



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



**JUIZ DE FORA – MG**

**Julho de 2023**



### **Organizadores da atualização 2023**

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

Karine Andrade Oliveira Zanini

Oscarina da Silva Ezequiel

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

### **Colaboradores da versão 2023**

Núcleo Docente Estruturante- NDE

Núcleo de Apoio às Práticas Educativas - NAPE

Comissão Orientadora de Estágios- COE

Coordenação de Curso

## PREFÁCIO

Este documento tem por finalidade atualizar o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPC-FAMED/UFJF).

Os referenciais teóricos deste PPC são o Regulamento Acadêmico de Graduação da UFJF/2014 (RAG 2014) e as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN 2001) e de 2014 (DCN 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 última versão data de 2022 e, a partir desta, algumas alterações estão sendo realizadas. Destacam-se, nesta versão do PPC-FAMED/UFJF 2023, alterações na carga horária das disciplinas Laboratório de Habilidades Clínicas (LHC) I, II e III do 1º, 2º e 3º períodos, além dos pré-requisitos universais para LHC II e III e carga horária de Histologia e Embriologia VII e IX, do 2º e 4º períodos do curso. Além disso, regulamenta a Curricularização da Extensão de, no mínimo, 10% da carga horária total do curso de acordo com a Resolução nº 75/2022, de 12 de julho de 2022, que determina as normas para a Inserção da Extensão nos Currículos de Graduação na UFJF.

**“[...] 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         |
| <b>3.1. O CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO BRASILEIRO .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>3.2 HISTÓRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFJF .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>3.3 CONTEXTO HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>3.4 O PROCESSO HISTÓRICO DAS MUDANÇAS CURRICULARES DA FAMED/UFJF.....</b>                        | <b>12</b> |
| 4. ADMINISTRAÇÃO ACADÊMICA .....  | 14        |
| <b>4.1 DIREÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>4.2 COORDENAÇÃO DO CURSO.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>4.3 DEPARTAMENTOS DA FACULDADE DE MEDICINA .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>4.4 COMISSÃO ORIENTADORA DOS ESTÁGIOS .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>4.5 ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>4.6 RECURSOS MATERIAIS, INFRAESTRUTURA DE APOIO E LABORATÓRIOS.....</b>                          | <b>18</b> |
| 5. PERFIL DO EGRESSO .....  | 19        |
| 6. CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS .....   | 23        |
| <b>6.1. BREVE HISTÓRICO ACERCA DO TRABALHO E DA FORMAÇÃO MÉDICA .....</b>                           | <b>24</b> |
| <b>6.2 ANDRAGOGIA.....</b>  | <b>26</b> |
| <b>6.3 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>6.4 PENSAMENTO REFLEXIVO .....</b>   | <b>28</b> |
| <b>6.5 NECESSIDADES DE SAÚDE.....</b>   | <b>30</b> |
| 7. CONTEXTO EDUCACIONAL .....   | 33        |
| 8. OBJETIVOS DO CURSO.....  | 36        |
| 9. ESTRUTURA DO CURSO.....  | 44        |
| <b>9.1 DADOS GERAIS DO CURSO E MATRIZ CURRICULAR PARA INGRESSANTES ANTERIORES A<br/>2023.1.....</b> | <b>44</b> |
| <b>9.2 DADOS GERAIS DO CURSO E MATRIZ CURRICULAR PARA INGRESSANTES A PARTIR DE 2023.1<br/>.....</b> | <b>50</b> |
| <b>9.4 DESENHO CURRICULAR.....</b>  | <b>57</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>9.5 NÚCLEOS CURRICULARES .....</b>   | <b>61</b> |
| <b>9.6 ATIVIDADES EXTENSIONISTAS NO CURRÍCULO .....</b>                             | <b>62</b> |
| <b>9.7 ACESSIBILIDADE E PROGRAMAS DE APOIO A PERMANÊNCIA .....</b>                  | <b>63</b> |
| <b>9.9 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE.....</b>                      | <b>66</b> |
| <b>9.10 ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR .....</b>            | <b>67</b> |
| <b>9.11 ENSINO DE LIBRAS.....</b>   | <b>68</b> |
| 10. APRENDIZAGEM BASEADA NA COMUNIDADE.....   | 68        |
| 11. ESTRATÉGIAS DO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM.....                                | 71        |
| <b>12.1 ESTRUTURA E CARGA HORÁRIA.....</b>  | <b>77</b> |
| <b>12.2 COMPETÊNCIAS DO INTERNATO.....</b>  | <b>78</b> |
| <b>12.3. CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO ESTÁGIO.....</b>                        | <b>79</b> |
| <b>13. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO ESTUDANTE PELA ESCOLA E PELO SERVIÇO .....</b>    | <b>80</b> |
| 14. PROFISSIONALISMO .....  | 83        |
| 15. DESENVOLVIMENTO DOCENTE .....   | 87        |
| 16. INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO COMUNIDADE.....                                       | 90        |
| 18. ANEXOS18.1 EMENTÁRIO, BIBLIOGRAFIA BÁSICA E COMPLEMENTAR .....                  | 94        |
| <b>18.2 CORPO DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA - UFJF.....</b>                          | <b>95</b> |
| <b>18.3 NORMAS DE FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR.....</b>                                | <b>95</b> |
| <b>18.4 REGIMENTO DA COMISSÃO ORIENTADORA DOS ESTÁGIOS .....</b>                    | <b>95</b> |
| <b>18.5 REGIMENTO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DE EXTENSÃO.....</b> | <b>95</b> |

## **1. DENOMINAÇÃO DO CURSO**

Curso de graduação em Medicina.

## **2. APRESENTAÇÃO**

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FAMED/UFJF), mantém continuamente discussões e reflexões sobre a educação médica no Núcleo de Apoio às Práticas Educativas (NAPE), desta forma auxiliando o Núcleo Docente Estruturante (NDE) e a gestão da escola médica a planejar globalmente sua ação educativa, consolidando mudanças necessárias no PPC-FAMED/UFJF, sempre que necessário. 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-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 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, preparando-os para as necessidades de saúde da população. Assim, toda a discussão do PPC-FAMED/UFJF foi

fundamentada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN 2001, DCN 2014) cujos princípios orientadores são permitir que os currículos propostos possam construir um perfil acadêmico e profissional orientado por competências.

### **3. MEMORIAL DA FACULDADE DE MEDICINA**

*Oscarina da Silva Ezequiel*

*José Carlos de Castro Barbosa- in memoriam*

*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, 1999<sup>a</sup>). 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 sanitário e à reforma sanitária (PAIM, 1999<sup>a</sup>).



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. **ver 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, 1<sup>a</sup>99a., 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).

No ano de 2017, o professor José Carlos de Castro Barbosa publica seu memorável livro – *Criação da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora e da UFJF: um recorte na nossa história*, onde, com brilho e sabedoria, nos deixa grafado todo o caminho percorrido até a criação de nossa escola.

### **Referências Bibliográficas**

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

BARBOSA, JCC. Criação da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora e da UFJF: um recorte na nossa história. Juiz de Fora: UFJF/MAMM, 2017.

### **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 ambulatorios – 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 UAPS, 44 na área urbana e 13 na área rural, sendo que 44 UAPS 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 FAMED/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

FAMED/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 FAMED/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 FAMED/UFJF, dos alunos e da administração da universidade, que discutiram longamente o assunto e, finalmente, elaboraram um anteprojeto de modificações do ensino na FAMED/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 (SUS). 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 PPC-FAMED, 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 FAMED/UFJF 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 FAMED/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 constituiu-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 autoavaliação 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*

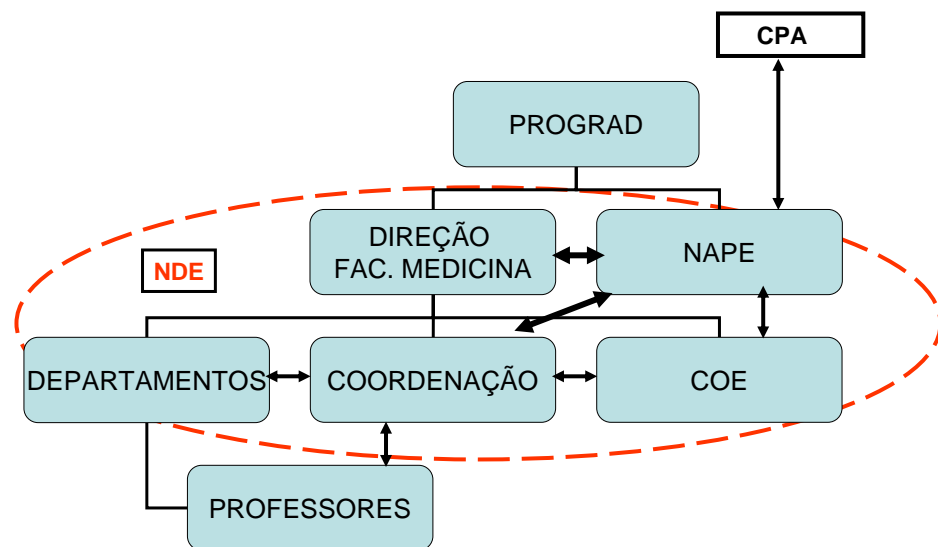
*Ivana Lúcia Damásio Moutinho*

*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.

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 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:

- Convocar e presidir as reuniões da Congregação e do Conselho da Unidade;
- Encaminhar aos órgãos superiores os processos da unidade que dependam de decisão superior;
- Instaurar, propor ou determinar ao órgão competente a abertura de processo administrativo disciplinar ou de sindicância nos termos da legislação aplicável;
- Exercer o poder disciplinar no âmbito da unidade;
- Representar a unidade nos colegiados superiores competentes;
- Responder pelo material e bens sob sua guarda;
- Executar e fazer executar as decisões dos órgãos superiores, da Congregação e do Conselho da Unidade;
- 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 e um subchefe, eleitos internamente pelo conselho departamental, composto pelos professores e representação discente.

#### 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, Saúde Coletiva e Urgência e Emergência, 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 UFJF. O seu Regimento pode ser lido em anexo 18.4 deste documento.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

O Núcleo Docente Estruturante (NDE), funciona de acordo com a Resolução N.º 17/2011 do Conselho Setorial de Graduação da UFJF, que, juntamente com o Núcleo de Apoio às Práticas Educativas (NAPE) como órgãos consultivos pedagógicos diretamente ligados à Direção, à Coordenação de Curso, à COE e aos departamentos, trabalhando as questões pedagógicas relacionadas ao ensino médico, com vistas ao aperfeiçoamento das estratégias educacionais propostas no PPC, através da:

- a) Implementação, ampliação e consolidação do uso de metodologias ativas de aprendizado e de um currículo baseado em competências;
- 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 E LABORATÓRIOS

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

No 1º andar está a administração, a coordenação de curso, COE, salas de reuniões, sala para os docentes, Centro de Convenções com 500 lugares e dois auditórios de 100 lugares cada, amplo pátio para eventos científicos e culturais, seis salas da estrutura administrativa dos departamentos, salas dos dois programas de pós-graduação, Saúde e Saúde Coletiva, ainda, duas copas e sanitários comuns e para Pessoas com Necessidades Especiais (PNE).

A FAMED possui sete salas de Laboratórios de Habilidades Clínicas e Simulação Realística para treinamento com simulações de baixa e alta fidelidade e um laboratório de Patologia e Imagens, com 40 computadores interligados em rede, microscópios e bancadas para pesquisas e atividades práticas na área.

No Instituto de Ciências Biológicas (ICB), dentro do Campus Universitário, está a infraestrutura para as disciplinas do ciclo pré-clínico, com os laboratórios e salas de aula das disciplinas 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](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 FAMED/UFJF estabelece como perfil de seu egresso no PPC o proposto nas 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 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, na segurança do paciente 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 cor responsabilizar-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 nacional e internacional 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 segurança do paciente, 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 LGBTQIA+.

### **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=](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**

*Mário Sergio Ribeiro  
Oscarina da Silva Ezequiel  
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá*



## 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 se estagnou. 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 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, privilegiando a segurança do paciente e as necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade, a adequação das estratégias educacionais tem sido amplamente discutida com a comunidade acadêmica, com os serviços de saúde e com a comunidade civil organizada., transformando este em um processo sustentado nas DCN, que estabeleceram “princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos” (DCN, 2001 e DCN 2014).

### 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 onde as informações fluíam 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 no conteúdo.

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 conjectura.

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 psique, 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 íntegrans 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 íntegrans 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 Inter científica 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*

*Sandra Helena Cerrato Tibiriçá*

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 Atenção Primária a Saúde (APS) e nas condutas propedêuticas efetivas e racionais considerando a segurança do paciente 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 referências e contrarreferências, voltando a atenção para o cuidado longitudinal das condições crônicas e na sequência das agudas (MENDES, 2010).

Também no contexto sociocultural trabalhamos com a educação da relação étnico-racial voltada à cultura afro-brasileira, africana e de indígenas.

A inserção curricular sobre o racismo institucional e a saúde da população negra ocorre 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, 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; WILLIAMS & MOHAMMED, 2013).

No contexto social, cultural e educacional, a UFJF possui a Pró-Reitoria de Cultura (PROCULT) com atividades amplas, proporcionando ao estudante e à comunidade momentos de lazer e cultura. Projetos vários são oferecidos e seu amplo patrimônio faz, da UFJF a maior estrutura cultural da cidade. Conta com o Cine-Theatro Central, o Museu de Artes Murilo Mendes, o Centro Cultural Pró-Música, Coral Universitário, Orquestra de Jazz Pró-Música, o Memorial Itamar Franco, Jardim Botânico, Centro de Ciências, entre outros. O próprio campus universitário é local de cultura, extensão e entretenimento aberto à população da cidade.

Também contamos com a Pró-Reitoria de Apoio Estudantil (PROAE), que é o espaço dentro da estrutura universitária dedicado à formulação, implantação, gestão e acompanhamento de políticas de assistência estudantil. Por assistência estudantil, compreende-se o enfrentamento de demandas socioeconômicas dos (as) discentes, para que a democratização da permanência no ensino superior seja acompanhada de efetivas possibilidades de permanência dos (as) estudantes; bem como o enfrentamento de demandas psicopedagógicas, com o objetivo de que o nosso universo crescente de alunos (as) possa se sentir acolhido e reconhecido em sua diversidade e singularidades.

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.

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 íntima 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 pessoa deve considerar o indivíduo contextualizando-o com o ecossistema em que está inserido, suas interações e repercussões locais e globais.

Nessa perspectiva, a FAMED, em acordo com as DCN, pautada nos artigos 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. Ainda, 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.

PROAE. Pró-reitoria de Apoio Estudantil, disponível em <https://www2.ufjf.br/proae/>

PROCULT. Pró-Reitoria de Cultura, disponível em <https://www2.ufjf.br/procult/>

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 à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, definidas pelas DCN, 2014:

### Seção I: Área de competência de Atenção à Saúde

#### Subseção I: Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde

| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Atenção às necessidades individuais de saúde. |  |
|--|--|
| <b>Desempenho</b>  | <b>Descritores</b>   |
| 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 biopsicosocioeconômico e práticas culturais de cura em saúde, matriz afro-indígena-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 com foco na segurança do paciente.                       |
|  | 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   |

| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos |  |
|---|--|
| <b>Desempenho</b>   | <b>Descritores</b>   |
| 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 e da segurança do paciente   |
| 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 se trabalhar a atenção à saúde do indivíduo o estudante é inserido desde o início do curso nas disciplinas TICAS (Temas Integradores de Clínica Ampliada), que buscam integrar as ciências básicas e clínicas e trabalham com a estratégia didática, aprendizagem baseada em problemas, com situações-problemas baseadas na realidade da comunidade. Também, nas disciplinas da Saúde Coletiva, como Sistemas de Saúde, que o leva à Unidade Básica de Saúde para, desde o primeiro período, buscando vivenciar a dinâmica do SUS e a realidade do indivíduo em sua comunidade e a APS. Continuam, depois, até o oitavo período, com as disciplinas que tem como proposta, integrarem os aspectos clínicos e cirúrgicos, por sistemas. No internato os estudantes são inseridos integralmente nos cenários reais, intra e extramuros, com destaque para os cenários de APS, onde são inseridos nas equipes da Estratégia em Saúde da Família.

### Subseção II: Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva

| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Investigação de Problemas de Saúde Coletiva  |   |
|---|---|
| <b>Desempenho</b>   | <b>Descritores</b>  |
| Análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas<br>E<br>Condições de vida e de saúde de comunidades<br>(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   |

| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva |                    |
|--|--------------------|
| <b>Desempenho</b>  | <b>Descritores</b> |
|  |                    |



|  |   |
|--|---|
|  | 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 prioritizados  |
|  | 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, na Medicina de Família e Comunidade, estágio de Medicina Comunitária Local, em UBS do SUS e a sua consolidação, com o estágio Regional, onde os estudantes podem vivenciar a realidade do campo e suas características socioeconômico-culturais.

## SESSÃO II: Da área da Competência Gestão em Saúde

### Subárea I- Organização do Trabalho em Saúde

|   |  |
|---|--|
| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Organização do Trabalho em Saúde |  |
| <b>Desempenho</b>                                   | <b>Descritores</b>   |
| 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 científicas, 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

|  |  |
|--|--|
| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde |  |
| <b>Desempenho</b>  | <b>Descritores</b>   |
| 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 com foco na segurança do paciente  |
|   | 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 Trabalho em Saúde | Participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o 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 constante 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 Sistemas de Saúde, os TICAS, Vigilância em Saúde, Saúde Ambiental e, sobretudo, da sua prática nos ambulatórios, nas UBS e com os protocolos dos diversos serviços do Hospital Universitário.

### **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.

**AÇÃO CHAVE:** Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva

**Desempenho**

|   |
|---|
|   |
| 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 |

|  |
|--|
| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento   |
| <b>Desempenho</b>  |
| 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                         |

|   |
|---|
| <b>AÇÃO CHAVE:</b> Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos  |
| <b>Desempenho</b>   |
| Utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações.  |
| Análise 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, clínico 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 nº 11.645 de 10/03/2008; Resolução CNE/CP N° 01 de 17 de junho de 2004), as populações do campo, quilombolas e LGBTQIA+.

### **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=](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**

*Ivana Lúcia Damásio Moutinho*

*Karine Andrade Oliveira Zanini*

*Oscarina da Silva Ezequiel*

*Sandra Helena Cerrato Tibiriçá*

### **9.1 DADOS GERAIS DO CURSO E MATRIZ CURRICULAR PARA INGRESSANTES ANTERIORES A 2023.1**

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. 225 horas

Estágio Curricular Supervisionado:

Carga horária total: 3.160 horas (43,8%)

Duração: quatro semestres

Localização na estrutura curricular: do nono ao décimo segundo período

| <b>1º Período</b>                        | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|--|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>                       | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Anatomia Aplicada à Medicina I           | 105                    | 45             | 60             |
| Histologia e Embriologia VI              | 60                     | 30             | 30             |
| Biologia Celular e Molecular             | 30                     | 30             | 0              |
| Bioquímica I                             | 90                     | 30             | 60             |
| Biofísica Médica                         | 30                     | 30             | 0              |
| Sistemas de Saúde                        | 30                     | 30             | 0              |
| Introdução à Prática Médica              | 30                     | 15             | 15             |
| Introdução à Vida Universitária          | 30                     | 30             | 0              |
| Laboratório de Habilidades Clínicas I    | 30                     | 15             | 15             |
| Temas Integradores de Clínica Ampliada I | 15                     | 15             | 0              |
| <b>Total</b>                             | <b>450</b>             | <b>270</b>     | <b>180</b>     |

| <b>2º Período</b>                          | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|--|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>                         | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Anatomia Aplicada à Medicina II            | 60                     | 30             | 30             |
| Histologia e Embriologia VII               | 45                     | 30             | 15             |
| Bioquímica Fisiológica                     | 75                     | 45             | 30             |
| Genética Básica                            | 30                     | 30             | 0              |
| Farmacologia Clínica I Aplicada a Medicina | 30                     | 30             | 0              |
| Fisiologia Médica I                        | 60                     | 60             | 0              |

|   |            |            |           |
|---|------------|------------|-----------|
| Atenção Primária à Saúde                  | 45         | 45         | 0         |
| Metodologia Científica em Medicina        | 30         | 30         | 0         |
| Psicologia Médica I                       | 30         | 30         | 0         |
| Laboratório de Habilidades Clínicas II    | 30         | 15         | 15        |
| Temas Integradores de Clínica Ampliada II | 15         | 15         | 0         |
| <b>Total</b>                              | <b>450</b> | <b>360</b> | <b>90</b> |

| <b>3º Período</b>                           | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|---|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>                          | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Anatomia Aplicada Medicina III              | 60                     | 30             | 30             |
| Histologia e Embriologia VIII               | 30                     | 15             | 15             |
| Parasitologia Médica                        | 60                     | 45             | 15             |
| Microbiologia I                             | 60                     | 30             | 30             |
| Imunologia II                               | 60                     | 30             | 30             |
| Farmacologia Clínica II Aplicada a Medicina | 30                     | 30             | 0              |
| Fisiologia Médica II                        | 60                     | 60             | 0              |
| Epidemiologia                               | 45                     | 45             | 0              |
| Laboratório de Habilidades Clínicas III     | 30                     | 15             | 15             |
| Temas Integradores de Clínica Ampliada III  | 15                     | 15             | 0              |
| <b>Total</b>                                | <b>450</b>             | <b>315</b>     | <b>135</b>     |

| <b>4º Período</b>             | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|-------------------------------|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>            | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Anatomia Aplicada Medicina IV | 45                     | 15             | 30             |
| Histologia e Embriologia IX   | 45                     | 30             | 15             |
| Fisiologia Médica III         | 60                     | 60             | 0              |

|  |            |            |            |
|--|------------|------------|------------|
| Farmacologia Clínica III Aplicada a Medicina | 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          |
| <b>Total</b>                                 | <b>420</b> | <b>285</b> | <b>135</b> |

| <b>5º Período</b>                           | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|---|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>                          | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Semiologia II                               | 150                    | 75             | 75             |
| Psicologia Médica II                        | 45                     | 45             | 0              |
| Geriatria e Gerontologia                    | 60                     | 30             | 30             |
| Patologia Geral                             | 45                     | 30             | 15             |
| Epidemiologia II: Métodos Epidemiológicos   | 30                     | 30             | 0              |
| Técnica Cirúrgica                           | 60                     | 30             | 30             |
| Farmacologia Clínica Aplicada a Medicina IV | 30                     | 30             | 0              |
| Estatística Aplicada a Medicina             | 60                     | 60             | 0              |
| <b>Total</b>                                | <b>480</b>             | <b>330</b>     | <b>150</b>     |

| <b>6º Período</b>  | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|--|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>   | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Clínica Médico-Cirúrgica I (Pneumologia e Cirurgia do Tórax)   | 75                     | 45             | 30             |
| Clínica Médico-Cirúrgica II (Cardiologia e Cirurgia Vasculare) | 90                     | 45             | 45             |
| Clínica Médico-Cirúrgica IV (Doenças Infecto-Parasitárias)     | 90                     | 60             | 30             |



|   |            |            |            |
|---|------------|------------|------------|
| Clínica Médico-Cirúrgica VII (Neurologia e Neurocirurgia) | 60         | 30         | 30         |
| Patologia Especial  | 60         | 60         | 0          |
| Vigilância em Saúde                                       | 30         | 30         | 0          |
| Saúde Ambiental   | 30         | 30         | 0          |
| Semiologia Pediátrica                                     | 60         | 30         | 30         |
| Medicina Legal  | 30         | 30         | 0          |
| <b>Total</b>  | <b>525</b> | <b>360</b> | <b>165</b> |

| <b>7º Período</b>  | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|--|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>   | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Clínica Médico-Cirúrgica III (Gastroenterologia, Coloproctologia e Cirurgia Geral) | 120                    | 30             | 90             |
| Clínica Médico-Cirúrgica IX (Traumato-Ortopedia e Reumatologia)                    | 60                     | 30             | 30             |
| Psiquiatria  | 60                     | 30             | 30             |
| Medicina da Criança I  | 60                     | 30             | 30             |
| Anestesiologia   | 30                     | 30             | 0              |
| Cirurgia X (Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia Plástica)                | 45                     | 45             | 0              |
| Ética Geral e Profissional   | 30                     | 30             | 0              |
| <b>Total</b>   | <b>405</b>             | <b>225</b>     | <b>180</b>     |

| <b>8º Período</b>  | <b>Número de Horas</b> |                |                |
|--|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Disciplinas</b>   | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> |
| Clínica Médico-Cirúrgica V (Nefrologia e Urologia)           | 75                     | 60             | 15             |
| Clínica Médico-Cirúrgica VIII (Hematologia e Endocrinologia) | 60                     | 45             | 15             |

|                        |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|
| Dermatologia           | 60         | 30         | 30         |
| Oncologia              | 30         | 30         | 0          |
| Medicina da Mulher     | 120        | 60         | 60         |
| Medicina da Criança II | 60         | 30         | 30         |
| <b>Total</b>           | <b>405</b> | <b>255</b> | <b>150</b> |

|  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <b>9º PERÍODO</b>  | Área I – Estágio de Aplicação em Atenção Primária à Saúde<br>Área II – Estágio de Aplicação em Urgência e Emergência e Investigação Diagnóstica por Imagem<br>Área III – Estágio de Aplicação em Saúde Mental e Clínica Médica | 760 h -<br>40h/semana<br>(19 semanas) |
| <b>10º PERÍODO</b>   | Área IV – Estágio de Aplicação em Urgências Médicas<br>Área V – Estágio de Aplicação em Clínica Médica I<br>Área VI – Estágio de Aplicação em Formação Médica (Área Eletiva)   | 800 h -<br>40h/semana<br>(20 semanas) |
| <b>11º PERÍODO</b>   | Área VII – Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local<br>Área VIII – Estágio de Aplicação em Clínica Médica II<br>Área IX – Estágio de Aplicação em Cirurgia   | 800 h -<br>40h/semana<br>(20 semanas) |
| <b>12º PERÍODO</b>   | Área X – Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional<br>Área XI – Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia<br>Área XII – Estágio de Aplicação em Pediatria  | 800 h -<br>40h/semana<br>(20 semanas) |
| <b>Carga Horária Total dos Estágios Obrigatórios = 3.160 horas</b> |  |                                       |

|   |                 |                     |                     |
|---|-----------------|---------------------|---------------------|
| <b>Disciplinas Obrigatórias do 1º ao 8º Período</b> | <b>Teóricas</b> | 2.400 horas (33,2%) | 3.585 horas (49,6%) |
|   | <b>Práticas</b> | 1.185 horas (16,4%) |                     |

|   |                        |
|---|------------------------|
| <b>Atividades Complementares de Flexibilização Curricular</b> | 480 horas<br>(6,6%)    |
| <b>Estágio Curricular Obrigatório</b>                         | 3.160 horas<br>(43,8%) |
| <b>Carga Horária Total de Curso</b>                           | 7.225 horas<br>(100%)  |
| <b>Tempo de Integralização Curricular</b>                     | 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 ingressar no estágio após o cumprimento e aprovação em todas as disciplinas da grade curricular do 1º ao 8º período, sem exceção. Todas as disciplinas obrigatórias são pré-requisito para os estágios, devendo, sempre que possível, ingressar pelo 9º período. A sequência dos estágios poderá ser alterada por necessidades educacionais imperativas, após criterioso estudo da Coordenação de Curso e NDE.

A diplomação do discente se dá após o cumprimento de toda a carga horária do curso, incluindo a flexibilização curricular, cumprindo-se assim as competências mínimas necessárias para o perfil do egresso definido neste PPC – FAMED/UFJF, seguida da colação de grau, realizada pela Coordenadoria de Registros Acadêmicos da UFJF na data prevista no Calendário Acadêmico da UFJF.

## 9.2 DADOS GERAIS DO CURSO E MATRIZ CURRICULAR PARA INGRESSANTES A PARTIR DE 2023.1

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. 225 horas

Estágio Curricular Supervisionado:

Carga horária total: 3.160 horas (41,5%)

Duração: quatro semestres

Localização na estrutura curricular: do nono ao décimo segundo período

| <b>1º Período</b>                        | <b>Número de Horas</b> |                |                |                                 |
|--|------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Disciplinas</b>                       | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> | <b>Disciplina Extensionista</b> |
| Anatomia Aplicada à Medicina I           | 105                    | 45             | 60             | 0                               |
| Histologia e Embriologia VI              | 60                     | 30             | 30             | 0                               |
| Biologia Celular e Molecular             | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| Bioquímica I                             | 90                     | 30             | 60             | 0                               |
| Biofísica Médica                         | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| Sistemas de Saúde na Comunidade          | 30                     | 15             | 0              | 15                              |
| Introdução à Prática Médica              | 30                     | 15             | 55             | 0                               |
| Introdução à Vida Universitária          | 30                     | 16             | 0              | 14                              |
| Laboratório de Habilidades Clínicas I    | 30                     | 15             | 15             | 0                               |
| Temas Integradores de Clínica Ampliada I | 15                     | 15             | 0              | 0                               |
| <b>Total</b>                             | <b>450</b>             | <b>241</b>     | <b>180</b>     | <b>29</b>                       |

| <b>2º Período</b>                          | <b>Número de Horas</b> |                |                |                                 |
|--|------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Disciplinas</b>                         | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> | <b>Disciplina Extensionista</b> |
| Anatomia Aplicada à Medicina II            | 60                     | 30             | 30             | 0                               |
| Histologia e Embriologia VII               | 45                     | 30             | 15             | 0                               |
| Bioquímica Fisiológica                     | 75                     | 45             | 30             | 0                               |
| Genética Básica                            | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| Farmacologia Clínica I Aplicada a Medicina | 30                     | 30             | 0              | 0                               |

|   |     |     |    |    |
|---|-----|-----|----|----|
| Fisiologia Médica I                       | 60  | 60  | 0  | 0  |
| Atenção Primária à Saúde                  | 45  | 33  | 0  | 12 |
| Metodologia Científica em Medicina        | 30  | 30  | 0  | 0  |
| Psicologia Médica I                       | 30  | 30  | 0  | 0  |
| Laboratório de Habilidades Clínicas II    | 30  | 15  | 15 | 0  |
| Temas Integradores de Clínica Ampliada II | 15  | 15  | 0  | 0  |
| <b>Total</b>                              | 450 | 348 | 90 | 12 |

| <b>3º Período</b>                           | <b>Número de Horas</b> |                |                |                                 |
|---|------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Disciplinas</b>                          | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> | <b>Disciplina Extensionista</b> |
| Anatomia Aplicada Medicina III              | 60                     | 30             | 30             | 0                               |
| Histologia e Embriologia VIII               | 30                     | 15             | 15             | 0                               |
| Parasitologia Médica                        | 60                     | 45             | 15             | 0                               |
| Microbiologia I                             | 60                     | 30             | 30             | 0                               |
| Imunologia II                               | 60                     | 30             | 30             | 0                               |
| Farmacologia Clínica II Aplicada a Medicina | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| Fisiologia Médica II                        | 60                     | 60             | 0              | 0                               |
| Epidemiologia                               | 45                     | 31             | 0              | 14                              |
| Laboratório de Habilidades Clínicas III     | 30                     | 15             | 15             | 0                               |
| Temas Integradores de Clínica Ampliada III  | 15                     | 15             | 0              | 0                               |
| <b>Total</b>                                | 450                    | 301            | 135            | 14                              |

| <b>4º Período</b> | <b>Número de Horas</b> |  |  |  |
|-------------------|------------------------|--|--|--|
|-------------------|------------------------|--|--|--|

| <b>Disciplinas</b>                           | <b>Total</b> | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> | <b>Disciplina Extensionista</b> |
|--|--------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| Anatomia Aplicada Medicina IV                | 45           | 15             | 30             | 0                               |
| Histologia e Embriologia IX                  | 45           | 30             | 15             | 0                               |
| Fisiologia Médica III                        | 60           | 60             | 0              | 0                               |
| Farmacologia Clínica III Aplicada a Medicina | 30           | 30             | 0              | 0                               |
| Microbiologia II                             | 45           | 30             | 15             | 0                               |
| Semiologia I                                 | 150          | 75             | 64             | 11                              |
| Antropologia Médica                          | 30           | 30             | 0              | 0                               |
| Temas Integradores de Clínica Ampliada IV    | 15           | 15             | 0              | 0                               |
| <b>Total</b>                                 | <b>420</b>   | <b>285</b>     | <b>124</b>     | <b>11</b>                       |

| <b>5º Período</b>                           | <b>Número de Horas</b> |                |                |                                 |
|---|------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Disciplinas</b>                          | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> | <b>Disciplina Extensionista</b> |
| Semiologia II                               | 150                    | 75             | 64             | 11                              |
| Psicologia Médica II                        | 45                     | 45             | 0              | 0                               |
| Geriatria e Gerontologia                    | 60                     | 30             | 22             | 8                               |
| Patologia Geral                             | 45                     | 30             | 11             | 4                               |
| Epidemiologia II: Métodos Epidemiológicos   | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| Técnica Cirúrgica                           | 60                     | 30             | 30             | 0                               |
| Farmacologia Clínica IV Aplicada a Medicina | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| Estatística Aplicada a Medicina             | 60                     | 60             | 0              | 0                               |
| <b>Total</b>                                | <b>480</b>             | <b>330</b>     | <b>127</b>     | <b>23</b>                       |

| <b>6º Período</b>  | <b>Número de Horas</b> |                |                |                                 |
|--|------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Disciplinas</b>   | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> | <b>Disciplina Extensionista</b> |
| Clínica Médico-Cirúrgica I (Pneumologia e Cirurgia do Tórax)   | 75                     | 45             | 24             | 6                               |
| Clínica Médico-Cirúrgica II (Cardiologia e Cirurgia Vasculare) | 90                     | 45             | 39             | 6                               |
| Clínica Médico-Cirúrgica IV (Doenças Infecto-Parasitárias)     | 90                     | 60             | 24             | 6                               |
| Clínica Médico-Cirúrgica VII (Neurologia e Neurocirurgia)      | 60                     | 30             | 24             | 6                               |
| Patologia Especial   | 60                     | 56             | 0              | 4                               |
| Vigilância em Saúde  | 30                     | 24             | 0              | 6                               |
| Saúde Ambiental  | 30                     | 24             | 0              | 6                               |
| Semiologia Pediátrica  | 60                     | 30             | 24             | 6                               |
| Medicina Legal   | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| <b>Total</b>   | <b>525</b>             | <b>344</b>     | <b>135</b>     | <b>46</b>                       |

| <b>7º Período</b>  | <b>Número de Horas</b> |                |                |                                 |
|--|------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Disciplinas</b>   | <b>Total</b>           | <b>Teórica</b> | <b>Prática</b> | <b>Disciplina Extensionista</b> |
| Clínica Médico-Cirúrgica III (Gastroenterologia, Coloproctologia e Cirurgia Geral) | 120                    | 30             | 84             | 6                               |
| Clínica Médico-Cirúrgica IX (Traumato-Ortopedia e Reumatologia)                    | 60                     | 30             | 24             | 6                               |
| Psiquiatria  | 60                     | 30             | 24             | 6                               |
| Medicina da Criança I  | 60                     | 30             | 24             | 6                               |
| Anestesiologia   | 30                     | 30             | 0              | 0                               |
| Cirurgia X (Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia Plástica)                | 45                     | 39             | 0              | 6                               |

|                            |     |     |     |    |
|----------------------------|-----|-----|-----|----|
| Ética Geral e Profissional | 30  | 30  | 0   | 0  |
| <b>Total</b>               | 405 | 219 | 156 | 30 |

| 8º Período   | Número de Horas |       |         |         |
|--|-----------------|-------|---------|---------|
|  | Disciplinas     | Total | Teórica | Prática |
| Clínica Médico-Cirúrgica V (Nefrologia e Urologia)           | 75              | 60    | 9       | 6       |
| Clínica Médico-Cirúrgica VIII (Hematologia e Endocrinologia) | 60              | 45    | 9       | 6       |
| Dermatologia   | 60              | 30    | 24      | 6       |
| Oncologia  | 30              | 30    | 0       | 0       |
| Medicina da Mulher   | 120             | 60    | 54      | 6       |
| Medicina da Criança II                                       | 60              | 30    | 24      | 6       |
| <b>Total</b>   | 405             | 255   | 120     | 30      |

|                    |  |                                       |
|--------------------|--|---------------------------------------|
| <b>9º PERÍODO</b>  | Área I – Estágio de Aplicação em Atenção Primária à Saúde<br>Área II – Estágio de Aplicação em Urgência e Emergência e Investigação Diagnóstica por Imagem<br>Área III – Estágio de Aplicação em Saúde Mental e Clínica Médica | 760 h -<br>40h/semana<br>(19 semanas) |
| <b>10º PERÍODO</b> | Área IV – Estágio de Aplicação em Urgências Médicas<br>Área V – Estágio de Aplicação em Clínica Médica I<br>Área VI – Estágio de Aplicação em Formação Médica (Área Eletiva)   | 800 h -<br>40h/semana<br>(20 semanas) |
| <b>11º PERÍODO</b> | Área VII – Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local<br>Área VIII – Estágio de Aplicação em Clínica Médica II<br>Área IX – Estágio de Aplicação em Cirurgia   | 800 h -<br>40h/semana<br>(20 semanas) |



|  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <b>12º PERÍODO</b>   | Área X – Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional | 800 h -<br>40h/semana<br>(20 semanas) |
|  | Área XI – Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia    |                                       |
|  | Área XII – Estágio de Aplicação em Pediatria                   |                                       |
|  |  |                                       |
| <b>Carga Horária Total dos Estágios Obrigatórios = 3.160 horas</b> |  |                                       |

|   |                                   |                        |                        |
|---|-----------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Disciplinas Obrigatórias do 1º ao 8º Período</b>           | <b>Teóricas</b>                   | 2.323 horas<br>(30,4%) | 3.585 horas<br>(47%)   |
|   | <b>Práticas</b>                   | 1.067 horas<br>(14%)   |                        |
|   | <b>Disciplinas Extensionistas</b> | 195 horas<br>(2,6%)    |                        |
| <b>Programas com Interface Extensionista</b>                  |                                   |                        | 576 horas<br>(7,6%)    |
| <b>Atividades Complementares de Flexibilização Curricular</b> |                                   |                        | 300 horas<br>(3,9%)    |
| <b>Estágio Curricular Obrigatório</b>                         |                                   |                        | 3.160 horas<br>(41,5%) |
| <b>Carga Horária Total de Curso</b>                           |                                   |                        | 7.621 horas            |
| <b>Total de Atividades Curriculares de Extensão</b>           |                                   |                        | 771 horas<br>(10,2%)   |
| <b>Tempo de Integralização Curricular</b>                     |                                   |                        | 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 ingressar no estágio após o cumprimento e aprovação em todas as disciplinas da grade curricular do 1º ao 8º período, sem exceção. As turmas ingressantes após o primeiro semestre letivo de 2023, também só poderão ingressar no estágio curricular após integralização da carga horária da extensão, sem impedimento da realização de outras atividades de extensão para além das exigidas. Todas as disciplinas obrigatórias são pré-requisito para os estágios, devendo, sempre que possível, ingressar pelo 9º período. A sequência dos estágios poderá ser alterada por necessidades educacionais imperativas, após criterioso estudo da Coordenação de Curso e NDE.

A diplomação do discente se dá após o cumprimento de toda a carga horária do curso, incluindo a flexibilização curricular, cumprindo-se assim as competências mínimas necessárias para o perfil do egresso definido neste PPC – FAMED/UFJF, seguida da colação de grau, realizada pela Coordenadoria de Registros Acadêmicos da UFJF na data prevista no Calendário Acadêmico da UFJF.

#### 9.4 DESENHO CURRICULAR

*Ivana Lúcia Damásio Moutinho*

*Oscarina da Silva Ezequiel*

*Sandra Helena Cerrato Tibiriça*

A opção da FAMED/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, um estudante que participe de seu processo de forma ativa, incluindo suas decisões nas escolhas da flexibilização curricular, que contemplaria atividades eletivas, optativas e complementares, tendo o estudante a liberdade de escolha das atividades a serem realizadas. Corresponde a 480 horas do total de 7.225 horas (matriz curricular até 2023.1) e 300 horas do total de 7.621 horas (matriz curricular após 2023.1) 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.

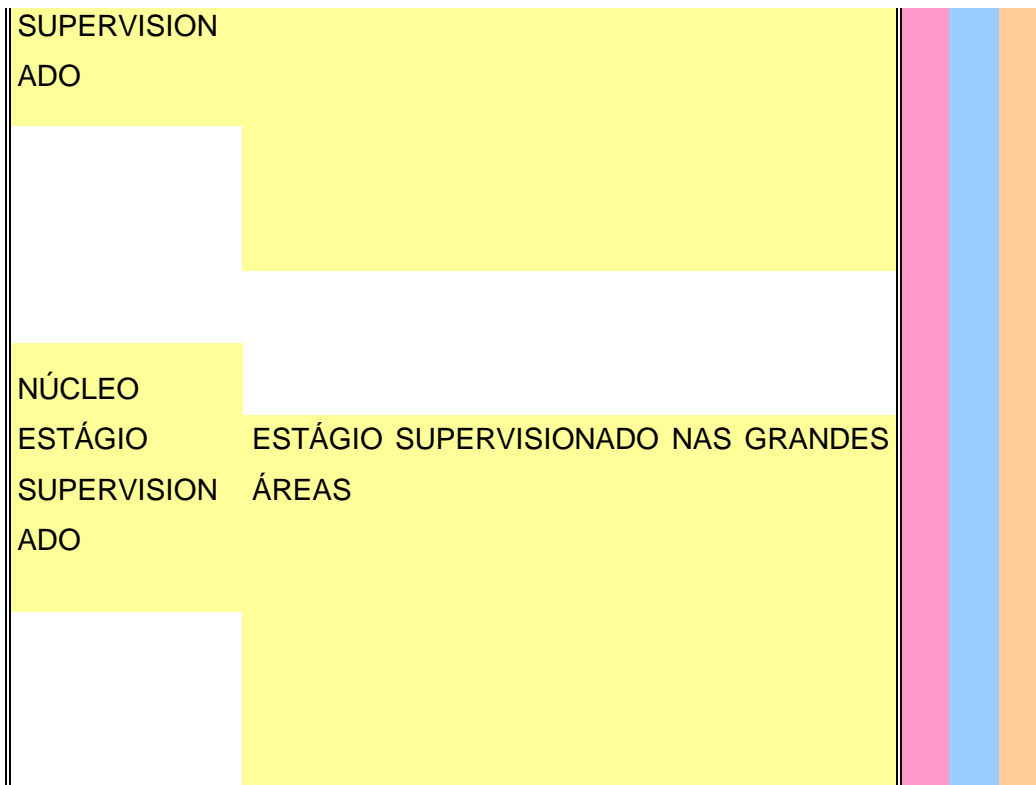
Em consonância com as atuais políticas educacionais, a FAMED se prepara para uma inserção longitudinal em seus conteúdos curriculares de políticas de educação ambiental, educação em direitos humanos e de educação étnico-racial, além do ensino de história e cultura afro-brasileira, africana e indígena. 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-eurocêtricos. 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 e segurança do paciente.

O desenho curricular está representado na seguinte estrutura:

Aprendizagem  
significativa

Pensamento  
reflexivo

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <p>NÚCLEO MORFO FUNCIONAL/ AGRESSÃO E DEFESA</p> | <p>DISCIPLINAS I      DISCIPLINAS II</p>        | <p>TEORIA E PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA</p> | <p>APRENDIZAGEM PRÁTICA NO SERVIÇO</p> | <p>LABORATÓRIOS DE ENSINO/HABILIDADES/ COMUNICAÇÃO</p> |
| <p>NÚCLEO MORFO FUNCIONAL/ AGRESSÃO E DEFESA</p> | <p>DISCIPLINAS III      DISCIPLINAS IV</p>      |   |  |  |
| <p>NÚCLEO CLÍNICO-CIRÚRGICO</p>                  | <p>DISCIPLINAS V      DISCIPLINAS VI</p>        |   |  |  |
| <p>NÚCLEO CLÍNICO-CIRÚRGICO</p>                  | <p>DISCIPLINAS VII      DISCIPLINAS VIII</p>    |   |  |  |
| <p>NÚCLEO ESTÁGIO</p>                            | <p>ESTÁGIO SUPERVISIONADO NAS GRANDES ÁREAS</p> |   |  |  |



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.

### Referência Bibliográfica

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

## 9.5 NÚCLEOS CURRICULARES

As disciplinas do ciclo pré-clínico, do primeiro ao quarto períodos do curso, são oferecidas, em sua maioria, pelo Instituto de Ciências Biológicas (ICB). Seguindo as necessidades das DCNs está estabelecida uma integração entre as disciplinas de cada período, com criação de temas norteadores para cada um. O primeiro período é, de maneira geral, destinado ao estudo e compreensão ampliada da pele/anexos e do aparelho locomotor; o segundo período é destinado, principalmente, ao estudo do sistema nervoso; o terceiro ao cardiovascular, endócrino e genitais masculino e feminino; o quarto aos sistemas respiratório, digestório e urinário. Assim, as diferentes disciplinas se organizam em torno de um tema comum em cada período.

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:

Área I - Estágio de Aplicação em Atenção Primária à Saúde

Área II - Estágio de Aplicação em Urgência/Emergência e Investigação Diagnóstica por Imagem

Área III - Estágio de Aplicação em Saúde Mental e Clínica Médica

Área IV - Estágio de Aplicação em Urgências Médicas

Área V - Estágio de Aplicação em Clínica Médica I

Área VI - Estágio de Aplicação em Formação Médica (Área Eletiva)

Área VII - Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local

Área VIII - Estágio de Aplicação em Clínica Médica II

Área IX - Estágio de Aplicação em Cirurgia

Área X - Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional

Área XI - Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia

Área XII - Estágio de Aplicação em Pediatria

## 9.6 ATIVIDADES EXTENSIONISTAS NO CURRÍCULO

*Jomara de Oliveira dos Santos Yogui*

*Karine Andrade Oliveira Zanini*

A Constituição Brasileira de 1988, dispõe que: “as universidades [...] obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Estas três bases inter-relacionadas da formação universitária possibilitam uma formação interdisciplinar, educativa, cultural e científica promovendo a interação transformadora entre a universidade e os diversos setores da sociedade. A extensão universitária é a ação da Academia junto à sociedade, articulando o conhecimento adquirido por meio da pesquisa e do ensino desenvolvido na Instituição com as necessidades da comunidade onde a Universidade se insere. Assim, por princípio, a extensão deve contar com o envolvimento da comunidade, estimular o protagonismo estudantil, desenvolver a responsabilidade social, promover a interação dialógica, estimular o respeito aos saberes, transformando juntos a realidade social. As DCN, 2014 para o Curso de Medicina preconizam que o egresso deve ter uma formação humanística, crítica e reflexiva sendo capaz de atuar na integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. O Plano Nacional de Extensão Universitária, fomentado no início dos anos 2000, menciona que as atividades de extensão favorecem os discentes e docentes na aquisição de habilidades, competências e atitude crítica-reflexiva para atuarem junto à população.

Considerando a Resolução CNE/CES nº 07/2018, que instituiu as Diretrizes para a Curricularização da Extensão na Educação Superior Brasileira e a Resolução 75/2022, que

estabelece normas para a Inserção da Extensão nos Currículos de Graduação na UFJF, o curso de Medicina da UFJF, visando à operacionalização da implantação das Atividades Curriculares de Extensão (ACE), procede às adequações na matriz curricular, conforme exigências da legislação.

Assim, na FAMED, as ACE terão início no primeiro semestre letivo de 2023 e serão parte integrante do PPC, devendo ser registradas no Sistema Integrado de Gestão Acadêmica (SIGA). A integralização da carga horária total da extensão deve se dar do 1º ao 8º período, nas Disciplinas Extensionistas (195 horas) e nos Programas com Interface Extensionista (576 horas), totalizando 771 horas (10,2%) da carga horária total do curso. A análise da oferta das ACE e o percurso dos discentes na integralização da carga horária prevista no PPC serão de responsabilidade da Comissão de Acompanhamento das ACE (CAEX), formada por professores indicados pelos departamentos da faculdade, cujos nomes devem ser referendados pelo Conselho de Unidade da FAMED/UFJF.

### Referências Bibliográficas

GADOTTI, M. Extensão Universitária: Para quê? Instituto Paulo Freire, 2017. Disponível em [https://www.paulofreire.org/images/pdfs/Extens%C3%A3o\\_Universit%C3%A1ria\\_-\\_Moacir\\_Gadotti\\_fevereiro\\_2017.pdf](https://www.paulofreire.org/images/pdfs/Extens%C3%A3o_Universit%C3%A1ria_-_Moacir_Gadotti_fevereiro_2017.pdf)

UFJF. Resolução N° 04/2018. Juiz de Fora: UFJF. 2018. Disponível em: <https://www.ufjf.br/proex/files/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-04-2018-Fixa-normas-sobre-a-Pol%C3%ADtica-de-Extens%C3%A3o-na-UFJF1.pdf>

UFJF. Resolução N° 75/2022, Juiz de Fora: UFJF, 2022. Disponível em <https://www2.ufjf.br/proex/wp-content/uploads/sites/59/2022/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-75.2022.pdf>

CNE/CES. Resolução N° 7/2018. Disponível em <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2665#:~:text=Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CNE%2FCES%20n%C2%BA%207%2C%20DE%2018%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202018&text=Estabelece%20as%20Diretrizes%20para%20a,2024%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.>

## 9.7 ACESSIBILIDADE E PROGRAMAS DE APOIO A PERMANÊNCIA

*Ivana Lúcia Damásio Moutinho*

A FAMED e toda a UFJF estão envolvidas em crescer rumo à plena acessibilidade. Anualmente, nos processos seletivos, tem-se vagas para deficientes.



Atualmente temos piso tátil na entrada do prédio, tendo sido solicitado à Pró-reitora de Infraestrutura (PROINFRA) a instalação de pisos táteis ao longo de trajetos que conduzem às salas de aula. Há rampa de acesso na entrada principal, bem como uma porta larga; vaga de veículo para PCD; três elevadores; escadas largas e com corrimão; banheiros para PNE, dois em cada andar. Nas salas de aula temos carteiras para destros e canhotos.

A UFJF conta com o NAI, Núcleo de Apoio à Inclusão, e a cada estudante que entra por cota de deficientes, somos responsáveis por nos adaptarmos às necessidades do indivíduo; seja com bancadas em alturas especiais; aulas com maior tempo; provas impressas com fonte e tamanho da fonte adaptados para deficientes visuais; óculos de multimídia para deficientes visuais graves; comprometimento com os alunos que fazem leitura labial durante as atividades acadêmicas; maior tempo de treinamento de habilidades clínicas para deficientes físicos, entre outros.

Atualmente podemos dizer que somos uma Escola Médica e uma Universidade inclusiva, haja vista a enorme transformação e adaptação que tem ocorrido a cada ano, cada vez maior.

Para se apoiar a permanência do estudante, a Pró-Reitoria de Assistência Estudantil (PROAE) (<https://www2.ufjf.br/proae/>) é o espaço, dentro da estrutura da UFJF, dedicado à formulação, implantação, gestão e acompanhamento das políticas de assistência estudantil. Por assistência estudantil, compreende-se o enfrentamento de demandas socioeconômicas dos (as) discentes, para que a democratização do acesso ao ensino superior seja acompanhada de efetivas possibilidades de permanência dos (as) estudantes; bem como o enfrentamento de demandas psicopedagógicas, com o objetivo de que o nosso universo crescente de alunos (as) possa se sentir acolhido e reconhecido em sua diversidade e singularidades.

A PROAE cumpre, no âmbito da UFJF, o DECRETO Nº 7.234, DE 19 DE JULHO DE 2010, que dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm)).

Está em vigor a Resolução 11/2017 do CONSU que dispõe sobre a Política de Assistência Estudantil no âmbito da UFJF - (<https://www2.ufjf.br/proae/wp-content/uploads/sites/57/2021/08/Resolu%C3%A7%C3%A3o-11-2017.pdf>).

Vários projetos da PROAE visam ambientar, apoiar e acolher o estudante na UFJF. Entre eles destacamos, o projeto Boas-Vindas, Roda Viva, Tempero Cultural, Deboas, Grupo Fora de Casa, Grupo Dentro de Casa, Roda de Conversa On-line e Dicas Pedagógicas.

A PROAE conta com equipe técnica em Serviço Social, Psicologia e Pedagogia.

Além disso a UFJF conta com seu Restaurante Universitário- RU, no campus e no centro da cidade, rua Santo Antônio, onde oferece refeições de café da manhã, almoço e jantar subsidiadas, com baixo custo; sendo que, alunos bolsistas permanência, não pagam por suas refeições.

Há ainda a moradia estudantil da UFJF (<https://www2.ufjf.br/proae/wp-content/uploads/sites/57/2017/05/Regimento-da-Moradia-Estudantil-revisado.pdf>), também administrada pela PROAE; além das Ações de Apoio e Inclusão Digital da UFJF ([https://www2.ufjf.br/proae/wp-content/uploads/sites/57/2020/08/Resolu%C3%A7%C3%A3o-32.2020\\_Assinada-1.pdf](https://www2.ufjf.br/proae/wp-content/uploads/sites/57/2020/08/Resolu%C3%A7%C3%A3o-32.2020_Assinada-1.pdf)).

## 9.8. SUSTENTABILIDADE

Ivana Lúcia Damásio Moutinho

A FAMED/UFJF está voltada para sua responsabilidade ambiental, trabalhando com ampla campanha entre os servidores, trabalhadores de apoio geral e estudantes para a conscientização e ações de sustentabilidade.

O prédio foi construído com amplas janelas de vidro e durante o dia não há necessidade de se acender lâmpadas na maioria das salas e áreas comuns. É fresco e ventilado, dispensando-se o uso de ventiladores na maior parte do ano e não temos ar-condicionados, exceto em 3 salas.

Trabalhamos com separação de lixo seco para reciclagem e tem-se um container especial onde se recolhe o resíduo que semanalmente é levado pela equipe de Sustentabilidade Institucional da Universidade, separado e doado a grupos sociais que trabalham recolhendo lixo seco; campanha de economia de água, procurando mais varrer e pouco lavar, exceto banheiros que são primorosamente limpos; baixa impressão de documentos, pois hoje, cerca de 100% dos processos são digitais via SEI, nossa impressão se resume a provas das disciplinas; não compramos mais copos descartáveis, estimulando uso de canecas e garrafas pessoais.

As políticas e planejamento da UFJF de sustentabilidade estão descritas no documento Plano de Desenvolvimento Institucional -Sustentabilidade **2022-2027**, com acesso em: <https://www2.ufjf.br/pdi/wp-content/uploads/sites/249/2022/05/PDI-UFJF-2022a2027.pdf>.

## 9.9 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-Cirúrgicas. As disciplinas TICAs foram, neste sentido, propulsoras de um desenvolvimento docente onde professores de Unidades Acadêmicas distintas (ICB e FAMED) trabalham em conjunto para a criação de situações problemas com seus guias dos tutores, bem como facilitadores dos grupos tutoriais na realização da Aprendizagem Baseada em Problemas (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).

Após o ano de 2015, quando o Pro-Saúde UFJF e, posteriormente, o PET-Saúde IP propuseram o desenvolvimento de projetos IP envolvendo os cursos da área da saúde, o tema ganhou grande impulso, tendo resultado em uma pesquisa da pós-graduação que gerou a oferta de disciplina optativa voltada para o desenvolvimento de competências interprofissionais para estudantes da área da saúde, ofertada de forma sistemática desde 2019 (FMR023- Competências Interprofissionais em Saúde).

### **Referências Bibliográficas**

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

## 9.10 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, para alunos ingressantes até o ano de 2023, ou 300 horas, para os que ingressarem a partir do primeiro semestre letivo de 2023. 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. Disponível em <https://www2.ufjf.br/quimicaead/wp-content/uploads/sites/224/2015/11/Regulamento-Acad%C3%AAmico-de-Gradua%C3%A7%C3%A3o-RAG.pdf>

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** 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](http://www.ufjf.br/prograd/files/2009/02/RES_13.2014_RAG-aprovado-pelo-CONGRAD-em-06.02.2014.pdf)

### 9.11 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 define a responsabilidade da Instituição em promover a acessibilidade educacional.

A UFJF tem um curso de graduação em Letras/LIBRAS e, através de atividades deste curso, os alunos dos demais cursos podem ter acesso a língua de sinais; sendo oportunizado projetos de extensão, minicursos e palestra para introdução do assunto para os estudantes do primeiro período de medicina na disciplina Introdução a Vida Universitária.

## 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 Educação à Distância (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 empoderamento 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. Capítulo 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 school's social accountability. **Medical Education**, 2006; v. 40, pp. 301-13.

## **11. ESTRATÉGIAS DO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM**

*Alessandra Lamas Granero Luchetti*

*Fernando Colugnati*

*Giancarlo Luchetti*

*Lorena Nagme de Oliveira Pinto*

*Marcia Helena Fávero de Souza Tostes*

*Oscarina da Silva Ezequiel*

*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 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 *Flipped Classroom* (aula invertida) que surgem como propostas atraentes a serem implementadas neste contexto; o *Jigsaw*, Simulação (uso de manequim em cenário hospitalar e doméstico), *Role Play*, Gameficação, *Aging Game*, Feira Interprofissional, contato com paciente real, dentre outras.

Além do desenvolvimento do domínio cognitivo, a formação médica implica no desenvolvimento de habilidades clínicas que envolvem a práxis clínica bem como 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 habilidades, atitudes e demais aspectos relacionais que favorecem a prática e 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 equivocadamente 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. Desta forma, o laboratório de habilidades disponibiliza uma grande quantidade de manequins e equipamentos para o treinamento de simulações de baixa e alta fidelidade, bem como a capacitação docente para a utilização dos mesmos.

### Referências Bibliográficas

- BARNNETT, S. H.; KAISER, S.; MORGAN, L. K.; et al. An integrated 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 critical 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**

*Diego Junqueira Sarkis  
Ivana Lúcia Damásio Moutinho  
Oscarina da Silva Ezequiel  
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:

§1º A preceptoría 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. Para os alunos ingressantes até o segundo semestre de 2022, nosso curso tem 43,8% de sua carga horária no internato. Já para os que ingressarem após o primeiro semestre de 2023, a carga horária do internato corresponderá a 41,5% do total do curso.

§ 3º 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 se distribui nos dois últimos anos do curso. Os estudantes cumprem 760 horas no 9º período e 800 horas/semestre nos períodos 10º, 11º e 12º, correspondendo a 43,8% (ingressantes até o segundo semestre de 2022) e 41,5% (ingressantes após o primeiro semestre de 2023) da carga horária total do curso.

Está dividido nas grandes áreas médicas, voltadas principalmente para a Atenção Básica:

Área I - Estágio de Aplicação em Atenção Primária à Saúde

Área II - Estágio de Aplicação em Urgência/Emergência e Investigação Diagnóstica por Imagem

Área III - Estágio de Aplicação em Saúde Mental e Clínica Médica

Área IV - Estágio de Aplicação em Urgências Médicas

Área V - Estágio de Aplicação em Clínica Médica I

Área VI - Estágio de Aplicação em Formação Médica (Área Eletiva)

Área VII - Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local

Área VIII - Estágio de Aplicação em Clínica Médica II

Área IX - Estágio de Aplicação em Cirurgia

Área X - Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional

Área XI - Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia

Área XII - Estágio de Aplicação em Pediatria

## 12.2 COMPETÊNCIAS DO INTERNATO

As competências desenvolvidas estão em consonância com as definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais 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 contrarreferência, 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 sociodemográfico, 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 considerando a segurança do paciente.
- 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.

**Referências Bibliográficas:**

LAMPERT, J.B.; BICUDO, A.M. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina, org. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

**12.3. CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO ESTÁGIO**

Os cenários são espaços reais de trabalho que integram aprendizagem e assistência no SUS nos níveis primários, secundários, terciários e de urgência e emergência. Utilizamos também cenários protegidos para desenvolvimento de competências em laboratórios de ensino, pesquisas e de Simulação Realística e de Habilidades Clínicas.



Os estudantes estão inseridos em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Juiz de Fora, que somam 64. Há atividades práticas de ensino nas duas Unidades do Hospital Universitário (HU/UFJF), Santa Catarina e Dom Bosco; no hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora; no hospital de Pronto Socorro Mozart Couto; no Instituto da Criança e do Adolescente; no Instituto da Mulher e no Instituto de Clínicas Especializadas da Prefeitura de Juiz de Fora. Todos os cenários 100% SUS.

Em municípios mineiros próximos a Juiz de Fora, realizam o Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional, uma inserção em ESF em municípios menores e com alta integração a zonas rurais, como Arantina, Argirita, Descoberto, Guarani, Lima Duarte, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Piraúba, Rio Pomba, Rochedo de Minas, São João Nepomuceno, São Tiago e Senador Firmino. Em cada cidade, os alunos possuem alojamentos e auxílio para alimentação.

Também se tem convênios para estágios supervisionados na Santa Casa de Santos Dumont (Santos Dumont, MG) e na Santa Casa de Mar de Espanha (Mar de Espanha, MG):

### **13. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO ESTUDANTE PELA ESCOLA E PELO SERVIÇO**

*Alice Belleigoli Rezende  
Elisabeth Campos de Andrade  
Karine Andrade Oliveira Zanini  
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá*

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*.

A avaliação desenvolvida na FAMED/UFJF leva em conta a multidimensionalidade do processo educacional buscando um processo de construção e apropriação do conhecimento e desenvolvimento de competências dos estudantes por meio das suas produções, vivências e ações na sua trajetória de formação profissional. Considerando que a escolha dos métodos de avaliação deve estar intrinsecamente relacionada aos objetivos de aprendizagem e desempenho esperado do estudante, a FAMED utiliza diferentes métodos de avaliação por competências procurando sempre estar atento a todos os níveis da Pirâmide de Miller, incluindo a inclusão do “ser”.

Entre as diferentes formas de avaliações, destacamos: avaliações somativas escritas e múltipla escolha em disciplinas do primeiro ao oitavo período; construção de mapa conceitual individual e coletivo nas disciplinas Temas Integradores de Clínica Ampliada (TICA), do primeiro ao quarto período. Este foi inclusive tema de duas publicações do Núcleo de Educação Médica, cadastrado no CNPq. Uma delas, *Medical Students’ Critical Thinking Assessment with Collaborative Concept Maps in a Blended Educational Strategy*, na revista *Education for Health* em 2019.

Avaliações práticas em laboratórios com utilização de *checklists*; avaliação com portfólio; avaliação tipo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), tema que também rendeu publicação, *An OSCE with very limited resources: Is it possible?* na revista *Medical Teacher* 2017, contando a experiência desta avaliação em situações com poucos recursos financeiros.

O OSCE (Harden *et al.*, 1975) consiste em uma série de estações e, em cada estação, o estudante 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 avaliação de profissionalismo, realizada pelos docentes e preceptores do serviço de saúde do município no internato de Medicina Comunitária Local, engloba as dimensões

somativa e formativa, estando previsto *feedback* e devolutiva para os estudantes, nos diferentes momentos do processo pedagógico, em uma estrutura de avaliação global itemizada.

A avaliação do estudante ganhou nos últimos anos um importante complemento, o Teste do Progresso (TP), realizado sistematicamente desde 2013 com a FAMED coordenando um consórcio de escolas para realização do mesmo. '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 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. 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.

### 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.

## 14. 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”, Abbaggano (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 cultura e boa e a ruim prática médica. Os homens pensam como não devem quando seguem métodos

de pesquisa que a experiência das pesquisas passadas mostra 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 costuma 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 Barclay, 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 autorregulação 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, quando 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](http://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%5C%20lugar%20da%20%C3%A9tica.pdf](http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf%5C%C3%89tica%20e%20cidadania%5C%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.

## **15. DESENVOLVIMENTO DOCENTE**

*Oscarina da Silva Ezequiel*

*Sandra Helena Cerrato Tibiriçá*

O PPC é uma estrutura viva no processo educacional e deve estar em constante reavaliação e reestruturação de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade. Para tal faz-se necessário a estruturação de um programa de desenvolvimento docente que permita o aprimoramento contínuo das habilidades docentes para se empregarem novos métodos de planejamento, ensino e avaliação.

O desenvolvimento docente deve ser implementado de forma colaborativa, para além da qualificação do professor em relação ao conteúdo específico de sua disciplina, mais que isso, o docente 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, conseqüentemente, maior segurança e confiança nas atitudes desses atores (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.

Com o objetivo de abraçar esta perspectiva, o NAPE reúne-se semanalmente, desde 2001, com o objetivo de desenvolver auto capacitação de seus membros, propor e realizar de

oficinas destinadas aos docentes e preceptores, continuamente, ao longo do ano, avaliar programas de desenvolvimento, bem como realizar pesquisas no âmbito da educação médica. Como incentivo à participação docente, tais, atividades, obrigatórias para o estágio probatório e validadas para progressão na carreira acadêmica, são certificadas pelo NAPE e chanceladas pelas instâncias superiores da UFJF.

A partir de todos estes pressupostos algumas ações concretas vêm sendo realizadas de forma sistemática ao longo dos anos, como:

- 1- Desenvolvimento docente para as propostas pedagógicas que foram implantadas ou implementadas ao longo dos anos, com Oficinas com temas específicos: ABP, mapa conceitual, TBL, comunicação, OSCE, entre outras.
- 2- Orientações a docentes que buscam o NAPE a partir de necessidades observadas em sua prática docente.
- 3- Realização de atividades de estágio docente para a Pós-graduação, que envolve de forma contínua docentes da FAMED.
- 4- Realização de discussões da temática educação para formação de profissionais de saúde, a partir de vivências de estratégias didáticas, no NUGGER (Núcleo de Geriatria e Gerontologia), para docentes da FAMED e de outras instituições.
- 5- Realização da disciplina de Competências Pedagógicas no âmbito da Pós-Graduação, desde 2015, ofertada no segundo semestre de cada ano, envolvendo ao longo dos anos docentes de diferentes momentos do Curso de Graduação
- 6- Realização a pedido da PROGEPE (Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas) de cursos voltados para a utilização de metodologias ativas de aprendizado, tendo como público-alvo os docentes de toda a UFJF (Campus Juiz de Fora e Governador Valadares), realizados até o presente momento um no segundo semestre de 2021 e outro no primeiro semestre de 2022
- 7- Durante a Pandemia, após a organização pelo NAPE do ensino no período remoto, tivemos Oficinas para orientação do uso das regulamentações e uso de estratégias ativas e Oficinas de Biossegurança para o retorno.

### **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

## 16. INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO COMUNIDADE

*Estela Márcia Saraiva Campos  
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá*

Para estruturarmos um currículo baseado em competências, a integração ensino-serviço e comunidade é um dos pilares deste constructo, ao privilegiar transformações que combine e integre o raciocínio teórico aplicado às diversas situações práticas. Para isto a FAMED/UFJF vem ampliando seus cenários de aprendizagem de modo que tal integração seja ordenada pela realidade social das pessoas e da comunidade e orientada pelo modelo

de atenção à saúde vigente nos 3 níveis de atenção, entendendo o SUS como locus produtor do conhecimento e um espaço de ensino-aprendizagem privilegiado.

No nível primário de atenção, a inserção em pelo menos 20 UBS, do município e da região tem possibilitado ao estudante, no início do curso, conhecer e refletir sobre o processo saúde – doença e seus determinantes sociais, os princípios e diretrizes que orientam a ideologia, organização e o funcionamento do SUS, o modelo assistencial organizado em rede de atenção, a compreensão dos pressupostos da APS, assim como, do trabalho em equipe e da avaliação de serviços. Para os estudantes no final do curso, este nível de atenção contribui para o desenvolvimento de competências na abordagem do processo saúde doença de indivíduos e populações - desde seus determinantes e necessidades de saúde com suas intervenções, ao manejo clínico de morbidades prevalentes - orientadas pelo ciclo de vida dos indivíduos e famílias.

Já no nível secundário de atenção a participação dos estudantes se dá nos ambulatórios de especialidades da rede municipal, nos ambulatórios de especialidades, boxes para acolhimento integrado, consultório de odontologia hospitalar do Centro de Atenção à Saúde do HU/UFJF bem como em projetos de educação pelo trabalho para a saúde, de caráter multiprofissional, como o PET-SAÚDE, iniciativa do Ministério da Saúde. Os diferentes cenários possibilitam ao estudante compreender e vivenciar a assistência prestada, a integração destes serviços em redes de atenção e 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 HU/UFJF, que, a partir de 2014, passa a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O HU/UFJF, com o seu componente hospitalar e compromisso de ser 100% SUS, disponibiliza hoje uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos de enfermaria, 16 leitos de Hospital Dia e 8 salas cirúrgicas. Com este perfil o HU/UFJF oferece cenários de prática ambulatorial e em enfermarias para as disciplinas do currículo e estágio, principalmente no que se refere ao atendimento em nível secundário e terciário. Dessa forma, os estudantes da FAMED têm a 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. Sendo assim, a FAMED/UFJF tem importante papel para a rede de assistência do município, estando o HU totalmente inserido na contratualização com o município. Na atual contratualização, o HU/UFJF faz cerca de 40.000 procedimentos ambulatoriais e cerca de 450 internações mensais.

Além do mais, o HU tem importante papel na rede de assistência do município de Juiz de Fora, ao ter seus serviços contratualizados, se constituindo num importante ponto de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Cerca de 40.000 procedimentos ambulatoriais e de 450 internações mensais.

Nesta perspectiva de integração ensino serviço e comunidade a UFJF estabeleceu parcerias sob a forma de convênios com a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora e municípios vizinhos mediante Contrato Organizativo da Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) conforme determina a Portaria Interministerial N° 1.124, datada de 04 de agosto de 2015. A efetivação de convênios, amplia os cenários de integração, além de contribuir na efetivação das redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção por meio do sistema de referência e contrarreferência entre os municípios seguindo as normas de funcionamento e processos de avaliação dos serviços prestados contribuindo, assim, para os mecanismos de gestão regional da saúde.

### **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=](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.

## **17. TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

Oscarina da Silva Ezequiel

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) são ferramentas pedagógicas indispensáveis nas últimas décadas, para o desenvolvimento de competências como aprender a aprender, busca de melhores evidências para a prática profissional, novas formas de interação entre as pessoas, implicando no redimensionamento das funções e dos papéis sociais.

As TIC's vem sendo utilizadas no processo de ensino aprendizagem, nos últimos anos, algumas há mais de 10 anos na FAMED/UFJF, como a Plataforma Moodle na proposta de *blended learning* que envolve e problematização, uso do mapa conceitual e os fóruns com as questões de aprendizagem na Plataforma, no internato da APS, rodízio do décimo período, bem como em outras disciplinas da Saúde Coletiva.

Nos últimos anos com a Pandemia novas oportunidades foram criadas com o importante uso do Google Sala de Aula que continuou mesmo após o retorno das atividades presenciais. Destaca-se seu uso nas disciplinas Temas Integradores de Clínica Ampliada (TICAs) com a estratégia didática da aprendizagem baseada em problemas e uso do mapa conceitual, bem como seu potencial como repositório e outras atividades síncronas que facilitem a escolha de um modelo de aula invertida.

O Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional (CGCO/UFJF) e o Centro de Educação a Distância (CEAD/UFJF) auxiliam em todas as necessidades do corpo docente e discente, garantindo a acessibilidade digital e comunicacional à informação, além de promoverem por suas iniciativas, principalmente do CEAD, interação e colaboração para construção de novos conhecimentos.

O Site da FAMED/UFJF está à disposição não só dos estudantes, mas também dos professores, técnicos-administrativos e sociedade civil, como meio de comunicação, mantendo as informações do Curso e de seus docentes.

Além disso, a instituição dispõe de 2 laboratórios de informática no prédio da FAMED e um maior no espaço da Biblioteca Central – UFJF, visando proporcionar aos estudantes o contato mais próximo com a rede mundial, favorecendo suas pesquisas e, conseqüentemente possibilitando um melhor aprendizado. Todos os computadores estão ligados em rede com acesso direto e *internet*.

A FAMED/UFJF possui um amplo acesso às bases de dados científicas na área das Ciências da Saúde: Periódico CAPES.

Disponibilizamos rede sem fio para o uso de *Internet* com abrangência em toda área da Instituição.

O SIGA e o SEI incorporam todas as funções necessárias para docentes e estudantes acessarem suas informações pessoais e as ligadas ao processo ensino-aprendizagem.

## **18. ANEXOS**

### 18.1 EMENTÁRIO, BIBLIOGRAFIA BÁSICA E COMPLEMENTAR

As ementas, bibliografia básica e complementares das disciplinas estão disponíveis no endereço: <https://www2.ufjf.br/medicina/>

### 18.2 CORPO DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA - UFJF

A lista de docentes está disponível no endereço: <https://www2.ufjf.br/medicina/>

### 18.3 NORMAS DE FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR

O Regulamento de Flexibilização Curricular está disponível no endereço: <https://www2.ufjf.br/medicina/normas-e-regulamentos/>

### 18.4 REGIMENTO DA COMISSÃO ORIENTADORA DOS ESTÁGIOS

O Regulamento da Comissão Orientadora dos Estágios (COE) do curso de Medicina está disponível no endereço: <https://www2.ufjf.br/medicina/normas-e-regulamentos/>

### 18.5 REGIMENTO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DE EXTENSÃO

O Regulamento da Comissão de Acompanhamento das Atividades Curriculares de Extensão (CAEx) do curso de Medicina está disponível no endereço: <https://www2.ufjf.br/medicina/normas-e-regulamentos/>