, que a partir de 2014 passa a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). O HU-UFJF, com compromisso de ser 100% SUS, disponibiliza hoje uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos de enfermaria, 16 leitos de Hospital Dia, salas de Ambulatório nas diversas especialidades, boxes para acolhimento integrado, consultório de odontologia hospitalar, 08 salas cirúrgicas, totalizando uma média mensal de 7.500 consultas e 300 internações em diversas especialidades. Com este perfil o HU-UFJF oferece cenários de prática ambulatorial e em enfermarias para as disciplinas do currículo e estágio curricular, principalmente no que se refere ao atendimento em nível secundário e terciário. Os alunos da Faculdade de Medicina têm oportunidade de vivenciar a integração entre ensino e a assistência no contexto do SUS num hospital universitário com certificação de hospital de ensino conferida pelo MEC.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino-Serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n. 3, pp. 356-362, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.268 p., il.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Ministério da Educação. Brasília, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid=. Acesso em 04 de abril de 2015.

LAMPERT et al. Projeto de Avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. Simpósio Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças de Graduação da área de saúde Caem/Abem. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33 (Supl. 1): 5-18; Rio de Janeiro, 2009.

16. CENÁRIOS DE PRÁTICAS NO SUS E DADOS SOCIOECONÔMICOS DE JUIZ DE FORA

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

A formação do estudante na FAMED é voltada para a atenção a saúde, sua gestão e a educação em saúde, visando a integração do ensino com o serviço do SUS e a comunidade da região. O seu treinamento se dá na maioria em atividades práticas de nos cenários de saúde da cidade e região.

Juiz de Fora é um município da Zona da Mata Mineira de 1.435,664km² com uma população residente de 516.247 pessoas, IDHM 2010 em 0,778. O PIB per capta a preços correntes, 2012, em 19.188,73 reais. Conta com 165 estabelecimentos de saúde SUS. (IBGE, 2015).

A partir de 2014 a Prefeitura Municipal, através da Secretaria de Saúde, trabalha para a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde em busca da resolutividade através da gestão do cuidado na APS (MENDES, 2002).

A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora está constituída por 63 (sessenta e três) UAPS distribuídas em 7 (sete) regiões administrativas e em 12 (doze) regiões sanitárias. Nestas UAPS existem 89 (oitenta e nove) equipes da ESF alocadas em 39 (trinta e nove) UAPS. A cobertura total dos serviços e ações na APS corresponde a,

aproximadamente, 81%, estando cerca de 19% da população em área descoberta de serviços e ações da atenção primária.

Os dados sobre os aspectos soco epidemiológicos do município mostram a necessidade de se trabalhar na FAMED sempre mais a educação para a APS na gestão do cuidado e na educação em saúde, preparando o egresso para as reais necessidades de saúde da população. Isso é reforçado pelos indicadores de mortalidade e de morbidade de condições crônicas de saúde. Segundo as informações do DATASUS (2013), do MS e no Plano Municipal de Saúde/SS/PJF (2014-2017), a prevalência da morbimortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e de agudização de condições crônicas é elevada e encontra-se em tendência crescente, com maior prevalência das doenças circulatórias, respiratórias e de transtornos mentais (HORTA, 2014). A cobertura para médias e altas complexidades de saúde se dá para mais 23 (vinte e três) municípios da macrorregião de Juiz de Fora.

Os cenários de prática na FAMED são algumas da UAPS do município, 15 (quinze) no Internato de Medicina Comunitária Local, 1 (uma) para Medicina da Criança, UAPS Borboleta, o DSCA, Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente, 2 (dois) ambulatórios de atendimento da APS de propriedade do Colégio Santa Catarina, Obras Sociais Santa Catarina e Ambulatório da Glória, que atendem à medicina da Criança e ao internato de Medicina Ambulatorial no 9° período, o DCE, Departamento de Clínicas Especializadas, para aulas práticas de algumas especialidades clínicas, o Hospital de Pronto-Socorro (HPS), a UPA São Pedro, a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Universitário na sua dimensão ambulatorial, internação e UTI. Uma creche do município também é cenário de atividades práticas para os estudantes, Instituto Maria. No internato de Medicina Comunitária Regional são conveniadas 15 (quinze) cidades da macrorregião de Juiz de Fora.

Referências Bibliográficas

IBGE, Cidades@ - Juiz de Fora, 2015. Disponível em http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=313670&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5e. Acesso em 21 abr. 2015.

HORTA, TC; BAÊTA, MAM et al. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. Juiz de Fora, 2014. 133p.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186p.

17. AVALIAÇÃO COMO PARTE DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Alice Belleigoli Rezende
Ana Laura Maciel Almeida
Cristiane de Souza Bechara Mota
Elisabeth Campos de Andrade
Karine Andrade Oliveira Zanine
Leopoldo Antônio Pires
Letícia de Castro Martins Ferreira
Marcelo Marocco Cruzeiro
Mário Círio Nogueira
Thiago Cardoso Vale
Sônia Maria Cupollilo

A avaliação não é um fim em si, mas deve possibilitar a análise da realidade para focar as ações com a finalidade de refletir sobre a mesma, na perspectiva da reconstrução da ação. Patton (2004) propõe, nesta direção, a ponderação avaliativa como uma forma de pensar sobre a conexão entre a ação e a reflexão. Neste contexto, George Miller, 1990, sugere uma pirâmide para avaliação da competência que tem, em sua base, a avaliação do conhecimento (Conhece), seguida de avaliação da competência (Conhece como), de avaliação do desempenho (Mostrar como) e, finalmente, no topo, a ação (Fazer). A avaliação na escola médica deve ter três objetivos principais: otimizar a potencialidade dos estudantes, conferindo motivação e direção para futuros aprendizados, estabelecer possibilidade de avançar para níveis de treinamentos mais avançados e garantir um atendimento de qualidade pelos profissionais egressos da escola. A avaliação pode ser formativa quando se propõe a conduzir futuros aprendizados, garantir segurança, promover reflexão e formar valores. Pode ser também somativa, neste caso, quando faz um julgamento global sobre uma competência ou desempenho da prática e qualificação para avançar para níveis superiores de responsabilidade.

Van der Vleuten (1996) descreve critérios para determinar a utilização de um método particular de avaliação:

- Confiabilidade: grau pelo qual a medida é acurada e reprodutível.
- Validade: se a avaliação afere o que ela pretende avaliar.
- Impacto sobre o aprendizado futuro e a prática.
- Aceitabilidade pelo estudante e pelo professor.

- Custos.

A avaliação deve ser uma dimensão do ato de ensinar e das situações didáticas, é parte inseparável do processo ensino-aprendizagem (PERRENOUD, 1999).

Teste do Progresso

O Teste do Progresso (TP) é uma avaliação de atributo cognitivo composto por questões de múltipla escolha, denominadas itens. A escola fez a opção por 120 itens, divididos nas seis áreas do conhecimento da formação médica – ciências básicas, saúde coletiva, clínica médica, pediatria, tocoginecologia e cirurgia, incluindo ainda questões de ética médica. O teste tem uma matriz como referência para a elaboração dos itens que se baseia no conhecimento esperado para os estudantes ao final do curso, seguindo as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de formação de um médico generalista.

A proposta do TP é ser aplicado simultaneamente a todos os estudantes do primeiro ao sexto ano com frequência anual. O caráter longitudinal da avaliação permite a construção de curvas de desempenho ao longo do curso e, assim, possibilita demonstrar o ganho de conhecimento dos estudantes. Além disso, permite uma avaliação do próprio curso, possibilitando identificar suas fragilidades e potencialidades em conteúdos específicos, favorecendo modificações na proposta pedagógica.

Para que o TP seja representativo do ganho de conhecimento dos estudantes, devemos estabelecer uma matriz de competências ou blueprint. No ano de 2013, o corpo docente elaborou uma matriz de competências para a UFJF que ficou muito semelhante à proposta pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

A implementação do referido teste em nossa instituição está de acordo com as DCN que recomenda a utilização de metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como está em consonância com o projeto da ABEM.

A FAMED/UFJF fez a opção pela realização do TP em um trabalho colaborativo de diversas escolas médicas de Minas Gerais, com o objetivo de aumentar a qualidade dessa avaliação. Com esta finalidade, o Consórcio Mineiro das Escolas Médicas para realização do TP (TEPMINAS) foi criado em maio de 2013. Seu primeiro teste ocorreu em novembro de 2013.

Exame Clínico Objetivo Estruturado- OSCE

As competências clínicas têm sido foco da educação médica em todos os níveis. A educação baseada em competência não é um conceito novo em educação. Albanese e col. (2010) propuseram cinco qualidades relacionadas com a competência: foco no desempenho do produto final, reflexão das expectativas e aplicação do que é aprendido no programa, expressão por medidas de comportamento, uso de um padrão para julgar a competência que não seja dependente da performance de outros aprendizes e informação aos alunos, bem como aos seus professores, acerca do que se espera deles.

O nível avançado na solução de problemas toma seu lugar em um contexto clínico real. Os estudantes devem ser capazes de integrar conhecimentos de áreas básicas e aspectos clínicos da medicina dentro de um espectro que vai do molecular ao nível da comunidade e da concepção à senescência. Assim a avaliação de eletivos clínicos e internos é oportuna pela utilização do OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado, do inglês Objective Structured Clinical Evaluation) adequadamente elaborado. Este modelo é um dos principais métodos de avaliação para abordagem das habilidades clínicas na avaliação para licenciatura e formação em escolas médicas na América do Norte, Europa, Austrália e Nova Zelândia. A validade do OSCE é demonstrada e sua confiabilidade aumenta conforme aumenta o número de estações de avaliação (Norcini, 2011).

O OSCE (Harden et al, 1975) consiste em uma série de estações pelas quais o estudante passa. Em cada estação, ele se depara com casos reais ou problemas práticos simulados. Nela, o desempenho do educando é cuidadosamente observado, permitindo que o domínio de habilidades clínicas possa ser avaliado. É importante que as estações tenham questões objetivas. É fundamental que a estação esteja de acordo com os conteúdos ensinados, que a avaliação tenha orientações claras para o aluno (objetivos pedagógicos – o que se quer avaliar), para o ator/ atriz (paciente padronizado) e para o avaliador. A estação pode ter por objetivo avaliar a habilidade de comunicação, manobras específicas de exame clínico, habilidades técnicas para procedimentos, etc. Ao ser aplicado conjuntamente com testes escritos, o desempenho dos estudantes costuma ser diferente entre as duas modalidades de avaliação, o que indica que estão avaliando coisas diferentes, complementares, conhecimento factual no caso de testes escritos e habilidades no caso do OSCE (Lasya e Skochelak, 2004).

A grande vantagem do OSCE é que duas das principais variáveis relacionadas à avaliação discente podem ser melhor padronizadas: o paciente e o examinador (Harden et al, 1975; Smee, 2003). A padronização do paciente evita que o efeito do acaso possa fazer

com que alguns estudantes tenham desempenho pior apenas por terem sido designados para casos mais difíceis, enquanto a padronização do examinador evita a variação de avaliação entre diferentes professores para um mesmo desempenho.

Por outro lado, o OSCE tem também algumas desvantagens (Harden et al, 1975; Snell, 2003), tais como: o grande esforço necessário à sua realização, a avaliação fragmentada das habilidades e conhecimentos e a dificuldade em criar estações sobre problemas que não possam ser simulados. Objetivando aumentar a validade e a confiabilidade do OSCE, deve-se aumentar a amostragem do conteúdo a ser avaliado (mais estações ou mais tarefas em cada estação), do tempo de avaliação (vários momentos ao longo do curso) e de examinadores. Assim como avaliar conteúdos mais relevantes à prática do profissional que se quer formar, escolhendo problemas de saúde mais prevalentes, contextualizando a avaliação e aumentando sua autenticidade (usando cenários simulados ou reais).

O OSCE foi implementado na FAMED/UFJF pela primeira vez em 2012 aos alunos do nono período e hoje ocorre para todos os períodos do estágio, duas vezes ao ano. Foi criado um grupo com representantes de todas as áreas para formular as estações e apoiar sua organização.

Mini-CEX

O Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise) é um instrumento para avaliar habilidades e competências clínicas em contextos de prática médica onde o estudante está em contato com pacientes reais. Consiste numa escala de classificação que avalia seis competências clínicas: entrevista/história clínica, exame físico, profissionalismo, julgamento clínico, comunicação/aconselhamento, organização/eficiência e atendimento clínico geral. A avaliação de cada competência é registada num formulário estruturado e pontuado em escalas de 5 a 9 valores, que permitem classificar os desempenhos desde os valores mais baixos da escala (1 a 3 - insatisfatório) até aos mais elevados (7 a 9 - superior).

O processo de avaliação envolve observações de encontros clínicos entre estudantes e pacientes feitas pelo professor que classifica o desempenho do aluno e faz o feedback imediato. Assim, proporciona uma avaliação formativa e um rico processo de ensino-aprendizagem. Para que seja um instrumento válido e fidedigno da avaliação do desempenho clínico, devem ocorrer vários encontros ao longo do tempo e em diversos cenários de prática.

Dentre as vantagens do Mini-CEX, podemos citar:

- Incorporar uma dimensão formativa;
- Oferecer aos alunos observação e feedback por diferentes avaliadores;
- Avaliar os alunos em contextos clínicos reais;
- Ter capacidade de discriminar níveis de desempenho e produzir resultados fidedignos;
- Permitir aos professores identificar deficiências e propor modificações na formação dos alunos, de acordo com as observações.

O Mini-CEX é uma proposta futura de avaliação de desempenho na UFJF que tem como principais desafios para a implementação a logística e padronização entre professores avaliadores (objetivos, competências e *feedback*).

Referências Bibliográficas

ABBADE, J. F. O Mini-Exercício Clínico (Mini-CEX). In: Tibério, I. F. L. C.; DAUD-GALLOTTI, R. M.; TRONCON, L. E. A., MARTINS, M. A. **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 89-96.

ALBANESE, M. A.; MEJICANO, G.; ANDERSON, W. M.; GRUPPEN, L. Building a competency-based curriculum: the agony and the ecstasy. **Adv in Health Sci Educ** 2010. 15:439–454.

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. **Mini-CEX**. Apresenta informações sobre o Mini-CEX. Disponível em: http://www.abim.org/program-directors-administrators/assessment-tools/mini-cex.aspx. Acesso em: 16 julho 2014.

AMARAL, E.; DOMINGUES, R. C. L.; ZEFERINO, A. M. B. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v . 29, n. 1, p. 287-290, 2007.

HARDEN, R.M.; STEVENSON, M.; DOWNIE, W. W.; WILSON, G. M.; Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination. **British Medical Journal** 1975;1:447-451.

LASYA, G.; SKOCHELAK, S. Evaluating Competence in Medical Students. **JAMA**, 2004; v. 291, n. 17.

MILLER GE. **Educating Medical Teachers**. Cambridge, Massachusetts; London: Harvard University Press, 1980, p. 113.

NORCINI, J. J.; BLANK, L.; DUFFY, F. D.; FORTNA, G. S. The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills. **Ann Intern Med**, v. 138, p. 476-481, 2003.

NORCINI, J. J.; MCKINLEY, D. W. Assessment methods in medical education. **Teaching and Teacher Education**. 2007 (23) : 239–250.

PATTON, M.Q. **Os desafios para tornar a avaliação útil**. 2004.

SNELL, L.; TALLETT, S.; HAIST, S.; et. al. A review of the evaluation of clinical teaching: new perspectives and challenges. **Med Educ,** 2000; 34:862-870.

SOUZA, R. G. S. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. In: TIBÉRIO, I. F. L. C.; DAUD-GALLOTTI, R. M.; TRONCON, L. E. A.; MARTINS, M. A. (ed.). **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 1-11. VAN

DER VLEUTEN, C. P. M. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. **Adv Health Sci Educ,** 1996. 1:41-67.

18. ANEXOS

18.1 EMENTÁRIO, BIBLIOGRAFIA BÁSICA E COMPLEMENTAR

As ementas, bibliografia básica e complementares das disciplinas estão disponíveis no endereço: www.ufjf.br/medicina

18.2 CORPO DOCENTE

O nome de todos os docentes e seus planos de trabalho estão disponíveis no endereço: www.ufjf.br/medicina

18.3 NORMAS DE FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR

REGULAMENTO DAS ATIVIDADES DE FLEXIBILIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

CAPÍTULO I

Definição

Art. 1º A flexibilização curricular envolve atividades acadêmicas previstas no projeto pedagógico do Curso de Medicina que permitem a participação dos discentes na construção de seu próprio currículo e que incentivem a produção de formas diversificadas e interdisciplinares do conhecimento (Regulamento Acadêmico de Graduação – RAG 2014).

Parágrafo único – Essas atividades, num total de 450 horas, constituem ações que devem ser desenvolvidas preferencialmente do primeiro ao oitavo períodos do Curso de Medicina.

Art. 2º. As atividades de flexibilização estão em consonância com os Pareceres da Câmara de Educação Superior e Conselho Nacional de Educação que tratam das diretrizes específicas dos cursos de graduação e também com o previsto na matriz curricular constante do projeto pedagógico do Curso de Medicina e no Regulamento Acadêmico da Graduação – RAG 2014.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS GERAIS DAS ATIVIDADES DE FLEXIBILIZAÇÃO

Art. 3º São objetivos da flexibilização curricular:

I - Contribuir para o desenvolvimento das habilidades e das competências inerentes ao

exercício das atividades de formação.

II - Estimular práticas de estudo independentes e diversificar as experiências acadêmicas, visando ao desenvolvimento da autonomia profissional e intelectual do estudante.

CAPÍTULO III

DA INTEGRALIZAÇÃO DA CARGA HORÁRIA TOTAL

Art. 4º. As atividades de flexibilização curricular do Curso de Medicina são obrigatórias em cumprimento do que dispõem as Diretrizes Curriculares, o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina e o Regulamento Acadêmico da Graduação – RAG 2014, sendo a integralização dessa carga horária condição para a conclusão do curso, uma vez que faz parte do currículo do Curso de Medicina em vigor.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA NA ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DE FLEXIBILIZAÇÃO

Art. 5º É de exclusiva competência da Coordenação do Curso de Medicina:

I - Divulgar as atividades de flexibilização específicas do Curso de Medicina, bem como as disciplinas optativas disponíveis.

II - Disponibilizar toda a documentação necessária à apresentação dos documentos comprobatórios das atividades de flexibilização dos alunos.

III – Analisar os documentos apresentados pelos acadêmicos e validá-los de acordo com este Regulamento e com o Regulamento Acadêmico de Graduação – RAG 2014.

IV – Julgar e emitir parecer sobre a pertinência dos pedidos de convalidação de horas de Atividades de flexibilização não estipuladas neste regulamento.

V - Atender os alunos e facilitar o acesso às informações necessárias para o cumprimento das atividades de flexibilização curricular.

VI – Contribuir, sempre que possível, com propostas para aperfeiçoamento das atividades de flexibilização curricular.

CAPÍTULO V

DOS ACADÊMICOS

Art. 6º Cabe ao acadêmico do Curso de Medicina devidamente matriculado:

I - Cumprir a carga horária de 450 horas de atividades de flexibilização curricular para integralização do curso.

II - Buscar as orientações na Coordenação do Curso de Medicina para o cumprimento da carga horária estipulada na matriz curricular do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.

III – Apresentar os comprovantes de realização de atividades de flexibilização na Coordenação do Curso de Medicina para validação dentro do prazo estipulado por esta.

CAPÍTULO VI

DA DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

Art. 7º. As horas de atividades de flexibilização somente serão validadas mediante a entrega dos comprovantes de realização dessas atividades dentro do prazo máximo fixado pela Coordenação de Curso em cronograma próprio.

Art. 8º Para contabilização de horas de atividades de flexibilização, somente serão aceitos certificados ou declarações que contenham a carga horária do evento expressa no documento, nunca inferior a 15 horas.

Parágrafo único – Os comprovantes podem ser cópias simples de certificados e/ou declarações das atividades de flexibilização realizadas, conforme orientação da Coordenação do Curso de Medicina, sempre acompanhadas do original para autenticação pelo funcionário recebedor.

CAPÍTULO VII

DA VALIDAÇÃO

Art. 9º. A Coordenação do Curso de Medicina receberá dos acadêmicos os certificados comprobatórios das atividades de flexibilização para validação conforme calendário próprio. Os alunos preencherão um formulário a ser distribuído pela coordenação, no qual relacionarão as atividades com as respectivas cargas horárias pretendidas, que serão avaliadas pelo coordenador com base no anexo deste Regulamento, e, após a validação da carga horária obtida pelo aluno, a Coordenação do Curso encaminhará os processos individuais dos alunos à Coordenação de Assuntos e Registros Acadêmicos – Cdara para as devidas anotações no histórico escolar dos mesmos.

Art. 10. Nos casos de ingresso no Curso de Medicina da UFJF por vagas ociosas, previstos no Regulamento Acadêmico da Graduação – RAG 2014, ou por transferência *ex-ofício*, o estudante deverá solicitar cômputo de opcionais, apresentando os comprovantes das atividades de flexibilização já realizadas anteriormente ao seu ingresso no Curso de Medicina, as quais serão avaliadas pela Coordenação do Curso de Medicina quanto à possibilidade de aproveitamento.

Parágrafo único – Caso os estudantes de que trata o *caput* deste artigo não tenham realizado atividades de flexibilização em seu curso de origem, ficarão sujeitos ao cumprimento da carga horária total estabelecida pela matriz curricular do Curso Medicina da UFJF.

Art. 11. Não serão validadas as atividades que estiverem em curso ou ainda sem comprovante de sua realização.

Art. 12. Para os certificados em língua estrangeira, só serão validadas as certificações reconhecidas internacionalmente. Para as demais certificações, devem ser consultados os órgãos competentes da UFJF.

Art. 13. Quanto à participação em eventos discriminada no anexo deste regulamento, cabe ressaltar que, para cada título, somente serão contabilizadas 15 horas, mesmo que a carga horária especificada no documento seja superior.

Art. 14. As atividades de ligas acadêmicas não serão contabilizadas cumulativamente.

Art. 15. As atividades dos atletas e dos participantes da bateria Bizarra da Atlética Medicina deverão ser comprovadas pelas diretorias das mesmas com frequência igual ou maior que 75% nos treinos.

Art. 16. No caso de atividades específicas do Curso de Medicina, portanto não

discriminadas no Regulamento Acadêmico de Graduação – RAG 2014, mas incluídas no Anexo deste Regulamento, serão contabilizadas, no máximo, 60 horas.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 16. Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação do Curso de Medicina.

Art. 17. As alterações que se fizerem necessárias neste regulamento deverão ser aprovadas pelo Conselho de Unidade da Faculdade de Medicina da UFJF.

Art. 18. O presente regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Unidade da Faculdade de Medicina.

Quadro-resumo das atividades previstas para a carga horária de flexibilização

<table>
<tr><th colspan="3">ATIVIDADES PREVISTAS PARA A FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR</th><th>CARGA HORÁRIA NO PERÍODO LETIVO</th></tr>
<tr><td colspan="3">Iniciação científica, extensão e monitoria</td><td>60 horas por semestre (tanto como voluntário quanto como bolsista)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Disciplinas optativas</td><td>Prefixada em sua carga horária</td></tr>
<tr><td colspan="3">Estágio não obrigatório</td><td>30 horas por semestre</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Participação em eventos</td><td rowspan="3">Congresso</td><td>Apresentação de trabalho</td><td>15 horas por título</td></tr>
<tr><td>Organização (diretoria)</td><td>15 horas por título</td></tr>
<tr><td>Participação</td><td>15 horas por título – permitir-se-á acúmulo entre participação e organização, e participação e apresentação de trabalho.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Seminário</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Colóquio</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8"></td><td>Simpósio</td><td rowspan="8">15 horas por título, de acordo com o Art. 8º deste regulamento.</td></tr>
<tr><td>Encontro</td></tr>
<tr><td>Festival</td></tr>
<tr><td>Palestra</td></tr>
<tr><td>Exposição</td></tr>
<tr><td>Oficina</td></tr>
<tr><td>Teleconferência ou similar</td></tr>
<tr><td>Curso de curta duração</td></tr>
<tr><td colspan="2">Treinamento profissional, GET (Grupos de Educação Tutorial) ou PET</td><td>60 horas por semestre</td></tr>
<tr><td colspan="2">Publicação científica em periódicos indexados ou capítulo de livro</td><td>30 horas por título</td></tr>
<tr><td colspan="2">Representação estudantil – Diretorias: Diretório Central dos Estudantes, Diretório Acadêmico de Medicina e Atlética Medicina</td><td>60 horas por semestre</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atletas e membros da bateria da Atlética Medicina- >= 75% de frequência nos treinos</td><td>30 horas por semestre</td></tr>
<tr><td colspan="2">Certificação internacional em língua estrangeira</td><td>15 horas por título até o máximo de 60 horas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ligas Acadêmicas que tenham no mínimo 6 h semanais de atividades (diretoria ou participação)</td><td>30 horas por semestre</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intercâmbio Internacional</td><td>30 horas por semestre</td></tr>
<tr><td colspan="2">Curso a distância – EaD

Oferecidos pela UFJF ou outra instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC</td><td>Número de horas do curso descrita no certificado, com carga horária mínima de 15 horas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Teste de Progresso= participação em pelo menos 80% das provas do Teste de</td><td></td></tr>
</table>

Progresso durante a graduação	15 horas

18.4 REGIMENTO DA COE

REGIMENTO DA COMISSÃO ORIENTADORA DOS ESTÁGIOS

DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art 1º - Normatizar a composição e o funcionamento da Comissão Orientadora dos Estágios (COE) do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Regulamentar e fiscalizar os treinamentos em serviço nas áreas básicas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Urgências Médicas, Medicina Comunitária Local e Regional, além da área escolhida no rodízio optativo, sejam eles realizados nas dependências da UFJF ou em unidades conveniadas. Orientar a formação complementar básica através da organização de estágios optativos nas diversas áreas da medicina. Regulamentar a recepção de estudantes de intercâmbios nacionais e internacionais conforme solicitado, além de planejar com estudantes da FAMED o plano de recomposição de internato quando de seu retorno do intercâmbio, e de avaliar se haverá equivalência dos conteúdos realizados fora da instituição.

Parágrafo único – Este regimento atende à Lei de Estágios (Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008), à Resolução n° 115/2014 do Conselho Setorial de Graduação, às Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação de 2014, e ao Projeto Pedagógico de Curso de 2015. As normas deste regimento deverão sempre estar em consonância com as resoluções e deliberações do Conselho Setorial de Graduação (CONGRAD) da Universidade Federal de Juiz de Fora.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º A COE será constituída pelo coordenador do curso de Medicina, pelos professores coordenadores e um vice-coordenador, representantes de cada área de estágio, por um representante do NDE/NAPE, um representante do Centro de Estudos do Hospital Universitário, um representante discente de cada um dos períodos do curso de Medicina que fazem parte dos estágios curriculares obrigatórios (nono, décimo, décimo primeiro e décimo segundo períodos) e um representante do Diretório Acadêmico.

§1º Os membros da COE elegerão o presidente e o vice-presidente (que substitui o presidente em seus impedimentos) da comissão entre seus pares, para um mandato de 2 (dois) anos, excluindo-se o coordenador do curso, através de votação por maioria, permitida a recondução por igual período.

§2º Os representantes docentes coordenadores de área terão sua representação por um período de 2 (dois) anos, e no caso de serem indicados pelos respectivos departamentos e referendados pelo coordenador de curso, podem também ser reconduzidos. Após esse procedimento, serão nomeados através de Portaria assinada pelo diretor ou diretora da Faculdade de Medicina.

§3º Serão designados representantes discentes dos 9º, 10º, 11º e 12º períodos do curso de Medicina, eleitos pela maioria dos discentes dos respectivos períodos.

§4º Será designado pela Direção da Faculdade de Medicina um funcionário para secretariar a COE.

Art. 3º - Compete ao presidente da COE:

§1º Representar a Comissão Orientadora dos Estágios nos diversos órgãos da UFJF.

§2º Convocar e presidir reuniões ordinárias e extraordinárias.

§3º Fazer encaminhamentos e solicitações necessários ao desenvolvimento dos estágios aos órgãos competentes.

§4º Acompanhar a distribuição dos discentes pelas diversas áreas e locais de estágio.

§5º Receber reivindicações por parte de coordenadores e discentes e, se for o caso, apresentá-las para a apreciação da COE e/ou às instâncias superiores da universidade para encaminhamento de propostas e soluções à Comissão.

§6º Acompanhar e interferir, se necessário, no andamento dos estágios, ouvida a COE.

§7º Organizar anualmente o calendário dos estágios.

Art. 4º - Compete ao vice-presidente da COE:

§1º Substituir o presidente em casos de ausência justificada e em processo de férias.

§2º Auxiliar o presidente na coordenação geral da COE e nas diversas atividades e representações assim que for solicitado.

Art. 5º - Compete à COE:

§1º Elaborar normas complementares para os estágios obrigatórios e não obrigatórios da Faculdade de Medicina.

§2º Programar, desenvolver e referendar toda a proposta para a criação e o aperfeiçoamento dos estágios do curso de Medicina, em conjunto com o Núcleo Docente Estruturante (NDE) e com o Núcleo de Apoio às Práticas Educativas (NAPE).

§3º Selecionar locais que proporcionem meios de desenvolver o processo de aprendizagem.

§4º Intermediar os convênios entre a UFJF e os locais de estágio, bem como avaliar e manter contato com cada local conveniado na cidade, na região, no estado ou no país.

§5º Elaborar e sistematizar o processo e os instrumentos de avaliação do estágio e dos estagiários em conformidade com o NAPE.

§6º Fixar as atribuições dos professores orientadores e as demais instruções necessárias ao bom desenvolvimento dos estágios.

§7º Promover discussões com os discentes sobre o andamento dos estágios.

§8º Garantir que o estagiário esteja identificado e adequadamente vestido, com roupas brancas ou jaleco/avental, conforme a orientação de cada local de atividade, tanto dentro das dependências da UFJF, quanto nos locais conveniados.

§9º Fiscalizar, em apoio aos locais de atividade, o cumprimento das tarefas previstas e os plantões programados pelos coordenadores, respeitando rigorosamente os horários determinados.

§10º Cumprir integralmente a carga horária semanal e total do estágio prevista no Projeto Pedagógico de Curso e pela Lei do Estágio.

§11º Fiscalizar se estão sendo cumpridas as deliberações da COE, sejam elas normas específicas de cada estágio ou da instituição onde é realizado.

§12º Fiscalizar para que os estagiários não tomem atitudes autônomas em procedimentos relativos ao estágio, sob pena de anulação da carga horária obtida no período, com ou sem o consentimento do supervisor local.

§13º Garantir liberdade de manifestação e participação nesse órgão colegiado.

§14º Exigir do estagiário a apresentação da documentação de cada rodízio, em prazo regular exigido pela Pró-Reitoria de Graduação.

§15º Zelar pelo acompanhamento dos estágios, reorientando o estudante para outro local em caso de descumprimento das cláusulas e condições pactuadas nos documentos regulatórios do estágio, ou quando o estudante estiver em locais com condições inaceitáveis à sua segurança.

§16º Comunicar, por escrito, à concedente do estágio, as datas de avaliações obrigatórias do estudante.

§17º Oficiar à Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD) sobre o resultado das eleições e sobre o período de mandato do presidente e do vice-presidente da COE, bem como a relação nominal de seus participantes a cada novo mandato.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO DA COE

Art. 6º A COE reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada mês, sempre na primeira quarta-feira do mês, na sala de reuniões da Faculdade de Medicina ou em outro local pré-determinado. O início da reunião será às 07h30min (sete horas e trinta minutos) e o término previsto para as 09h00min (nove horas). Também poderá haver reuniões extraordinárias através da convocação do presidente ou de solicitação de no mínimo 50% (cinquenta por cento) de seus membros, conforme o Regimento Geral da UFJF.

§1º As reuniões serão convocadas por escrito, com sua respectiva pauta, por e-mail ou por telefone, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§2º As reuniões serão secretariadas pelo TAE secretário da COE, ou por um substituto em sua ausência, que redigirá a ata. Essa deverá ser encaminhada, com no mínimo 48 horas de antecedência da próxima reunião ordinária, a cada membro da COE para leitura prévia e, se aprovada, deve ser assinada pelos presentes na reunião imediatamente subsequente.

§ 3º Qualquer assunto de interesse da COE e/ou dos discentes estagiários deverá ser apresentado por escrito, em memorando endereçado ao presidente e protocolado junto à secretaria da Divisão Acadêmica, nos horários determinados para o atendimento ao público, para que se possam tomar as devidas providências.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DOS ESTÁGIOS

SEÇÃO I

DAS ÁREAS DE ESTÁGIO

Art. 7º - São obrigatórias no estágio as seguintes áreas:

Área I – Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar

Área II – Estágio de Aplicação em Urgências Médicas

Área III – Estágio de Aplicação em Clínica Médica I

Área IV – Estágio de Aplicação em Formação Médica (Área Eletiva)

Área V – Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local

Área VI - Estágio de Aplicação em Clínica Médica II

Área VII - Estágio de Aplicação em Cirurgia

Área VIII - Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional

Área IX - Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia

Área X - Estágio de Aplicação em Pediatria

SEÇÃO II

DA DURAÇÃO

Art. 8º O estágio terá a duração de 2 (dois) anos, com período de férias conforme previsto no calendário de estágios da COE e aprovado em reunião. Os dois anos serão divididos em rodízios semestrais, correspondendo aos 9º, 10º, 11º e 12º períodos do curso de Medicina, com carga horária total não inferior a 30% da carga horária total do curso, distribuídas nas diversas áreas especificadas no artigo 7º.

§1º As áreas de concentração e suas cargas horárias poderão ser alteradas de acordo com as necessidades da coordenação do curso de Medicina e com as normas curriculares superiores, através de procedimentos vigentes na universidade para aprovação da mudança.

§ 2º O estudante poderá realizar estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço fora da FAMED, em instituição conveniada, privilegiando-se aquelas que mantenham programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros serviços de pós-graduação e/ou serviços de educação médica continuada, até o máximo de três semestres letivos, devendo-se comprovar, em seu retorno, o conteúdo programático cumprido e a carga horária. Como regra, deverá solicitar em seu retorno, dispensa das disciplinas equivalentes na UFJF. O estágio obrigatório de Aplicação em Formação Médica, de escolha livre na área que será realizado, poderá ser em laboratórios de pesquisas, com as devidas comprovações de atividades e carga horária. Fica facultado ao estudante realizar estágios também no exterior em instituições conveniadas com a UFJF, com as devidas equivalências de conteúdo e carga horária.

Art 9º O aluno, para ser matriculado no 9º período, deverá ter sido aprovado em todas as disciplinas do currículo do curso de Medicina, sem exceções. O Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar é pré-requisito para os demais estágios.

SEÇÃO III

DO SISTEMA DE AVALIAÇÂO E APROVAÇÂO

Art. 10º O desempenho do estagiário em cada área será analisado por múltiplos métodos, devendo ser verificados os seguintes aspectos para a elaboração da nota final:

I – Desempenho em competências e habilidades práticas (através de OSCE -Exame Estruturado de Habilidades Clinicas-; Mini-Cex, portifólio, entre outras, descritas no PPC;

II – Embasamento teórico através de avaliação cognitiva;

III – Aspectos ético-profissionais;

IV – Assiduidade e pontualidade;

V - Atitude perante a comunidade;

VI –Profissionalismo: relação com colegas e profissionais de saúde.

§ 1º A avaliação do aproveitamento será traduzida em notas de 0 (zero) a 100 (cem), atribuídas pelos supervisores docentes e pelos profissionais não docentes que atuarem como preceptores na UFJF ou em unidades conveniadas, sendo, para tanto, acreditados pela COE, com aprovação final dos conceitos pelo coordenador de cada área, respeitados os critérios do "caput" deste artigo.

§ 2º O OSCE (Exame Estruturado de Habilidades Clinicas) será realizado para os 04 (quatro) estágios e terá peso na nota final de cada estágio do rodízio, de 10% (dez por cento).

§ 3º Será aprovado o aluno que obtiver, além do cumprimento de 100% (cem por cento) da carga horária prevista para o estágio, nota final do estágio para igual ou superior a 60% (sessenta por cento) da nota máxima em cada área. O lançamento dessa nota deverá ser realizado pelo coordenador no SIGA em até 5 (cinco) dias após o término das atividades do semestre.

§ 4º O aluno que não cumprir a carga horária total do estágio no período determinado por estar doente por mais de 10 (dez) dias, deverá solicitar tratamento especial na Coordenação de Curso, no que diz respeito à garantia de sua vaga e sua matricula. Ao seu retorno, deverá cumprir a carga horária total do rodízio (s) perdido(s), uma vez que, de acordo com o Capítulo X do RAG UFJF, em seu § 1º, "quando se tratar de atividade acadêmica curricular prática ou cujo acompanhamento não for compatível com o estado de saúde da requerente ou do requerente, o Departamento/COE declara, expressamente, a impossibilidade do acompanhamento, com a devida justificativa, ficando a reposição postergada ao melhor momento que convier às partes". Como se trata de estágio curricular obrigatório, ficará a cargo da presidência da COE e da coordenação do curso, o planejamento da completa realização do rodízio perdido.

I- Em caso de gravidez, a partir do 8º mês, e em caso de adoção ou guarda judicial de criança, será permitido à discente ou ao discente beneficiar-se de um período de afastamento consecutivo de até 120 (cento e vinte) dias, de acordo com o RAG 2014, com completa reposição em seu retorno.

II- Os atestados médicos justificam, mas não abonam as faltas, tendo o estagiário que completar a carga horária correspondente ao afastamento em todos os casos mencionados no **§ 4º,** em datas determinadas pela COE**,** nos recessos escolares ou ao final do ciclo. Estudantes que precisem faltar mais de 10 dias por doença, deverão realizar todo o rodízio perdido.

§ 5º. A reposição das faltas definidas no **§ 4º** não podem prejudicar a sequência programada de rodízios, mantendo os mesmos princípios norteadores do funcionamento em período normal. Essa reposição não poderá retirar do estudante seu direito de pelo menos 30 dias de férias.

§ 6º É possível, a cada aluno, ausentar-se uma vez ao ano de suas atividades para participar de evento científico, como autor ou coautor de trabalho científico, exceto no rodízio do estágio de Medicina Comunitária Regional, devido às suas características de convênio, e também como participante dos jogos INTERMED, devendo comprovar sua efetiva participação junto à secretaria da COE e fazer a reposição dos dias faltosos no estágio na mesma proporção, sendo permitido no máximo 03 (três) dias de afastamento para estes fins.

§ 7º É facultado ao aluno que estiver inscrito em concursos para Residência Médica, solicitar ao coordenador do respectivo estágio em curso, a dispensa de suas atividades para a realização das provas, devendo fazer a reposição dos dias faltosos na mesma proporção, sem prejuízo, desde que faça a comprovação de sua participação no concurso.

§ 8º Os alunos em intercâmbio terão suas faltas justificadas no estágio em no máximo 10 (dez) dias, com a devida reposição na mesma proporção.

§ 9º Ao final de cada rodízio, caberá a cada coordenador de área a realização do lançamento da nota e da frequência de cada estagiário. No caso de reprovação, a situação deverá ser informada em documento por escrito ao presidente da COE para as devidas providências e para o planejamento da reposição do estágio devido.

§ 10º É facultado ao aluno solicitar vistas ou revisão da nota final de cada área do estágio, mediante um requerimento devidamente fundamentado ao coordenador desse estágio, utilizando formulário específico no prazo máximo de 3 (três) dias úteis após a publicação do resultado. Somente em caso de manutenção da discordância em relação à nota, o coordenador deverá enviar à COE toda a documentação pertinente, a fim de que seja avaliada juntamente com o (a) presidente da COE.

§ 11º Não poderá haver permuta entre os estágios, salvo em casos excepcionais que deverão ser apresentados por escrito, em ofício endereçado ao presidente e protocolado junto à secretaria da COE nos horários determinados para o atendimento público, para que se possam tomar as devidas providências.

§ 12 º. Cabe recurso da decisão da COE à Comissão Geral dos Estágios da UFJF.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA COMUNIDADE ACADÊMICA

Art. 11º São orientadores de estágio:

§ 1º Orientadores: os docentes indicados pelos respectivos departamentos.

§ 2º Supervisores: Os docentes indicados pelos respectivos departamentos e os profissionais não docentes que atuarem como preceptores na UFJF ou em instituições conveniadas que ofereçam estágios.

Art. 12º Compete aos coordenadores de áreas do estágio perante a COE:

§ 1º Verificar a assiduidade e a pontualidade dos estagiários discentes, mantendo comprovação a ser encaminhada para a COE ao término do estágio.

§ 2º Cumprir o planejamento aprovado pela COE quanto às atividades e à carga horária dos estagiários.

§ 3º Emitir conceitos e pareceres sobre os campos de estágio já em andamento, e também quanto a novos locais, quando solicitados pela COE.

§ 4º Promover a articulação entre ensino e serviço.

§ 5º Cumprir e fazer cumprir este regimento e as normas específicas de cada estágio e das instituições onde são realizados.

Art. 13 - Compete aos coordenadores de área em relação aos estagiários:

§ 1º Supervisionar as atividades do respectivo estágio.

§ 2º Reunir-se com os discentes de sua área para determinar o preenchimento da documentação legal por parte do aluno que cursará o estágio e dos preceptores e docentes responsáveis pelas atividades, para envio à COE, com antecedência mínima de três semanas do início, além de informar as regras específicas de cada rodízio referentes às orientações sobre seu funcionamento e seu término.

§ 3º Reunir-se com os preceptores médicos e professores do estágio para discutir assuntos pertinentes ao desenvolvimento dele, após o término do rodízio.

§ 4º Cumprir e fazer cumprir este regimento e as normas específicas de cada estágio e das instituições onde são realizados, mantendo atualizadas todas as atividades realizadas.

§ 5º Apresentar à COE uma avaliação final de cada rodízio feita pela comunidade acadêmica (orientadores preceptores e discentes).

§ 6º Providenciar a manutenção das atividades desenvolvidas pelo docente em caso de férias, participação em eventos científicos ou afastamento por doença, reorganizando a grade no período de sua ausência.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14 As questões não previstas nestas normas serão analisadas pela COE ou pelos órgãos competentes da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Art. 15 Este regulamento entra em vigor na data de sua aprovação, revogadas as disposições em contrário.

Regimento aprovado pela COE em 10 de abril de 2019

Regimento aprovado no Conselho de Unidade em 07 de Junho de 2019

18.5 SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A formação do Brasil ocorreu com a agregação de múltiplas culturas e grupos étnicos, como proposta de um projeto de colonização européia, que persistentemente eliminou dos indivíduos nativos e utilizou a força de trabalho africana, através da dominação portuguesa. Com o fim do regime monárquico e a adoção da ilegalidade da escravidão, o país se empreendeu na tentativa de higienizar sua população, tornando-a mais branca na cor e na cultura (ZALCKMANN & SANTOS, 2007).

De forma intencional, a nação valeu-se do racismo como forma de segregação, impedindo a fixação e manutenção dos hábitos das populações indígenas e afro-brasileiras, gerando fortes efeitos, principalmente neste grupo, como a pobreza, o desmantelamento cultural e alta mortalidade, os quais se mantêm atualmente. Portanto, nas relações atuais, há sempre o componente racial como forma de poder, visto principalmente na composição das elites intelectuais e econômicas, com pouca representação negra (FERNANDES & BARBOSA, org. 2004; ZALCKMANN & SANTOS, 2007).

Através do mito da democracia racial, pretendeu-se minar as lutas do movimento negro, uma vez que se desmentia a existência de racismo no Brasil (GOMES, 2005), o que acabou por atrasar as conquistas sociais e legais, ao contrário do que aconteceu, por exemplo, entre os estadunidenses, onde o movimento conseguiu se consolidar mais precocemente (BYRD & CLAYTON, 2001). Entretanto, com a persistência do trabalho do movimento social negro, recentemente várias conquistas foram obtidas: a Constituição de 1988, a criação do Estatuto da Igualdade Racial, a implementação das políticas afirmativas, a criação de leis da educação e da saúde, que asseguram a valorização da história e cultura afro-brasileira e abordagem das necessidades destes indivíduos (FERNANDES & BARBOSA, org. 2004; LÓPEZ, 2012)

Desta forma, através das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina (BRASIL, 2014), seguindo a exigência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009), fica estabelecido que o projeto pedagógico e o currículo devem envolver a questão racial, impactando diretamente na formação, a saber:

> Art 12, I, f) "identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença"
>
> Art 23, VII "abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena" (BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.)

A inclusão deste assunto em saúde se faz necessária por dois motivos especiais: a questão epidemiológica e a perspectiva histórica.

Sabe-se que as taxas de mortalidade, em todas as faixas etárias, são maiores na população negra, sendo mais visível naquela de cor preta, mas também presente nos auto-declarados pardos. Além disso, esta população tem pior acesso aos serviços do SUS, menor atenção às necessidades de saúde – prevenção, diagnóstico e controle de doenças –, pior atendimento, maior impacto das comorbidades com pior qualidade de vida, e maior dificuldade de obter benefícios trabalhistas de saúde; desigualdades que se agravam se considerada a condição de classe (LOPES, 2004; KALCKMANN & SANTOS, 2007; PANITCH, 2010; LÓPEZ, 2012; WILLIANS & MOHAMMED, 2013)

Há de se pensar também na necessidade de correção dos erros históricos com os quais a profissão esteve envolvida, como a implementação de políticas sanitaristas e de branqueamento da nação, que baseado no racismo científico, associou a população negra aos defeitos morais, mentais e físicos, dotando de animalidade os indivíduos, como reprodutores – através da hipersexualização do negro – e adaptados ao trabalho físico – supostamente por serem mais fortes (LÓPEZ, 2012; HUNT, 2013; PAGANO, 2014). Concomitantemente, a profissão médica se envolveu com pesquisas científicas que utilizavam escravos e libertos

como modelo de experimentação, sujeitando os indivíduos a torturas, que nos fornecem conhecimentos atuais sobre anatomia, fisiologia, técnicas cirúrgicas e obstétricas (BHOPAL, 1998; BYRD & CLAYTON, 2001). Cabe ressaltar também que a medicina, com sua proposta científica, desmantelou as práticas tradicionais de saúde destes povos e se apropriou do conhecimento tradicional (GALEANO, 1979), lançando à sociedade os insumos voltados para a saúde (PANITCH, 2010) e impedindo a manutenção destas práticas na comunidade de onde foram roubadas, dificultando ainda mais o processo de cura entre os afro-brasileiros (FERNANDES & BARBOSA, org. 2004).

Portanto, a inclusão da temática racial no ensino em saúde se faz necessário para corrigir os erros atuais e do passado, o que deve envolver práticas pedagógicas que dêem foco, principalmente, como sugere Nilma Lino Gomes (ministra da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial em 2015), nos seguintes conceitos para o debate racial na educação: *identidade, identidade negra, raça, etnia, etnocentrismo, preconceito racial, discriminação racial e democracia racial* (GOMES, 2005).

No que tange diretamente a formação médica, segundo orientação das diretrizes nacionais da educação, devem ser tratados também temas específico (WILLIANS & MOHAMMED, 2013), como:

- Aspectos históricos do racismo na medicina: eugenia, branqueamento e experimentação no racismo científico (BHOPAL, 1998; BYRD & CLAYTON, 2001; ZALCKMANN & SANTOS, 2007; LÓPEZ, 2012);

- Valorização das heranças africana e afro-brasileira: oralidade, ancestralidade, religiosidade e práticas tradicionais de saúde (ALVES & SEMINOTTI, 2009; SILVEIRA, 2015);

- Epidemiologia segundo fenótipo racial: recortes de gênero e classe (LOPES, 2004; IPEA, 2008; BATISTA et al, org., 2013);

- Medidas de prevenção na atenção primária à saúde: necessidades da população negra (FERNANDES & BARBOSA, org. 2004; BATISTA et al, org., 2013);

- Ênfase no estudo dos principais agravos em saúde que acometem a população negra (diabetes, insuficiência renal, hipertensão, mioma uterino, glaucoma, entre outras), segundo

sua biologia e contexto social: peculiaridades diagnósticas, preventivas e terapêuticas (BATISTA et al, org., 2013);

- Peculiaridades no atendimento da saúde mental (CFP, 2002) abordagem social e contextual para o impacto do racismo: identificação, depressão e suicídio (SOUZA, 1983; JACKSON, 2003; BATISTA et al, org., 2013)

- Mortalidade por causas externas: questões trabalhistas, violência e extermínio da juventude negra (LOPES, 2004; ARAÚJO, 2009; BATISTA et al, org., 2013);

- Racismo institucional no ambiente do SUS e seus alicerces no racismo cultural e individual: identificação e enfrentamento – o racismo institucional como determinante social de saúde, segundo resolução da OMS (2011) (KALCKMANN & SANTOS, 2007; LÓPEZ, 2012; WILLIANS & MOHAMMED, 2013);

- Identificação e representação como forma de adesão ao cuidado de saúde: abordagem da importância das políticas afirmativas na relação médico branco/paciente negro e aluno negro/professor branco, creditando conquistas de cientistas negros que contribuíram com o avanço da medicina (COOPER-PATRICK, 1999; FERNANDES & BARBOSA, org. 2004; BEAGAN, 2003).

Desta forma, pretende-se que o aluno, durante o seu desenvolvimento acadêmico, se sensibilize quanto à temática e adquira estratégias de enfrentamento ao racismo institucional (GELEDÉS, 2013). O egresso será apto a identificar, prevenir e denunciar o racismo em si e em seu ambiente de trabalho, valendo-se dos dispositivos existentes, como o disque-racismo 136 do Ministério da Saúde, assim como estará disponível para resolução dos problemas e mitigar as consequências em níveis local e nacional, garantindo os princípios básicos do SUS: integralidade, universalidade e, principalmente, a equidade, na busca da igualdade em saúde.

Espera-se, também, que as competências de gestão e educação continuada do futuro profissional sejam aplicadas às necessidades da população negra (FERNANDES & BARBOSA, org. 2004; BATISTA et al, org., 2013; WILLIANS & MOHAMMED, 2013), por se entender que os recursos devem ser orientados segundo a realidade da população e que a base biológica da doença pode ser afetada por questões sociais, como racismo e sexismo .

Como resultado desta abordagem, também é visado que alunos negros possam empoderar seus discursos, evitando sua assimilação pelo ensino baseado nos modelos europeu

e americano, assim como haja reconhecimento e valorização do assunto por parte dos discentes brancos, na medida em que se compreende que a academia é também um local onde há reprodução do racismo (BEAGAN, 2003).

Para isso, é necessário que em curto prazo, os professores, preceptores e orientadores pedagógicos estejam aptos a trabalhar a questão racial em sala de aula, no desenvolvimento de habilidades práticas e na tutoria de trabalho, através do treinamento dos docentes envolvidos na graduação em medicina, na participação de especialistas convidados e contratados, no fomento da pesquisa científica e extensão acadêmica como forma de denúncia, minimização das consequências e eliminação da origem do problema, abordando também as necessidades não relacionadas ao racismo, como as pesquisas de patologias mais frequentes nesses grupos e práticas tradicionais de saúde (GRAVLEE, 2008; HUNT, 2013; WILLIANS & MOHAMMED, 2013).

Os docentes e orientadores pedagógicos deverão se inteirar sobre as diversas modalidades de inclusão da temática no currículo, seja por apresentação direta, exemplificação, inserção de professores de notório saber oriundos da comunidade, imersão histórica ou imersão ambiental, conforme a disponível na literatura(GAMBLE, 1999; CRAMPTON, 2003; WILLIANS & MOHAMMED, 2013). Sendo importante destacar que, muito além de repassar conceitos e as necessidades apontadas aos alunos, que tais demandas possam estar inseridas no contexto das aulas, estando aplicadas no assunto trabalhado, quer dizer, deverá haver engajamento dos educadores para que eles próprios entendam o significado e importância da temática racial, com adoção de um referencial teórico sólido e aproximação com o movimento negro de lutas sociais, de forma que haja protagonismo destas entidades no aperfeiçoamento do currículo e na eliminação do racismo.

Referências bibliográficas:

ALVES, Miriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl. 1, p. 85-91, 2009.

ARAÚJO, Edna Maria et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 405-412, 2009.

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. Saúde da população negra. In: **Negras e negros: pesquisa em debates**. DP et Alii; ABPN, 2012.

BEAGAN, Brenda L. 'Is this worth getting into a big fuss over?'Everyday racism in medical school. **Medical education**, v. 37, n. 10, p. 852-860, 2003.

BHOPAL, Raj. Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States. **BMJ**, v. 316, n. 7149, p. 1970-1973, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União nº 90, quinta-feira, 14 de maio de 2009.

BYRD, W. Michael; CLAYTON, Linda A. Race, medicine, and health care in the United States: a historical survey. **Journal of the National Medical Association**, v. 93, n. 3 Suppl, p. 11S, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Resolução nº 18, 19 de dezembro de 2002. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação ao preconceito e à discriminação racial.

COOPER-PATRICK, Lisa et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. **Jama**, v. 282, n. 6, p. 583-589, 1999.

CRAMPTON, Peter et al. Combating effects of racism through a cultural immersion medical education program. **Academic Medicine**, v. 78, n. 6, p. 595-598, 2003.

FERNANDES, Valcler Rangel; BARBOSA, Maria Inês (organizadores). **Seminário Nacional de Saúde da População Negra. 2004**

GALEANO, Eduardo. As veias abertas da América Latina. 6* ed. **Trad. Galeano de Freitas, Paz e Terra**, 1979.

GAMBLE, Vanessa Northington. Teaching about race and racism in medical history. **Radical History Review**, v. 1999, n. 74, p. 140-161, 1999.

GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra. Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional, 2013. Disponível em: http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2013/05/FINAL-WEB-Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf

GOMES, Nilma Lino. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. **Educação anti-racista: caminhos abertos pela Lei Federal**, v. 10639, n. 03, 2005.

GRAVLEE, Clarence C.; SWEET, Elizabeth. Race, ethnicity, and racism in medical anthropology, 1977–2002. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 22, n. 1, p. 27-51, 2008.

HUNT, Linda M.; TRUESDELL, Nicole D.; KREINER, Meta J. Genes, Race, and Culture in Clinical Care. **Medical anthropology quarterly**, v. 27, n. 2, p. 253-271, 2013.

IPEA, SEPM. UNIFEM. Retrato das desigualdades de Gênero e Raça. **Brasília 3ª Edição, Análise Preliminar dos Dados**, 2008.

JACKSON, James S.; WILLIAMS, David R.; TORRES, Myriam. Perceptions of discrimination, health and mental health: the social stress process. **Social stressors, personal and social resources, and their mental health consequences**, p. 86-146, 2003.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. **Saúde soc**, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. **Seminário saúde da população negra. Estado de São Paulo**, 2004.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional. **Interface-Comunic., Saúde, Educ**, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**; 19-21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro, Brasil

PAGANO, Anna. Everyday Narratives on Race and Health in Brazil. **Medical anthropology quarterly**, v. 28, n. 2, p. 221-241, 2014.

PANITCH, Leo et al. **Socialist Register 2010. Morbid symptoms: health under capitalism**. The Merlin Press, 2010.

SILVEIRA, Hendrix Alessandro Anzorena. Tradições de matriz africana e saúde: o cuidar nos terreiros. **identidade!**, v. 19, n. 2, p. 75-88, 2015.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro, ou, As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Graal, 1983.

WILLIAMS, David R.; MOHAMMED, Selina A. Racism and health I: pathways and scientific evidence. **American behavioral scientist**, p. 0002764213487340, 2013.

WILLIAMS, David R.; MOHAMMED, Selina A. Racism and health II: a needed research agenda for effective interventions. **American behavioral scientist**, p. 0002764213487341, 2013.